

ÍNDICE INTERATIVO

[Responsabilidade pelos erros das decisões judiciais na área de saúde](#) - Fonte: Âmbito Jurídico

[Notre Dame Intermédica fará oferta de ações que pode chegar a R\\$ 5 bilhões](#) - Fonte: Seu Dinheiro

[Operadoras estudam novos formatos de planos](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Hospitais e seguradoras recorrem a startups para inovar e cortar custos](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Ressarcimento ao SUS ultrapassa R\\$ 1 bilhão e bate novo recorde](#) - Fonte: ANS

[Quem está deixando os planos de saúde?](#) - Fonte: IESS

[Transparência é a qualidade mais valorizada em plano de saúde](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[STJ convoca audiência pública para discutir validade de reajuste por faixa etária em plano de saúde coletivo](#) - Fonte: STJ

RESPONSABILIDADE PELOS ERROS DAS DECISÕES JUDICIAIS NA ÁREA DE SAÚDE

Âmbito Jurídico - 03/12/2019

Por Fernando Bianchi, sócio do Miglioli e Bianchi Advogados, especializado em Direito da Saúde Suplementar e membro da Comissão de Estudos de Planos de Saúde da OAB/SP

O crescimento das ações judiciais tratando de questões relacionadas à saúde, tem cada vez mais conquistado relevância na movimentação e no volume de demandas junto ao Poder Judiciário.

Em recente pesquisa realizada pelo INSPER, encomendada pelo CNJ, divulgada no Hospital Sírio Libanês em São Paulo em março de 2019, foi constatado o aumento de 130% de ações judiciais relativas à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Nesse período foi contabilizado cerca de 500 mil ações dessa natureza.

Conforme constatado também pela referida pesquisa, a qualidade da prestação jurisdicional em tais ações não tem sido a desejada.

Tal reconhecimento tem decorrido da própria cúpula do judiciário, tanto que o próprio Presidente do Supremo Tribunal Federal, Min. Dias Toffoli, afirmou que “os magistrados não podem administrar o orçamento das empresas de saúde”, assim como sobre “a necessidade de minorar a participação da Justiça na resolução de conflitos ligados à saúde”.

E boa parte da responsabilidade pela má prestação jurisdicional no julgamento de ações afetas à matéria relacionada à saúde se dá pela postura de magistrados que não utilizam ferramentas criadas pelo próprio CNJ em parceria com conceituadas instituições médicas como Hospital Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês, para melhorar a qualificação das decisões, como o “NATs, NAT-JUS e COMITEC”, por exemplo.

Conforme dados da referida pesquisa produzida pelo INSPER, menos de 20% dos acórdãos utilizam pareceres técnicos e fundamentação específica.

O que se vê na prática forense contenciosa, são decisões com pouco embasamento técnico à luz da medicina e até mesmo jurídico à luz das respectivas legislações específicas.

Para os planos de saúde e hospitais, o resultado de tais decisões é catastrófico, injusto e extremamente danoso.

Para os pacientes, há situações que também se mostram danosas, pois existem decisões que consideram exclusivamente a posição do médico assistente, sem qualquer filtro ou ponderação, não obstante, por vezes, estar contaminada por conflito de interesses, gerando perigo e má

prestação jurisdicional, mesmo nas hipóteses de procedências dos respectivos pleitos.

Em São Paulo, 82% das ações relativas a saúde, se referem às operadoras de planos de saúde privado.

E nesse peculiar, se verifica milhares de decisões contrárias a tais empresas que exercem importante papel na prestação da saúde complementar, num estado, cuja saúde pública não tem condições de cuidar da população.

A lida processual do dia a dia, demonstra o desequilibrado assistencialismo indevido, trazido por decisões judiciais que ignoram o sub sistema legislativo editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como disposições contratuais e pareceres médicos, considerando meramente a necessidade da cobertura do atendimento por parte do paciente, e, não, o seu efetivo direito à luz do contrato e da legislação.

Ocorre que esse tipo de “pseudo solução” individual, no âmbito global, provoca uma reação em cadeia, que prejudica milhares de outros beneficiários e a própria sociedade.

O cenário se torna ainda pior, em relação a desenfreada concessão de tutelas de urgência, “liminares”, em sede de ações judiciais, que impõe imediato desembolso de verdadeiras fortunas no custeamento de coberturas que ao final, em seu julgamento de mérito, são julgadas improcedentes.

Nessas situações, em que pese a lei processual civil garantir que o autor da ação é responsável pelos prejuízos decorrentes da concessão das medidas de urgência, na prática, os beneficiários, em grande parte, detentores dos benefícios da justiça gratuita e sem patrimônio pessoal para fazer frente aos prejuízos, saem impunes e com o tratamento que não tinham direito gratuito e, por sua vez, a operadora com o prejuízo.

O pior é que a própria lei processual civil determina aos magistrados que as tutelas de urgência não devem ser concedidas quando se mostrarem irreversíveis, como no exemplo supra, porém, ainda assim, a concessão de tais medidas não encontra efetivo filtro.

É de vital necessidade que os magistrados desconstruam o pré-conceito de que as operadoras de planos de saúde adotam posturas ilegais como regra, assim como ter a sensibilidade sobre a irreversibilidade prática das medidas de urgência antes de sua concessão.

Tudo porque, nas hipóteses de erro judiciário na concessão das medidas de urgência, confirmados por decisões de

improcedência de mérito no julgamento da ação, mesmo existindo lei processual civil garantindo em tese, o respectivo ressarcimento pelos prejuízos gerados pela liminar, na prática, o prejuízo e dano definitivo à operadora de plano de saúde são certos.

Portanto, tão importante quanto a discussão sobre o crescimento da judicialização da saúde, é a responsabilização de suas consequências de forma eficaz,

situação que convida os operadores do direito a refletir sobre eventual alteração legislativa, visando de forma objetiva e autônoma, a responsabilização pessoal e direta do magistrado responsável por uma medida de urgência mal concedida, sem o anteparo do Estado e de todos os atuais óbices protetivos impostos pela legislação infraconstitucional.

NOTRE DAME INTERMÉDICA FARÁ OFERTA DE AÇÕES QUE PODE CHEGAR A R\$ 5 BILHÕES

Seu Dinheiro – 30/11/2019

Operadora de planos de saúde quer recursos para novos investimentos, liquidar debêntures e para pagar a aquisição do grupo Clinipam

A operadora de planos de saúde Notre Dame Intermédica informou nesta sexta-feira (29) que fará uma oferta pública subsequente de ações (follow on). No total, a oferta pode chegar a R\$ 4,9 bilhões, levando-se em conta a cotação de fechamento da ação nesta sexta.

Os ativos ON (GNDI3) terminaram o dia cotados a R\$ 56,99. No ano, a valorização dos papéis é da ordem de 95%. A bolsa não abre neste sábado, mas você pode conferir como foi o [desempenho dos mercados na sexta-feira \(29\) nesta matéria](#).

A companhia fará a oferta para levantar recursos para novos investimentos, liquidar debêntures e para pagar a aquisição do grupo Clinipam - anunciada recentemente por R\$ 2,6 bilhões, numa tentativa da operadora consolidar sua plataforma verticalizada, [com a entrada em uma nova região de atuação](#).

Segundo a Notre Dame Intermédica, serão 65 milhões de papéis em uma oferta primária (em que os recursos entram no caixa da empresa) e outros 22,75 milhões que hoje estão em posse do fundo Alkes II. Levando-se em conta só a

emissão primária, a empresa pode levantar cerca de R\$ 3,6 bilhões.

Os bancos coordenadores serão o Itaú BBA, JPMorgan, Morgan Stanley, Citigroup, Credit Suisse, Bradesco BBI e UBS. A oferta secundária será contabilizada como ações adicionais na operação.

Novata

A Notre Dame Intermédica estreou há pouco tempo na bolsa brasileira: as ações ordinárias da companhia chegaram à B3 em abril do ano passado, ao valor unitário de R\$ 16,50. E, desde então, os papéis já deram um salto expressivo.

Somente em 2019, a empresa já comprou ao menos outros três ativos: o hospital AMIU, no Rio de Janeiro; a operadora de planos odontológicos Belo Dente, sediada em Minas Gerais; e o grupo Ghelfond, rede especializada em exames de imagem que atua na região de São Paulo.

A Notre Dame Intermédica também fez neste ano outra oferta pública secundária de 60 milhões de ações ordinárias, ao preço unitário de R\$ 39,50, numa operação que gerou R\$ 2,37 bilhões aos cofres da empresa. A ação da companhia [estrou em setembro no Ibovespa](#).

OPERADORAS ESTUDAM NOVOS FORMATOS DE PLANOS

Folha de São Paulo – 29/11/2019

Inspiradas no sucesso das [clínicas populares](#), operadoras de [planos de saúde](#) querem mudanças nas regras do setor. O objetivo é permitir a entrada no mercado de produtos com novos formatos e menor preço. A perda acumulada do segmento, desde a crise de 2015, é de 3 milhões de usuários.

Há três anos, uma proposta semelhante, com o nome de “planos acessíveis”, chegou a ser discutida no Congresso, mas não avançou.

Agora, as empresas do setor querem aval para oferecer planos de saúde “customizados” ou “segmentados” em módulos —o que permitiria ao usuário optar por atendimentos apenas de consultas, ou com tratamentos divididos por tipos de terapias e com diferenças entre regiões.

Em outra frente, o grupo pleiteia liberdade para definir o reajuste da mensalidade dos planos individuais, contratados diretamente pelo usuário. Hoje, esse reajuste é determinado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

O objetivo da **mudança** é estimular a oferta desses planos, que ficaram mais raros nos últimos anos. Para se ter uma ideia, em 2004, 25% dos usuários de planos de saúde tinham planos individuais. O restante estava em **planos coletivos** empresariais.

Quinze anos depois, a parcela de usuários em contratos individuais é de 19%. Os planos coletivos respondem por 81%.

Para Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, as regras atuais que vedam a definição do aumento e a rescisão unilateral dos contratos afastam o interesse das empresas em planos individuais. “A volta do plano individual depende de trazer mais liberdade para o mercado”, afirma. “Nenhuma empresa pode vender algo abaixo dos seus custos.”

No início deste mês, um documento com essas propostas foi lançado oficialmente pela associação, que reúne as principais empresas do setor. “É um documento que representa uma demanda de todas as operadoras.”

As medidas, porém, são criticadas por especialistas e órgãos de defesa do consumidor.

Para Lígia Bahia, professora da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), a proposta de tornar o ajuste flexível “é absolutamente desfavorável ao consumidor”.

Ela lembra que, nos últimos anos, os índices de reajuste definidos pela ANS têm ficado acima da inflação —situação que pode se agravar com a definição pelas empresas.

O aval de planos segmentados também pode trazer riscos, aponta. “É uma redução de cobertura e de liberdade de escolha. A saúde é caracterizada por problemas imprevisíveis. Com esse tipo de plano, se o paciente tiver câncer, terá de ir para o SUS.”

Inicialmente, o documento da FenaSaúde sugere três tipos de módulos, que poderiam ser contratados juntos ou separados: ambulatorial (foco só em consultas, só em exames ou ambos), terapias (acesso a alguns tipos de tratamento) e hospitalar (para internação e atendimentos de urgência e emergência).

No primeiro caso, por exemplo, a ideia é que o paciente tenha acesso mais fácil a acompanhamento básico com médicos generalistas e especialistas, o que permitiria um rápido diagnóstico. Já o tratamento dependeria do tipo de módulo escolhido pelo usuário.

Caso a opção necessária não tenha sido contratada, o paciente teria de recorrer ao **SUS**. Para isso, operadoras pleiteiam que o usuário entre direto para tratamento, sem que haja repetição de exames.

Para Bahia, a medida poderá gerar uma espécie de “fila dupla” no SUS. “Querem criar uma nova fila. E a pergunta é: vai passar na frente?”

Já Valente diz que as medidas visam reduzir custos, aumentar a integração entre as redes e “dar opções a quem não tem nada”.

Segundo ela, o crescimento de clínicas populares mostrou que as pessoas querem planos de saúde mais baratos.

“Hoje, o plano ambulatorial que já existe é muito onerado com terapias mais caras, como as oncológicas. O que estamos propondo é segmentar.”

A diretora cita como exemplo o caso de um paciente com hipertensão que deseja ter acompanhamento, mas não quer pagar por um plano com oncologia, por exemplo.

“É uma segmentação em que as pessoas possam optar por algo dentro das suas necessidades. O que estamos buscando é atender uma parcela da população que não consegue ter acesso a esse plano completíssimo e fica desassistida.”

Na visão de Florisval Meinão, diretor-administrativo da Associação Paulista de Medicina, a proposta poderá aumentar a judicialização.

“Na hora que o paciente precisar, não vai ter cobertura, e aí vai bater na Justiça. E o timing da Justiça não é o mesmo da doença”, afirma ele, que vê outros impasses.

“O trabalho do médico não pode ser fragmentado. Se chegar em um momento em que o paciente precisa, ele não pode alegar que não pode atender.”

Já para José Cechin, superintendente do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) e que atuou no passado na FenaSaúde, a modulação poderá aumentar o acesso da população à rede de saúde.

Já a mudança no reajuste é uma medida que “parece politicamente difícil de ser adotada”, avalia. “Mas vejo com bons olhos esse caminho. A lei quis proteger o consumidor do plano individual. Mas está protegido se não encontra hoje os planos individuais?”

Essas, porém, não são as únicas propostas na mesa. Na tentativa de reduzir o valor dos planos, operadoras sugerem ainda outras medidas.

Uma delas é aumentar o número de planos com mecanismos de compartilhamento de despesas, como franquia (quando o usuário paga por procedimentos até determinado valor, e o restante fica com a operadora) e coparticipação (quando o usuário paga uma parcela, em geral de até 30%, ou valor fixo de cada atendimento).

Atualmente, 37% dos planos já aplicam algum desses mecanismos, atingindo 54% dos usuários.

A FenaSaúde, porém, não cita metas ou valores para que isso ocorra.

Em outra frente, operadoras sugerem mudanças nas regras que permitem reajuste por faixa etária. Atualmente, essa variação é dividida em dez faixas —a última aos 59 anos.

Após os 60 anos, o reajuste é vedado pelo Estatuto do Idoso, por meio de dispositivo que impede discriminação ao idoso em planos de saúde devido à idade.

O problema é que, ao mesmo tempo em que visa proteger o idoso, a regra faz com que empresas apliquem valores altos nessa última etapa.

“Hoje, todo reajuste tem de ser calculado até 59 anos. Não seria muito mais interessante poder pagar isso a longo prazo, e ter esse parcelamento?”, diz Valente.

A proposta é semelhante à apresentada há três anos no Congresso.

Na época, porém, entidades de defesa do consumidor alegaram que a medida poderia afastar idosos dos planos, em um contexto em que a aposentadoria e o afastamento do mercado de trabalho gera queda na renda desse grupo.

Questionada sobre as medidas, a ANS confirmou ter recebido ofício de operadoras com as sugestões, mas não comentou as propostas. Disse ainda que já vem discutindo medidas para enfrentar desafios do setor, como melhorias de cobertura e garantia de acesso da população aos planos de saúde.

HOSPITAIS E SEGURADORAS RECORREM A STARTUPS PARA INOVAR E CORTAR CUSTOS

Folha de São Paulo – 29/11/2019

Prontuário eletrônico e pulseira de monitoramento são exemplos de tecnologia que estão em uso

Seguradoras, farmacêuticas e hospitais estão se associando a [startups de saúde](#) em busca de novas ideias para reduzir despesas, tornar processos mais ágeis e testar ou agregar novas tecnologias.

O número dessas empresas, conhecidas como health techs, cresceu cerca de 20% no último ano, segundo dados da Liga Venture, aceleradora que conecta grandes companhias a essas startups.

Já são 420 empresas de inovação na área de saúde e bem-estar no Brasil, de acordo com a Abstartups (Associação Brasileira de Startups), o que representa cerca de 4% do total do setor no país. A maioria delas foi criada a partir de 2014. “De um lado, os empreendedores estão colocando suas soluções no mercado, que está reagindo positivamente a elas; de outro, grandes empresas do setor recorrem às startups para fomentar a inovação de forma livre”, diz Raphael Augusto, da Liga Ventures.

Fundada em 2014 em Uberlândia (MG), a Vitta ilustra esse movimento: a startup iniciou suas atividades com a criação de uma ferramenta de prontuário eletrônico para médicos e software para a gestão de consultórios e clínicas.

Em 2016, começou um plano de expansão ao adquirir sua principal concorrente, a ClinicWeb, que foi o primeiro prontuário eletrônico em nuvem do Brasil. A tecnologia hoje é utilizada por 15 mil médicos em 25 estados e por grandes empresas, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o laboratório Fleury.

Em 2018, a Vitta entrou no segmento de gestão de planos de saúde de empresas, experiência que permitiu à startup desbravar um nicho ainda inexplorado: neste ano, lançou o primeiro plano voltado para funcionários de startups.

Para isso, associou-se a duas operadoras já consolidadas, Unimed e Omint, em um modelo de negócios em que os segurados têm acesso à rede médica e hospitalar da operadora parceira, além de atendimento complementar 24h por meio de aplicativo, com médicos da rede da startup.

O plano, que atende a partir de três pessoas, tem preços 20% abaixo da média de mercado e admite ainda a vinculação de pessoas jurídicas, porque muitos colaboradores de startups prestam serviços nesse regime de contratação.

“As startups estão crescendo e há uma demanda reprimida por seguros de saúde, mas o mercado não estava atento a isso”, afirma Thiago Barros, diretor da Vitta.

A aceitação do produto surpreendeu – em dez meses de operação, o plano de saúde já tem carteira de 80 mil usuários, e a lista de espera de quem têm interesse em fazer o plano já chega a 21 mil pessoas.

A Health.D, de São Paulo, é outra que já está testando seu produto com grandes empresas.

A startup surgiu com a proposta de utilizar dispositivos como relógios inteligentes e pulseiras com sensores para monitorar em tempo real aspectos da saúde e comportamentais de pacientes, como frequência cardíaca e pressão arterial.

Um aplicativo coleta e envia os dados a uma plataforma que, por meio de IA (inteligência artificial), cruza essas

informações com bancos de dados de operadoras de planos de saúde e hospitais e faz o acompanhamento dos indicadores clínicos do paciente, enviando alertas quando a pessoa está entrando em situações de risco.

“Com a IA, será possível agir em antecipação e ajudar a reduzir a sinistralidade das operadoras”, Kleber Santos, idealizador da startup.

A Health.D nasceu dentro da FCamara, empresa brasileira de TI, e está validando seu modelo de negócios, que deve consumir até o final do ano R\$ 750 mil em investimentos.

“Com a internet das coisas, qualquer dispositivo poderá ser integrado a bases de dados de hospitais e operadoras”, explica Bruna Souza, cofundadora da Health.D.

Santos já importou 150 pulseiras, que estão sendo utilizadas para monitorar a saúde de pacientes em projetos pilotos realizados com hospitais e planos de saúde —o empresário não divulga os nomes das empresas.

Além de companhias do setor, muitas startups desenvolvem produtos para os profissionais de saúde.

A Pebmed cria aplicativos que ajudam na tomada de decisão clínica. A inspiração para o primeiro produto foi o livro de bolso dos médicos, usado para anotar referências sobre suas especialidades.

Os sócios da startup traduziram a ideia para o mundo digital com o aplicativo Whitebook, que reúne mais de 6.000 conteúdos, entre artigos, atualizações de condutas e diretrizes em 28 especialidades médicas.

“Queríamos desenvolver um produto que ajudasse os profissionais de saúde na ponta, no momento em que precisam tomar decisões rápidas e de qualidade, sem precisar recorrer aos buscadores de internet”, diz Bruno Lagoeiro, médico e um dos fundadores da Pebmed.

A plataforma soma 200 mil usuários ativos, que usam o aplicativo todos os meses, e 69 mil assinantes da versão paga, que oferece mais recursos.

Neste ano, a startup lançou outra ferramenta, agora para enfermeiros. O Nursebook traz mais de 700 conteúdos relacionados a condutas de enfermagem e já tem 4.500 profissionais cadastrados.

RESSARCIMENTO AO SUS ULTRAPASSA R\$ 1 BILHÃO E BATE NOVO RECORDE

ANS – 29/11/2019

Pesquisa inédita do IEPS projetou as necessidades de financiamento em saúde no Brasil até 2060

Em 2019, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) repassará ao Sistema Único de Saúde (SUS) novo recorde de recursos provenientes dos atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde na rede pública. Até meados de novembro, o valor total cobrado das operadoras e encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde em função do ressarcimento já ultrapassou R\$ 1 bilhão, confirmando a tendência de crescimento que vem sendo obtida ano a ano.

“Esse resultado é fruto de diversas melhorias feitas ao longo dos últimos anos no processo de trabalho, além do saneamento de processos antigos e do retorno dos valores depositados judicialmente após decisão do STF, que julgou constitucional a cobrança do ressarcimento”, explica Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial.

“Os números obtidos no fechamento do primeiro semestre já indicavam que bateríamos um novo recorde, o que de fato se concretizou antes mesmo do final do ano. Isso nos deixa bastante satisfeitos com o trabalho realizado nesse ano”, destaca a gerente de Integração e Ressarcimento ao SUS, Fernanda Freire de Araújo.

Em 2018, o total repassado ao SUS em função do ressarcimento chegou a R\$ 783,3 milhões, até então o maior valor desde que a Agência foi criada e iniciou o processo de cobrança. Os dados completos dos valores cobrados e repassados nos últimos anos e contabilizados até junho de 2019 estão disponíveis na 8ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, divulgado recentemente no portal da ANS.

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

QUEM ESTÁ DEIXANDO OS PLANOS DE SAÚDE?

IESS – 28/11/2019

São Paulo tem liderado o rompimento com planos de saúde nos últimos 5 anos. De acordo com [análise especial da NAB 40](#), de setembro de 2014 até o mesmo mês de 2019, 1,6 milhão de vínculos foram encerrados no Estado. Um recuo de

8,6%, de 18,7 milhões de beneficiários para 17,1 milhões. Isso só é possível, também, por conta da representatividade do Estado na economia nacional e no setor de saúde suplementar: São Paulo responde por aproximadamente um

terço do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e por 36,2% dos contratos com planos médico-hospitalares.

A análise indica que a maior parte dos vínculos cancelados é de planos coletivos empresariais (aqueles oferecidos pelos empregadores aos contratados), seguido de perto pelos planos coletivos por adesão (firmados por intermédio de entidades de classe, por exemplo). No total, 1,2 milhão de planos coletivos foram desfeitos no período analisado. O que indica uma forte relação entre o cenário econômico negativo, especialmente entre 2015 e 2016, e a saída do plano. Ainda que os beneficiários tentem permanecer pagando o benefício pelo maior tempo possível, mesmo quando perdem o emprego, como indica a [pesquisa IESS/lbop](#), comentada ontem [aqui](#).

Outro dado importante apontado na análise especial da NAB é que o rompimento está se dando, principalmente, entre a

população mais jovem. 557,1 mil beneficiários que deixaram de contar com o plano tinham até 18 anos. Olhando um pouco mais longe, detectamos que 9 a cada 10 rompimentos foram de beneficiários com até 33 anos.

Por outro lado, houve um aumento expressivo do total de vínculos na última faixa etária, de 59 anos ou mais. Foram 237,5 mil novos contratos no período analisado. A única outra faixa etária que apresentou crescimento entre setembro de 2014 e o mesmo mês de 2019 foi a dos 39 anos a 43 anos, que registrou 48,5 mil novas entradas em carteiras de Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

Para entender melhor como se dá o aumento de beneficiários na última faixa etária, recomendamos ver a análise especial da [NAB 38](#) – comentada [aqui](#) –, que desconstrói os números entre migração de faixa etária e novas contratações.

TRANSPARÊNCIA É A QUALIDADE MAIS VALORIZADA EM PLANO DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 26/11/2019

Consumidor quer entender o que contratou, mas a maior dificuldade é tornar linguagem acessível

A transparência das operadoras de planos de saúde, exigência prioritária dos consumidores, depende de um esforço grande de comunicação para acontecer.

Com poucas variações, esse foi o ponto de convergência entre as participantes da segunda mesa de discussão do [3º Seminário Saúde Suplementar](#), realizado pela Folha nesta terça-feira (26), na Unibes Cultural, em São Paulo.

"A legislação cria obrigações para as operadoras, como avisar com antecedência sobre reajustes. O desafio é garantir que a informação chegue, de forma eficiente, a quem precisa", afirmou Ana Faro Guerra, gerente técnica do Grupo NotreDame Intermédica.

Segundo pesquisa Datafolha divulgada na terça-feira (26), [mais paulistanos reivindicam transparência](#) em relação a reajustes, carências e cobertura (72%) do que, por exemplo, aumento menor na mensalidade (67%).

Na avaliação das especialistas, há informação disponível, mas ou ela é muito técnica ou o consumidor não está acostumado a buscar por ela.

Na Qualicorp, um canal de atendimento ao cliente foi criado no WhatsApp após uma pesquisa mostrar que esse é o meio preferido pelos beneficiários para tirar dúvidas. Por essa ferramenta, um sistema do tipo perguntas e respostas, a empresa notou que informações tidas pela operadora como óbvias não estavam claras para boa parte dos clientes — como a possibilidade de um reajuste acontecer antes de um ano do contrato.

"Foi uma surpresa para nós, porque achávamos que isso estava claríssimo na hora da venda dos planos", explicou a

superintendente de Projetos e Inovação para Clientes da Qualicorp, Lorena Tavares Guerra. Para ela, os esforços em comunicação são mais eficazes em retomar a confiança do cliente do que as mudanças regulatórias em discussão. "Se a gente não enfrentar isso, a discussão [legal] passará a ser secundária."

Ana Faro Guerra, gerente técnica do NotreDame, contou que o grupo disponibilizou um material sobre os contratos dos planos de saúde no formato de perguntas e respostas, voltado a leigos, mas o número de acessos foi pequeno. "Nosso consumidor não tem o hábito de leitura [de contratos]. Ele não sabe como fazer diferente e não tem como entender tudo."

Estela Guerrini, que coordena o Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, afirma ser competência das empresas [informar aos clientes sobre os seus direitos](#).

Ela citou o caso de uma mulher que procurou a defensoria pública porque não tinha como arcar com as despesas médicas do seu recém-nascido, sem saber que ele poderia ser incluído automaticamente em seu plano de saúde no período de 30 dias. "Por que a empresa não poderia ter avisado essa mãe e evitado esse desgaste?"

Guerrini sugeriu o uso de linguagem clara, com exemplos em vez de conceitos abstratos, e transparência em relação aos erros da empresa e ao valor dos reajustes. Esse último ponto é um dos problemas mais comuns nos contratos coletivos. "Apesar de ser obrigatório informar o reajuste, não existe uma transparência em como se chegou ao valor", pontuou.

Em alguns casos, [clientes entram na Justiça](#) sem antes procurar soluções dentro da ouvidoria da operadora, seja por desconfiança ou desconhecimento da existência desse serviço. Outras vezes, quando a empresa rescinde parte do

contrato --até mesmo no meio de um tratamento médico —a judicialização pode ser a reação mais rápida.

"Quando o consumidor descobre que teve um direito violado, já está numa situação de hipervulnerabilidade", ponderou Guerrini. "Muitas vezes, sequer há tempo hábil de tentar outros caminhos."

O evento teve patrocínio da Unimed e da Qualicorp e apoio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

STJ CONVOCA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR VALIDADE DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO

STJ – 25/11/2019

O ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ) Paulo de Tarso Sanseverino marcou para o dia 10 de fevereiro de 2020 a realização de uma audiência pública que vai discutir o [Tema 1.016](#) dos recursos repetitivos.

O evento, que será realizado no auditório do STJ, a partir das 14h, tem o objetivo de subsidiar os ministros da Segunda Seção para o julgamento do Recurso Especial 1.715.798, cuja controvérsia diz respeito à validade da cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária, além do ônus da prova da base atuarial do reajuste.

Segundo o ministro Sanseverino, relator do recurso, a audiência se justifica em virtude da relevância da discussão.

"Considerando as questões técnicas que a presente controvérsia suscita, bem como o número elevado de demandas sobrestadas em virtude da afetação deste repetitivo (1.512, segundo informação do Banco Nacional de Demandas Repetitivas), entendo necessária a realização de audiência pública para permitir uma análise mais profunda dos diversos fundamentos relevantes para a consolidação de uma tese jurídica sobre o tema da presente afetação", afirmou.

Sobre a audiência

A audiência foi designada conforme as regras do [artigo 1.038](#) do Código de Processo Civil e do artigo 186 do Regimento Interno do STJ.

Interessados poderão requerer participação na audiência até as 23h59min de 13 de dezembro de 2019, exclusivamente pelo e-mail faixaetaria@stj.jus.br. Os requerimentos devem conter as seguintes informações:

Entendimento jurídico a ser defendido;

Justificativa do interesse em participar da audiência pública;

Curriculum vitae do expositor;

Material didático (se for o caso);

Recursos de multimídia que pretenda utilizar (se for o caso), e

Memoriais (se for o caso).

O tempo de cada expositor será estipulado de acordo com o número de interessados. O ministro lembrou que a habilitação para a audiência não se confunde com a intervenção no processo na qualidade de *amicus curiae*.

Leia a [decisão](#).

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.