

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[Com saúde bucal precária dos brasileiros, maior acesso aos planos odontológicos é essencial para suprir déficit](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Oficina para operadoras esclarece processos de fiscalização](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pandemia impulsiona Startups de saúde e acelera digitalização do setor](#) - Fonte: DL News

[Número de beneficiários de planos odontológicos cresce 10,1% em 12 meses](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Hapvida com HB Saúde: ação pode subir perto de 30%, aponta BTG](#) - Fonte: Exame Invest

[Flexibilização dos planos de saúde divide especialistas](#) - Fonte: Folha UOL

[CNJ pretende criar núcleo de apoio Nacional para tratar de Saúde Suplementar](#) - Fonte: Jota Info

[STF começa a julgar pagamento de tabela SUS em hospital particular](#) - Fonte: Migalhas

[Boletim Covid-19: ANS divulga dados atualizados até agosto de 2021](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Venda obrigatória de planos de saúde individuais é aprovada](#) - Fonte: Agência Senado

[Obrigar plano de saúde a pagar fertilização \*in vitro\* desequilibra contrato, diz Relator](#) - Fonte: ConJur

# COM SAÚDE BUCAL PRECÁRIA DOS BRASILEIROS, MAIOR ACESSO AOS PLANOS ODONTOLÓGICOS É ESSENCIAL PARA SUPRIR DÉFICIT

Revista Cobertura – 28/09/2021

Brasil registra grande déficit quando o assunto é saúde bucal. Incentivar políticas públicas que ofereçam condições de acesso aos planos odontológicos pode ser solução.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implementada há 20 anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe bons resultados referentes à ampliação do acesso aos cuidados odontológicos de milhares de brasileiros, agregando profissionais de saúde bucal a equipes de Saúde da Família. Entretanto, é importante ressaltar que ainda é muito grande o déficit da assistência odontológica oferecida por parte do governo brasileiro. São diversas as necessidades que ainda existem para a população, como: consultas regulares com dentistas, restaurações de dentes, próteses dentárias e a própria prevenção e manutenção da saúde bucal, considerando que o impacto da pandemia da Covid-19 gerou mudanças sociais profundas, além da diminuição da procura por atendimento odontológico durante o período de isolamento social.

De acordo com dados da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE em 2019 e divulgada em setembro de 2020, no Brasil 78,2 milhões de pessoas com mais de 18 anos tinham realizado consultas odontológicas nos últimos 12 meses. Desse total, apenas 19% dos atendimentos ocorreram em unidades básicas de saúde. Vale dizer que, três quartos das consultas odontológicas em 2020 foram realizadas em consultórios, clínicas ou hospitais privados. Números que comprovam a importância do setor privado e o déficit existente para a maioria da população que não possui acesso a um plano odontológico. Isso sugere que no serviço público pode ocorrer maior tempo de espera e gargalos para o atendimento, ao passo que na odontologia suplementar isso não ocorre.

Atualmente, no Brasil, apenas 14,4% da população possui algum tipo de plano odontológico, também segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Alguns fatores explicam o baixo número que contrapõe com o desejo da sociedade, sendo a alternativa para democratizar o acesso aos planos odontológicos e tratamentos adequados a contribuição do setor privado para garantir um maior número de pessoas beneficiadas.

Segundo Roberto Cury, presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (SINOG), principal entidade nacional que representa as operadoras de planos odontológicos, com aproximadamente 70% de representação no mercado em número de beneficiários, consolidar os planos odontológicos como principal agente da democratização do acesso à saúde bucal garantirá a ampliação no atendimento da população brasileira.

“Quando contratados pelas empresas, os planos odontológicos podem custar menos de R\$ 20,00 por mês. Embora a Odontologia Suplementar tenha crescido e atenda 28 milhões de pessoas, esse número ainda é tímido se comparado a toda população do país. Além disso, a taxa de cobertura tem muito a crescer quando comparada com a totalidade da população brasileira. É importante buscar alternativas para aumentar o acesso ao tratamento dentário do brasileiro”.

A saúde bucal é um componente fundamental da saúde integral e da qualidade de vida de uma população. Sua manutenção e melhoria ocorrem principalmente por meio da prevenção, o que envolve, além de visitas regulares ao consultório odontológico, uma correta e frequente higienização bucal.

## OFICINA PARA OPERADORAS ESCLARECE PROCESSOS DE FISCALIZAÇÃO

GOV (ANS) – 27/09/2021

Evento contou com apresentações da equipe técnica da DIFIS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, na última quarta-feira (22/09), uma oficina sobre os processos de fiscalização da reguladora. O evento, que ocorreu de forma remota, teve como principal público-alvo as operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, que assistiram às apresentações da equipe técnica da Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e puderam esclarecer dúvidas durante o encontro.

“Nosso objetivo é reforçar o diálogo com o ente regulado e facilitar a comunicação, reduzindo dúvidas e dificuldades das

operadoras para que o setor funcione da melhor forma”, ressaltou o diretor de Fiscalização substituto da ANS, Maurício Nunes, durante a abertura do evento.

A gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória da ANS, Érica Schiavon, apresentou os trâmites da fase pré-processual, destacando a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), importante instrumento que resolve mais de 90% das reclamações dos consumidores registradas nos canais de atendimento da Agência. Érica chamou a atenção para a importância dos documentos comprobatórios nas defesas das operadoras. “Vale lembrar que mesmo que a operadora já tenha enviado a sua documentação no prazo determinado, é possível anexar novos documentos como

complemento durante toda a fase pré-processual caso considere pertinente”, frisou.

Gerente de Processos Sancionadores, Julgamento e Intervenção da ANS, Alexandra Campos falou sobre o Procedimento Administrativo Preparatório (PAP), ou seja, as demandas não passíveis de mediação no âmbito na NIP. Ela esclareceu que todas as demandas classificadas como não resolvidas são encaminhadas aos fiscais, que podem, ainda em fase pré-processual, realizar a classificação residual das demandas, modificando, quando for o caso, a respectiva classificação ou tipificação. “Se o fiscal entender que a demanda está correta, se ele concorda com o analista da NIP, ele vai lavrar o auto de infração. É uma fase eletrônica, sem necessidade de documento para isso”, assinalou, destacando que muitas operadoras tinham dúvidas sobre essa parte do processo.

Alexandra também detalhou o funcionamento do procedimento administrativo para investigar denúncias de pessoas jurídicas que operam planos sem autorização de funcionamento, que envolvem os autos de infração e de representação, o pagamento antecipado de multa, a reparação posterior e o envio de defesas e recursos no novo modelo do Protocolo Eletrônico. Ela aproveitou para salientar pontos importantes: “Recordamos que a ANS usa o conceito de urgência e emergência conforme a Lei nº 9.656/1998. A DIFIS conta com o Entendimento nº 9, que está bastante detalhado e pode ser consultado no site da Agência”, sinalizou.

As taxas de anulação de auto de infração e de sucesso nos recursos também foram citadas, bem como a intervenção fiscalizatória, cujo objetivo é para a correção das falhas operacionais e medidas corretivas com fundamento diagnóstico.

## Mudança de comportamento

Coordenador de Ajuste Conduta da ANS, Marcus Braz falou sobre os Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCACs), instrumentos indutores de mudanças das práticas regulatórias. Fundamentado nas leis nº 13.848/2019 e 9.656/1998, e normatizada pela Resolução Normativa nº 372/2015, o TCAC tem natureza jurídica contratual e prevê a cessação e a correção das práticas infrativas que são objeto de processo sancionador. “A consequência de um processo sancionador, se verificada a infração, é a aplicação de uma sanção, podendo ser uma advertência ou multa, que tem efeitos repressivo e preventivo, sendo que o efeito preventivo nem sempre é alcançado. Contudo, a ANS busca a mudança de comportamento das empresas, e não apenas a aplicação de multas, a partir do Termo de Ajuste de Conduta”, comentou.

Marcus abordou as etapas dos procedimentos do TCAC (triagem, negociação, fiscalização e execução), as obrigações que devem constar nos termos e deu um panorama dos TCACs celebrados pela ANS, os quais podem ser consultados no site da Agência.”

Finalizando a oficina, o diretor-adjunto da DIFIS, André Unes, destacou a ação da ANS durante a pandemia, quando as reclamações aumentaram consideravelmente. “Diante dos desafios desse período, nós não permanecemos inertes, pelo contrário, nós aumentamos nossa produtividade. Em todas as demandas NIP relacionadas ao novo coronavírus, fizemos contato ativo com os beneficiários para buscar a solução do conflito. Adotamos a transparência das informações através do Boletim Covid e do Painel Dinâmico, atualizado diariamente, com todas as reclamações pertinentes à legislação da saúde suplementar”, destacou.

---

## PANDEMIA IMPULSIONA STARTUPS DE SAÚDE E ACELERA DIGITALIZAÇÃO DO SETOR

DL News – 25/09/2021

DUQUE DE CAXIAS, RJ (FOLHAPRESS) - A telemedicina ganhou força durante a pandemia. Essa, porém, é só uma das inovações que startups de saúde têm trazido para o setor e apenas o começo do processo de digitalização que está em curso na área.

A opinião é de Rodrigo Demarch, diretor-executivo de inovação e gestão do conhecimento do Hospital Israelita Albert Einstein. O médico foi um dos participantes da 8ª edição do seminário Saúde do Brasil, promovido pelo jornal Folha de S.Paulo no dia 20, com patrocínio da Embratel e da FenaSaúde.

O hospital paulistano, que tem uma incubadora de healthtechs como são conhecidas as startups de saúde, viu os atendimentos online crescerem no último ano.

Segundo Demarch, no início da pandemia, 400 mil pessoas eram atendidas pelo serviço de telemedicina do Einstein. Depois de 90 dias, o número saltou para 1,8 milhão.

Para ele, empresas que trazem soluções tecnológicas precisam ter acesso não só a recursos financeiros e físicos, mas também a capital intelectual, ou seja, estar em contato com especialistas para validar suas ferramentas.

Parte da nossa missão é levar uma assistência de qualidade para todas as pessoas que pudermos, e as startups podem nos ajudar fortemente nesse propósito. Entretanto, são empresas imaturas, que precisam de apoio para se desenvolver, diz Demarch.

Diretor de uma empresa de investimentos e consultoria, a ACE Startups, Pedro Carneiro diz que o ramo da saúde é

fragmentado, o que muitas vezes dificulta a vida do consumidor. Você tem que correr atrás de um seguro de saúde, depois de um médico. Agendar um exame, pegar as notinhas, pedir um reembolso, diz ele, que é engenheiro civil.

As healthtechs têm pensado em maneiras de agilizar esses processos e melhorar os serviços. Segundo Carneiro, a ideia é colocar os pacientes no centro, não os produtos.

O crescimento acelerado dessas empresas tem trazido a expectativa de uma competição maior com outros setores, como o de planos de saúde. As startups podem ser um caminho interessante para as grandes corporações conseguirem trabalhar de uma forma inovadora, diz Carneiro.

Sobre a regulamentação desses novos negócios, o engenheiro defende regras mais flexíveis, que não prejudiquem o crescimento do setor.

Assim conseguimos um equilíbrio entre a velocidade de desenvolvimento e a manutenção de uma estrutura regulatória sólida, com opções para poder evoluir.

Guilherme Salgado, diretor-executivo do grupo 3778, empresa de soluções para serviços de saúde, afirma que, além da preocupação com os clientes, é preciso pensar naquilo que possa facilitar o dia a dia dos médicos. Precisamos trabalhar com tecnologias e ferramentas que empoderem os profissionais de saúde.

Para Salgado, um lado bom das novas plataformas é que algumas delas armazenam informações de pacientes, que podem ser compartilhadas entre os profissionais e os serviços

de saúde. Segundo ele, a integração dos dados pode ser útil tanto para o setor privado quanto para o público.

Ele cita como exemplo aplicativos criados pelo SUS que guardam informações de exames feitos pelo paciente e outros procedimentos.

Pensando em cyberssegurança, Ana Cláudia Ferraz, diretora de vendas da Embratel, diz que a possibilidade de compartilhamento de informações do consumidor pelas healthtechs exige que algumas medidas sejam tomadas.

Para ela, é preciso classificar os dados, ou seja, determinar quais deles podem ser compartilhados e com quem. Se for preciso divulgar uma massa de dados com uma operadora, por exemplo, uma alternativa é torná-los anônimos.

Além disso, Ferraz afirma ser importante deixar claro que tudo será feito com o consentimento do cliente, obedecendo a Lei Geral de Proteção de Dados. Ela faz uma analogia com a recente implementação do open banking no Brasil serviço que permite transitar informações de clientes entre instituições bancárias.

Para Carneiro, da ACE Startups, ainda que seja necessário tomar cuidado com o tratamento das informações, o compartilhamento pode trazer benefícios, como produtos adequados às necessidades do consumidor e descontos.

Sobre o futuro das startups, ele afirma que algumas podem ter queda de receita depois da pandemia. Mesmo assim, acredita que muitas mudanças do período permanecerão. É um passo para um novo paradigma de mercado que está chegando."

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCE 10,1% EM 12 MESES

Revista Cobertura – 25/09/2021

Aumento foi puxado principalmente por novos contratos individuais e familiares.

A contratação de plano de saúde exclusivamente odontológico registrou alta de 10,1% nos últimos 12 meses encerrados em julho deste ano, atingindo 27,9 milhões de beneficiários. As informações são da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O resultado foi impulsionado pela contratação de planos individuais ou familiares (19,2%), seguido por coletivo por adesão (9,9%) e empresarial (8,1%).

Por faixa etária, a maior alta foi entre beneficiários com 59 anos ou mais (13,9%). Entre pessoas de 19 a 58 anos e até 18 anos, as variações no período foram, respectivamente, 10% e 8,8%. Vale destacar que, nas regiões Norte e Sul do país, a contratação de planos exclusivamente odontológicos foi superior a 13% – valor acima da média nacional. O

resultado aponta para a tendência registrada pela pesquisa Vox Populi, realizada a pedido do IESS em abril deste ano. O levantamento revelou que o plano odontológico é mais importante que o seguro de automóvel, viagens e eletrodomésticos novos, por exemplo, sejam beneficiários de plano de saúde ou não. [Veja a íntegra aqui](#).

No intervalo, o saldo de contratações foi positivo todos os meses, sendo junho de 2021 o mês que registrou o maior número de adesões com pouco mais de 1,1 milhão de novos vínculos. Em números absolutos, o Estado de São Paulo apresentou o maior aumento com 1.161.850 de novos beneficiários. Já a maior queda foi registrada em Roraima, com a perda de 1.332 vínculos.

A NAB consolida os mais recentes números de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos, divididos por estados, regiões, faixas etárias, tipo de contratação e modalidade de operadoras.

# HAPVIDA COM HB SAÚDE: AÇÃO PODE SUBIR PERTO DE 30%, APONTA BTG

Exame Invest – 24/09/2021

Analistas do banco apontam aquisição da operadora do interior paulista como um negócio estratégico e com sinergias relevantes

A Hapvida (HAPV3) levou a melhor na disputa com a SulAmérica (SULA11) pela HB Saúde, operadora de São José do Rio Preto e região no interior de São Paulo, segundo divulgado ao mercado na manhã desta sexta-feira, dia 24.

A oferta de 650 milhões de reais por 100% do capital da HB Saúde foi a escolhida em assembleia por 59% dos acionistas, o que significa que, na largada, a Hapvida terá essa fatia equivalente ao controle e terá que desembolsar cerca de 384 milhões de reais.

O valor pode aumentar se outros acionistas aceitarem a oferta nas mesmas condições.

Com a aquisição da HB Saúde e a aguardada aprovação do Cade para a fusão com a NotreDame Intermédica (GNDI3), quais as perspectivas para as ações da Hapvida?

Para os analistas Samuel Alves, Yan Cesquim e Pedro Lima, da equipe de Equity Research do BTG Pactual (BPAC11), as

perspectivas são positivas. "[A aquisição] reforça que a agenda de consolidação do setor está mais viva do que nunca, com HAPV3 e GNDI3 combinadas com apenas 18% do mercado de planos de saúde no país", afirmam em relatório distribuído a clientes.

Segundo os analistas, a HB Saúde representa um movimento "altamente sinérgico e estratégico": por um lado, explorando as sinergias de uma infraestrutura de saúde altamente verticalizada na região; por outro, ao "neutralizar" a entrada de um importante competidor na região.

A Hapvida já atende 110 mil vidas na região de São José do Rio Preto por causa da aquisição da São Francisco dois anos atrás. Com a HB Saúde, serão mais 129 mil vidas atendidas.

Os analistas reiteram a recomendação de compra da ação da Hapvida, com preço-alvo em 12 meses de 19,00 reais. Isso implica um upside de 27,6% em relação ao preço de fechamento da ação na quinta-feira: 14,89 reais.

As ações operam com leve queda nesta sexta-feira, 24.

---

## FLEXIBILIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DIVIDE ESPECIALISTAS

Folha UOL – 24/09/2021

Proposta de coberturas enxutas pode reduzir custos, mas há risco de retrocesso nos direitos do consumidor.

A proposta de flexibilização dos planos de saúde, que passariam a ter coberturas mais enxutas do que hoje determina a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), dividiu especialistas que participaram da 8ª edição do seminário Saúde do Brasil, realizado pela Folha na última segunda-feira (20).

Hoje, há cinco tipos de plano: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência —que inclui atendimento em consultórios, exames e internação— e cobertura odontológica. As empresas são obrigadas a oferecer uma lista de procedimentos, definida pela ANS.

Um projeto de lei de 2006, que voltou a ser discutido na Câmara neste ano, propõe retirar a obrigatoriedade e permitir que operadoras ofereçam coberturas reduzidas, em que o consumidor pode contratar só parte dos serviços.

Se por um lado a proposta pode resultar em opções mais baratas, há risco de retrocesso nos direitos dos consumidores, segundo os debatedores.

Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), defendeu que planos mais segmentados vão permitir um maior acesso à saúde, com

ofertas mais acessíveis para quem, hoje, não consegue pagar o serviço.

"Não estamos falando em mudar os planos atuais, é para quem hoje não está no sistema e depende apenas do SUS [Sistema Único de Saúde]."

Segundo Valente, a lista de procedimentos obrigatórios encarece os planos, e os consumidores deveriam ter a opção de escolher. "Se você puder pagar, ótimo. Não entendo defender que, ou as pessoas têm o plano completo, ou não tem nada", diz.

Para Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), as mudanças podem ser feitas via regulação sem necessidade de alterações profundas na lei.

Ela argumenta que a negociação de cobertura não traz benefícios para o consumidor. "Quando permitimos um plano que oferece exame, mas não dá direito ao tratamento, o que a pessoa faz com o diagnóstico? Não faz sentido mudar a lei e tirar a proteção [do consumidor] para que empresas possam concorrer com clínicas populares."

De acordo com dados do Idec, as operadoras lideraram o ranking de reclamações dos consumidores até 2019—no ano passado, os serviços financeiros tomaram a liderança. Navarrete diz que as reclamações mais comuns eram

relacionadas à falta de cobertura, mas, de 2018 para cá, passaram a ser sobre reajuste.

Em uma decisão inédita em julho deste ano, a ANS determinou um reajuste negativo de -8,19% para planos individuais ou familiares. A justificativa foi a queda de procedimentos eletivos como consultas, exames e cirurgias registrada em 2020, motivada pela pandemia de Covid-19.

A medida só valeu para os usuários que tenham contratos individuais, fatia que representa 17% do total de beneficiários. Os planos coletivos empresariais e por adesão não são regulados pela ANS.

A ANS ainda suspendeu o reajuste de mensalidade de 2020, mas a partir de janeiro deste ano esse reajuste —anual ou por mudança de faixa etária— pode voltar a ser cobrado, parcelado em 12 vezes. No entendimento do Idec, afirma Navarrete, a cobrança das mensalidades suspensas não deveria ter acontecido sem avaliação desse impacto para o consumidor.

Ela também critica a ausência de regulação nos planos coletivos, criando uma competição desigual. “Se você deixa uma parte menos regulada, a tendência do mercado é ir para onde ele é mais livre.”

Já a diretora-executiva da FenaSaúde diz que não cabem interferências por ser uma negociação entre empresas. O fato do reajuste do plano individual ser calculado de forma única

para todo setor, diz, desestimula operadoras pois há um risco de o valor não cobrir a despesa assistencial da empresa.

Valente avalia que as mudanças na estrutura etária e no perfil epidemiológico do país, somadas às novas tecnologias do mercado, aumentaram o custo dos planos de saúde.

E, embora tenha tido uma queda na sinistralidade no ano passado, hoje há uma tempestade perfeita. “A segunda onda da Covid-19 trouxe internações mais caras, pois houve um aumento nos custos dos insumos e as cirurgias e procedimentos voltaram a padrões pré-pandemia”, diz, acrescentando que isso deve refletir nos próximos reajustes.

Entre março de 2020 e julho deste ano, 1,3 milhão de pessoas adquiriram um plano de saúde, segundo dados da ANS, e o número de beneficiários já alcança a marca dos 48,3 milhões, o maior desde 2016.

“Os números vêm crescendo de forma contínua, o que demonstra o interesse da sociedade no acesso à saúde suplementar e na segurança que ela representa, especialmente neste momento de pandemia”, complementa Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS.

Segundo ele, entre os principais desafios do setor está a busca pela sustentabilidade, com operadoras saudáveis que garantam atendimento de qualidade em tempo adequado, e maior transparência para que o consumidor possa tomar melhores decisões.

## CNJ PRETENDE CRIAR NÚCLEO DE APOIO NACIONAL PARA TRATAR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Jota Info – 24/09/2021

Ideia foi discutida entre a juíza Candice Jobim, ex-supervisora do Fórum de Saúde, e Rogério Scarabel, ex-ANS.

O Comitê Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) pretende criar um Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS) para tratar de demandas específicas da saúde suplementar. A ideia já foi discutida entre a juíza Candice Lavocat Galvão Jobim, ex-supervisora do Fórum de Saúde do CNJ, e Rogério Scarabel (ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS), e, em outra oportunidade, com o atual presidente da agência, Paulo Rebello.

Em entrevista exclusiva ao JOTA, a juíza, cujo mandato terminou no último dia 9 de setembro, contou um pouco sobre o que já foi discutido. Além disso, a magistrada informou também como funcionará o novo sistema digital do NAT-JUS, o e-NAT-JUS, que entrou em vigência na quinta-feira (16/9). Segundo ela, a nova plataforma permitirá a produção de relatórios completos e categorizados sobre a judicialização da Saúde. Confira:

**De acordo com os dados do próprio CNJ, nos últimos anos temos visto um grande crescimento de demandas relacionadas à judicialização da Saúde. Qual o papel e importância do Fórum para ajudar a solucionar essas questões?**

O Fórum é um ambiente de discussão com vários atores. Ele tem como atribuição elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento dos procedimentos, para a efetividade dos processos judiciais, e para a prevenção de novos conflitos na área da saúde pública e suplementar. Ele é composto por um comitê nacional e por comitês estaduais. Mas uma contribuição direta importante, que foi a criação dos NAT-JUS, que foi determinação do próprio CNJ. Eles elaboram notas e pareceres técnicos, baseados em evidências científicas, para orientar os juízes em suas decisões relacionadas à saúde.

**E como funcionam esses NAT-JUS? Os juízes são obrigados a seguir esses pareceres?**

Foi determinado pelo CNJ que cada comitê estadual envidasse esforços para criar o NAT-JUS, esse núcleo de

apoio técnico aos magistrados. Mas cada tribunal ou cada comitê estadual fez da sua forma. Ele é composto por médicos que ficam à disposição dos magistrados para emitirem notas técnicas baseadas em evidências científicas a respeito de processos judiciais. As notas técnicas são para os casos em concreto, de algum processo específico. Já os pareceres são elaborados pelo NAT-JUS nacional e não são baseados em um processo específico, mas sim em algum tema que esteja sendo discutido muito na Justiça. As notas auxiliam, mas o magistrado não é obrigado a seguir.

### **E esses núcleos auxiliam em temas de saúde pública e suplementar?**

Hoje esses NAT-JUS só atendem urgências em saúde pública, porque o termo de cooperação foi feito com o Ministério da Saúde, em parceria com os hospitais Albert Einstein e Sírio Libanês, cujos médicos, com dedicação exclusiva, elaboram pareceres técnicos. Mas a ideia é fomentar a integração da saúde suplementar aos NAT-JUS. Cheguei a fazer reuniões com os presidentes, o ex e o atual, da ANS, tentando fazer com que criássemos um NAT-JUS nacional da saúde suplementar. Eles foram receptivos, ficou como um dos planos e faltam conversas mais aprofundadas, sobre como esse NAT-JUS prestaria esse serviço. Uma solução que o CNJ vislumbrou foi fazer um fundo, por meio

de doações dos planos, e esse fundo bancaria alguns médicos para prestar serviços e emitir notas técnicas e pareceres.

### **Então com esse sistema é possível mapear todos os temas relacionados à judicialização da Saúde?**

Nessa minha gestão fizemos um aperfeiçoamento da plataforma e-NAT-JUS, que é a parte digital do sistema. Essa plataforma era de difícil acesso para os comitês estaduais alimentarem, e também o formulário era de difícil preenchimento. Essa nova plataforma entrou em vigência ontem (16/9). Com esse aperfeiçoamento, agora vai ser possível fazer pesquisas, obter relatórios fidedignos a respeito da quantidade de notas técnicas sobre os temas e emitir relatórios completos sobre judicialização da Saúde.

### **E todas as pessoas, físicas e jurídicas, podem acessar esses relatórios?**

Por enquanto, os relatórios só podem ser retirados pelo CNJ, porque o sistema começou a funcionar ontem. Mas existe uma perspectiva de começar a gerar um dashboard, que é tipo um painel, onde esses dados serão disponibilizados para o público em geral.

---

## **STF COMEÇA A JULGAR PAGAMENTO DE TABELA SUS EM HOSPITAL PARTICULAR**

Migalhas - 23/09/2021

No STF, o Distrito Federal pede que o pagamento ao hospital particular (decorrente de internação de paciente por ordem judicial) seja feito seguindo a tabela SUS e não a tabela do hospital privado.

Nesta quinta-feira, 23, o plenário do STF deu início ao julgamento de recurso extraordinário, com repercussão geral reconhecida, para decidir se um ente federado é obrigado a pagar o preço cobrado por hospital particular pelo atendimento prestado em cumprimento a ordem judicial ou se deve prevalecer a tabela do SUS.

Hoje foi lido o relatório e feitas as sustentações orais. O caso será retomado na próxima semana, sob relatoria do ministro Barroso.

No caso dos autos, em razão da inexistência de vaga na rede pública, um paciente foi internado em hospital particular do DF após decisão judicial. Posteriormente, diante da inoccorrência de pagamento voluntário pelo DF, a rede privada de saúde ajuizou ação de cobrança visando o ressarcimento das despesas médicas.

O TJ/DF condenou o ente federado a pagar ao estabelecimento privado o valor referente aos serviços prestados em cumprimento à ordem judicial, sob o argumento de que é dever do Estado efetivar o direito à saúde. O acórdão do TJ/DF assentou que, nas hipóteses em que

inexistir vaga no sistema público, deve o Estado arcar com o ônus da internação de paciente em hospital particular.

No RE, o DF defende que as despesas médicas cobradas pelo estabelecimento privado sejam pagas de acordo com os parâmetros e valores estabelecidos pelo SUS para remuneração da rede complementar de saúde, ou seja, tal como ocorreria com as instituições privadas conveniadas ou contratadas pelo Estado para atendimento público.

Processo: RE 666.094

Decisão recente

No último mês, um hospital privado que tratou de paciente oriunda do SUS, por ordem judicial, conseguiu ser ressarcido pelo ente federado sem aplicação da "tabela SUS". A decisão foi da 4ª turma Cível do TJ/DF, ao determinar que o reembolso seja feito de acordo com a tabela de valores praticados pelo próprio hospital.

"o hospital particular não está obrigado a receber pelas despesas valor inferior àquele cobrado em situações normais, não podendo sofrer qualquer limitação quanto aos preços por ele praticados, sendo incabível, portanto, a aplicação dos valores da tabela do SUS."

Leia a matéria completa, clique [aqui](#).

# BOLETIM COVID-19: ANS DIVULGA DADOS ATUALIZADOS ATÉ AGOSTO DE 2021

GOV (ANS) – 23/09/2021

Dados apontam para redução de inadimplência. Ocupação geral de leitos hospitalares segue em queda.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quinta-feira (23), a edição de setembro do Boletim Covid-19 com dados sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no setor de planos de saúde. Na edição deste mês, o boletim indica estabilidade no número de beneficiários, mantendo 48,4 milhões de vínculos em planos de assistência médica. Os dados são referentes ao mês de agosto de 2021 e mostram leve aumento na taxa de ocupação de leitos para atendimento à Covid-19, em relação ao mês anterior, enquanto o atendimento a demais procedimentos segue estável desde fevereiro de 2021. Houve redução no valor de inadimplência de planos com preço preestabelecido, também em relação ao mês anterior, assim como nos percentuais de inadimplência para planos individuais/familiares e para coletivos. Entretanto, todos esses valores estão próximos de seus patamares históricos. A ANS também registrou queda no número de reclamações relacionadas à Covid-19, feitas nos canais de atendimento da Agência Reguladora.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

O informativo é divulgado mensalmente pela ANS e reúne indicadores assistenciais e econômico-financeiros, coletados até agosto de 2021, junto a um conjunto de operadoras que representa 74% dos beneficiários de planos de assistência médica. O Boletim Covid da ANS também apresenta uma prévia do número de beneficiários em planos de assistência médica em agosto, além de dados sobre exames relacionados à Covid-19 realizados e as demandas dos consumidores registradas na ANS através de seus canais de atendimento.

Confira abaixo mais detalhes dos indicadores coletados.

## Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica no mês de agosto apresentou um crescimento de 0,17% em relação ao mês anterior e atingiu 48.446.444 usuários. Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação se mantém positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação no período de um ano.

## Informações assistenciais

Em agosto, observa-se, novamente, uma redução expressiva na proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19 dos hospitais da amostra, chegando a 18%, após ter alcançado os índices mais altos observados

desde o início desse monitoramento nos meses de março e abril de 2021 (49%). A taxa mensal geral de ocupação de leitos – que engloba leitos comuns e UTI – não sofreu alteração em relação a julho, se mantendo em 70% em agosto, e abaixo dos 72% observados em agosto de 2019 (período pré-pandemia). A comparação com o ano de 2020 não é adequada, uma vez que as medidas de enfrentamento da pandemia adotadas no ano passado provocaram queda na procura por cirurgias eletivas a partir de março de 2020.

A ocupação de leitos de UTI para atendimento à Covid-19 apresentou redução de 2 pontos percentuais em relação a julho (de 61% para 59%); já para os leitos comuns, houve aumento de 6 pontos percentuais (de 51% para 57%). A taxa de ocupação, tanto de leitos comuns como de UTI para demais procedimentos apresenta estabilidade desde fevereiro de 2021.

Desde o início da pandemia, houve uma redução na procura dos beneficiários por atendimento em pronto socorro que não geram internações, com queda mais acentuada em abril de 2020. Em agosto de 2021, o indicador apresentou aumento em relação ao mês anterior, mas permanece abaixo do patamar observado antes do início da pandemia (fevereiro de 2020). Quanto à procura por exames e terapias eletivas (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT), a emissão de autorizações para procedimentos de SADT em agosto cresceu 11,1% em relação a agosto de 2019 (pré-pandemia), o que aponta para um retorno da procura por exames e terapias eletivas, que sofreram redução expressiva ao longo do ano passado.

O custo da diária de internação com UTI para Covid-19 ficou 21,8% acima do custo para internação cirúrgica e o tempo de internação para Covid-19, com ou sem UTI, se manteve superior às internações clínica e cirúrgica.

## Exames relacionados à Covid-19

Em relação a exames para detecção da Covid-19, o Boletim indica que, após uma queda no mês de abril, o número de exames de RT-PCR voltou a subir em maio, somando 670.401. Em junho, o número caiu para 434.501. Também diminuiu o número de testes do tipo sorológico: foram 92.293 em maio e 50.247 em junho de 2021.

Cabe ressaltar que, em comparação com Boletins anteriores, números de competências passadas podem sofrer alteração. Isto porque exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS.



## Informações econômico-financeiras

Em relação aos indicadores econômico-financeiros, o boletim aponta uma queda no indicador de sinistralidade (mediana) entre julho e agosto deste ano (82% e 80%, respectivamente). Na prévia do indicador do 3º trimestre, a sinistralidade de caixa mostra pequena elevação em relação ao trimestre anterior de 2021, todavia patamar menor em relação ao mesmo trimestre de 2019 (pré-pandemia).

Ao se observar o agregado das operadoras do setor no DIOPS, detecta-se queda do resultado líquido no 2º trimestre de 2021 em relação ao montante do 1º trimestre de 2021, bem como patamar inferior ao verificado no 2º trimestre de 2019 (ano pré-pandemia). A análise dos dados indica que o resultado líquido menos favorável no 2º trimestre de 2021 foi concentrado em grupo de grandes operadoras médico-hospitalares. Até o momento, a mediana do resultado líquido do setor no 2º trimestre de 2021 indica manutenção de patamares superiores aos verificados em ano pré-pandemia. A ANS permanecerá monitorando a evolução desses dados no setor.

Sobre inadimplência de planos com preço preestabelecido, em agosto de 2021, observa-se redução no valor de inadimplência de planos com preço preestabelecido se comparado com o mês anterior. Esse valor, assim como os percentuais de inadimplência para planos individuais/familiares e para coletivos, permanece próximo dos seus patamares históricos.

## Demandas dos consumidores

Em agosto, houve queda no número de reclamações relacionadas à Covid-19 registradas nos canais de atendimento da ANS. Foram 769 reclamações no mês e 811 reclamações em julho deste ano. Ainda em comparação ao mês anterior, as reclamações relacionadas à cobertura para os exames diagnósticos da Covid-19 reduziram 2,5%, enquanto as demandas sobre outras assistências afetadas pela pandemia (cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionados à Covid-19) reduziram 20,2%, aproximadamente. Já demandas não assistenciais sobre o tema apresentaram aumento de cerca de 10,1%.

Com relação a temas gerais e relacionados à Covid-19, foram registradas na Agência 18.307 reclamações, passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). O número é 8,5% maior que o registrado em julho deste ano e 29,5% maior que o total de atendimentos feitos em agosto de 2020.

Ressalta-se que o dado apresentado considera os relatos de consumidores que cadastraram suas queixas na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

Importante destacar, também, que a intermediação de conflitos feita pela ANS entre consumidores e operadoras tem resolvido mais de 90% dessas reclamações, demonstrando a eficiência do instrumento empregado pela ANS, mesmo em um momento atípico, em razão da pandemia da Covid-19.

[Consulte o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.](#)

## Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 50 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 105 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e para análise de inadimplência.

Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF), do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) e do ANS TabNet.

Através do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, a ANS vem monitorando o comportamento e a evolução do setor de planos de saúde desde o início da pandemia. O objetivo é subsidiar a análise qualificada da Agência para a tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade.

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

# VENDA OBRIGATÓRIA DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS É APROVADA

Agência Senado – 22/09/2021

A Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC) aprovou, na terça-feira (21), o Projeto de Lei do Senado (PLS) 153/2017, do senador Reguffe (Podemos-DF), que obriga as operadoras a comercializarem planos de saúde individual ou familiar.

A proposta altera a Lei 9.656, de 1998, que regula a oferta de planos e seguros privados de assistência à saúde, e recebeu voto favorável, com duas emendas, do relator, o senador

Styvenson Valentim (Podemos-RN). O texto segue agora para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

De acordo com Reguffe, as operadoras evitam vender planos individuais para, com isso, obrigar os consumidores a adquirir planos coletivos que não contam com "garantias importantes". Alguns dos benefícios que não se aplicam aos planos coletivos são o controle de reajuste da mensalidade, feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e

a impossibilidade de rescisão contratual unilateral pela operadora.

Ao analisar o PLS 153/2017, Styvenson avaliou como "salutar" a iniciativa em condicionar a concessão de autorização de funcionamento das operadoras à oferta e comercialização de planos de saúde individuais.

"Para se esquivar da regulação mais intensa que existe sobre os planos individuais, as operadoras privilegiam a venda de planos coletivos. Assim, quando os consumidores pretendem contratar um plano de saúde, geralmente são incentivados a se associar a planos coletivos, que, por apresentarem preços iniciais mais baixos do que os planos individuais de cobertura equivalente, são atrativos para o consumidor. Nesse caso, muitas vezes são induzidos a se unirem a associações ou entidades com as quais não têm qualquer vinculação real", observou o relator no parecer.

### Emendas

As duas emendas apresentadas por Styvenson fazem quatro mudanças no projeto: deixam expressa a exigência de comercialização de plano de saúde privado do tipo individual ou familiar; permitem o cancelamento do registro da operadora que se recusar a vender planos individuais ou familiares e determinam às empresas a comprovação da oferta dessas opções de planos ao consumidor no ato de contratação do serviço.

A quarta alteração exclui as operadoras de autogestão da exigência dessa oferta de modalidades individual ou familiar. As operadoras de autogestão são empresas que administram planos de saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais ou similares.

### Garantias

Após a aprovação, o autor, senador Reguffe, afirmou que atualmente as operadoras "deitam e rolam em cima dos consumidores". A proposta, segundo ele, não intervém na relação de preço e consumo, pois a lei da oferta e da procura está preservada. O consumidor, todavia, passará a ser mais respeitado.

— O plano coletivo, ao contrário do individual, não tem o reajuste controlado e não tem a garantia do consumidor de que, cumprindo o ano, terá renovação anual automática. Então, quando algumas pessoas ou quando uma pessoa tem uma doença grave, imediatamente pode a operadora de plano de saúde cancelar o contrato, e isso pode deixar consumidores que passam a vida inteira pagando um plano de saúde, no momento em que mais precisam, não terem a cobertura do. Então, é muito importante a aprovação desse projeto — avaliou.

## OBRIGAR PLANO DE SAÚDE A PAGAR FERTILIZAÇÃO IN VITRO DESEQUILIBRA CONTRATO, DIZ RELATOR

Conjur – 22/09/2021

Salvo por disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico da fertilização in vitro.

Essa foi a tese proposta pelo ministro Marco Buzzi à 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, que nesta quarta-feira (22/9) começou a julgar a obrigatoriedade ou não de cobertura, pelos planos de saúde, dessa técnica de reprodução assistida. O julgamento foi interrompido por pedido de vista.

A tese é apreciada em três processos de mulheres que, com dificuldade para engravidar, tiveram recomendado por seus médicos a fertilização in vitro. Duas sofrem com endometriose e uma, de hidrossalpinge (condição relacionada à endometriosa). Por conta disso, têm baixa reserva ovariana.

O tema, apreciado em recursos repetitivos, é controverso no Judiciário brasileiro porque opõe direitos reprodutivos garantidos constitucionalmente na figura do planejamento familiar, previsto na Lei dos Planos de Saúde, e o equilíbrio atuarial do contrato, grande preocupação do Judiciário quando o tema é saúde suplementar.

Embora tribunais brasileiros tenham por vezes entendido que as operadoras de plano de saúde devem custear procedimentos de fertilização in vitro porque ter um filho faz parte do planejamento familiar, no âmbito do STJ o tema está pacificado.

Tanto a 3ª Turma quanto a 4ª Turma, que julgam matéria de Direito Privado, entendem que as operadoras podem excluir esse procedimento de sua cobertura obrigatória. Foi nesse sentido que o relator, ministro Marco Buzzi, propôs a tese.

O problema é que não há disposição em lei para tratar especificamente da fertilização in vitro, mas apenas da inseminação artificial. E elas são técnicas distintas.

Na primeira, o embrião é criado em laboratório (bebê de proveta) e inserido posteriormente na mãe. Na segunda, o procedimento é mais simples: o sêmen masculino é inserido artificialmente no corpo da mulher, e a natureza se encarrega da fecundação.

O artigo 10, inciso III, da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998) expressamente exclui o procedimento inseminação artificial do plano-referência a ser observado

pelas operadoras, medida que é reproduzida em resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Já o artigo 35-C da mesma lei diz que é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar.

Para delimitar o alcance da expressão "planejamento familiar", a ANS editou a Resolução 192/2009, que em seu artigo 1º, parágrafo 2º, indica que a inseminação artificial e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar não são de cobertura obrigatória.

"Não há lógica que o procedimento médico de inseminação artificial seja, por um lado, de cobertura facultativa, consoante o artigo 10, inciso III da lei de regência, e que por outro a

fertilização in vitro, que possui características complexas e onerosas, tenha cobertura obrigatória", concluiu o ministro Buzzi.

Para ele, permitir a interpretação abrangente acerca do "planejamento familiar" de modo a abarcar a cobertura da fertilização in vitro acarretará inegavelmente repercussão no equilíbrio econômico-financeiro do contrato de plano de saúde. "Não é um mero argumento. É um fato", disse.

O pedido de vista antecipada foi feito pelo ministro Moura Ribeiro, o único ministro da 2ª Seção a votar vencido sobre o tema. Na 3ª Turma, ele defende que a ANS não pode igualar a fertilização in vitro à inseminação artificial para negar o direito ao custeio quando nem a Lei dos Planos de Saúde fez isso.

---

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

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

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

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

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