

ÍNDICE INTERATIVO

[Os impactos da RN 443 para as operadoras de planos de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS disponibiliza versão de fevereiro do padrão TISS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Janeiro: planos de assistência médica alcançam 48,9 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[STJ julga validade de reajuste por faixa etária de plano de saúde coletivo](#) - Fonte: Jota Info

[Como fica a Qualicorp depois do negócio entre SulAmérica e Rede D'Or?](#) - Fonte: Veja Abril

[Mapeamento do Risco Assistencial: Confira o resultado final do 3º tri de 2021 e plano periódico](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Sancionada lei que amplia cobertura de tratamentos em planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

OS IMPACTOS DA RN 443 PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 09/03/2022

Quando se trata de planos de saúde, é fundamental garantir segurança a toda cadeia de interessados, em especial os beneficiários.

Tomando como base a experiência de outros reguladores como o Banco Central e Susep, além do Solvência II, a Agência Nacional de Saúde – ANS – implementou a Resolução Normativa nº 443 (RN 443), em 25 de janeiro de 2019, que dispõe sobre a adoção de práticas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, visando à sustentabilidade do setor de Saúde Suplementar.

Para o advogado Lucas Miglioli, do escritório M3BS, a norma propõe a adoção de boas práticas de governança corporativa, com o intuito de reduzir o risco de falhas de controles internos e incrementar a capacidade de gestão de riscos a que as operadoras de planos de saúde estão sujeitas, preservando suas atividades e, por consequência, a assistência prestada a seus beneficiários.

“O amadurecimento da gestão e a preservação dos interesses dos stakeholders, especialmente dos beneficiários, estão diretamente relacionados à implementação das boas práticas de governança corporativa e gestão de risco. É imprescindível identificar, gerenciar e mitigar os riscos da atividade”, afirma Miglioli.

O especialista ainda comenta que, além da governança, é preciso investir esforços em compliance como forma de garantir a sustentabilidade do setor e proteger os interesses dos beneficiários dos planos de saúde. “As operadoras de saúde (OPS) que se encontram em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), por exemplo, adequaram suas rotinas e processos internos às exigências da lei, acabaram por se inserir em uma nova cultura

organizacional, fundamental à mitigação de riscos. Essa adequação garante maior segurança aos clientes, funcionários e parceiros, além de benefícios à própria empresa”.

Miglioli alerta ainda que para as operadoras de saúde estarem em conformidade com a RN 443, é preciso atentar a uma série de fatores. “Muitas operadoras afirmam estar de acordo com a normativa, mas ao analisarmos os detalhes, vemos que diversos requisitos deixam de ser preenchidos. As práticas e a estrutura de governança devem se pautar nos princípios de transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa.”

De fato, os estudos apontam haver ainda uma lacuna muito grande no que diz respeito às boas práticas de governança corporativa e gestão de risco em boa parte das empresas do setor, o que ressalta a importância da Resolução.

Quando se trata de planos de saúde, é fundamental garantir segurança a toda cadeia de interessados, em especial os beneficiários.

“É justamente essa a razão de ser da norma, garantir a solidez e a sustentabilidade da empresa no longo prazo por meio das boas práticas de governança. Porém, fica o alerta, não se trata apenas de criar processos internos, documentos, etc. É preciso ir muito além. As boas práticas devem estar inseridas no DNA da empresa. São, como posso dizer, orgânicas, têm vida, devem ser ajustadas, alimentadas e reforçadas por meio de treinamento, a todo momento. Mais do que qualquer coisa, se trata de uma mudança de cultura.”, conclui

ANS DISPONIBILIZA VERSÃO DE FEVEREIRO DO PADRÃO TISS

GOV (ANS) – 08/03/2022

Essa é a segunda atualização feita no ano pela Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou a versão de fevereiro do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS). Foram atualizadas as terminologias de Procedimentos e Eventos em Saúde (tabela 22), a forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS (tabela 64) do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) e o Componente Organizacional.

Ficaram mantidas as versões do Componente de Conteúdo e Estrutura (202111), do Componente de Segurança e Privacidade (202107) e do Componente de Comunicação (04.00.01 e 01.03.00).

As operadoras foram comunicadas por meio do [Ofício-Circular nº: 2/2022/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#), disponibilizado no Protocolo Eletrônico.

Essa é a segunda versão do Padrão TISS publicada em 2022. Na anterior, referente ao mês de janeiro, foram atualizadas as terminologias de Materiais e OPME (tabela 19) e de Medicamentos (tabela 20), a forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS (tabela 64) do Componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) e o Componente Organizacional.

O acesso ao histórico das versões do Padrão TISS pode ser feito em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrão-para-troca-de-informacao->

de-saude-suplementar-2013-tiss/padrao-tiss-historico-das-versoes-dos-componentes-do-padrao-tiss.

Sobre o TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de

planos. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar avaliações e acompanhamentos econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Para mais informações, [clique aqui](#).

JANEIRO: PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ALCANÇAM 48,9 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 08/03/2022

Planos exclusivamente odontológicos contabilizam 29,2 milhões de usuários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou, nessa segunda-feira (07/03), a atualização dos números de beneficiários de planos de saúde relativa a janeiro de 2022. O setor segue em crescimento e totaliza no primeiro mês do ano 48.945.306 usuários em planos de assistência médica e 29.225.556 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados completos estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. [Clique aqui para acessá-los](#).

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.453.868 beneficiários - o equivalente a 3,06% de aumento em relação a janeiro de 2021. No comparativo de janeiro de 2022 com dezembro de 2021, o crescimento foi de 12.595 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, o aumento foi de 2.424.856 beneficiários em um ano – o que representa

9,04% de crescimento no período – e de 52.362 na comparação de janeiro de 2022 com dezembro de 2021.

Em relação aos estados, no comparativo com janeiro de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 25 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná aqueles com maior crescimento em números absolutos.

É importante frisar que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
jan/22	33.702.388	6.284.535	407	8.903.270	54.706	48.945.306
dez/21	33.662.601	6.311.487	409	8.903.176	55.038	48.932.711
nov/21	33.406.907	6.305.740	410	8.890.495	56.292	48.659.844
out/21	33.271.305	6.283.881	410	8.899.926	57.142	48.512.664
set/21	33.239.335	6.278.021	413	8.897.794	56.028	48.471.591
ago/21	33.079.841	6.266.514	413	8.905.726	56.320	48.308.814
jul/21	32.956.059	6.273.784	413	8.931.186	56.622	48.218.064
jun/21	32.815.162	6.275.610	413	8.952.638	56.962	48.100.785
mai/21	32.722.149	6.257.725	414	8.954.000	57.292	47.991.580
abr/21	32.583.766	6.234.701	414	8.979.020	58.764	47.856.665
mar/21	32.472.986	6.240.945	415	9.003.792	59.123	47.777.261
fev/21	32.258.161	6.246.185	415	9.019.944	61.094	47.585.799
jan/21	32.133.800	6.261.110	416	9.034.356	61.756	47.491.438

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
jan/22	21.284.377	2.805.002	1.656	5.129.235	5.286	29.225.556
dez/21	21.233.532	2.816.047	1.658	5.116.655	5.302	29.173.194
nov/21	20.992.455	2.798.418	1.663	5.088.420	5.310	28.886.266
out/21	20.849.296	2.783.703	1.663	5.058.502	5.328	28.698.492
set/21	20.784.688	2.770.202	1.689	5.014.881	6.729	28.578.189
ago/21	20.489.121	2.756.625	1.700	4.962.422	6.746	28.216.614
jul/21	20.253.846	2.753.430	1.705	4.882.573	6.875	27.898.429
jun/21	20.134.250	2.759.170	1.710	4.766.326	6.903	27.668.359
mai/21	19.895.200	2.763.539	1.716	4.686.225	6.951	27.353.631
abr/21	19.815.685	2.768.796	1.717	4.665.587	6.988	27.258.773
mar/21	19.746.141	2.771.594	1.719	4.663.268	7.071	27.189.793
fev/21	19.525.469	2.765.487	1.721	4.666.070	7.108	26.965.855
jan/21	19.436.846	2.761.908	1.722	4.593.082	7.142	26.800.700

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jan/21	jan/22	jan/21	jan/22
Acre	43.051	42.574	15.982	17.369
Alagoas	371.892	384.842	279.937	290.908
Amapá	62.750	62.156	49.960	51.536
Amazonas	546.930	579.927	465.233	502.616
Bahia	1.549.733	1.619.713	1.485.839	1.590.387
Ceará	1.256.068	1.304.842	1.009.355	1.063.263
Distrito Federal	918.404	928.767	620.825	632.449
Espirito Santo	1.148.807	1.194.973	562.854	626.280
Goias	1.242.601	1.255.437	738.185	769.887
Maranhão	449.399	474.883	227.552	251.106
Mato Grosso	597.805	632.540	223.540	240.159
Mato Grosso do Sul	600.624	613.705	154.940	167.107
Minas Gerais	5.223.310	5.401.216	2.283.535	2.585.472
Pará	830.298	846.432	473.128	526.588
Paraíba	420.469	442.491	394.415	430.065
Paraná	2.869.415	2.958.573	1.346.793	1.561.473
Pernambuco	1.354.052	1.377.212	1.048.898	1.165.218
Piauí	346.690	364.617	108.013	133.649

Rio de Janeiro	5.324.200	5.372.592	3.312.216	3.488.295
Rio Grande do Norte	531.357	573.382	376.573	447.802
Rio Grande do Sul	2.523.065	2.589.222	797.980	863.345
Rondônia	153.824	153.963	111.949	116.553
Roraima	29.724	30.911	12.524	11.933
Santa Catarina	1.467.010	1.581.871	609.663	769.112
São Paulo	17.164.118	17.680.310	9.798.153	10.565.964
Sergipe	314.615	327.149	214.249	213.930
Tocantins	109.822	112.271	63.685	130.887

STJ JULGA VALIDADE DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO

Jota info – 08/03/2022

O JOTA apurou que expectativa é de que o reajuste seja validado, com a condição de que haja a previsão contractual

A 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) deve retomar nesta quarta-feira (9/3) o julgamento do recurso repetitivo que vai decidir se são válidas as cláusulas de contratos de planos de saúde coletivos que preveem o reajuste por faixa etária. O JOTA apurou com ministros que participam do colegiado que a expectativa é a de que o reajuste seja validado, com a condição de que haja a previsão contratual.

A tendência segue o que foi proposto pelo relator do caso, ministro Paulo de Tarso Sanseverino, em novembro de 2021, quando ele proferiu seu voto. Na ocasião, após o voto do relator, os ministros Ricardo Villas Bôas Cueva e Nancy Andrighi pediram vista coletiva, e o julgamento foi interrompido.

Além de considerarem boas as fundamentações do relator, colegas de Sanseverino ouvidos pelo JOTA afirmaram que outro fato que tem pesado na decisão é o precedente para o

reajuste por faixa etária de planos de saúde individuais ou familiares.

Nesses casos, o reajuste também foi considerado válido desde que previsto no contrato. A conclusão do julgamento confirmando a tendência pode uniformizar o entendimento da Corte sobre esse tipo de reajuste para todas as modalidades de planos de saúde.

Outra questão citada como importante por alguns ministros da 2ª Seção é que o assunto já foi amplamente debatido no Tribunal, que realizou uma grande audiência pública com entidades envolvidas no início de 2020. Na opinião dos ministros votantes, a tese já estaria amadurecida para ser votada.

O tema é discutido em recurso repetitivo. Com isso, quando for finalizado e firmada tese, ela será considerada a jurisprudência do STJ e deverá ser aplicada em todos os outros casos semelhantes, em qualquer instância da Justiça brasileira. No caso dos planos coletivos, o recurso repetitivo é o 1016, com o julgamento ainda em aberto. No caso dos planos individuais ou familiares, o recurso repetitivo foi o 952.

COMO FICA A QUALICORP DEPOIS DO NEGÓCIO ENTRE SULAMÉRICA E REDE D'OR?

Veja Abril – 07/03/2022

As ações da administradora de benefícios Qualicorp foram uma das que mais sentiram a aquisição relâmpago da operadora de seguros SulAmérica pela rede de hospitais Rede D'Or. Desde o anúncio do negócio no último dia 24, os papéis afundaram cerca de 20%. Para alguns analistas, a explicação para esse movimento é que a compra pode afetar a composição societária da companhia. Isso porque a Rede D'or possui 29% das ações da Qualicorp e teria de vender essa fatia para concluir o negócio com a SulAmérica pois um artigo do regimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) veda a participação de ambas num

mesmo grupo econômico. “É um artigo e uma discussão bastante genéricos porque a aquisição vai passar invariavelmente pelos órgãos reguladores antes de ser chancelada, mas um eventual despejo de quase 30% das ações da Qualicorp no mercado impactaria a companhia, fato que justifica a atual queda no preço”, avalia Bruno Bandiera, analista do setor financeiro e de saúde da Genial Investimentos. Ou seja, os investidores estão botando no preço que a Rede D'Or vai se desfazer da Qualicorp quando necessário.

MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: CONFIRA O RESULTADO FINAL DO 3º TRI DE 2021 E PLANO PERIÓDICO

GOV (ANS) – 04/03/2022

Informação está disponível no portal da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível para consulta o resultado do Programa de Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 3º trimestre de 2021, conforme previsto no art. 11 da Resolução Normativa - RN nº 416, de 22 de dezembro de 2016, vigente à época do ciclo do Programa. Passado o período de questionamentos ao resultado preliminar, foi identificada a necessidade de reprocessamento dos resultados. Para conferir essas informações, a operadora deverá acessar a Central de Relatórios e depois Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

Também está disponível o Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial referente aos seguintes períodos: 1º trimestre de 2021, 2º trimestre de 2021 e 3º trimestre de 2021. [Clique aqui.](#)

Conforme estabelecido no artigo 7º da Instrução Normativa - IN DIPRO nº 49 de 22/12/2016 - vigente à época - o Plano Periódico de Monitoramento do Risco Assistencial define os critérios de priorização a serem adotados para o encaminhamento de operadoras às áreas responsáveis pela análise e execução das medidas administrativas cabíveis, tomando por base os resultados obtidos no [Monitoramento do Risco Assistencial](#) em três trimestres de avaliação consecutivos.

Vale destacar que entraram em vigor em 01/02/2022 a Resolução Normativa nº 479/2022, que dispõe sobre o Monitoramento do Risco Assistencial e a IN DIPRO nº 58/2022, que dispõe sobre o programa de Mapeamento do Risco Assistencial, cujas regras se aplicarão para os ciclos do Monitoramento do Risco Assistencial do ano de 2022. Dessa forma, para os ciclos remanescentes referentes aos trimestres de 2021, se aplicam as regras dispostas na RN nº 416/2015, nos termos dos princípios da segurança jurídica e do ato jurídico perfeito.

SANCIONADA LEI QUE AMPLIA COBERTURA DE TRATAMENTOS EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil – 04/03/2022

Regras para a incorporação de novos tratamentos pelos planos e seguros de saúde, administrados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), estão publicadas no Diário Oficial da União desta sexta-feira (4).

Segundo a Lei 14.307/ 22 sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro, os planos de saúde ficam obrigados a fornecer medicamentos contra o câncer, de uso oral e domiciliar, em conformidade com a prescrição médica, desde que estejam registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com uso terapêutico aprovado. A medida também

possibilita aos pacientes a continuidade terapêutica domiciliar, sem necessidade de internação hospitalar para o tratamento.

Outra novidade é criação da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, que tem como objetivo assessorar a ANS na tomada de decisões sobre novas tecnologias e medicamentos, inclusive transplantes e procedimentos de alta complexidade. O grupo deverá apresentar um relatório que considere as evidências

científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento analisado.

Vigência

A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde deverá ocorrer em até 180 dias, prorrogáveis por mais 90,

quando necessário. O processo deve ser realizado por meio de uma consulta pública no prazo de 20 dias, com a divulgação de relatório preliminar da comissão, e audiência pública no caso de matéria relevante ou quando houver recomendação preliminar de não incorporação por, no mínimo, um terço dos membros da comissão.

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