

# SAIU NO JORNAL



## Vida e Saúde – 15 a 22 de dezembro

### **Câmara aprova em dois turnos PEC que viabiliza piso da enfermagem**

Fonte: Redação do Migalhas/16 de dezembro

A Câmara dos Deputados aprovou, em dois turnos, a PEC que direciona recursos do superávit financeiro de fundos públicos e do fundo social para financiar o piso salarial nacional da enfermagem no setor público, nas entidades filantrópicas e de prestadores de serviços com um mínimo de atendimento de 60% de pacientes do SUS.

A PEC 390/14, cujo primeiro signatário é o deputado André Figueiredo, será enviada ao Senado na forma do substitutivo da comissão especial, de autoria da relatora, deputada Alice Portugal. O texto incorpora a maior parte da PEC 27/22, cujo primeiro signatário é o deputado Mauro Benevides Filho.

Segundo a proposta, a ajuda da União para estados e municípios usará recursos do superávit financeiro dos fundos públicos do Poder Executivo verificados ao fim de cada ano entre os exercícios de 2023 a 2027, exceto os saldos vindos do esforço de arrecadação dos servidores civis e militares da União, como os relacionados à cobrança da dívida ativa.

O piso da enfermagem, já aprovado pelo Congresso Nacional, está suspenso pelo STF. O argumento do ministro Roberto Barroso, autor da decisão, foi que a criação do piso sem uma fonte de recursos garantida levaria a demissões no setor e colocaria em risco a prestação de serviços de saúde. A decisão atendeu pedido da CNSaúde - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços.



De Rose  
Advogados



A relatora da PEC 390/14, deputada Alice Portugal, assegurou que a proposta apresenta fontes seguras e certas de financiamento para o piso salarial. "A enfermagem, esse grande contingente de trabalhadores e trabalhadoras, a maioria mulheres, aguarda há meses a implementação da lei já votada e sancionada por esta Casa", disse.

#### Estimativas

De acordo com a relatora, o balanço patrimonial da Secretaria do Tesouro Nacional referente a 2021 calculou o superávit financeiro dos fundos da União naquele ano em R\$ 20,9 bilhões, dos quais R\$ 3,9 bilhões se referem à parcela do FS destinada à saúde pública e à educação.

O montante para ajudar os entes federados a pagar o piso está calculado em torno de R\$ 18 bilhões, disse Alice Portugal.

Conforme o Dieese - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, o incremento necessário para o cumprimento do piso será de R\$ 4,4 bilhões ao ano para os municípios, de R\$ 1,3 bilhão ao ano para os estados e de apenas R\$ 53 milhões ao ano para a União. Já a CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas indicou incremento de R\$ 6,3 bilhões ao ano.

Hoje, as Santas Casas e os hospitais filantrópicos atendem 50% do total de pacientes e 70% dos pacientes de alta complexidade do SUS.

#### Teto de gastos

O texto aprovado deixa de fora do teto de gastos as despesas correntes e os valores transferidos pela União aos fundos de saúde dos estados, do DF e dos municípios para complementar o pagamento do salário a fim de se atingir o piso.

Haverá ainda uma transição para que esses entes, que terão um aumento das despesas com pessoal, contabilizem o piso nos limites da lei de responsabilidade fiscal.

Até o fim do primeiro ano seguinte ao da publicação da futura emenda constitucional, os valores do piso da enfermagem ficarão de fora desses limites. No segundo ano, apenas 10% entrarão no limite e, em cada um dos oito anos seguintes, mais 10% entrarão no limite, totalizando uma transição de dez anos.

#### Fundo Social

Para o pagamento dessa complementação, a PEC 390/14 permite o uso de recursos do fundo social criado pela lei 12.351/10, sobre o regime de partilha para exploração do petróleo do pré-sal, sem prejuízo da parcela do fundo reservada para a área de educação.

Esse dinheiro não poderá ser considerado para o cálculo da aplicação mínima em saúde pública determinado pela CF.



De Rose  
Advogados



O fundo social é abastecido com uma parte do bônus de assinatura pago pelas petroleiras vencedoras de leilões do pré-sal, com parte dos royalties da União, deduzidas as parcelas destinadas a seus órgãos específicos, e com receita vinda da venda do petróleo da União no âmbito dos contratos de partilha.

Além de saúde e educação, o fundo também pode ser usado para outras áreas, como cultura; esporte; ciência e tecnologia; meio ambiente; e mitigação e adaptação às mudanças climáticas.

#### Votação em Plenário

Apenas o partido Novo foi contrário à PEC 390/14, que aponta fontes de recursos para o pagamento do piso salarial da enfermagem no setor público. Todos os demais partidos declararam voto favorável à proposta, que é a terceira proposição aprovada sobre o piso salarial da enfermagem.

O texto estabelece que o superávit financeiro dos fundos públicos do Poder Executivo será usado como fonte de recursos para o cumprimento dos pisos. A lei 14.434/22 estabeleceu piso salarial de R\$ 4.750 para os enfermeiros, 70% desse valor para os técnicos de enfermagem e 50% para os auxiliares de enfermagem e parteiras.

Esses valores valem para aqueles contratados pela CLT e deverão ser atualizados anualmente pelo INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor.

A relatora afirmou que há acordo para que a proposta seja votada com celeridade pelo Senado. Com a promulgação, segundo ela, o STF não terá mais motivos para manter a suspensão do piso salarial. "Esse resultado de trabalho do Poder Legislativo será encaminhado ao Supremo Tribunal Federal para que a liminar seja dissipada e a lei possa vigorar", declarou Alice Portugal.

A votação foi presidida pela deputada Carmen Zanotto, relatora tanto da lei que originou o piso quanto da emenda constitucional que autorizou o piso salarial da categoria. Ela agradeceu o apoio dos deputados.

O deputado Marcel Van Hattem foi o único a discursar contra a PEC. Ele afirmou que a proposta interfere no teto de gastos e apresenta "falsas promessas" à categoria. "Sempre demos todo o valor à enfermagem e, por isso mesmo, sempre apontamos os erros cometidos por esta casa. Nós vimos o que aconteceu, agora é só mais uma tentativa de enganar os enfermeiros. Infelizmente, é mais uma solução paliativa", disse Van Hattem, em referência à suspensão da lei pelo STF.

Já o deputado Dr. Zacharias Calil ressaltou que a proposta valoriza os profissionais. "A enfermagem está sempre conosco", disse.

O deputado Túlio Gadêlha destacou a mobilização da enfermagem. "Hoje, com muita felicidade, nós aprovamos essa fonte de financiamento e vamos fazer valer o piso para os enfermeiros do Brasil", destacou.

O líder do PT, deputado Reginaldo Lopes, afirmou que todas as propostas relacionadas ao piso da enfermagem são um reconhecimento ao empenho da categoria durante a pandemia de covid-19.

Informações: Agência Câmara de Notícias.



De Rose  
Advogados





## **Liberação das reservas técnicas para planos beneficia a saúde suplementar?**

Fonte: Jota/16 de dezembro

Por LÍGIA FORMENTI

Um dos argumentos mais usados por agências reguladoras para justificar a flexibilização de suas regras é o amadurecimento do mercado. Quanto mais responsáveis são os integrantes do setor regulado, dizem, mais genérica pode ser a regulação.

Em setembro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocou em consulta pública um pacote de medidas para simplificar a regulação prudencial, regras criadas em 2001 para dar segurança a prestadores e beneficiários de planos de saúde.

A lógica dessas provisões é simples. Em caso de aperto nas contas das empresas de saúde suplementar, há uma espécie de “poupança” a que se pode recorrer para garantir que os compromissos sejam honrados.

Ao longo dos últimos anos, bilhões de reais foram depositados nesses fundos de socorro, que também trazem rendimentos.

Ao anunciar em setembro a consulta pública para mudança das regras da regulação prudencial, a ANS deu o recado. É preciso dar segurança ao mercado, mas as exigências precisam ser na dose certa, de forma a não deixar operadoras com a corda no pescoço. E nesse ajuste integrantes da agência concluíram que sim, é possível reduzir as exigências, sem que isso traga prejuízo para consumidores e prestadores. Um progresso, avaliaram os diretores.

As medidas anunciadas na reunião de setembro vieram em boa hora para as empresas, que se queixavam de dificuldades nas contas, reflexo sobretudo do aumento das despesas com assistência de pacientes.

Dados da ANS divulgados semana passada indicam que o setor registrou um resultado líquido negativo de R\$ 2,5 bilhões, entre janeiro e setembro deste ano, especialmente entre operadoras de maior porte.

O aperto é atribuído a uma mudança no padrão do uso de planos de saúde. Pessoas estão fazendo mais exames, mais consultas, talvez colocando em dia tratamentos que foram adiados durante o período mais duro da pandemia.

A sinistralidade, a proporção entre o que é arrecadado pelas empresas que é gasto com serviços de saúde, tem média de 84,5% nos últimos doze meses. No período pré-pandemia, estava em 80% e 82%.



De Rose  
Advogados



A dúvida, no entanto, é se essa tendência de aumento de gastos e demandas por serviços por parte dos consumidores é temporária ou se veio para ficar.

De acordo com a agência, a mudança nos critérios anunciados em setembro evitou que muitas das agências fossem colocadas em direção fiscal. Com uma das medidas, a extinção da margem de solvência, a previsão é de que as operadoras fiquem livres de aportar R\$ 11,8 bilhões em garantias.

Mas as providências apresentadas pela ANS foram recebidas de forma morna para o setor. E, embora mal tenha saído do papel, e, portanto, seu impacto real ainda não possa ser mensurado, iniciou-se uma pressão para que o socorro fosse ampliado.

Os apelos sensibilizaram uma parte da agência, que estuda agora uma nova medida. Permitir que parte dessas provisões técnicas sejam usadas para pagar prestadores de serviços. É como se o dinheiro do fim do mês não fosse suficiente e você usasse uma parte da poupança para pagar o supermercado.

Questionada, a ANS afirma que a ideia é ainda preliminar. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) não se manifestou, alegando não conhecer a proposta. A FenaSaúde, por sua vez, em nota disse apoiar a medida. A entidade argumentou que o setor vive um momento desafiador, com elevação de custos assistenciais e que a função das reservas técnicas é justamente o seu uso em momentos excepcionais, como o atual.

Mas a discussão, mesmo que inicial, provoca críticas entre os técnicos da agência. Os questionamentos são vários. Como proceder, por exemplo, com cooperativas? E num mercado verticalizado, onde a própria empresa é controladora de prestadoras de serviços, como hospitais? É possível tirar recursos de um ativo garantidor para pagar o próprio grupo? E qual valor dos procedimentos, nesses casos? Não há riscos de que tabelas sejam infladas somente para retirar recursos bloqueados e distribuí-los no próprio grupo?

Mas a principal dúvida é: se aos primeiros sinais de dificuldade a agência afrouxa as regras, como garantir a maturidade do setor?

Sim, argumentam, a situação hoje não é boa. Mas dados da ANS mostram que entre o primeiro trimestre de 2020 e primeiro trimestre de 2021 o resultado líquido do setor apresentou um expressivo aumento. E, continuam esses técnicos já se sabia que, mais cedo ou mais tarde, haveria o efeito rebote: um aumento da sinistralidade e, portanto, dos custos. Por que as empresas não fizeram provisões? Mas o mais importante: por que a própria ANS não se atentou ao risco futuro e não aumentou as exigências, mesmo que de forma temporária?

Especialista em regulação econômica, o servidor público Pedro Paulo Salles Dias Filho observa que quanto menor a sinistralidade, menos recursos as operadoras têm de aportar. “Isso ocorreu na pandemia. Lucros aumentaram, foram repartidos entre os sócios. Mas será que o certo não teria sido aumentar as reservas?”, perguntou. “Agora, num momento de maior dificuldade, de maior risco, brechas seriam abertas e reservas, liberadas. Não é uma contradição. Consumidores não ficariam mais expostos?”



De Rose  
Advogados



Diretor executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Antonio Britto avalia que uma eventual liberação do uso de recursos de fundos garantidores para pagar prestadores pode ser uma solução paliativa, para amenizar um problema mais agudo, atual. “Seria uma medida emergencial. Mas é preciso se pensar no problema estrutural”, completa. Britto observa que há tempos o mercado mostra sinais de mudança. “A maior parte do mercado é formada por contratos coletivos. Com a mudança da relação de trabalho e crescimento da informalidade, os contratos empresariais diminuiriam”, disse.

Permanecem no mercado um grupo cada vez menor que ainda tem planos empresariais. Ou, ainda os que buscam planos de adesão, pessoas que sabem que o gasto no fim do mês com a parcela não é luxo, mas necessidade. Um grupo geralmente de faixas etárias mais elevadas ou com situação de saúde mais delicada. Com isso, o mutualismo, um dos alicerces da saúde suplementar, se perde.

“Há ainda o desperdício, profissionais de saúde inseguros, muitas vezes mal formados, que se amparam numa quantidade exagerada de exames para fazer diagnóstico e definir tratamento.” Para Britto, esse panorama mostra a necessidade de se pensar em soluções a médio prazo, que incluam investimentos em ações de promoção da saúde, atenção primária, redução de desperdício e novas lógicas de pagamento.

Dias Filho, resume: “É preciso olhar os problemas, buscar soluções inovadoras, que pensem a médio prazo.”

Para técnicos da ANS ouvidos, o fato é que, se a agência sempre afrouxar regras ao menor sinal de dificuldade, o mercado nunca vai amadurecer. Mais ainda: se uma nova crise de saúde ocorrer, o erro irá se repetir. E assim o mercado se fragiliza e consumidores ficam mais expostos.

[https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-ligia-formenti/liberacao-das-reservas-tecnicas-para-planos-beneficia-a-saude-suplementar-ans-15122022?utm\\_campaign=jota\\_info\\_ultimas\\_noticias\\_destaque\\_16122022&utm\\_medium=email&utm\\_source=RD+Station](https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-ligia-formenti/liberacao-das-reservas-tecnicas-para-planos-beneficia-a-saude-suplementar-ans-15122022?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_16122022&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

## **Aprovação do Zolgensma aumenta pressão para criação de fundo para doenças raras**

Fonte: Jota/16 de dezembro

Por MELISSA DUARTE

Com a incorporação do Zolgensma no Sistema Único de Saúde (SUS) na última semana, no dia 7/12, planos de saúde aventaram o debate sobre a criação de um fundo para bancar medicamentos contra doenças raras. O plano é que as médias e pequenas operadoras destinem recursos a essa reserva, que seria a responsável por custear o tratamento de cada paciente.

A ideia, inicialmente levantada para o tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME) tipo 1, pode se estender a outras enfermidades raras. O tema ainda precisa ser discutido junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



De Rose  
Advogados



O presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), Anderson Mendes, é um dos defensores da implementação desse fundo e afasta a possibilidade de judicialização dessa cobertura. Para o gestor, a discussão deve se centrar nas fontes de financiamento, já que o alto custo pode inviabilizar o funcionamento de planos de saúde de pequeno porte:

“Não é uma questão de mérito, que é totalmente aceitável. Não discordamos (da incorporação do Zolgensma). Mas precisamos buscar alternativas para viabilizar esse atendimento”, afirmou ao JOTA.

O Zolgensma custava cerca de US\$ 2,1 milhões em 2019. O valor ultrapassa R\$ 10,9 milhões de acordo com a cotação do dólar na quinta-feira (US\$ 1 = R\$ 5,22).

Ainda não se sabe o que deverá ser feito caso o valor total dos tratamentos ultrapasse o que for arrecadado pelo fundo. Uma das opções aventadas é delegar a cobertura à rede pública, mas cabe discussão. O SUS tem até junho, isto é, 180 dias depois da publicação da portaria da última quarta-feira, para disponibilizar o medicamento.

A ANS tem até fevereiro para incluir o Zolgensma (Onasemnogeno Abeparvoveque), em seu rol de cobertura obrigatória. O prazo de 60 dias pós-divulgação da portaria está fixado na lei 14.307, de março. O texto definiu novas regras para a atualização da lista.

Ao JOTA, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que as operadoras cobrirão o uso da terapia gênica assim que entrar no rol da ANS. Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) informou que ainda aguarda o rito adotado pela agência para a inclusão do medicamento na lista.

A reportagem questionou ambas as entidades sobre uma possível judicialização dessa cobertura junto às Cortes superiores, a exemplo do que ocorreu com o piso da enfermagem no Supremo Tribunal Federal (STF) e com o rol da ANS. Não houve respostas.

Restrição de faixa etária reduzirá acesso a um dos medicamentos mais caros do mundo

A decisão do Ministério da Saúde de incluir o Zolgensma para o tratamento da AME tipo 1 no SUS animou pais, especialistas e a comunidade científica. Contudo, a limitação da idade a bebês de até 6 meses, fora de ventilação invasiva por mais 16 horas diárias, dificultará o acesso ao tratamento, avaliam médicos.

Dados do Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal (Iname) enviados à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) apontam que, aproximadamente, 49% dos casos de tipo 1 da doença no Brasil são diagnosticados dentro da faixa etária. Segundo estudos, a taxa é maior nos Estados Unidos e na Europa diante do maior acesso a testes genéticos.

“(A restrição) vai limitar com certeza. Mas, pelo menos, um subgrupo poderá se beneficiar do tratamento e mostrar aos gestores que é seguro e eficaz”, resumiu o presidente do Departamento Científico de Genética da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Salmo Raskin.

Em entrevista ao JOTA, o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, justificou que a definição de faixa etária para o Zolgensma atendeu a dados analisados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS



De Rose  
Advogados





(Conitec). O ministro negou já ter sido contra à inclusão da terapia gênica na rede pública apesar de ter declarado, em ocasiões anteriores, que o alto custo dela representava um entrave para a medida.

“A evidência científica, embora seja pouca, porque é uma doença rara, é abaixo de 6 meses. Também é necessário se verificar se a promessa de que as crianças não precisem de suporte ventilatório e não tenham déficit motor (será cumprida pela farmacêutica Novartis) e há como monitorar (isso)”, afirmou Queiroga.

A Conitec, subordinada à pasta, recomendou a inclusão dessa terapia gênica na rede pública semana passada, já chancelada pela publicação de uma portaria na última quarta-feira. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) deu aval ao medicamento para bebês de até 2 anos em agosto de 2020.

É difícil estimar o total de pacientes acometidos pela AME tipo 1. Isso porque o Brasil não dispõe de vigilância epidemiológica para doenças raras, explicam médicos cientistas consultados pela reportagem. Antes da incorporação ao SUS, o acesso ao tratamento vinha sendo judicializado caso a caso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), doenças raras acometem, em geral, 65 a cada 100 mil pessoas. A projeção é de que existam cerca de 7 a 8 mil delas em todo o mundo.

Nesse cenário, uma das possibilidades levantadas é que o Brasil invista na prevenção, com a realização de testes genéticos em casais. Outra remete ao diagnóstico precoce da AME, com o teste do pezinho ampliado.

O presidente Jair Bolsonaro (PL) sancionou a lei que determina a realização do exame no SUS em maio de 2021. A cobertura é escalonada e a AME está na última etapa.

“Existem testes de triagem que podem ser feitos logo após o nascimento. Essa doença poderia ser prevenida testando portadores (dos genes SMN-1 e SMN-2). É uma herança autossômica recessiva em que a criança só vai nascer afetada se receber uma mutação do pai e outra da mãe para a doença. Poderia se fazer triagem dos casais antes de terem filhos, evitando o nascimento de uma criança com essa doença. O custo é altíssimo e, mesmo assim, metade do cobrado nos Estados Unidos”, explicou a bióloga molecular e geneticista Mayana Zatz, professora da Universidade de São Paulo (USP).

[https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/aprovacao-do-zolgensma-aumenta-pressao-para-criacao-de-fundo-para-doencas-raras-16122022?utm\\_campaign=jota\\_info\\_ultimas\\_noticias\\_destaque\\_16122022&utm\\_medium=email&utm\\_source=RD+Station](https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/aprovacao-do-zolgensma-aumenta-pressao-para-criacao-de-fundo-para-doencas-raras-16122022?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_16122022&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

## **Lei de Goiânia que proíbe cursos de saúde a distância é contestada no STF**

Fonte: Jota/15 de dezembro

Por LETÍCIA PAIVA

Uma lei de Goiânia que proíbe cursos a distância de níveis superior, técnico ou pós-graduação em saúde é questionada no Supremo Tribunal Federal (STF). A Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino



De Rose  
Advogados





(Confenen), que reúne instituições particulares, alega que é uma atribuição federal legislar sobre esse tipo de diretriz em educação.

A Confenen se apoia na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que delega à União estabelecer normas gerais sobre cursos de graduação e pós-graduação, além de autorizar e supervisionar os cursos superiores.

Segundo essa lei, a responsabilidade dos municípios é manter seus sistemas de ensino (educação infantil e ensino fundamental) integrados aos planos educacionais federais e estaduais.

Também é justificativa da Confenen para mover a ADPF 1036 o fato de que decreto federal que regulamenta o ensino a distância atribuir ao sistema municipal de ensino a autorização de cursos a distância, mas somente nos níveis fundamental e médio (incluindo também educação de jovens e adultos e técnico médio). As instituições de ensino superior são credenciadas pelo Ministério da Educação.

A lei de Goiânia questionada é a 10.612/ 2021, aprovada sob a ótica de que o conteúdo em cursos de graduação da área da saúde deve ser ministrado presencialmente para garantir que a futura intervenção dos profissionais formados em pacientes seja prudente e eficaz.

A lei chegou a ser vetada pelo Executivo municipal, que entendeu se tratar de competência da União tratar do tema, mas o veto foi derrubado pela Câmara.

A Confederação argumenta ainda que os cursos a distância certificados seguem as mesmas obrigações curriculares dos cursos presenciais. “Todas as disciplinas em que as diretrizes curriculares dos cursos exijam a presença serão de cumprimento obrigatório por todos os cursos de graduação, sejam ofertados na modalidade presencial ou a distância”, afirma na petição.

Assim, aspectos particulares dos cursos da área de saúde, como estágios, aulas laboratoriais e aulas práticas, também não ficariam de fora da grade curricular dos cursos de saúde a distância.

O relator da ADPF 1036, que conta com um pedido de liminar para revogar a lei em tempo do próximo ano letivo, é o ministro Kassio Nunes Marques.

[https://www.jota.info/stf/lei-de-goiania-que-proibe-cursos-de-saude-a-distancia-e-contestada-no-stf-15122022?utm\\_campaign=jota\\_info\\_ultimas\\_noticias\\_destaquas\\_16122022&utm\\_medium=email&utm\\_source=RD+Station](https://www.jota.info/stf/lei-de-goiania-que-proibe-cursos-de-saude-a-distancia-e-contestada-no-stf-15122022?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaquas_16122022&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

## **STJ manda incluir município em ação sobre tabela do SUS e pedido de ressarcimento**

Fonte: Conjur/16 de dezembro

Por Danilo Vital



De Rose  
Advogados



A ação que visa atualizar a tabela do SUS usada para remunerar hospitais que prestem serviços complementares à saúde pública, e o ressarcimento de valores, deve necessariamente contar com o município que assinou o contrato com o ente particular.

Com esse entendimento, a 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça anulou todos os atos decisórios de uma ação ajuizada por um hospital particular do Rio de Janeiro. O processo vai recomeçar do zero, agora integrado pelo município.

A ação pede a atualização da tabela que o SUS usa para pagar os hospitais particulares que prestem serviço de saúde em complementação à rede pública. A verba para remunerar esses serviços é liberada pela União, mas os contratos são firmados pelos estados e municípios.

No caso, o hospital fluminense alega que os valores dessa tabela estão defasados e gerando o desequilíbrio econômico do processo. O pedido é para que a remuneração seja feita pela tabela única nacional de equivalência de procedimentos (Tunep), organizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em ações como essa, a jurisprudência do STJ pacífica ao dispensar a formação de litisconsórcio passivo necessário — quando é imperativa a presença de todas as pessoas titulares da mesma relação jurídica no polo passivo da ação.

Relator, o ministro Sérgio Kukina notou que o caso julgado tem uma particularidade importante: o hospital pede que, após a atualização da tabela do SUS, o poder público pague as diferenças de valores em relação aos serviços que já foram prestados.

"Sobretudo em relação à questão do ressarcimento, no caso de acolher-se o pedido de revisão, aí seria importante que estivesse presente no polo passivo o ente público estadual ou municipal que livremente ajustou a contratação", entendeu o relator.

Essa posição foi acompanhada pelos ministros Gurgel de Faria e Regina Helena Costa. Abriu a divergência e ficou vencido o ministro Benedito Gonçalves, para quem bastaria apenas a ação contra a União, conforme a jurisprudência já citada.

AREsp 2.067.898

<https://www.conjur.com.br/2022-dez-16/stj-manda-incluir-municipio-acao-valores-tabelasus>

## **Paciente que deixou de pagar um mês terá plano de saúde restabelecido**

Fonte: Redação do Migalhas/ 17 de dezembro

O juiz de Direito Rogério de Camargo Arruda, 26ª vara Cível de São Paulo, determinou que a operadora de saúde Prevent Senior restabeleça o plano de saúde de uma paciente que teve seu plano cancelado, sem qualquer aviso prévio, após não efetuar o pagamento da mensalidade de março de 2022.



De Rose  
Advogados



O magistrado considerou que é ilícito que o plano de saúde continue a receber parcelas que seguiram o mês inadimplido e, ainda assim, cancelar o contrato de sua assinante, prejudicando a consumidora.

"Há perigo de dano na não concessão da ordem, uma vez que a requerente ficaria sem a cobertura do plano de saúde, a ensejar evidentes prejuízos."

O magistrado concluiu, baseado no art. 300 do CPC, que a Prevent Senior deve restaurar o plano de saúde da paciente, em até cinco dias, para que ela possa dar continuidade ao seu tratamento de saúde. Caso não obedeça a ordem, a seguradora está sujeita a multa diária de R\$ 1,5 mil, bem como crime de desobediência.

Também foi decidido que haja nova emissão de boletos da mensalidade vencida no mês de março, com o acréscimo do inadimplemento. As demais mensalidades deverão se dar de forma regular, a serem entregues à beneficiária com antecedência de até cinco dias.

Processo: 1121435-46.2022.8.26.0100

Leia o acórdão.

<https://www.migalhas.com.br/quentes/378498/paciente-que-deixou-de-pagar-um-mes-tera-plano-de-saude-restabelecido>

## **TJ/DF: Plano de saúde não é obrigado a arcar com clínica de repouso**

Fonte: Redação do Migalhas/18 de dezembro

A 6ª turma Cível do TJ/DF manteve sentença que negou pedido de beneficiário de plano de saúde para que fosse obrigada a arcar com suas despesas de internação em instituição especializada de cuidados geriátricos.

O homem narrou que é portador da doença de Alzheimer, enfermidade que lhe impõe a necessidade de cuidados especiais em período integral de 24h para sobreviver. Contou que requereu ao seu plano de saúde que providenciasse sua internação em clínica especializada. Contudo, o pedido foi negado.

Diante da negativa e afirmando que sua necessidade decorre de sua condição de saúde, ajuizou ação para obrigar a operadora a arcar com as custas de sua internação com serviço de enfermagem 24h, bem como equipe médica multidisciplinar, local em que reside desde sua última internação hospitalar.

O plano de saúde apresentou defesa na qual argumentou que não pode ser obrigada a arcar com os custos da internação do autor em casa de repouso, pois o serviço de home care não está inserido na lista de procedimentos obrigatórios editados pela ANS.

Ao sentenciar, o juiz substituto da 2ª vara Cível de Águas Claras/DF explicou que a perícia constatou que os cuidados que o autor necessita não são essencialmente médicos, ao ponto de exigir o serviço de home care, pois podem ser prestados por alguém da família. Assim, negou os pedidos do autor, aderindo aos argumentos contidos no parecer do MP/DF que concluiu:



De Rose  
Advogados





"Assim, a prova pericial constatou não ser medida imprescindível a assistência integral em casa de repouso, posto que os cuidados contínuos e permanentes podem ser ministrados por cuidador ou familiar treinado, em âmbito domiciliar, dispensando acompanhamento médico ou suporte de enfermagem em período integral (circunstâncias que não se inserem na modalidade dos serviços "home care", porquanto os cuidados especiais demandados não se enquadram na definição técnica do serviço de internação domiciliar)."

O beneficiário recorreu, mas os desembargadores entenderam que a sentença deveria ser integralmente mantida. O colegiado explicou que "a relação jurídica entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário é de prestação de serviços médicos hospitalares, não integrando o objeto contratual o custeio de clínicas para acolhimento de idosos. Dessa forma, é lícita a negativa do plano de saúde de autorização do custeio de hospedagem em instituição de longa permanência de idosos, não prevista nas coberturas contratadas com o paciente."

Processo: 0705844-23.2021.8.07.0020

Leia o acórdão.

Informações: TJ/DF

<https://www.migalhas.com.br/quentes/378677/tj-df-plano-de-saude-nao-e-obrigado-a-arcar-com-clinica-de-reposu>

## **Lei municipal que cria carteira de saúde da mulher é inconstitucional, diz TJ-SP**

Fonte: Conjur/19 de dezembro

Por Tábata Viapiana

Não cabe ao Poder Legislativo, sob pena de desrespeito ao princípio da separação de poderes, ainda que por lei, praticar atos de caráter administrativo próprios do Poder Executivo, cuja atuação privativa na deflagração do processo legislativo está definida no texto constitucional.

O entendimento é do Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo ao anular uma lei de Santo André, de autoria parlamentar, que criava uma carteira municipal de saúde da mulher, de expedição gratuita pela prefeitura, com registro de todas as informações relativas a doenças e atendimentos médicos das mulheres do município.

Ao propor a ação, a Prefeitura de Santo André alegou vício de iniciativa, pois, tendo origem na Câmara dos Vereadores, a lei teria invadido competência reservada ao chefe do Poder Executivo para dispor sobre políticas, ações e serviços públicos de saúde, além de impor diversas obrigações à administração municipal, violando o princípio da separação dos poderes.

Para a prefeitura, a norma também desrespeitou os princípios da razoabilidade, da finalidade, da motivação e do interesse público, uma vez que todas as informações dos atendimentos nas unidades de saúde são registradas em prontuários médicos que podem ser acessados por todos os médicos do município, sendo desnecessária a criação de uma carteira específica para mulheres.



De Rose  
Advogados



De acordo com o relator, desembargador Matheus Fontes, ao instituir uma carteira municipal de saúde para mulheres e estabelecer as informações que nela deverão ser registradas e os locais em que deverão estar disponíveis, a lei impugnada não se limitou a definir regras "programáticas, genéricas e abstratas" a serem adotadas pela administração municipal em matéria de saúde pública.

"Mas, sim, delimitou sua forma e modo de agir e, dessa maneira, interferiu em atos de planejamento, organização e gestão administrativa, matéria cuja iniciativa legislativa é reservada exclusivamente ao chefe do Poder Executivo, violando os artigos 5º, 47, incisos II, XIV e XIX, alínea 'a', e 144 da Constituição Estadual", afirmou ele. A decisão foi unânime.

Clique aqui para ler o acórdão

Processo 2119923-20.2022.8.26.0000

<https://www.conjur.com.br/2022-dez-19/tj-sp-anula-lei-municipal-cria-carteira-saude-mulher>

## **Maranhão proíbe privilégio para paciente particular no agendamento de consultas**

Fonte: Jota/20 de dezembro

O Governo do Maranhão sancionou uma lei que proíbe estabelecimentos médicos de privilegiarem pacientes particulares, em detrimento daqueles com plano ou seguro de saúde, no agendamento de exames, consultas e outros procedimentos. A medida se aplica ao profissional de saúde contratado e credenciado por operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde, e ainda cooperado de operadora de plano ou seguro privado.

De autoria do deputado estadual Ciro Neto (PP), a legislação determina que os procedimentos serão feitos de forma a atender os casos de emergência e urgência, assim como as pessoas com 60 anos ou mais, além de gestantes, lactantes e crianças de até cinco anos.

Com isso, fica proibida a utilização de agendas com prazos diferenciados quanto ao tempo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro privado de assistência à saúde e o paciente atendido após pagamento à vista, chamando de atendimento particular.

Dois outros estados possuem leis similares. No Distrito Federal, a normativa foi sancionada em setembro de 2019, enquanto no Rio de Janeiro, a lei está em vigor desde janeiro de 2020.

O JOTA Tracking encontrou projetos análogos em tramitação em outros estados. São eles:

Acre – PL 191/2021

Dispõe sobre a proibição na definição do prazo de marcação de consultas, exames e outros procedimentos e medidas de diferenciação entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados por recursos próprios.

Bahia – PL 21881/2016



De Rose  
Advogados



Dispõe sobre a proibição na definição do prazo de marcação de consultas, exames e outros procedimentos e medidas de diferenciação entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados por recursos próprios.

Paraná – PL 68/2020

Dispõe sobre a proibição na definição do prazo de marcação de consultas, exames e outros procedimentos e medidas de diferenciação entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados por recursos próprios.

[https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-do-tracking/maranhao-proibe-privilegio-para-paciente-particular-no-agendamento-de-consultas-20122022?utm\\_campaign=jota\\_info\\_ultimas\\_noticias\\_destaquas\\_20122022&utm\\_medium=email&utm\\_source=RD+Station](https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-do-tracking/maranhao-proibe-privilegio-para-paciente-particular-no-agendamento-de-consultas-20122022?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaquas_20122022&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

## **União não pode reembolsar despesas médicas por cirurgia em hospital particular sem demonstração de recusa do SUS para o procedimento**

Fonte: Lex Editora/19 de dezembro

Após sofrer acidente doméstico e fraturar o fêmur da perna esquerda, uma mulher pleiteou em ação judicial a condenação da União, do estado do Pará e do município de Itaituba para que fosse indenizada por dano moral, material e estético. De acordo com a autora, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) requerido por ocasião do atendimento de emergência no Hospital Municipal de Itaituba não teria sido autorizado.

Segundo o processo, em razão dessa demora, a requerente, hipertensa e sentindo muitas dores, teria sido obrigada a realizar empréstimo bancário para o tratamento na rede particular de saúde, pleiteando então o ressarcimento.

Na decisão de primeiro grau, a magistrada concluiu pelo descabimento do pedido de devolução dos valores gastos, já que não teria havido recusa dos entes públicos de promover o tratamento, e argumentou que o acolhimento do pedido de indenização desvirtuaria a assistência estatal relacionada à saúde.

“É desvirtuar a assistência estatal às necessidades com a saúde e, por via oblíqua, constituir um prêmio, obrigando o Estado e, em verdade, os contribuintes a garantirem o interesse do administrado”, concluiu a juíza federal.

Sentença mantida – Inconformada com a sentença, a autora recorreu ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) afirmando que não recebeu o tratamento adequado no hospital do município, resultando em colocação errada da tala e de ataduras, causando trombose na perna, ferida no calcanhar e cicatrizes permanentes.

Porém, “a sentença merece ser mantida em sua integralidade”, afirmou o relator, desembargador federal Daniel Paes Ribeiro. Segundo o magistrado, ainda que seja compreensível a aflição da autora e familiares



De Rose  
Advogados





com a situação, não houve comprovação da falta de prestação do serviço médico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a legitimar o pedido de indenização ora exigido.

“Em diversas ocasiões este Tribunal já autorizou a realização de Tratamento Fora do Domicílio desde que comprovada a urgência do procedimento a ser realizado e a recalcitrância do ente público em prover o necessário atendimento clínico”, prosseguiu Paes Ribeiro. No entanto, a apelante não pleiteou a realização do TFD, mas o ressarcimento das despesas em hospital particular.

O Colegiado manteve a sentença, por unanimidade, nos termos do voto do relator.

Processo: 0001644-98.2015.4.01.3908

Data do julgamento: 22/08/2022

Data da publicação: 25/08/2022

RS/CB

TRF1

<https://www.lex.com.br/uniao-nao-pode-reembolsar-despesas-medicas-por-cirurgia-em-hospital-particular-sem-demonstracao-de-recusa-do-sus-para-o-procedimento/>



De Rose  
Advogados

