

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde do tipo “falso coletivo” crescem 58%](#) - Fonte: Época Negócios

[MAPFRE Odonto se moderniza para atender a beneficiários](#) - Fonte: Saúde Business

[Debate sobre reajuste de plano de saúde por faixa etária é um trabalho Sísifo](#) - Fonte: Conjur

[Hospitais fechados, leitos em queda](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS e Sesi realizam ‘Diálogo de Saúde Suplementar’ no Rio de Janeiro](#) - Fonte: ANS

[Planos odontológicos: frequência de uso e despesas assistenciais](#) - Fonte: IESS

[II Fórum ANS sobre qualidade da atenção na saúde suplementar](#) - Fonte: ANS

[Trabalhador paga em média 24% pela coparticipação do plano de saúde](#) - Fonte: Exame

[Índice de reajuste dos planos de saúde é debatido em comissão](#) - Fonte: Senado Notícias

PLANOS DE SAÚDE DO TIPO 'FALSO COLETIVO' CRESCEM 58%

Época Negócios - 20/08/2019

Pesquisa revela que entre 2014 e 2019 o número de pessoas vinculadas a esse tipo de contrato saltou de 3,3 milhões para 5,2 milhões

Planos de saúde conhecidos como "falsos coletivos", que trazem garantias mais frágeis para usuários e são ofertados para grupos com menos de 30 pessoas, cresceram 58% em cinco anos, mostra uma pesquisa inédita obtida pelo jornal O Estado de S. Paulo.

Preparado pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o trabalho revela que entre 2014 e 2019 o número de pessoas vinculadas a esse tipo de contrato saltou de 3,3 milhões para 5,2 milhões

Hoje, a modalidade representa 11% do mercado. Há cinco anos, o percentual era de 6,6%. "Com o fim da oferta de planos individuais pelas empresas, usuários acabam sendo empurrados para esse tipo de produto, na esperança de ter garantia de atendimento médico quando necessário", conta o coordenador do estudo, o professor Mário Scheffer.

O crescimento dos planos "falsos coletivos" ganha ainda maior destaque quando se analisa o mercado como um todo. No mesmo período, o número de pessoas com planos de saúde caiu de 50 milhões para 47,3 milhões. "Essa foi a única modalidade de contrato que registrou crescimento", completa o professor. Segundo a ANS, é "incorreta a informação de que não há mais oferta de planos individuais no mercado".

A agência diz que há "479 operadoras de planos de saúde que oferecem planos individuais para contratação". Além da expansão no mercado, os "falsos coletivos" estão mais fragmentados. A média de pessoas em cada plano caiu de forma expressiva no período analisado.

Passou de 6,2 pessoas por contrato para 4,5. Scheffer avalia que a mudança do mercado levou a outro fenômeno, também acompanhada pela Faculdade de Medicina da USP: o aumento de ações na Justiça dos usuários contra planos de saúde. "Essa era uma bomba que havia tempos sabíamos que ia estourar. O processo começou." A proporção de ações propostas contra planos de saúde a cada 10 mil usuários passou de 4,18 para 12,73 entre 2011 e 2018. As queixas cresceram num ritmo muito mais alto do que o universo de pessoas com planos. Para fazer um contrato batizado de "falso coletivo", basta que alguém do grupo com menos de 30 pessoas tenha um CNPJ.

Geralmente composto por familiares, conhecidos ou pequenos empreendedores, o plano tem como atrativo inicial uma cobertura médica considerada aceitável e um preço mais reduzido. As dificuldades, no entanto, se instalam com os reajustes. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina que os reajustes são únicos para essa modalidade

de contrato. O percentual é definido pela operadora, aplicado uma vez por ano.

"O problema é que a ANS não faz um controle de como esse reajuste é realizado", conta Scheffer. Num documento oficial, a própria autarquia reconhece falhas na forma do reajuste. De acordo com a nota, de 2017, a ANS observa que determinadas operadoras usavam fatores estatísticos para impulsionar os reajustes "mesmo que a sinistralidade do período seja inferior à meta de sinistralidade estipulada pela operadora".

Questionada, a agência disse que a nota técnica deve subsidiar a discussão para a revisão da política de reajustes de planos coletivos. "Esse tema está previsto na Agenda Regulatória 2019/2021, constituindo um dos assuntos prioritários que serão analisados no período", disse a ANS, em nota. Em 2019, o reajuste médio dos falsos coletivos foi de 14,74%. Bem acima dos 10% determinados para reajustes individuais e da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período, que foi de 4,66%. "Grande parte do aumento das ações na Justiça é provocada por pessoas que consideram abusivos os reajustes", avalia Renata Vilhena, especializada na área de planos de saúde.

Ela conta que na Justiça costuma requisitar as justificativas contábeis das empresas para os aumentos aplicados a seus clientes. "Nunca recebemos essas informações." O estudo da USP traduz em números a experiência de Renata. Das 5,2 milhões de pessoas vinculadas a contratos falsos coletivos, 4,4 milhões (o equivalente a 86%) sofreram reajuste superior ao aumento das mensalidades de planos individuais. Uma das operadoras, que concentra 20% dos clientes, o reajuste foi de 18,9% - 8,9% a mais do que o reajuste do plano individual.

Usuário sente reclamações no próprio bolso

O advogado Eliezer Domingues Lima Filho sentiu no próprio bolso o peso das reclamações feitas também por seus clientes. Como não achou no mercado um plano individual - cujas regras de cobertura, reajustes e rescisões estão bem claras na lei que regulamenta o setor -, ele e outros sete integrantes da família contrataram um plano batizado de "falso coletivo." Há dois anos, no entanto, diante dos aumentos considerados excessivos, ele também recorreu à Justiça. Mesmo com uma liminar garantindo reajuste bem abaixo do que havia sido determinado pela operadora, os problemas persistiram. "A empresa continuou cobrando aumentos. E se recusando a prestar atendimentos", conta Eliezer.

A Justiça determinou multas sucessivas - que chegaram a um valor de R\$ 400 mil. "O que teria ocorrido se não fosse advogado? Talvez outra pessoa teria desistido no meio do caminho, diante de tamanha pressão", ele diz. Nessa queda

de braço, conta, o sogro de Eliezer teve recusado um atendimento numa consulta de acupuntura. "E se fosse algo mais grave? Mais caro?" A lei permite que operadoras de planos de saúde rescindam o contrato unilateralmente, no momento da renovação - o que ocorre depois do primeiro ano de aniversário. Uma estratégia também conhecida é o reajuste das mensalidades em porcentuais elevados.

Para Renata, esse embate entre operadoras e clientes somente se resolveria com uma mudança na lei e a obrigação de empresas de ofertarem os planos individuais. A advogada avalia ainda que o mercado aos poucos vai se alterando - para pior. "Como as mensalidades dos planos coletivos aumentam de forma expressiva, as pessoas acabam migrando para pacotes mais baratos", diz.

"A rotatividade aumenta, e mesmo assim, planos continuam com preços altos." Um dos clientes, por exemplo, com 61 anos, paga mensalidade de R\$ 10 mil. "Quem são as pessoas que conseguem arcar com um valor tão elevado?" Scheffer, no entanto, avalia que a mudança será outra. "Há movimentação intensa de planos para reduzir as exigências de cobertura. Ofertar planos com cobertura limitada, um novo engodo para o consumidor." Por enquanto, Scheffer afirma que os reajustes de planos estão fora de controle. "Os indicadores são distintos, as regras são confusas e pouco transparentes."

ANS considera modalidade legal

Após a publicação desta reportagem, a ANS enviou nota em que considera "incorreto classificar planos de saúde com menos de 30 pessoas como 'falso coletivo'" e diz que a "possibilidade de contratar ou de ingressar em planos com poucas pessoas consiste numa forma legal de acesso ao setor de saúde suplementar e uma opção para o consumidor".

A agência esclareceu que considera "falso coletivo" apenas os planos de saúde "coletivos por adesão compostos por indivíduos sem vínculo representativo com a entidade contratante do plano de saúde", o que consta na Resolução Normativa nº 195/2009. A ANS também destacou a resolução 309/2012, que criou o agrupamento de contratos para fins de aplicação do reajuste, e a instrução normativa nº 23/2009, que também contém regras para reajustes de contratos coletivos.

"Essas medidas trouxeram uma série de garantias aos consumidores", diz a ANS. "Como a obrigatoriedade da operadora aplicar um reajuste único para todos os seus

contratos com menos de 30 vidas, trazendo maior estabilidade para esses usuários; a definição do conceito de quem pode ser contratante; a proibição de mais de um reajuste por ano (com exceção do reajuste por faixa etária, que pode coincidir com o anual); e novas regras para carência e cobertura parcial temporária." A agência destaca, ainda, que "sem o agrupamento realizado nos contratos com poucas vidas, o risco de desequilíbrio econômico-financeiro desses contratos seria insustentável e inviabilizaria a contratação de plano de saúde por uma parcela importante da população".

"A ANS reforça que monitora os reajustes de planos coletivos e, ao detectar desconformidades nos critérios de aplicação dos percentuais, as operadoras são requisitadas a prestar esclarecimentos e estão sujeitas às sanções cabíveis." Sobre os planos de saúde individuais, a agência acrescentou que tem estimulado a oferta, apesar da legislação do setor não obrigar as operadoras a oferecerem todos os tipos de planos. Entre as medidas de estímulo, a ANS destacou a "portabilidade de carências instituída pelas novas regras relativas ao tema e a criação de um novo indicador no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) que oferece bonificação para empresas que comercializam esse tipo de produto".

A Fenasáude, que representa 16 grupos de operadoras responsáveis por 36% dos beneficiários de planos, atribuiu a concentração dos contratos à regulação do setor e argumentou que o reajuste dos contratos é norteado por regras da ANS. De acordo com a entidade, os percentuais aplicados "buscam preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e refletem aumentos nos custos médico-hospitalares."

A federação defendeu ainda a atualização das normas que regulam o setor de saúde suplementar, de forma a que mais produtos possam ser ofertados no mercado. Sobre a nota técnica da ANS, a Fenasáude argumentou que a realidade analisada era de 2013 e 2014, distante do que ocorre atualmente. A entidade observou ainda que o texto da ANS se refere a "algumas operadoras", não a todo o setor. "Resta claro que se trata de exceção e não da regra", disse a entidade, em nota.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) atribuiu o aumento de planos com menos de 30 beneficiários ao momento pelo qual o País passa, favorável, na avaliação da associação, ao surgimento de microempreendedores. A associação afirmou ainda orientar suas associadas a cumprir integralmente as regras determinadas pela ANS.

MAPFRE ODONTO SE MODERNIZA PARA ATENDER A BENEFICIÁRIOS

Saúde Business - 20/08/2019

A MAPFRE acaba de anunciar novidades para os beneficiários de seu plano odontológico. A empresa fez investimentos para modernizar o atendimento, incluindo o lançamento de um aplicativo para smartphones, oferecer

ainda mais qualidade nos serviços prestados e garantir ampliação de sua rede de atendimento, com uma estrutura de back-office e front-office mais robusta.

No último ano, a companhia, que atua nesse segmento desde 2016, registou um crescimento de 143% na rede credenciada de dentistas, totalizando 4,5 mil profissionais, que atendem a beneficiários ativos em todo o Brasil.

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), o mercado de assistência odontológica vem crescendo nos últimos anos. Desde 2014, houve incremento de 25% no número de beneficiários, alcançando 24,6 milhões de pessoas. “Os brasileiros têm percebido que a saúde bucal é importante para o bem-estar e tendem a adquirir planos odontológicos, que são mais acessíveis. Além disso, notamos que os profissionais e dentistas desse setor estão mais receptivos em atender por meio dos planos de saúde. É nesse cenário

que vemos grande oportunidade para fidelizar nossa base de clientes e melhorar processos, usando a tecnologia como aliada”, afirma André Serebrinic, Diretor de Vida, Previdência, Capitalização e Saúde da MAPFRE.

Na nova operação, o sistema de business intelligence, por exemplo, possibilita ao usuário o acesso a programas preventivos de saúde com base em seu histórico de tratamento. Por outro lado, a empresa consegue explorar dados analíticos de mercado, fazer avaliação médica populacional e gerenciar produtos e sinistros de maneira mais efetiva. “Conseguimos tomar decisões rapidamente e trabalhar estrategicamente na expansão da oferta de serviços e de soluções que atendam as necessidades dos nossos clientes”, afirma o executivo.

DEBATE SOBRE REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE POR FAIXA ETÁRIA É UM TRABALHO DE SÍSIFO

Conjur – 20/08/2019

Sísifo é um personagem mitológico condenado ao trabalho de rolar uma grande pedra até o alto de uma montanha; quando quase concluída a tarefa, ele via a pedra rolar montanha abaixo, obrigando-o a recomeçar o trabalho eternamente, num esforço cíclico sem resultado.

O mecanismo de financiamento da cobertura dos planos privados de assistência à saúde é o mutualismo. Cabe a cada operadora promover a formação de um fundo comum, alimentado pelos recursos de todos os contribuintes (contratantes, que podem ser pessoas naturais ou jurídicas), fundo esse que servirá para custear os serviços de saúde demandados pelos beneficiários da cobertura.

O sucesso do mutualismo depende do equilíbrio entre receitas e despesas do fundo comum administrado pela operadora. Como o custeio dos serviços de saúde demandados por uma determinada pessoa pode atingir valores monetários expressivos, a operadora deve compor um conjunto de pessoas em que, a despeito de todos contribuírem, a maioria demande pouco os serviços de saúde para compensar os altos gastos com o custeio dos serviços de saúde demandados pela minoria. Como se pode perceber, o equilíbrio do fundo comum depende da manutenção de uma maioria saudável e jovem e de uma minoria doente e idosa. Mas, como alcançar e manter esse equilíbrio?

Se a operadora ofertasse os planos por preço único, esse preço seria pouco atraente para os jovens e muito atraente para os idosos. O fundo comum seria composto por muitos idosos, naturalmente maiores demandantes de serviços de saúde, e não haveria receita suficiente para custear os serviços de saúde demandados por todos. Haveria o colapso da carteira, de modo que, no fim das contas, ninguém gozaria da cobertura.

Portanto, praticar preços diferenciados por faixa etária não é uma questão de afastar idosos. É uma questão de atrair jovens, que, afinal, garantirão a cobertura dos idosos.

Em termos de justiça comutativa, seria justo que cada pessoa pagasse um preço proporcional ao risco que transfere para o fundo comum. Nessa hipótese, haveria o mutualismo por faixa etária. A consequência disso é que os preços dos planos

seriam tão atraentes quanto possível para todos, jovens e idosos.

Ocorre que, levando em conta uma perspectiva de justiça distributiva, pode-se alcançar um meio-termo entre os modelos de preço único e de mutualismo por faixa etária, que é o modelo de pacto intergeracional: os preços são escalonados por faixa etária, mas são estabelecidos limites à variação de preços entre as faixas etárias de modo a criar uma dose de subsídio cruzado entre jovens e idosos.

Note-se: há uma dose de subsídio cruzado e não, pura e simplesmente, um puro e simples subsídio cruzado. Um puro e simples subsídio cruzado consistiria na adoção do modelo de preço único, o qual, como visto, simplesmente levaria ao colapso da carteira e a desassistência de todos. A diferença entre o remédio e o veneno está na dose: é socialmente relevante que jovens ajudem a financiar idosos, tornando o preço do plano mais acessível para idosos, mas não se pode avançar nesse subsídio cruzado a ponto de tornar o preço do plano pouco atraente para o jovem, sob pena de inviabilizar o próprio subsídio cruzado.

Qual modelo adotar — preço único, mutualismo entre faixas etárias ou pacto intergeracional? Se adotado pacto intergeracional, em que termos a variação será limitada?

A Lei 9.656, de 1998, não respondeu a essas perguntas. Nem seria bom que o fizesse, pois as respostas dependem do contexto. E esse contexto vem passando por mudanças significativas: a população brasileira está envelhecendo, o que significa que, ano após ano, haverá cada vez menos jovens para cada vez mais idosos; há uma transição epidemiológica em curso firme, o que significa que é cada vez maior a prevalência de doenças crônico-degenerativas em comparação com doenças infectocontagiosas, o que influencia o volume de recursos financeiros necessários para custear a assistência à saúde e há uma crescente incorporação tecnológica tendente a incrementar o custo dos serviços de saúde.

A dinâmica desses fatores desafia a constante reavaliação da sustentabilidade do modelo adotado. Daí porque a lei confiou à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a decisão

de qual modelo adotar e de definir qual a dose de subsídio cruzado que ele poderia implicar.

Cabe ao Poder Judiciário dirimir os conflitos entre contratante e operadora contratada quanto à legitimidade do reajuste, mas isso não significa ser sempre bom que o Poder Judiciário substitua as escolhas do Poder Executivo — no caso, da ANS — pelas suas próprias escolhas. É preciso considerar as capacidades institucionais e os efeitos sistêmicos.

Como ensina o professor Luís Roberto Barroso: “Capacidade institucional envolve a determinação de qual Poder está mais habilitado a produzir a melhor decisão em determinada matéria. Temas envolvendo aspectos técnicos ou científicos de grande complexidade podem não ter no juiz de Direito o árbitro mais qualificado, por falta de informação ou de conhecimento específico. Também o risco de efeitos sistêmicos imprevisíveis e indesejáveis podem recomendar uma posição de cautela e de deferência por parte do Judiciário. O juiz, por vocação e treinamento, normalmente está preparado para realizar a justiça do caso concreto, a micro-justiça, sem condições, muitas vezes, de avaliar o impacto de suas decisões sobre um segmento econômico ou sobre a prestação de um serviço público” (Curso de Direito Constitucional Contemporâneo. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2018, p. 450 e 451).

Com o advento do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003), encontrou-se no parágrafo 3º do seu artigo 15 que “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. Isso levou, num primeiro momento, à interpretação de que o Estatuto do Idoso proibiria reajustes por variação de faixa etária para pessoas idosas, assim entendidas as pessoas que contassem 60 anos ou mais.

Ocorre que a Resolução 6, de 1998, do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), permitia a aplicação do último reajuste aos 70 anos, num escalonamento por sete faixas etárias. Diante da interpretação que então se dava ao Estatuto do Idoso e como o reajuste por variação de faixa etária é um imperativo para a sustentabilidade da carteira, não restou à ANS outra saída que não a de reescalonar as faixas etárias de modo que o último reajuste ocorresse antes dos 60 anos.

Daí adveio a RN 63, de 2003, aplicável aos contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 2004, distribuindo os reajustes em dez faixas etárias, a última delas demarcada pelos 59 anos.

Esse episódio mostra como o ímpeto de impor regras e interpretações aparentemente benéficas para uns pode trazer consequências maléficas para todos: querendo-se isentar os idosos de reajustes por variação de faixa etária, passou-se a aplicar a todos, antes de se tornarem idosos, reajustes que antes eram distribuídos nas duas últimas faixas etárias previstas na Resolução 6, de 1998, do CONSU (60-69 anos e 70 anos ou mais).

Tudo o que foi exposto parecia pacificado desde que o Superior Tribunal de Justiça julgou o Recurso Especial 1.568.244/RJ pelo regime de recursos repetitivos, de que vale transcrever parte da ementa:

“6. A norma do artigo 15, parágrafo 3º, da Lei 10.741/2003, que veda ‘a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade’, apenas inibe o reajuste que consubstancia discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência

alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato.

7. Para evitar abusividades (Súmula 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais:

a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa 3/2001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos [o STJ está se referindo ao previsto no parágrafo único do artigo 15 da Lei 9.656, de 1998].

c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.”

Ocorre que todo o esforço empreendido pelo STJ em examinar o tema de modo a uniformizar a interpretação da lei federal dá sinais de ser tratado como um Trabalho de Sísifo.

Recentemente tivemos a oportunidade de orientar na Funenseg (Escola Nacional de Seguros) pesquisa acadêmica de Daniel Furtado de Oliveira Araújo sobre o tema, na qual se constatou que, mesmo após a suposta pacificação do tema pelo STJ, há reiteradas decisões reduzindo o reajuste por variação de faixa etária a 30% do valor da faixa anterior, considerando abusivos reajustes aplicados em conformidade com a Resolução 6, de 1998, do CONSU, e com a RN 63, de 2003, da ANS.

E o próprio STJ deu um significativo sinal de vacilação quanto ao entendimento que havia consolidado ao afetar ao regime de recursos repetitivos o julgamento dos Recursos Especiais 1.716.113/DF, 1.721.776/SP, 1.723.727/SP, 1.728.839/SP, 1.726.285/SP e 1.715.798/DF. A questão submetida a julgamento nesses recursos é a “validade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária e o ônus da prova da base atuarial dessa correção”.

Primeiro, é surpreendente que se vislumbre discutir a aplicabilidade do reajuste por variação de faixa etária

separadamente para planos individuais e para planos coletivos. Tecnicamente, não há motivo para dissociar planos individuais e coletivos nesse tema porque o fenômeno do incremento de custos assistenciais de acordo com o envelhecimento das pessoas se apresenta para todas as pessoas, sendo irrelevante se o beneficiário é vinculado a plano individual ou a plano coletivo.

Em nada influencia a discussão a circunstância de haver alguns planos coletivos empresariais em que o contratante ajusta com a operadora contratada, para um dado período de vigência contratual, um preço único independente da faixa etária em que se situe cada beneficiário, dada a circunstância de que o empregador contratante lidar com uma massa de beneficiários de perfil de risco relativamente homogêneo (população em idade ativa) e dada a circunstância de esse preço único estar sujeito a reajuste livremente pactuado entre as partes a cada período de 12 meses.

Segundo, é surpreendente que se discuta a abusividade dos reajustes por variação de faixa etária — daí se discutir sobre o ônus da prova da base atuarial para o reajuste, que, não é difícil imaginar, se tenderia a imputar às operadoras — aplicados por cada operadora em estrita observância aos parâmetros definidos uniformemente para todas as operadoras pela ANS.

Ora, se está claro que os reajustes estão conformes aos parâmetros da ANS, o que depende de simples cálculos matemáticos a partir do cotejo entre o preço no momento da contratação, os reajustes previstos no contrato e os parâmetros definidos pela ANS, não há base atuarial a examinar em cada caso concreto.

Pensar o contrário implica desconsiderar a competência legal — e a capacidade institucional — da ANS para disciplinar o tema, desconsiderar todo o trabalho da ANS na definição dos parâmetros para o reajuste por variação de faixa etária a ser

observados uniformemente pelas operadoras e desconsiderar que as operadoras, no papel de administrado, de boa-fé precificaram seus planos seguindo os parâmetros definidos pela ANS.

No fim das contas, estaria impondo a cada operadora que demonstrasse em cada processo judicial que a ANS estava certa ao definir em ato administrativo normativo os parâmetros a serem observados, na contramão da presunção de veracidade e de legalidade dos atos administrativos e da segurança jurídica.

Nem se pode cogitar de, ao suspeitar da abusividade do percentual de um reajuste por variação de faixa etária, simplesmente substituí-lo por um percentual que se sinta, intuitivamente, ser plausível, ignorando a realidade de que os custos assistenciais variam conforme a idade muito além do que se possa intuir, especialmente se a intuição for direcionada por uma intenção benfazeja que, para promover o bem de um, lançará o destino de todos no caminho do insustentável.

O STJ, no julgamento do paradigmático Recurso Especial 1.568.244/RJ, examinou a normatização infralegal em vigor e orientou o aplicador da lei a observá-la. Parece muito claro que quando o STJ tratou dos requisitos para a admissibilidade do reajuste por variação de faixa etária, de modo a colocar lado a lado os critérios da não abusividade e do respeito às normas regulatórias, o objetivo não foi o de desconsiderar a legitimidade das normas regulatórias vigentes, tanto que o STJ enunciou a solução a ser dada a cada caso a partir dessas mesmas normas; o objetivo foi o de orientar normas regulatórias futuras, dado que o STJ reconheceu nesse precedente que será legítimo, se assim decidir a ANS, passar-se a aplicar o reajuste por variação de faixa etária a idosos mesmo após a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, desde que não haja abusividade.

HOSPITAIS FECHADOS, LEITOS EM QUEDA

Saúde Business – 20/08/2019

É consenso, na área da saúde, que a demanda da sociedade por serviços assistenciais só tende a crescer, por razões demográficas, como o aumento da população de idosos, ou epidemiológicas, como maior incidência de doenças crônicas, típicas da velhice. Essa característica faz da saúde mercado promissor aos olhos dos investidores, o que explica os seguidos anúncios de grandes (e bem vindos) empreendimentos no setor. Na contra-mão dessa pujança e dinamismo, assiste-se a persistente desmonte da infraestrutura hospitalar do setor privado lá onde os as condições de mercado são mais frágeis e a população mais desassistida.

Os números estão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e foram consolidados no Cenário dos Hospitais 2019, publicado pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) em parceria com a Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde). Segundo o relatório, entre 2010 e 2019, 2.127 hospitais privados, com um total de 92.645 leitos, deixaram de operar. Descontados os estabelecimentos e leitos que se abriram no período, o saldo corresponde a um recuo de 11,6% no número de

hospitais privados (560 unidades a menos) e de 11,8% em leitos (menos 34.741 unidades). No mesmo período, o número de hospitais públicos aumentou 17,1% (355 estabelecimentos) e o de leitos públicos, 6,6% (9.200 unidades).

O recuo privado não foi compensado pelo pequeno avanço público. Como resultado, o sistema inteiro sofreu uma redução na oferta. Em 2010 havia 2,23 leitos por mil habitantes, índice que já era muito aquém da média internacional de 3,2 por mil. Dez anos passados, regredimos para 1,91 leito por mil. O decréscimo, infelizmente, não é fruto do processo de desospitalização que se verifica nas sociedades desenvolvidas. Ele é espelho de uma crise que já colocou o Brasil abaixo da média de 2 leitos por mil habitantes observada entre os países da América Latina e Caribe.

Vistos de perto, os números mostram que do total de 2.127 estabelecimentos privados que fecharam, 73,3% eram hospitais com fins lucrativos, 69,9% não tinham mais do que 50 leitos e 49,2% atendiam ao SUS. Ou seja, não contavam com benefícios fiscais e tributários que favorecem hospitais

filantrópicos e, por serem pequenos, eram mais vulneráveis às pressões dos planos de saúde para reduzir preços ou ao descalabro da defasagem nas tabelas de remuneração do SUS.

São motivos que se pode compreender mas que não se pode aceitar como danos colaterais pelos quais ninguém se responsabiliza. Ao contrário, devemos nos perguntar por que, numa sociedade carente de saúde, permitimos que fechem

tantos hospitais e leitos? Onde falhamos na tarefa de assegurar sustentabilidade a um setor tão essencial? Há nesses números razões suficientes para que a sociedade discuta e os poderes se mobilizem para definir uma política que, sem cair no paternalismo, assegure condições de mercado para estancar a mortalidade hospitalar e para que a assistência à saúde se expanda em lugar de encolher.

ANS E SESI REALIZAM 'DIÁLOGO DE SAÚDE SUPLEMENTAR' NO RIO DE JANEIRO

ANS – 16/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no dia 12/08, na Casa Firjan, no Rio de Janeiro, o “2º Diálogo de Saúde Suplementar: o Desafio da Coordenação do Cuidado nos Planos Coletivos Empresariais”, realizado em parceria com o Serviço Social da Indústria (Sesi). O encontro teve como objetivo, estabelecer um diálogo colaborativo entre empresas contratantes de planos e operadoras, criar uma visão de futuro compartilhada, articular o papel dos diversos atores envolvidos para a promoção da melhoria do sistema de saúde suplementar e promover a reflexão e a colaboração acerca da coordenação do cuidado em saúde entre operadoras e empresas contratantes de planos de saúde. Atualmente, 67% dos beneficiários de planos de saúde estão em planos coletivos empresariais.

O encontro reuniu mais de 120 representantes de empresas contratantes, operadoras de planos de saúde, sociedades, indústria farmacêutica e da ANS. O presidente da Agência, Leandro Fonseca abriu o evento enfatizando a importância da dinâmica coletiva para a construção de um modelo assistencial mais resolutivo, salientando a representatividade do setor para a retomada de crescimento econômico brasileiro. “O setor de saúde suplementar é uma peça-chave não só pela geração de empregos ou pela geração de indicadores e resultados em saúde, mas também para o crescimento sustentável do País. Por isso, é importante estimularmos o diálogo para que possamos criar um novo modelo assistencial onde o contratante seja um cogestor da saúde de sua população em parceria com a operadora e que essa gestão entregue resultados que importam ao paciente”, declarou.

Na mesma perspectiva, o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel destacou a satisfação em presenciar o interesse dos diversos atores engajados na discussão da necessária mudança do modelo assistencial, evidenciando a importância do encontro. “Este evento

demonstra a relevância da cooperação dos diversos setores reunidos que já nos tem trazido inúmeras e essenciais sugestões para que possamos implementar no futuro próximo, fortalecendo as relações entre contratantes de planos de saúde e operadoras, qualificando a prestação do cuidado na saúde suplementar” avaliou.

Durante todo o dia, os representantes participaram de dinâmicas e oficinas que promoveram o resgate do diálogo, criando a oportunidade de compartilhar saberes e reflexões e estabelecendo um espaço de troca. Para a especialista do Sesi, Georgia Antony, o encontro ajudou a aumentar a compreensão do sistema de saúde e o papel dos diferentes atores. “Os participantes experimentaram a interlocução e saíram do “lugar comum”, trazendo muita riqueza para as discussões apresentadas nas oficinas, trazendo novas ideias como a inclusão da família no cuidado e a integração de setores como indústria farmacêutica e prestadores, sinalizando oportunidades da contribuição na inovação tecnológica para o fortalecimento de um novo modelo de saúde assistencial” comemorou Georgia.

Para a gerente de Monitoramento Assistencial da ANS, Katia Audi, a criação de um espaço de conversação entre diversos atores e o pioneirismo da Agência reguladora nesta construção coletiva são as maiores conquistas do evento. “A ANS está sendo precursora de uma ação fundamental onde ela está discutindo temas conversão de dados em informações que podem melhorar o cuidado na saúde suplementar e ouvindo representantes do setor que estão buscando, mutuamente, os resultados baseados em valor, sustentabilidade e melhor qualidade para o setor de saúde suplementar”, finalizou.

Os próximos encontros do “Diálogo de Saúde Suplementar” serão realizados no dia 27 de agosto em Salvador e 9 de setembro, em Curitiba.

PLANOS ODONTOLÓGICOS: FREQUÊNCIA DE USO E DESPESAS ASSISTENCIAIS

IESS – 15/08/2019

Há pouco tempo, [aqui no blog](#), publicamos uma [análise especial](#) acerca dos dados de planos exclusivamente odontológicos a partir dos dados contidos no [Mapa Assistencial 2018](#), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na ocasião, contudo, focamos apenas na frequência de uso desses serviços: foram realizados mais de 176 milhões de procedimentos odontológicos no Brasil ao longo de 2018. O que equivale a 10 milhões de procedimentos a menos do que no ano anterior, como pode ser visto na [“Análise do mapa assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2011 e 2017”](#).

Ao mesmo tempo, dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), da ANS, indicam que as despesas assistenciais pagas pelas operadoras deste tipo de plano para o atendimento de seus beneficiários totalizaram R\$ 1,7 bilhão em 2018. Um incremento de 10% em relação ao registrado em 2017.

Acreditamos que essa variação pode ter ocorrido por uma conjunção de dois fatores. O primeiro é o aumento no valor médio

de cada procedimento odontológico, o que pode se atribuir ao aumento de preços dos insumos. O segundo é a migração do perfil de uso desses serviços, agora com procedimentos complexos se tornando mais comuns do que eram antes.

Apesar do aumento nas despesas simultaneamente a redução da frequência de uso e seus eventuais impactos na contraprestação dos beneficiários, os custos para adquirir um plano exclusivamente odontológico ainda são bem mais atraentes do que os de planos médico-hospitalares. O que, somado a satisfação dos beneficiários – vale lembrar, a [pesquisa IESS/Ibope](#) indica que 86% deles afirmam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço contratado – tem feito a busca por esse tipo de plano continuar crescendo ao longo de 2019.

Só no primeiro semestre deste ano, de acordo com a [última edição da NAB](#), já foram registrados 526,9 mil novos vínculos com planos exclusivamente odontológicos, alta de 2,2% em relação a dezembro do ano passado. E acreditamos que o mercado deve ultrapassar a marca de 25 milhões de beneficiários ainda em 2019.

II FÓRUM ANS SOBRE QUALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS – 15/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, no dia 29/08, no Rio de Janeiro, o II Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar. O evento é destinado a representantes de operadoras de planos de saúde e a prestadores de serviços de saúde e tem como principal foco o lançamento da Fase 3 do projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor. Na ocasião, será lançado o edital de seleção de 10 projetos-piloto de operadoras a serem acompanhados pela ANS. Todos deverão seguir as diretrizes apresentadas no [Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor](#), lançado no dia 20/03 deste ano, durante o I Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar.

Na programação, constam ainda palestras e debates sobre Certificação em Atenção Primária à Saúde, programa Parto Adequado e nova metodologia do IDSS (Índice de Desempenho

da Saúde Suplementar), que passa a utilizar dados do Padrão TISS (Troca de Informação da Saúde Suplementar). O Fórum contará também com convidados especiais tratando dos seguintes temas: *Saúde baseada em valor* e *O uso de indicadores para melhoria da qualidade em saúde*.

O II Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar será realizado no auditório da Agência Nacional de Cinema (Ancine), das 8h30 às 18h. O endereço é Avenida Graça Aranha, 35/11º andar.

[Clique aqui para se inscrever](#)

[Confira aqui a programação do Fórum](#)

TRABALHADOR PAGA EM MÉDIA 24% PELA COPARTICIPAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Exame – 15/08/2019

Estudo da Mercer Marsh Benefícios mostra que nos últimos cinco anos o percentual de empresas que usam o sistema de coparticipação subiu de 51% para 74%

Em média, funcionários estão pagando até 24% dos valores dos procedimentos médicos em [planos de saúde](#) empresariais que utilizam o sistema de coparticipação,

compartilhamento do custo do plano entre empregador e funcionário.

Ou seja, quando o trabalhador utiliza o plano de saúde para uma consulta ou exame que custa 100 reais, 24 reais sai do seu bolso. É o que conclui uma pesquisa da consultoria de benefícios Mercer Marsh Benefícios.

O modelo de coparticipação é utilizado em procedimentos de baixo custo, como pagamentos dos valores de consultas, que custam em torno de 90 reais, exames simples, que custam de 5 a 100 reais, terapias e atendimentos em pronto-socorro, que custam em média 250 reais.

Contudo, o compartilhamento de custo de procedimentos médicos entre empregador e empregado pode também incluir exames especiais, como tomografias, que custam cerca de 1 mil reais. Ou seja, nesse caso, o trabalhador paga 240 reais pelo procedimento, em média.

Pela legislação, o desconto em folha de pagamento do funcionário dos benefícios da empresa não podem somar mais de 30% do salário dos funcionários, mas geralmente, quando é atingido esse limite no mês, o saldo excedido na coparticipação é cobrado pela empresa sobre salários posteriores ou até na rescisão, explica Mariana.

Por isso, é aconselhável o trabalhador se precaver para não tomar um susto ao olhar o holerite do mês. “A dica é conhecer a política de coparticipação da empresa e usar o plano somente para o que é realmente necessário”.

O levantamento analisou as práticas de concessão de planos de saúde de 611 empresas no Brasil e identificou que 74% delas já adotam a coparticipação. Em 2015, eram 51%.

Mariana Dias Lucon, diretora de produtos da consultoria, aponta que uma série de fatores colaboram para a adoção do modelo, entre elas o aumento do custo de planos de saúde,

envelhecimento da população, inclusão de novos procedimentos médicos no rol mínimo da ANS e o aumento do uso do benefício. “A coparticipação é uma forma para moderar o uso do plano de saúde em uma época de crise econômica. Atualmente usamos o plano como se fosse um cartão de crédito sem limites. Vamos ao pronto socorro ao invés de marcar uma consulta, por exemplo”.

Além de mais empresas adotarem nos últimos anos o modelo de coparticipação, a pesquisa da Mercer Marsh Benefícios aponta que outras atitudes foram tomadas de forma a reduzir custos com planos de saúde: enquanto 46% delas incluíram ou alteraram o desenho de coparticipação em procedimentos, 39% migraram de operadora, 28% alteraram a elegibilidade de nível de plano por cargo, enquanto 23% alteraram a contribuição fixa do empregado.

A Mercer Marsh Benefícios não verificou retirada de benefício de plano de saúde das empresas. “Há barreiras jurídicas e contratos coletivos em determinadas categorias que podem impedir um corte total do custo. Por isso as empresas vêm optando por essas alternativas, mas ainda assim com planejamento cuidadoso, pois mesmo modificações no desenho dos planos pode gerar implicações jurídicas e conflitos com sindicatos”.

No acumulado de 8 anos, a evolução do custo com saúde foi de 150%, quase três vezes superior à inflação econômica (IPCA) que foi de 64% no mesmo período. Mariana acredita que, em cinco anos, praticamente a totalidade das empresas deve adotar o modelo de compartilhamento de custos.

As empresas que participaram do estudo são de grande e médio portes: 57% são multinacionais e 58% têm faturamento acima de 100 milhões de reais. A amostra analisada abrange 2 milhões de usuários de planos de saúde empresarial (1,5 milhão de trabalhadores mais os seus dependentes nos planos).

ÍNDICE DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE É DEBATIDO EM COMISSÃO

Senado Notícias – 15/08/2019

A Comissão de Transparência e Defesa do Consumidor debateu, nesta quinta-feira (15), o reajuste dos planos de saúde. A audiência pública foi sugerida pelo presidente do colegiado, senador Rodrigo Cunha (PSDB-AL), que, conforme justificou em requerimento, considera importante compreender se há possíveis falhas regulatórias que estão prejudicando o consumidor, com as altas nos preços dos planos de saúde.

Participaram da reunião, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de consumidores, de planos de saúde e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Nota Técnica emitida neste ano pela Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Ipea apontou que a taxa

utilizada para reajuste dos planos foi superior à taxa de inflação da economia.

Segundo o superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal Alves, nos últimos 18 anos, o número de beneficiários idosos dos planos de saúde dobrou e o número de segurados com mais de 80 anos triplicou, o que justifica os preços praticados no setor atualmente.

A ANS define a metodologia de cálculo para o aumento nos valores dos planos individuais e familiares. O diretor-adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência, Maurício Nunes da Silva, disse, justificando as altas nos preços, que é

preciso olhar para os custos do setor, o aumento no número de procedimentos e as novas tecnologias. Para ele, não se pode definir reajuste de planos com base na inflação medida pelo IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo: — É um equívoco, porque o IPCA é um índice de preços, ele mede variação de determinado produto que compõe determinada cesta. Então, na cesta do IPCA tenho transporte, moradia, escola, e o que ele mede ali é uma variação de preço comparando o momento A com o momento B.

No entanto, o economista Carlos Octávio Ocké-Reis, do Ipea, lembrou que a inflação do setor saúde é menor do que os reajustes praticados pelos planos.

O senador Rodrigo Cunha (PSDB-AL), que teve a iniciativa da audiência, disse que o consumidor se sente confuso, "não consegue compreender quando sai no noticiário informando que no mês passado foi o menor reajuste dos últimos anos, 7 e poucos por cento". Para o senador, 80% das pessoas não têm reajustes salariais na mesma proporção.

Rodrigo Cunha concluiu, afirmando que alguns setores da economia podem e devem ser autorregulados, mas que esse não deveria ser o caso dos planos de saúde.

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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.