

ÍNDICE INTERATIVO

[Julgamento no STJ, nesta quarta-feira, pode restringir cobertura de planos de saúde](#) - Fonte: O Globo

[Plano de transformação digital da ANS completa um ano](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pandemia causa queda de 27 milhões de procedimentos de saúde em 2020](#)- Fonte: Agência Brasil

[Plano Nacional traz medidas estruturantes para equacionar judicialização da saúde](#) - Fonte: ConJur

[Promulgado decreto que susta limite de contribuição a planos de saúde](#) - Fonte: Senado Notícias

[Pandemia acelera criação de Startups voltadas ao segmento médico-hospitalar no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde utilizam ofertas e Telessaúde para atrair usuários](#) - Fonte: Portal R7

[Estudo aponta que monitorar a saúde de pacientes reduz em até 35% frequência em emergências](#) - Fonte: G1

[ANS disponibiliza dados sobre serviços e coberturas adicionais dos planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[O Rol de procedimentos da ANS e seu caráter taxativo](#) - Fonte: ConJur

JULGAMENTO NO STJ, NESTA QUARTA-FEIRA, PODE RESTRINGIR COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 15/09/2021

Entidades de defesa do consumidor temem que tribunal reverta entendimento de que o rol da ANS é a cobertura mínima a ser oferecida pelas operadoras

RIO - O Superior Tribunal de Justiça (STJ) julga nesta quarta-feira se o rol de procedimentos listados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) é exemplificativo, ou seja, uma lista mínima das coberturas que devem ser oferecidas pelas operadoras a seus usuários, ou se ele é taxativo, o que significa dizer que não se pode pleitear nenhum tratamento que não esteja listado pela agência reguladora.

O entendimento prioritário do Judiciário na última década é de que o rol é exemplificativo. Essa visão permitiu que os clientes de planos de saúde pudessem recorrer à Justiça quando tinham negado pela operadora acesso a tratamento prescritos pelos seus médicos.

Foram parar na Justiça, e posteriormente incluídos no rol, do direito à reconstrução da mama, após o câncer, e tratamentos quimioterápicos ambulatoriais, à garantia da cirurgia bariátrica.

— Na prática, se houver uma mudança de entendimento haverá restrição de cobertura, por isso é importante que os consumidores fiquem alertas e se mobilizem. É importante lembrar quantos procedimentos foram inseridos no rol após brigas judiciais — ressalta a advogada Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Segundo ela, com a mudança de entendimento será muito mais difícil o consumidor obter na Justiça a autorização para procedimentos ou tratamentos não listados no rol.

— Há pelo menos uma década esse é o entendimento majoritário dos tribunais, e o mercado prosseguiu em crescimento normal. O setor chega em 2021 mais estável do que nunca após uma década de crescimento. Ou seja, os argumentos de riscos para a sustentabilidade apontados por alguns segmentos e em pareceres não são sustentados empiricamente pelos dados da agência reguladora.

O Idec, em conjunto com a Defensoria Pública e a Comissão de Defesa do Consumidor da OAB Federal, publicou uma nota técnica explicando o impacto de qualquer mudança que restrinja a cobertura de usuários de planos de saúde.

PLANO DE TRANSFORMAÇÃO DIGITAL DA ANS COMPLETA UM ANO

GOV (ANS) – 13/09/2021

Data marca o lançamento da 2ª edição do E-Book Selo de Maturidade Digital.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comemora um ano do seu Plano de Transformação Digital: marco da segunda onda do Projeto ANS Digital, que desde 2015 vem promovendo mudanças significativas na organização e desenvolvimento dos trabalhos da reguladora. Nesta mesma data comemorativa, a Agência lança a segunda edição do E-Book Selo de Maturidade Digital. Confira aqui.

O Selo é um instrumento que classifica os serviços da Agência em categorias que indicam o seu nível de maturidade digital, apresentando, a partir do ponto de vista do cidadão (ou ente regulado), como ele consegue acessar os serviços da reguladora. Com a ferramenta, além de acompanhar o grau de digitalização dos serviços, é possível priorizar a transformação dos que possuem baixa maturidade digital, promovendo, assim, a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela ANS e da interação com seus públicos.

A primeira edição do Selo abarcou 16 serviços que foram publicados no portal único do Governo Federal em julho de 2020. Uma edição extra, divulgada em maio de 2021, registrou um salto para 32 serviços e, agora, nesta edição comemorativa, chegou-se a 40 serviços cadastrados no

Portal Gov.br – um aumento de 150% no número de serviços ofertados desde a primeira edição do Selo.

“Nesse primeiro ano do Plano de Transformação Digital, a ANS avançou na digitalização dos seus processos e serviços, aprimorando a jornada dos usuários que utilizam os serviços prestados pela reguladora. No entanto, o esforço de cadastrar novos serviços, de qualificar as informações para os consumidores, entes regulados e demais atores do setor está só começando”, afirma Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS.

Balanco da transformação digital da ANS

De 2015 a 2020, a implantação do sistema de processo eletrônico foi o foco da primeira onda do Projeto ANS Digital, resultando no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), plataforma integradora de serviços para usuários internos (unidades da ANS) e externos (cidadãos, prestadores de serviço de saúde, operadoras de planos de saúde, ministérios, órgãos do judiciário e demais órgãos de controle).

No início de 2020, o Projeto ANS Digital teve o seu escopo ampliado, no que se denominou uma segunda onda, com foco no desenvolvimento da capacidade institucional para atender ao processo de transformação digital acelerado pela pandemia provocada pelo Coronavírus. A ANS aderiu, então,

à Estratégia de Governo Digital, conforme Decreto 10.332, de abril 2020, por meio da pactuação do Plano de Transformação Digital 2020/2021, conformando a segunda onda do Projeto ANS Digital em três eixos.

No Primeiro Eixo - Transformação Digital dos Serviços, do qual o Selo faz parte, houve um avanço no número e na maturidade digital dos serviços disponibilizados pela Agência. Com a publicação da Resolução Normativa - RN nº 464 – normativa que viabilizou a implantação de novas funcionalidades no processo administrativo eletrônico da ANS – alcançou-se a marca de 100% dos serviços digitais, ou seja, todos os serviços da ANS podem ser solicitados e recebidos via digital.

No Segundo Eixo - Unificação dos Canais Digitais, foi realizada a migração do site da ANS para o Portal Gov.Br, cumprindo o previsto no Decreto Nº 9.756/2019. Houve ainda o incremento de serviços da Agência disponíveis no portal, passando de 16 para 40. Desses, três já foram incorporados ao login único, que oferece um ambiente de autenticação digital único do usuário aos serviços públicos digitais integrados à conta Gov.Br, incluindo os serviços da ANS. O Terceiro Eixo - Interoperabilidade dos Sistemas, contemplou a integração de base de dados, iniciativas voltadas para ciência de dados e disponibilização de dados no formato aberto.

A Agência também avançou no desenvolvimento de um plano de comunicação para disseminar aos seus servidores,

colaboradores e usuários da saúde suplementar, o andamento do processo de transformação digital. Em novembro de 2020, foi realizado o Seminário ANS Digital - Jornada da Transformação, evento interno e remoto que contou com a participação de mais de 200 trabalhadores da Agência – uma segunda edição está prevista para novembro deste ano.

Repactuação do Plano de Transformação Digital

Neste mês de setembro, a Agência avança no planejamento das ações para a repactuação do Plano para seguir em novas frentes de transformação digital. O novo Plano de Transformação Digital 2021/2022 ganhará um quarto eixo: Segurança da Informação e Privacidade, cujo objetivo é acompanhar a implementação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as garantias de segurança das plataformas digitais.

“Com a repactuação, nosso Plano permanece com os objetivos de ampliar a oferta de serviços digitais e aumentar a satisfação do usuário, com a disponibilização de serviços mais simples e intuitivos para os diversos públicos que interagem com a Agência. Esperamos avançar ainda mais na simplificação e desburocratização dos serviços prestados pela ANS, com a redução do tempo médio para obtenção dos serviços, além da implementação de soluções tecnológicas que otimizem os trabalhos dos técnicos da Agência”, explica Paulo Rebello.

PANDEMIA CAUSA QUEDA DE 27 MILHÕES DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE EM 2020

Agência Brasil – 13/09/2021

Informação está em levantamento do Conselho Federal de Medicina.

A pandemia de covid-19 provocou a queda de 27 milhões de procedimentos de saúde que não são de emergência em 2020, como exames e consultas. O dado está em levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Segundo o estudo, quando comparados os dados entre março e dezembro de 2020 (do início da pandemia até o fim do mesmo ano) com o mesmo período de 2019, a diferença foi de 26,9 milhões de procedimentos, sendo 16,6 milhões de exames de diagnóstico, 8,8 milhões de procedimentos clínicos, 1,2 milhões de pequenas cirurgias e 210 mil transplantes.

Os procedimentos considerados eletivos, que não são de urgência e emergência, tiveram impacto pelo direcionamento de boa parte da estrutura da rede de saúde para atender os pacientes com covid-19.

Entre março e abril de 2020, com o avanço da primeira onda da pandemia, houve uma queda quase à metade do número de procedimentos, de 8,1 milhões para 4,8 milhões. Em abril,

foram registrados 5 milhões de procedimentos e em maio, 5,6 milhões. Após recuperação, o ano terminou com 8 milhões.

Conforme o levantamento do CFM, as áreas mais afetadas entre março e dezembro de 2020, em comparação com o mesmo período no ano anterior, foram as consultas e exames em citopatologia (-51%), neurologia (-40%), anatomopatologia (-39%), cardiologia (-38%), oftalmologia (-34%) e medicina clínica (-33%).

No período analisado, deixaram de ser realizados 2,8 milhões de cirurgias. Entre março e dezembro de 2020 foram realizados 4,6 milhões de procedimentos desse tipo, contra 7,5 milhões no mesmo período em 2019.

Quando considerados os números absolutos, os procedimentos que tiveram mais impacto foram os da área de oftalmologia (-6,2 milhões), seguidos por radiologia e diagnóstico de imagem (-5,3 milhões), médico-clínico (-2,8 milhões) e radioterapia (-2,5 milhões).

Sofreram grandes quedas exames como os de gasometria (medição de quantidade de O2 e CO2 no sangue), câncer e Papanicolau. Outros procedimentos afetados foram o

atendimento em centro de atenção psicossocial, cauterização de lesões na pele e atendimento para indicação ou inserção do dispositivo intrauterino (DIU).

Por regiões, as mais afetadas foram a Nordeste (-31%), Sul (-29%), Sudeste (-27%) e Norte (-21%). Entre estados, as reduções mais intensas se deram em Alagoas (-47%), no Piauí (-45%), Amazonas (-38%), Espírito Santo (-36%), em Mato Grosso do Sul e Sergipe (-35%).

2021

No 1º semestre de 2021, o número de procedimentos eletivos foi de 50 milhões, 20% a mais do que no 1º semestre de 2020, quando foram registrados 41,6 milhões de consultas, exames e cirurgias. Quando comparado com o 1º semestre de 2019, o número representa uma queda de -14%.

PLANO NACIONAL TRAZ MEDIDAS ESTRUTURANTES PARA EQUACIONAR JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

ConJur – 13/09/2021

Prevenção à judicialização, resolução efetiva dos conflitos e diálogo interinstitucionais são alguns dos objetivos do “Plano Nacional para o Poder Judiciário — Judicialização e Sociedade: ações para o acesso à saúde pública de qualidade”, apresentado na última quinta-feira (9/9) pelo Conselho Nacional de Justiça.

O plano é resultado do diagnóstico traçado por pesquisa realizada pelo CNJ, pelos planos de ação propostos pelos comitês estaduais e complementados pelas estratégias definidas pelo Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde.

Em âmbito interno, é proposta a capacitação de magistrados em matérias de saúde, em parceria com a Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam), e a revisão de tabelas e formulários do e-NatJus, de forma a aprimorar os bancos de notas técnicas e pareceres.

“A intenção não é dizer para os magistrados como eles devem decidir, mas sim que precisamos ter uma certa uniformidade e racionalidade na decisão”, afirmou o desembargador do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e membro do Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde do CNJ, João Pedro Gebran Neto, durante a apresentação do plano na IV Jornada de Direito da Saúde, realizada nessa quinta-feira (9/9).

O plano também prevê que deve ser estimulada a criação de varas bem como de turmas ou câmaras especializadas em matéria de saúde pública e suplementar. “A judicialização da saúde deve ser um dos assuntos mais transversais com os quais tratamos nos tribunais, pois lidamos com uma gama de profissionais e áreas técnicas, o que exige a especialização da magistratura”, observou o desembargador.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) avalia que é possível adotar uma série de medidas para tentar compensar a queda, como campanhas junto aos pacientes, sobretudo para os que têm doenças crônicas.

Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde afirmou, em nota, que a organização dos procedimentos de saúde e dos critérios para definir prioridades cabe aos estados e municípios. Segundo a nota, o órgão disponibilizou R\$ 350 milhões em recursos adicionais para esse tipo de procedimento.

De acordo com a pasta, no primeiro semestre foram realizados 3,7 milhões de cirurgias eletivas, com aumento em relação ao mesmo período de 2020, com 3,4 milhões desses procedimentos, mas ainda há queda se comparado ao primeiro semestre de 2019, quando equipes de saúde fizeram 4,9 milhões de cirurgias.

Há ainda a sugestão da criação de um “Manual de Desjudicialização da Saúde”. “É necessário um material como esse, não para que as pessoas não litiguem, o acesso à Justiça deve e continua a ser amplo, mas o manual deve passar por uma perspectiva de soluções diferentes que não sejam necessariamente o processo judicial”, disse Gebran Neto.

O plano abrange também uma proposição antiga do Fórum, que é a integração da saúde suplementar ao NatJus. “Precisamos saber do que se tratam os processos, que tipo de providências estão sendo pedidas, que tipo de litígio está sendo demandado, se versam sobre exame, procedimento ou medicamento. Esse é um desafio que deve ser vencido”, explicou Gebran.

Parcerias institucionais

As ações em âmbito administrativo propostas no Plano Nacional devem contar com uma parceria com os poderes Executivo e Legislativo. De acordo com o desembargador do TRF-4, é preciso otimizar o procedimento de ressarcimento do Ministério da Saúde aos entes federados, quando houver condenação judicial.

A revisão integral da Tabela CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos), por sua vez, deve ser trabalhada de forma a ajustar os valores conforme os preços praticados no mercado, mas também readequar o valor do Preço Máximo ao Governo, que, segundo João Pedro Gebran Neto, muitas vezes paga um preço abusivo nas licitações.

“Esse é um desafio sério e difícil, mas, amparados com a perspectiva do CNJ e da desjudicialização da saúde e, inclusive para o barateamento dos custos da saúde no Brasil,

temos de levar ao Congresso Nacional para que o tema seja debatido e se promova a modificação legislativa necessária”, explicou

Com base nos dados apontados pelo estudo “Judicialização e Sociedade: Ações para Acesso à Saúde Pública de Qualidade”, realizado pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias, que trouxe subsídios para a formulação dos planos de ação estaduais e para o Plano Nacional, foi sugerido também o fomento a mecanismos que promovam transparência em filas por atendimentos e procedimentos.

A ideia é auxiliar estados e municípios a estabelecerem sistemas de regulação que possam deixar claro como elas são organizadas e contabilizadas. Conforme o levantamento, cerca de 14% das secretarias municipais de Saúde afirmaram ter atos normativos para marcação de consultas e 42,4% têm ato para as internações. Nas unidades federativas, por sua vez, 71,4% têm ato regulador para a marcação de consultas e, 76,2%, para internações.

O aprimoramento e a regularização da incorporação da tecnologia de saúde, por sua vez, tem por objetivo efetivar o acesso dos usuários do SUS. O desembargador ressaltou que, mesmo com a aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), leva-se mais de 180 dias para que seja feita a pactuação entre os três entes.

“Há um vácuo de tempo prolongado, que supera o tempo legal, para que aquilo esteja disponibilizado aos usuários. Temos que pensar no procedimento e no rito. Talvez preço e pactuação devam anteceder à própria inclusão do medicamento na política pública de saúde. Porque dizer que incorpora, mas não disponibiliza, vai fomentar a judicialização”, disse.

PROMULGADO DECRETO QUE SUSTA LIMITE DE CONTRIBUIÇÃO A PLANOS DE SAÚDE

Senado Notícias – 10/09/2021

O Congresso promulgou o [Decreto Legislativo 26/2021](#) que suspendeu os efeitos da Resolução nº 23 de 2018, do então Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Transformada em norma jurídica, a proposta acabou com o

Já o diálogo com o Ministério da Saúde e a Advocacia-Geral da União pode permitir a definição de uma política de mediação e conciliação na saúde, como propõe o Plano Nacional. “Já existem algumas medidas sendo tomadas por estados e municípios no sentido de prevenir a judicialização e também há acordos na Justiça para a prestação da assistência. Isso precisa ser fomentado, a partir do Executivo”, reforçou Gebran Neto.

Presidente da mesa, o subprocurador-geral de Justiça do Ministério Público de São Paulo e ex-conselheiro do CNJ, Arnaldo Hossepian, ressaltou que as ações previstas no Plano Nacional não resolverão em definitivo os problemas que envolvem a judicialização no país.

“O que se queria, desde o início, é que se tivesse um diagnóstico preciso daquilo que o Poder Judiciário, pela via dialógica, poderia trabalhar para minimizar a problemática da saúde no Brasil, na medida em que tudo deságua no Poder Judiciário”, concluiu.

De acordo com Hossepian, que supervisionou o Comitê Executivo do Fórum da Saúde de 2015 a 2019 e hoje ocupa o cargo de subcoordenador, o plano traz medidas estruturantes que podem contribuir para as soluções.

Comitês estaduais

A partir da pesquisa de saúde do CNJ, os comitês estaduais produziram cerca de 70 planos de ação, apresentados por 22 unidades federativas, incluindo o Distrito Federal. Temas como o aumento da oferta de médicos, fortalecimento da gestão do Fundo Estadual de Saúde e a capacitação de médicos e magistrados para o cumprimento das políticas do SUS foram algumas das sugestões apresentadas pelos comitês e compiladas pelo Comitê Nacional.

limite máximo de participação das empresas estatais federais no custeio do benefício de assistência à saúde dos empregados, nos planos de autogestão.

PANDEMIA ACELERA CRIAÇÃO DE STARTUPS VOLTADAS AO SEGMENTO MÉDICO-HOSPITALAR NO BRASIL

Saúde Business - 09/09/2021

Procura pelos serviços de consultoria especializada também cresceu, porque os médicos, querendo abrir o próprio negócio, se deparam com dificuldades e incertezas relacionadas às questões tributárias, trabalhistas, contábeis, societárias e empresariais.

Quando se fala em futuro no mercado de trabalho, o setor de saúde sempre é um dos mais auspiciosos. E não é para

menos, afinal, são vários os fatores que contribuem para a prosperidade do segmento, como aumento da população idosa, dificuldade para obtenção de acesso a consultas, exames, cirurgias e internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e expansão dos planos privados. E, como se não bastasse, atualmente, a pandemia de Covid-19.

Neste cenário otimista, destaque para o crescimento das healthtechs – as startups da medicina, que são as empresas que desenvolvem tecnologias para potencializar o sistema de saúde, conduzindo vários upgrades para a oferta de serviços. De acordo com dados da Associação Brasileira de Startups, nos últimos oito anos o número de startups cresceu 20 vezes. Em 2019 já eram quase 13 mil. E dessas 13 mil empresas startups mapeadas, 396 atuam no setor de saúde e bem-estar, fazendo com que este seja o terceiro maior mercado de atuação deste tipo de empresa do Brasil, atrás das inclinadas para a área de finanças (fintechs) e educação (edtechs).

Uma delas é a MedBolus, que nasceu em 2017, como uma plataforma de atualização médica com vídeos de até 15 minutos que tratam de diversos temas. “Com 4.500 usuários cadastrados, é como se fosse a Netflix de médicos especialistas, sendo que, no programa, médicos e estudantes de medicina de diferentes áreas de atuação têm a oportunidade de verificar as principais informações de maneira rápida e objetiva”, conta a reumatologista Cinira Soledade, uma das fundadoras da MedBolus.

O médico oftalmologista Aron Guimarães, investidor da startup 99 Farma, cujo objetivo é fazer com que o usuário tenha acesso, de forma intuitiva e descomplicada, às melhores farmácias do Brasil, compartilha da mesma opinião que Cinira. Sendo ele também um dos conselheiros da MedBolus, a meta deles, inclusive, é oferecer um suporte maior às empresas, planos de saúde, faculdades e seguradoras, através de um projeto embrionário, sobre business-to-business, expressão identificada pela sigla B2B, que é a denominação do comércio estabelecido entre empresas. “Antes de investir, toda pessoa pensa onde vai aplicar o dinheiro, que se não poupado, pode faltar quando precisarmos. Por isso, quem tem planos para o futuro, principalmente aqueles que dependem de dinheiro para serem alcançados, só tem duas alternativas: ou contar com a sorte ou investir no presente para utilizar no futuro. Infelizmente, na área médica os profissionais se veem como ativos e só agora essa visão a respeito de investimento começa a ganhar corpo”, diz ele, que, ao todo, faz investimentos em cinco startups, sendo quatro delas na área de healthtech, abrangendo a Zenklub, que contém mais de 500 especialistas em desenvolvimento pessoal, psicológico e bem-estar emocional; e outra no segmento de tecnologia de detecção de vazamento em dutos de petróleo.

A confirmação do crescimento de startups médicas se dá também pela Mitfokus, cujo trabalho é guiar profissionais e empresas da área da saúde a encontrarem as melhores soluções para as questões tributárias, contábeis e

financeiras, e que desde janeiro de 2021 foi procurada para abrir 17 novos registros no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). No que diz respeito a dicas de consultorias e investimentos, foram mais de 20 atendimentos.

A procura pelos serviços de uma consultoria especializada se dá porque, muitos médicos, querendo abrir o próprio negócio, se deparam com as dificuldades e incertezas naturais do início; além da ausência de informações sobre as questões tributárias, trabalhistas, contábeis, societárias e empresariais, assuntos que não são discutidos na faculdade. Neste sentido, com 1.200 médicos na carteira de clientes, a Mitfokus viu a procura aumentar durante a pandemia. “Os profissionais queriam receber indicações de como abrir o próprio negócio ou se tornar investidor-anjo, por exemplo, que é a pessoa física ou jurídica que faz investimentos com seu próprio capital em empresas nascentes com um alto potencial de crescimento, como as startups. Só ano passado foram dez que demandaram direcionamento e orientação de nossos especialistas, sendo que cerca de 6% entraram como investidores-anjo em startups, com ticket médio de investimentos de 50 mil reais”, comenta Tiago Lázaro, CEO da Mitfokus.

Sócio da WeDoc, um aplicativo de rede social para médicos e alunos de medicina, via aporte de recursos oriundos diretamente de seu patrimônio, o médico urologista Guilherme Munhoz é um investidor e garante: ter uma boa noção sobre gestão de negócios faz muita diferença para os resultados da carreira. “Infelizmente, ainda existe quem pensa que, sendo um profissional da saúde, isso não importa tanto. Porém, é fundamental que médicos tenham boas convicções de gestão empresarial, principalmente se o intuito é investir ou abrir uma empresa, o que, de fato, não é uma tarefa fácil”, diz o profissional formado em 2007.

Sabendo que a organização, o foco e um bom planejamento são essenciais para manter as contas em dia, os negócios prosperando e os clientes satisfeitos, a expectativa da Mitfokus é que a procura por orientações tributárias e jurídicas aumente ainda mais. Um dos motivos é a publicação do Marco Legal das Startups, publicado por meio da Lei Complementar nº 182, em 1º de junho de 2021, que colaborará com a melhoria do ambiente de negócios para as healthtechs, aumentando, assim, o número de empresas inovadoras, bem como a oferta de capital para investimentos.

Por fim, uma vez que as startups são modelos de negócio em rápida expansão, o recomendável é que, antes de investir, a pessoa faça uma análise detalhada através de uma consultoria.

PLANOS DE SAÚDE UTILIZAM OFERTAS E TELESSAÚDE PARA ATRAIR USUÁRIOS

Portal R7 – 09/09/2021

O número de usuários de planos de saúde crescem com o aumento dos custos de internação e com a criação de planos 30% mais baratos pelas empresas.

No primeiro semestre do ano o SUS enfrentou problemas financeiros por conta do alto custo das internações em meio a maior crise de saúde do século.

“No primeiro trimestre de 2021, nós registramos o maior custo assistencial da história do sistema. Enquanto o Brasil superava 4 mil mortos por Covid a cada dia, os procedimentos eletivos chegaram a superar o patamar de 2020 e de 2019, ocupando leitos e profissionais de saúde e custos de assistência”, diz Vera Valente, diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) que representa 16 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, somando 19 empresas dentre 1.048 operadoras juntamente com beneficiários.

No início da pandemia houve uma redução na utilização de serviços hospitalares, por conta da diminuição na sinistralidade, porém a partir de Maio os valores voltaram a subir e com isso, as companhias tem notado um aumento considerável de novos usuários ao sistema, dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostram que houve alta de 2,2% no total de beneficiários de planos de saúde no intervalo de 12 meses encerrado em abril, aumentando o número para 48,1 milhões de brasileiros.

“O maior crescimento ainda é registrado entre os planos coletivos empresariais, aqueles contratados pelas companhias para seus colaboradores, mas também houve avanço entre as demais categorias. Isso mostra dois movimentos. Por um lado, a economia nacional voltou a

apresentar novas vagas de trabalho, de outro, o brasileiro tem buscado outras modalidades de contratação para se manter em um plano de saúde”, diz José Cechin, superintendente executivo do IESS.

A pandemia aos olhos dos especialistas, é um motivo para o crescimento de contratações de planos no Brasil, “Se no início da crise sanitária registramos uma queda do número de beneficiários por causa de demissões e perda de poder aquisitivo, abril de 2021 foi o décimo mês consecutivo de crescimento do total de segurados”, explica José, “Percebemos também o movimento das companhias do setor em flexibilizar a contratação dos planos para garantir maior acesso aos brasileiros” completa.

“Nossa atitude em relação aos clientes tem sido negociar, flexibilizar as condições para manutenção do contrato e criar soluções para a continuidade do cuidado, assegurando a qualidade dos nossos serviços para influenciar sua retenção, como a ampliação do serviço de telessaúde para todos os clientes em abril de 2020”, confirma Edvaldo Vieira, CEO da Amil, que passou a oferecer planos com preços mais acessíveis assim como outras duas empresas que também adotaram a ideia de planos regionais e com valores 30% mais baixos que os tradicionais, a Sulamérica e o Bradesco Saúde.

ESTUDO APONTA QUE MONITORAR A SAÚDE DE PACIENTES REDUZ EM ATÉ 35% FREQUÊNCIA EM EMERGÊNCIAS

G1 – 09/09/2021

Acompanhamento de saúde aumenta adesão a tratamentos e diminui custos

O monitoramento de pacientes cresceu na pandemia, mas já vinha sendo utilizado por empresas e operadoras de saúde como estratégia para evitar agravamento de doenças e reduzir o número de internações hospitalares. Para entender melhor o impacto desse controle no sistema de saúde, a AsQ monitorou um grupo de 5000 pessoas ao longo de um ano. Durante este período, médicos e enfermeiros fizeram 41.120 ligações telefônicas de acompanhamento e 11.953 visitas para atendimento presencial dessas pessoas.

O resultado do estudo comprovou que todos saem ganhando quando a saúde é monitorada de forma constante. Houve redução de 35% na frequência a emergências e queda de 52% nas admissões hospitalares entre os pacientes acompanhados.

“O gerenciamento propicia uma atenção diferenciada para tratar a especificidade de cada caso por uma equipe profissional qualificada com apoio de uma rede de atenção à saúde”, diz Daniela Parizotto, gerente de Atenção Integral à Saúde da AsQ.

O monitoramento também estimula que os pacientes sigam os tratamentos indicados. A não adesão às prescrições médicas é um problema grave no País. Segundo estudo do Ministério da Saúde, o número de indivíduos com doenças crônicas que não seguem pelo menos 80% das recomendações médicas à risca varia bastante (entre 15% e 93%, a depender do tipo do problema enfrentado). Na média, os dados mostram que metade dos pacientes não faz o tratamento conforme o indicado.

Comum tanto no setor público quanto no privado, a não adesão aos tratamentos gera problemas de saúde para os pacientes e sobrecarrega o sistema.

ANS DISPONIBILIZA DADOS SOBRE SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS DOS PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 09/09/2021

Consulta pode ser feita no Portal Brasileiro de Dados Abertos, na página da Agência.

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incluiu em sua página no Portal Brasileiro de Dados Abertos o conjunto de dados "Serviços e coberturas adicionais dos Planos de Saúde". Disponível desde 02/09, o novo conjunto complementa o conjunto de dados "Características dos Produtos da Saúde Suplementar" com informações sobre serviços e coberturas de assistência à saúde que podem ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde, mas que não estão previstos na Lei nº 9.656/98 ou não estão inclusos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Dentre os serviços e coberturas adicionais, destacam-se:

- Assistência/internação domiciliar;
- Assistência farmacêutica;
- Transporte aeromédico;
- Emergência domiciliar;
- Transplantes não obrigatórios;
- Procedimentos estéticos;
- Assistência internacional;

- Saúde Ocupacional;
- Ortodontia;
- Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;
- Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;
- Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;
- Emergência fora da abrangência geográfica contratada.

O novo conjunto de dados pode ser consultado aqui (<https://dados.gov.br/dataset/servicos-e-coberturas-adicionais-dos-planos-de-saude>)

Sobre os dados abertos

Dados são abertos quando qualquer indivíduo pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma licença.

O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS E SEU CARÁTER TAXATIVO

ConJur – 09/09/2021

Está em discussão perante o STJ se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disciplinado nas Resoluções Normativas nº 428/2017 e 470/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem caráter taxativo ou exemplificativo. O argumento a favor do caráter exemplificativo funda-se em leitura ampliada dos artigos 10, §4º, da Lei nº 9.656/1998 e 4º, III, da Lei nº 9.961/2000, segundo a qual seria "abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura" [1]. Por essa visão, a rejeição a qualquer tratamento recomendado por um médico caracterizaria conduta abusiva das operadoras de planos de saúde, ainda que não previsto no contrato de seguro e no rol da ANS, chegando-se ao paroxismo de condená-las ao pagamento de indenizações por danos morais [2].

Por outro lado, a ANS e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) [3] adotam entendimento pela taxatividade do rol. Essa segunda linha baseia-se na visão do plano de saúde como um contrato de seguro, com seus elementos estruturantes: 1) o pagamento de um prêmio — a importância devida pelo consumidor ; 2) o oferecimento, pelo segurador, de uma garantia na eventualidade de ocorrência de um sinistro; e 3) a existência de um risco estimado, precificado e transferido

pelo segurado ao segurador, qualificado pela sua adversidade (isto é, pelo potencial gerador de consequências danosas para o segurado) e pela sua predeterminação. Tal equação gera, ao final, um risco segurado predeterminado [4], que reflete a relação contratual entre as partes e permite que a seguradora calcule e estime a reserva de caixa necessária para arcar com os dispêndios decorrentes de possíveis sinistros de todos os seus consumidores (a denominada base mutuária) [5]. Essa relação de equivalência entre prêmio, garantia e risco resulta, assim, no equilíbrio atuarial da relação securitária dos planos de saúde [6], cuja quebra afeta não só o contrato individualmente considerado, mas se desdobra em consequências sociais graves. A sustentabilidade do mercado de saúde suplementar depende da estabilidade dessas variáveis.

O propósito do rol de procedimentos é mitigar as assimetrias informacionais entre as OPS e seus segurados quanto à cobertura dos planos de saúde. Dado o desconhecimento dos consumidores quanto aos tratamentos necessários para remediar ou prevenir possíveis doenças, o legislador optou por excluir da livre disposição entre as partes a estipulação da garantia destes contratos, definindo um conteúdo mínimo que deve constar de todos os planos de saúde ofertados no Brasil. Dito de outra forma: há uma cobertura que está fora da zona de negociação entre as partes. Resta verificar, à luz do marco regulatório de saúde suplementar, se essa garantia

deve ser ampla e irrestrita (rol exemplificativo) ou limitada aos procedimentos definidos pela ANS (rol taxativo).

A exegese ampliativa elastece, sem limites determináveis previamente, a cobertura do risco que deve ser oferecida pelas operadoras aos seus consumidores. Na prática, a seguradora fica obrigada a custear o tratamento recomendado ao paciente mesmo que esse procedimento não esteja previsto na listagem elaborada e atualizada periodicamente pela ANS e não tenha sido contratado como cobertura adicional. Nesse cenário, é impossível antever os custos. E isso se refletirá diretamente na base mutuária, comprometendo a solvência das operadoras de planos de saúde [7]. Portanto, ante a lógica securitária desses contratos, não basta que os potenciais sinistros (isto é, as doenças que acometem os consumidores) sejam predeterminados, mas também as garantias que lhe são oferecidas (e.g., tratamentos, exames, medicamentos) o sejam. Um contrato de plano de saúde que siga uma lógica ampla e aberta de tratamentos fixados a posteriori dificulta (quando não inviabiliza) uma relação atuarialmente equilibrada.

Por essas razões, a única interpretação compatível com o equilíbrio do sistema de saúde suplementar e a lógica securitária dos planos de saúde é aquela em que o RPES é considerado exaustivo. Se não houver previsibilidade quanto à extensão dos tratamentos assegurados aos consumidores [8], os planos de saúde tendem a se tornar insustentáveis, contrariando as finalidades subjacentes à edição da Lei nº 9.656/1998 e da Lei nº 9.961/2000. Nesse cenário, perdem não apenas as operadoras, mas todos os consumidores.

Isso não significa, repita-se, que tratamentos excluídos do rol de procedimentos não possam ser contratados. Caso seja do interesse do consumidor, essa negociação é plenamente viável, desde que seja estabelecido um prêmio específico para garantir um equilíbrio atuarial compatível com os riscos adicionais assumidos pelas operadoras. O plano-referência serve, assim, para que os consumidores possam comparar os custos e benefícios de cada produto, escolhendo aqueles mais adequados às suas necessidades.

Em suma: a ampliação dos serviços garantidos — que não é levada em conta quando do cálculo do prêmio, já que promovida pelos tribunais — afeta a capacidade das operadoras na definição do equilíbrio atuarial do contrato de seguro. A partir de uma ótica sistêmica, que considere o impacto da judicialização da saúde no setor de seguros, verifica-se que a ampliação hermenêutica do rol de procedimentos traz desequilíbrio ao mercado de planos de saúde, contrariando os objetivos de sua criação. Os efeitos sistêmicos de tais medidas, revelam uma situação que conduz a verdadeiros paradoxos regulatórios pois, no limite, são contrários aos interesses dos próprios consumidores.

A partir dos objetivos institucionais da ANS e de uma interpretação teleológica dos artigos 10, §4º, da Lei nº 9.656/1998 e 4º, III, da Lei nº 9.961/2000, percebe-se que a atividade regulatória deve ser orientada para o

desenvolvimento de um setor de saúde suplementar equilibrado e sustentável. Ademais, a racionalidade securitária inerente aos contratos de seguro-saúde demanda previsibilidade quanto aos elementos estruturantes do contrato (prêmio, risco e cobertura), de modo que a alteração unilateral de um desses pilares — in casu, por decisões judiciais esparsas em casos concretos — pode comprometer o equilíbrio atuarial do contrato. Daí se poder afirmar o caráter taxativo do rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS, o qual é incompatível com uma lógica aberta de coberturas fixadas a posteriori.

Além disso, verifica-se que eventual interpretação ampliativa dos dispositivos legais relativos ao RPES pode: 1) esvaziar a competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica; e 2) produzir outras consequências nocivas para o setor como um todo, afetando-se, de modo específico, a concorrência, com prejuízo para todos os envolvidos; a eficácia do direito constitucional à saúde (artigo 196, CRFB), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui para o encarecimento de mensalidades, dificultando o acesso de consumidores presentes e futuros aos planos e retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo rol de procedimentos no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados; e, ainda, o Sistema Único de Saúde (SUS), que terá sua demanda aumentada.

Afigura-se ainda ilógico que, após a realização de sucessivos estudos técnicos e econômicos previstos na regulamentação para a atualizar o rol de procedimentos, os procedimentos e tratamentos nele incluídos sejam apenas exemplificativos, podendo ser acrescidos de quaisquer outros procedimentos que não passaram pelo mesmo escrutínio da ANS e da sociedade, já que o processo de atualização do rol conta com a ampla participação dos interessados. Desse quadro decorre, portanto, um dever de deferência às capacidades institucionais da agência reguladora, que deve se projetar sobre os litígios envolvendo relações contratuais entre as operadoras e seus consumidores.

Vale destacar, por fim, que tanto a ANS como o legislador têm sido sensíveis à necessidade de atualização contínua e mais expedita do rol de procedimentos, de modo a incorporar as novas tecnologias em saúde à cobertura mínima dos planos. Com efeito, a Resolução Normativa nº 470/2021 (ANS) reduziu o prazo anteriormente em vigor para a atualização do rol, enquanto a Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021, fixou esse prazo em 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias, valendo o silêncio da ANS como inclusão automática da proposta. O caminho do avanço é esse: conciliar o respeito aos contratos e à expertise da ANS, com atualizações contínuas e cada vez mais céleres do rol de procedimentos.

[1] STJ, AgRg no AREsp 634.543/RJ, Rel. Min. Moura Ribeiro, Terceira Turma, j. em 05/03/2015, DJ 16/03/2015.

[2] Para se ter uma noção concreta da interferência do Poder Judiciário no setor, vale conferir estudo elaborado pela ANS

no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (SCHEFFER, M. C.; TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.. "Judicialização na saúde suplementar". In: LOZER, A. C. et al (Org.). Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília: ANS, 2015. pp. 135-144). A pesquisa analisou 4.059 decisões de segunda instância proferidas pelo TJSP que tratavam de saúde privada. Dessas, 47,67% (1.935) discutiam cobertura de procedimento, incluindo diversos casos não previstos contratualmente ou no rol de procedimentos da ANS. A ausência de previsão contratual ou regulamentar, contudo, não foi aceita como argumento de defesa dos réus na maior parte dos casos. De acordo com o estudo, aproximadamente 90% (3.575) das decisões analisadas foram favoráveis aos consumidores. Ainda segundo levantamento encomendado pelo Conselho Nacional de Justiça, o Ministério da Saúde "registrou um crescimento, em sete anos, de aproximadamente 13 vezes nos gastos com demandas judiciais, alcançando R\$ 1,6 bilhão em 2016" (disponível em: <<https://bit.ly/2IVi3Mk>>; acesso em 15/09/2019). Para o setor privado, o quadro não é diferente (cf. <<https://bit.ly/2kirzJ3>>; acesso em 15/09/2019).

[3] Na I Jordana de Direito à Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Justiça, foi editado o Enunciado nº 21, que recomendou interpretação no sentido de que o Rol de Procedimentos da ANS seja considerado obrigatório e taxativo: "Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/98, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas".

[4] A predeterminação do risco é essencial para caracterizar o contrato de seguro e submetê-lo à regulação setorial. Afinal, "uma definição do contrato de seguro que dispensasse o risco seria, formalmente, inatacável: o segurador obrigar-se-ia, contra um 'prêmio', a realizar, a favor do beneficiário, uma prestação convencionada, no caso de ocorrer determinado evento aleatório. Mas tal contrato, a ser juridicamente viável, redundaria numa simples aposta" (CORDEIRO, António Menezes. Direito dos Seguros. Coimbra: Almedina, 2013, p. 487).

[5] "O seguro, em sua essência, constitui transferência do risco de uma pessoa a outra. Tecnicamente, só se torna possível quando o custeio é dividido entre muitas pessoas, por número amplo de segurados. Embora o contrato de seguro seja negócio jurídico isolado e autônomo entre segurador e segurado, somente se torna viável se existe base mutuária para custeá-lo e um amplo número de segurados. Cabem à ciência atuária o exame estatístico e o cálculo de

seguros de determinado segmento social. São feitos cálculos aproximados dos sinistros que ordinariamente ocorrem, efetuando-se complexos estudos de probabilidade. O mutualismo constitui a base do seguro." (VENOSA, Sílvio de Salvo. Direito Civil. Contratos em Espécie. v. 3. 7ª ed. atual. de acordo com o Código Civil de 2002. Estudo comparado com o Código Civil de 1916. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, p. 335; grifou-se).

[6] Isso significa que para cada contrato assinado, há um estudo técnico de riscos, voltado a estimar, com base em dados e estatísticas, custos e receitas futuros da operação, assentada sob um modelo de repartição simples, e não de capitalização. Os recursos arrecadados em dado período destinam-se a custear os gastos desse mesmo período pela seguradora.

[7] Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Atuária afirma que "o atuário ao desenvolver os cálculos atinentes ao preço de um plano de saúde para ser comercializado pela operadora, levará em consideração as características registradas na ANS e sua previsão contratual para estimar o custo das coberturas acordadas no produto. Ou seja, se o produto regulamentado ou adaptado não estiver registrado na ANS com cobertura adicional ou não houver tal previsão contratual, significa que a cobertura obrigatória a ser seguida pela operadora será tão somente aquela mínima definida pelo rol de procedimentos da ANS, e a precificação se utilizou dessa premissa para ser elaborada. A realização de qualquer procedimento que não esteja descrito na Nota Técnica de Registro de Produto registrada na ANS e nos instrumentos contratuais, poderá implicar em riscos financeiros para a operadora, pois seu custo não terá sido contemplado no preço da contraprestação quando da avaliação atuarial" (manifestação apresentada no REsp nº 1.733.013/PR, e-STJ fl. 1362/1363).

[8] Registre-se que, atualmente, o equilíbrio atuarial dos planos de saúde deve levar em conta possíveis custos e impactos econômico-financeiro decorrentes da incorporação de novos procedimentos no RPES, conforme estipulado pela RDC ANS nº 28/2000 e suas alterações. No entanto, a garantia prevista na legislação de que novos procedimentos serão acompanhados de estudos de impacto financeiro pela ANS garante uma margem de previsibilidade às OPS, permitindo que o risco securitário seja calculado do ponto de vista atuarial. Justamente por isso, tal hipótese é totalmente distinta da afirmação de um rol meramente exemplificativo, em que se torna impossível prever quais procedimentos e tratamentos serão impostos, de forma súbita, pelo Poder Judiciário.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

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

milliman.com