

**16 de maio de 2018**

## **13º SIMPLO TRAZ A TRANSFORMAÇÃO E QUALIDADE COMO CERNE PARA O CRESCIMENTO DO SETOR ODONTOLÓGICO**

**FenaSaúde –15/05/2018**

### **Empreendedorismo também foi fator citado para a evolução**

Na manhã do dia 10, teve início a 13ª edição do Simplo (Simpósio de Planos Odontológicos), em São Paulo, realizado pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) e pela Universidade Corporativa Abramge (UCA). O presidente do Sinog, Geraldo Almeida Lima, abriu o evento falando da importância da coexistência, evolução, transformação e diversidade.

“As operadoras estão em processo de transformação e se reinventam a cada dia. Tem a transformação das operadoras, transformação das redes, transformação dos territórios”, disse o presidente do Sinog. “Desde que a saúde suplementar se consolidou sempre houve espaço para todos atuarem, pois este é um território em que podemos evoluir com a odontologia suplementar”, concluiu.

Durante o painel inaugural, a empresária Cristiana Arcangeli, apresentadora do Reality Show Shark Tank Brasil, falou sobre o tema Empreendedorismo e Transformação: mudar para evoluir. “O futuro do Brasil e do mundo é o empreendedorismo”, disse Cristiana. “A nossa vida é guiada por sonhos. Nem toda oportunidade é uma boa ideia, mas toda ideia é uma oportunidade. Às vezes elas não param em pé. Mas a ideia busca oportunidade para acontecer”, afirmou. “Conhecimento é o que traz transformação”, completou.

Sobre qualidade, Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto da ANS, disse que o setor já passou pela fase de regulação e que agora o foco deve estar na qualidade. “Estamos vivendo uma fase de olhar

para qualidade do serviço prestado. Neste sentido, temos que incentivar cada vez mais uma competição em base de valor, entre operadoras de planos de saúde, e que indiretamente leva a uma mudança positiva em relação a prestação de serviços de saúde”.

Do seu ponto de vista, é preciso avançar mais neste caminho, induzindo a processo de competição em base do valor. “Porém não dá para apostar todas as fichas em preço, porque pode comprometer a própria operação, não dá também para apostar somente em promoção da concorrência, porque redução de preços geralmente está ligado a qualidade. Quando se fala em competição em casa de valor, se fala de entrega de serviço, olhando a regulação”.

Lima, presidente do Sinog, volta a falar sobre transformação, mas agora focando nas mudanças do consumidor do plano odontológico, que agora está conectado, online, e sendo influenciado. “Ele agora possui amplo acesso a informação, faz parte de redes sociais, prefere canais digitais de autoatendimento, preza simplicidade e agilidade. Se não nos transformarmos nesta modelagem ficará cada vez mais difícil para o setor”.

O presidente da Uniodonto do Brasil, José Alves, completou ao dizer que é preciso afinar o contato com o cliente. “Eles têm desejos, necessidades, expectativas e informações, boas e ruins, por isso é necessário estreitarmos o relacionamento com o cliente além do comercial, com a finalidade de alterar sua percepção a respeito do mercado odontológico. O cliente tem que entender a importância da manutenção da saúde e ter confiança em quem o atende”.

Para finalizar, entre os assuntos levantados pelo diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, as transformações na sociedade voltaram a estar no cerne da questão. Segundo ele, essas mudanças são rápidas e densas, não somente tecnológica, mas em relação às inspirações do consumidor. “Há um desafio grande do setor que é alterar a composição dos planos, pois a maioria possui planos básicos essenciais. Por que o setor não se renova e coloca coisas novas no caminho? E para fazer isso, não precisa de regulação”.

Matéria de Tany Sousa, da Revista Cobertura

## **PLANOS DE SAÚDE PERDEM CLIENTES, MAS AÇÕES NA JUSTIÇA QUADRUPLICAM EM SP**

**UOL –15/05/2018**

Os planos de saúde perdem clientes no estado de São Paulo ano após ano, mas os processos não param de crescer, revela pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo). Entre janeiro e abril deste ano, a Justiça paulista julgou 10.313 ações em primeira e segunda instância, contra 1.864 no mesmo período de 2011, primeiro ano do estudo – um aumento de 453%.

O número também subiu em relação a 2017, quando foram julgados 9.027 processos nos primeiros quatro meses do ano. Foram 124,2 decisões por dia até agora em 2018, levando em conta os 83 dias úteis do período.

O volume de decisões judiciais cresce, embora a quantidade de clientes de planos esteja caindo. Em março de 2018, 17,3 milhões de pessoas tinham cobertura particular no estado, 235,8 mil clientes menos do que o registrado em março de 2011.

“No momento em que há uma retração de clientes e aumento de ações, isso quer dizer que há uma permanência de práticas abusivas por parte dos planos e uma fiscalização ineficiente da ANS (Agência Nacional de Saúde)”, afirmou um dos responsáveis pelo estudo, o professor e pesquisador da USP Mário Scheffer.

“Eu contexto as duas conclusões”, rebate o diretor-executivo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), José Cechin. “Primeiro, a fiscalização da ANS é rigorosa, eles emitem grande quantidade de notificações. A segunda é uma conclusão apressada: parece que o serviço piorou, mas é o consumidor que está mais consciente de seus direitos, mais disposto a reivindicar e com mais meios para fazer isso.”

De acordo com o levantamento, a cidade de São Paulo concentra mais da metade dos processos: das 3.870 decisões de segunda instância em 2018, 2.083 foram na capital. Em seguida, aparecem São Bernardo (176 decisões), Santo André (136), Campinas (110), Santos (95) e Ribeirão Preto (61).

### **Do que as pessoas reclamam?**

Nesses primeiros meses de 2018, a maioria dos 3.870 julgamentos de segunda instância reclamava da exclusão de coberturas ou da

recusa de atendimentos: 50,9% das decisões. O segundo motivo (28,2%) foi o reajuste das mensalidades.

Os mais prejudicados são os idosos: 28,7% de quem foi à Justiça no primeiro quadrimestre de 2018. Em estudo anterior, a Faculdade de Medicina da USP revelou que os usuários ganharam 92,4% dos processos em 2013 e 2014. Em 88% dos casos, a reclamação foi totalmente acolhida pelo juiz.

Para o pesquisador da USP, as queixas refletem diversos problemas. Um deles é a demora de dois anos que a ANS leva para atualizar o rol de procedimentos que os planos devem cobrir. Já para o diretor da FenaSaúde, alguns consumidores reclamam de contratos antigos, com cláusulas de 70 anos atrás.

Outra razão, diz Scheffer, da USP, é a “proliferação dos falsos planos coletivos”. É que os planos individuais, cujo reajuste é definido anualmente pela ANS, são cada vez menos oferecidos pelo mercado. Como os planos coletivos estão livres de regulação, “são oferecidos planos em que basta o usuário apresentar um CNPJ ou aderir a alguma associação”, explica Scheffer. “No começo cabe no bolso, mas depois o preço aumenta, e isso desemboca na Justiça.”

“Esse ‘falso coletivo’ é usado de forma equivocada”, diz o diretor da FenaSaúde. “Falso é o que não poderia existir na regulamentação, mas ela permite que um empresário individual tenha um plano. Falsificação é criar um vínculo empregatício que não existe só com o objetivo de conseguir um plano de saúde.”

O professor também cita a oferta cada vez maior de planos populares, mais baratos. “Eles têm menor preço, mas a cobertura é baixa e a rede assistencial é pequena. Se persistirem a liberação desses produtos, certamente vai aumentar a judicialização.” Para Cechin, “os consumidores e suas entidades demandam planos mais baratos. Nós

os convidamos a ajudar a construí-los. Quais os itens de conforto que você vai abrir mão para ter um plano que caiba no bolso?”

### **Mais processado que o SUS**

Em todo o ano de 2017, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo julgou 30.117 ações contra planos de saúde, média de 119,5 decisões por dia. Esse foi o maior volume de sentenças já registrado pelos pesquisadores. Em 2011, por exemplo, haviam sido 7.019 processos julgados, um crescimento de 329%.

Entre 2011 e 2017, o tribunal julgou – em segunda instância – mais causas envolvendo planos de saúde (70.772 decisões) do que o SUS (53.553 decisões). O número surpreende porque o Sistema Único atende, potencialmente, toda a população do Estado de São Paulo, formada por 48,5 milhões de habitantes.

“O perfil das ações é diferente”, explica o professor. “A judicialização do SUS tem mais a ver com o pedido de medicamentos não fornecidos. Não acho que é por ser grátis. Se a gente olha as ações contra o SUS na primeira instância, que não é a definitiva, os gestores tendem a fornecer o que é pedido, e talvez haja menos recursos a outras instâncias.”

O estudo contabilizou apenas decisões finais (sentença na primeira instância e acórdão na segunda instância) e que não correm em segredo de Justiça. Isso significa que o total de ações contra planos de saúde em tramitação é ainda maior.

“Temos uma explosão de judicialização contra os convênios. O que chama a atenção é que essa tendência se mantém inalterada mesmo com a mudança de estratégia dos planos para convencer o judiciário a não acatar as demandas, como parcerias firmadas nos últimos anos”, conclui o professor.

## **ANS DEBATE GOVERNANÇA CORPORATIVA EM AUDIÊNCIA PÚBLICA**

ANS –14/05/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou audiência pública, no dia 04/05, para receber sugestões sobre o desenvolvimento de programa de boas práticas de governança corporativa no contexto da adoção de modelos de capital baseado em risco pelas operadoras de planos de saúde. Cerca de 70 representantes participaram do evento, que foi transmitido ao vivo via Periscope e está disponível no canal ANS\_Reguladora no YouTube.

A mudança da regra do capital exigido das operadoras - de margem de solvência para capital baseado em risco – é um assunto que vem sendo amplamente debatido pela ANS no âmbito do Comitê Permanente de Solvência e, como a adoção de boas práticas de governança corporativa é um dos pilares da solvência e da sustentabilidade econômica no longo prazo, tornou-se premente o encaminhamento desse tema pelo órgão regulador de forma concomitante.

Na abertura, Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e presidente substituto da ANS, falou sobre o enfoque a ser dado: “Nossa intenção é que as contribuições aqui colhidas possam nos ajudar com subsídios para uma análise de impacto regulatório e para a confecção de um normativo que sinalize ao mercado sobre as práticas de governança corporativa que vamos valorizar em termos de gestão de riscos e controles internos”. Segundo ele, “boas práticas em termos de gestão de riscos e controles internos contribuem para a sustentabilidade setorial, o que

protege o beneficiário, na medida em que procura garantir a continuidade da assistência à saúde em uma operadora sólida”.

Cesar Serra, diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, chamou a atenção para a oportunidade positiva que se desenha para o mercado. “É muito comum diretorias recém empossadas de operadoras questionarem os números e os atos da gestão anterior. Isso acontece porque faltam regras claras dentro da organização. Isso está completamente ligado ao risco operacional. Mais do que enxergar isso como mais uma norma da ANS, como uma obrigação de fazer, vejam como oportunidade de melhorar e profissionalizar a gestão das operadoras. Esse é um importante passo de amadurecimento e alcance da sustentabilidade, assunto que está em voga em diversos eventos em todo o país”, disse.

Washington Alves, gerente de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado da ANS, fez a apresentação com os motivos que levaram a agência a discutir o tema e a expectativa com as contribuições. Ele reforçou a expectativa de contribuições relativas a três pontos: os aspectos de governança a serem requeridos pela ANS; as possíveis formas de verificação do cumprimento da futura norma; e o cronograma de implementação. O gerente da ANS ressaltou também a importância de colher informações sobre práticas já existentes e sobre eventuais diferenças entre modalidades de operação de planos de saúde.

A mesa também foi composta por Robson Cruz, gerente de Acompanhamento das Operadoras e Silvio Ghelman, assessor da DIOPE. As contribuições recebidas na audiência pública serão objeto de análise em Relatório da Audiência Pública, a ser disponibilizado posteriormente na página da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), menu Participação da Sociedade, item Audiências Públicas. [Clique aqui.](#)

## ENTIDADES QUESTIONAM ANS SOBRE NOVAS REGRAS DE FRANQUIA E PARTICIPAÇÃO

Idec –14/05/2018

### Idec e outras 19 organizações afirmam que mudanças podem gerar impactos negativos aos consumidores

Na última quinta-feira (10), o Idec e outras 19 organizações enviaram uma [carta](#) à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) pedindo esclarecimentos sobre a nova norma de franquia e coparticipação em planos de saúde.

A regra está sendo avaliada pela Procuradoria da agência - órgão responsável pela avaliação jurídica dos atos normativos -, e a versão final do texto ainda não foi disponibilizada ao público. Contudo, [como já foi pontuado pelo Instituto](#), as mudanças são preocupantes.

“Esses mecanismos podem gerar alguns cenários desastrosos como o endividamento da população que escolhe pagar um plano que diz ser mais barato, mas na realidade gera custos extra que pesam no bolso. Além disso, há também a possibilidade de pacientes optarem por não realizar procedimentos relevantes para sua saúde por razões financeiras”, afirma Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em saúde do Idec.

Preocupadas com o impacto dessa norma, as organizações pedem que a ANS se manifeste sobre os possíveis problemas que a elevação dos limites desses mecanismos podem gerar. Além disso, solicitam à agência a divulgação do texto final da proposta e a abertura de uma nova consulta pública.

“Houve menção na imprensa, por um dos diretores da agência, de inclusão de regras sobre exposição financeira, ou seja, sobre o quanto o usuário vai efetivamente pagar de mensalidade junto com a franquia ou coparticipação. Isso não estava no texto submetido à consulta pública e precisa ser discutido com a sociedade”, explica Navarrete.

### Preocupações

Na carta, as entidades listam as principais preocupações relacionadas à nova norma:

1. Restrição de acesso a procedimentos;
2. Aumento da judicialização;
3. Potencial de endividamento dos usuários;
4. Falta de compreensão dos contratos, especialmente quando a franquia e a coparticipação forem cumuladas;
5. Pagamento integral do procedimento, mesmo o consumidor possuindo um plano de saúde;
6. Escassez da oferta de planos sem esses mecanismos.
7. Debate antigo

Em março do ano passado, a [ANS começou a discutir as mudanças](#) por meio de audiência e consulta pública. O Idec enviou suas contribuições se opondo a alguns itens da proposta.

Um dos pontos problemáticos foi o de uso de franquia e coparticipação em um mesmo contrato de plano de saúde, prática que gera vantagem manifestamente excessiva e que descumprir o artigo 39, V do Código de Defesa do Consumidor.

Além disso, o Instituto considerou que a coparticipação não deve ser aplicada em casos de internações, atendimentos de urgência e emergência ou em procedimentos de alta complexidade, já que aquela situação não foi escolha do consumidor e pode gerar um alto custo.

Segundo o documento enviado pelas entidades, o fato de a ANS resguardar alguns exames e consultas da incidência de franquia ou coparticipação não se mostra suficiente para mitigar o risco de que as atividades de prevenção sejam prejudicadas.

### Franquia e coparticipação: entenda

Nos planos de saúde com coparticipação, o consumidor, além da mensalidade, arca com o pagamento parcial de procedimentos.

Já nos serviços com franquia, a operadora paga a partir de um valor pré-determinado. Ela funciona de forma similar ao que acontece hoje em seguros de carros: se a franquia for de R\$ 200, por exemplo, procedimentos que o usuário utilizar até esse valor não são custeados pelo plano de saúde. Se for acima desse preço, o consumidor paga o valor da franquia, e a operadora arca com o restante.

No entanto, a operadora do plano de saúde informou à família que não custearia o tratamento após o esgotamento do número de sessões autorizadas.

Para a relatora do recurso no STJ, ministra Nancy Andrighi, não é vedado à ANS impor limites aos tratamentos custeados. Entretanto, segundo ela, o caso analisado representa um problema concreto, em que o limite de cobertura do contrato, de 12 sessões por ano, “é insuficiente, conforme prescrição médica, ao tratamento da doença do beneficiário”.

A ministra considera incontestado o fato de que a interrupção dos tratamentos dispensados ao menor representa grave dano ao seu restabelecimento saudável, “em linha contrária à formal e expressa recomendação médica em busca da cura da doença”.

Ao defender a coparticipação, a relatora justificou que a medida atende ambos os interessados. “Valoriza-se, a um só tempo, a continuidade do saudável e consciente tratamento do paciente enfermo sem impor à operadora o ônus irrestrito de seu financiamento, utilizando-se a prudência como fator moderador de utilização dos serviços privados de atenção à saúde.”

## SESSÃO EXTRA DE TERAPIA OCUPACIONAL DEVE SER CUSTEADA POR COPARTICIPAÇÃO

Consultor Jurídico –11/05/2018

É nula a cláusula contratual de plano de saúde que permite a interrupção do tratamento após esgotar o número de sessões asseguradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no caso de terapia ocupacional. Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça garantiu que um segurado tenha tratamento — que ultrapassa 12 sessões anuais — custeado por coparticipação.

O caso trata de um paciente que apresentou crises convulsivas logo após o parto, culminando em problema neurológico. O tratamento médico indicado incluía sessões de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

Foi determinado ainda que o percentual de coparticipação não poderá exceder a 50% do valor contratado com o prestador de serviços.

#### Precedente

Em outubro de 2017, a turma decidiu que as sessões de psicoterapia que ultrapassam a cobertura do plano de saúde [devem ser custeadas por coparticipação](#).

## PROMOÇÃO DO DEBATE SOBRE NOVAS TECNOLOGIAS

IESS –11/05/2018

Como parte da missão de promover a sustentabilidade da saúde suplementar com a produção de conhecimento e informações que auxiliem na tomada de decisão, participamos periodicamente de eventos que a facilitem e ampliem o debate e a construção de novas ferramentas para o setor.

Com esse objetivo, Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, participou no último mês do I Encontro Brasileiro de Gestão da Sinistralidade em Saúde Suplementar, realizado em Curitiba, no Paraná.

Como resposta aos grandes desafios enfrentados pelo setor, como a alta crescente dos custos, a Associação Paranaense de Medicina do Trabalho (APAMT), promoveu o evento pioneiro no tema com a participação de profissionais de referência no país para ampliar a construção de conhecimento com foco na promoção à saúde, prevenção de doenças e novas terapias, sem deixar de lado a gestão financeira sustentável por parte dos diferentes agentes envolvidos.

Luiz Augusto Carneiro apresentou dados sobre diferentes tecnologias que impactaram diretamente na saúde da população e sua respectiva importância nos gastos com saúde no Brasil e no mundo. Um dos

Segundo a ministra Nancy Andrighi, “as razões fático-normativas em que se funda este precedente revelam que a prévia limitação de quantidade de sessões de psicoterapia implica significativa restrição ao restabelecimento da saúde do usuário, capaz de comprometer não só princípios consumeristas, mas também os de atenção integral à saúde na saúde suplementar”. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

exemplos citados pelo executivo diz respeito ao uso de tecnologias cujos benefícios são pequenos, baseados em pouca evidência científica e ainda são responsáveis pela maior parte dos custos da saúde, como o caso da introdução da angioplastia nos Estados Unidos. Importante lembrar que as tecnologias são aditivas, e não substitutivas. Mesmo com a introdução da angioplastia, outros recursos continuaram sendo utilizados, como a cirurgia de revascularização.

Estudo apontou que entre 1986 e 1990, a angioplastia mais do que dobrou naquele país, partindo de um total de 133 mil para 284 mil no período analisado. Contraditoriamente, o número de cirurgia de revascularização, em vez de cair, aumentou substancialmente. A publicação alerta que muitos pacientes receberam ambos os procedimentos.

No caso nacional, esse assunto é especialmente grave. Mesmo que haja debates sobre os estudos de custo e efetividade da adoção de diferentes tecnologias, a utilização da Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS) ainda caminha a passos lentos e depende do que está sendo feito no setor público. Devido ao alto impacto da questão em todo o sistema, o debate sobre o assunto deve fazer cada vez mais parte da agenda de discussões do setor, gerando conhecimento e ferramentas para a tomada de decisão e formulação de políticas.

Confira a apresentação na íntegra [aqui](#).

## MINISTRO QUER PLANOS DE SAÚDE ALTERNATIVOS

O Estado de S. Paulo –10/05/2018

**Em iniciativa semelhante à do antecessor, Occhi sugeriu a ação para acelerar os atendimentos, além de defender a cobrança de franquias**

BRASÍLIA - O ministro da Saúde, Gilberto Occhi, encomendou à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a retomada da discussão sobre novos formatos de planos de saúde. Em uma iniciativa semelhante a de seu antecessor, Ricardo Barros, que lançou a ideia de planos populares, Occhi defendeu a adoção de alternativas no setor. O objetivo, segundo ele, é garantir o atendimento mais ágil em casos de procedimentos simples.

Questionado se a proposta seria para limitar coberturas, de acordo com a região do usuário, o ministro afirmou que o formato ainda será avaliado. Ele limitou-se a dizer que o debate será retomado. “Isso já foi discutido em algum momento. Na ANS, a informação é de que a discussão foi suspensa. Vamos retomar”, disse. O ministro afirmou ainda que a decisão somente será tomada se houver consenso.

**Franquias.** Occhi defendeu a cobrança de franquias em planos, proposta em discussão na ANS. A estratégia prevê que, em contratos

novos, seja estabelecido um teto para o copagamento, a contrapartida que o usuário dá quando faz determinados procedimentos ou a franquia.

Atualmente, cerca de 6% dos contratos apresentam essas condições, um número considerado baixo. A ideia é que limites sejam estabelecidos tanto para o copagamento quanto para franquias. Usuários que optarem por esse sistema pagariam mensalidades mais baixas. Pela proposta em avaliação da ANS, a franquia não poderia ser cobrada no caso de alguns procedimentos, como hemodiálise, quimioterapia, exames para identificação precoce e acompanhamento de algumas doenças crônicas, pré-natal e exames realizados logo depois do nascimento do bebê, como o teste do pezinho. “Defendo as alternativas. A escolha será do cidadão. A agência deve buscar proteger o cidadão e evitar ações abusivas”, disse, logo depois de participar de uma audiência pública na Câmara dos Deputados. O ministro disse ser favorável à concessão de um reajuste para contratos particulares de planos de saúde, mesmo que ainda existam dúvidas sobre a forma de cálculo para o percentual. Auditoria do Tribunal de Contas da União identificou falhas e sugeriu que uma revisão sobre a metodologia fosse feita, para evitar dupla cobrança.

Com base no relatório, o Instituto de Defesa do Consumidor ingressou com ação com pedido de liminar para suspensão do reajuste. “Não vou dar minha opinião sobre a ação. O TCU encontrou algumas situações e foi dado um prazo ao órgão fiscalizador para que justificativas sejam apresentadas.”

## AÇÕES JUDICIAIS AMEAÇAM A SAÚDE NO PAÍS

IESS –10/05/2018

Quem acompanha informações sobre o setor de saúde sabe que a Judicialização é um tema cada vez mais recorrente e presente na pauta por diferentes razões e necessidades. O crescente aumento das ações judiciais tanto no sistema público quanto privado faz com que, de tempos em tempos, sejamos impactados com notícias e novas informações sobre o tema.

Consequentemente, essa alta preocupa os diferentes agentes e participantes dos setores de saúde. Não é para menos, no último ano, o reajuste mensalidades, por exemplo, liderou o ranking de reclamações no Idec (Instituto Nacional de Defesa do Consumidor). E é exatamente esse tipo de reclamação que tem gerado reações dos órgãos do setor.

Mesmo sem a divulgação do valor para reajuste nesse ano por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nesta semana, o Idec ingressou na Justiça com uma Ação Civil Pública pedindo a suspensão do reajuste de contratos individuais de planos de saúde para o período 2018-2019. Na ação, o Instituto pede que, além da suspensão, seja estabelecida uma nova metodologia para o cálculo do aumento das mensalidades, por meio de consulta pública. Até que

isso não seja feito, sugere que as mensalidades sejam atualizadas apenas pela variação da inflação.

Por meio de nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) afirmou considerar despropositada a ação, já que a medida coloca em risco a sustentabilidade do setor e ameaça a saúde de milhões de brasileiros. "Os reajustes estão estipulados na Lei 9.656/1998 e uma ação destinada a suspender tais mecanismos não deve prosperar. A regulamentação do setor é um instrumento balizador e deve ser respeitada, como forma de proporcionar segurança jurídica tanto ao consumidor quanto às operadoras", afirma a entidade.

Segundo dados da ANS, no ano de 2017, para cada R\$ 100 recebidos pelos planos de saúde de assistência médico-hospitalar, R\$ 98,80 são gastos com com despesas assistenciais, administração, comercialização, impostos e outros operacionais, ou seja, apenas R\$ 1,20 são arrecadados pela operadora. Outro ponto que merece atenção é que o Índice Geral de Reclamações, da ANS, que mostra o comportamento das operadoras no atendimento aos beneficiários, aponta que em março de 2018, apenas 5,2% era sobre mensalidade.

Não é preciso reafirmar que o reajuste – que explicamos melhor [aqui](#) – também não é positivo para as empresas do setor, já que pode representar a perda de capacidade de pagamento por parte do beneficiário, mudança do tipo de plano ou de operadora ou ainda abdicar da saúde suplementar.

## PLANOS DE SAÚDE DEVEM SUBIR ACIMA DA INFLAÇÃO

Valor Econômico –10/05/2018

O ministro da Saúde, Gilberto Occhi, disse ontem que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve divulgar entre o fim de maio e o início de junho o índice de reajuste para os planos de saúde individuais, apesar de contestações feitas pelo Tribunal de Contas da União em torno da metodologia que vem sendo utilizada para esse cálculo desde 2009. Occhi indicou também que a alta será novamente acima da inflação.

A alta deveria ter ocorrido em abril, mas divergências dentro da ANS em torno do percentual a ser aplicado vêm retardando a divulgação. "Todos nós sabemos que o índice de variação de preços para atendimento a saúde é bem superior a qualquer outro índice de variação de preços que temos", disse Occhi em audiência na Câmara.

O deputado Ivan Valente (Psol-SP) rebateu, afirmando que "não é possível aceitar o argumento de que a saúde no nosso país tenha reajuste de 13% com inflação de 3%". "Isso é inviável continuar, ter reajuste sempre maior do que a inflação. O ministério e ANS têm que fiscalizar e impedir a extorsão do consumidor brasileiro."

Rafael Vinhas, gerente-geral de regulação da ANS, defendeu a política de reajustes, justificando os aumentos acima da inflação por fatores como "novas tecnologias".

Ele disse que ainda "não há como afirmar com certeza" que de fato ocorreram as irregularidades apontadas pelo TCU no cálculo do reajuste dos planos desde 2009. O relatório serviu como base para

que o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) ingressasse com uma ação na Justiça pedindo a suspensão do reajuste para este ano.

O documento aponta "distorções, abusividade e falta de transparência" na metodologia de cálculo para fixar o percentual máximo de reajuste dos planos. E indica "insuficiência de mecanismos" para evitar que despesas relacionadas ao aumento de coberturas, como novos tratamentos e exames, sejam computadas em dobro no cálculo do reajuste.

Segundo o TCU, a agência vem desconsiderando desde 2009 que esse impacto vem sendo incorporado pelas operadoras nos reajustes dos planos coletivos, que servem de base para o cálculo do aumento dos planos individuais. "A inclusão de um percentual específico de reajuste referente à atualização do rol de procedimentos pode impactar em duplicidade os os reajustes dos planos individuais, uma vez que essa atualização também impacta na definição dos percentuais de reajuste dos planos de saúde coletivos", diz o relatório.

Vinhas rebateu. "Posso afirmar que não dá para afirmar categoricamente que houve essa dupla contagem", disse.

O ministro Occhi, por sua vez, afirmou que as irregularidades indicadas pelo TCU "são questões preliminarmente apontadas".

Deputados também pressionaram o ministro contra as nomeações de Rogério Scarabel Barbosa e Davidson Tolentino de Almeida para a diretoria da ANS. O primeiro é sócio de um escritório de advocacia que representa empresas do setor. Já Tolentino é ligado ao PP e estaria envolvido em um esquema de corrupção, arrecadação e armazenamento de dinheiro ilícito para o partido. Occhi disse que a análise das indicações agora cabe ao Senado, que vai sabatiná-los.

## **PRESSIONADO, MINISTRO DA SAÚDE DEFENDE NOMEAÇÕES PARA A ANS**

Valor Econômico –09/05/2018

**BRASÍLIA** - Deputados pressionaram nesta quarta-feira (9) o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, contra as indicações de dois nomes feitas pelo presidente da República, Michel Temer (MDB), para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em audiência pública na Câmara, eles se manifestaram contra a nomeação de Rogério Scarabel Barbosa e Davidson Tolentino de Almeida, que ainda serão sabatinados pelo Senado.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) já se disseram contra a indicação de ambos.

Segundo as entidades, Scarabel é sócio de um escritório de advocacia que informa, em seu material de divulgação, que atua "representando interesses de empresas perante a ANS". Scarabel é sócio coordenador do escritório Imaculada Gordiano Sociedade de Advogados, em Fortaleza, para a área hospitalar e de saúde.

Davidson Tolentino, por sua vez, é ligado ao PP e estaria envolvido em um esquema de corrupção, arrecadação e armazenamento de dinheiro ilícito. A denúncia contra ele foi feita em abril por José Expedito Almeida, ex-assessor do senador Ciro Nogueira (PP-PI), presidente do partido. Segundo Almeida, Ciro, o deputado Eduardo "Dudu" da Fonte (PP-PE) e Tolentino dividiam quarto de hotel "para estocagem de dinheiro".

"Nem sabatinados deveriam ser", disse o deputado Ivan Valente (Pso), que prometeu ingressar com representação na Comissão de Ética Pública da Câmara contra as indicações.

Paulo Foletto (PDT-ES) também pediu que as nomeações sejam revistas, mas o ministro disse que a sabatina no Senado deve servir para esclarecer a situação de ambos.

"Temos que ter muito cuidado ao julgarmos as pessoas. Nós temos visto hoje um julgamento antecipado das pessoas, pelas notícias que nos chegam", disse Occhi, que se definiu como "uma pessoa do ramo do Direito, muito legalista" e que defende "a posição da Constituição de que todos são inocentes até que se prove o contrário".

"Não podemos, em função de notícias ou qualquer comentário que possa ser feito, condenar as pessoas de maneira antecipada. O processo que tem que ser feito é de competência do Senado Federal. Vamos apurar e vamos dar oportunidade para que o possam se defender", afirmou.

---

**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)