

ÍNDICE INTERATIVO

[Padrão TISS – versão de março está disponível](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde individuais preveem alta recorde de 16% neste ano](#) - Fonte: Economia UOL

[Audiência pública debate propostas de atualização do Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS e Tribunal de Justiça do rio de janeiro assinam acordo de cooperação técnica](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Reajuste dos planos de saúde: Como entender e manter após o aumento na fatura](#)- Fonte: Revista Cobertura

[Futuro dos planos de saúde no Brasil é digital e mais barato](#)- Fonte: Revista Apólice

[STF: Processo sobre incidência de ISS em planos de saúde não afeta seguro de saúde](#) - Fonte: Jota Info

[Esclarecimento da ANS para beneficiários da Amil e da APS](#) - Fonte: GOV (ANS)

PADRÃO TISS – VERSÃO DE MARÇO ESTÁ DISPONÍVEL

Gov (ANS) – 13/04/2022

Atualizações também foram realizadas em janeiro e fevereiro

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a versão de março do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS). Foram atualizadas as terminologias de Materiais e OPME (tabela 19), Medicamentos (tabela 20), 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).

Os termos incluídos no Componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) têm início de vigência e fim de implantação identificados individualmente.

As operadoras foram comunicadas por meio do [Ofício-Circular nº: 3/2022/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#), disponibilizado no Protocolo Eletrônico.

Essa é a terceira versão do Padrão TISS publicada em 2022. Em 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. Já em fevereiro, as alterações foram nas terminologias de Procedimentos e Eventos em Saúde (tabela 22), na forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS (tabela 64) do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) e no Componente Organizacional.

O acesso ao histórico das versões do Padrão TISS pode ser feito em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss/padrao-tiss-historico-das-versoes-dos-componentes-do-padrao-tiss>.

Sobre o Padrão 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 (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>).

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS PREVEEM ALTA RECORDE DE 16% NESTE ANO

Economia UOL – 13/04/2022

O reajuste dos planos de saúde individuais pode bater recorde e chegar a 16,3% neste ano, de acordo com projeções do setor. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é a responsável por determinar os percentuais de reajuste dos planos individuais todos os anos. O maior

percentual autorizado até hoje foi de 13,57% em 2016 (veja os reajustes anteriores mais abaixo).

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) projeta que o aumento seja de 16,3% neste ano. A entidade diz que o cálculo considera a variação das despesas assistenciais, a variação por faixa etária, a eficiência da operadora e a inflação do período.

Veja os reajustes dos planos individuais autorizados pela ANS nos últimos anos:



Impacto da covid longa influencia

"O aumento de itens diversos, como o preço de medicamentos e insumos médicos, a forte retomada dos procedimentos eletivos, o impacto de tratamentos de covid longa e a incorporação de novas coberturas obrigatórias aos planos de saúde, como medicamentos e procedimentos, impactam diretamente no reajuste", afirma a FenaSaúde em nota.

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) também prevê alta de 16,3%. Em nota, afirma que as despesas de 2021 foram maiores do que as de 2020, por causa da alta taxa de ocupação dos hospitais causada pela retomada dos atendimentos adiados em 2020 e pela segunda onda de covid.

Inflação mundial de insumos

"Outros fatores que impactaram, foram a inflação mundial de insumos (materiais, equipamentos e medicamentos) e a alta exponencial do dólar, moeda atrelada a grande parte dos insumos médico-hospitalares utilizados no Brasil", afirma a Abramge. Um relatório do BTG Pactual prevê reajuste de 15%. No ano passado, o reajuste foi negativo (-8,19%), o que

significa que os consumidores tiveram descontos nas mensalidades.

Instituto não vê razão para aumento grande

Matheus Falcão, analista do programa de Saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), diz que o instituto não encontrou uma razão econômica forte que justifique um aumento da magnitude projetada pelo setor. O reajuste só pode ser aplicado na data de aniversário do contrato após a aprovação da ANS.

"A inflação, que de fato está mais alta, só representa 20% da fórmula de reajuste dos planos individuais. Outro dado importante é a sinistralidade, na qual não existe uma alta relevante para aplicação do reajuste. Não existe um subsídio forte que faça com que a gente espere um reajuste tão alto", afirma Falcão.

Para o advogado Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva, a grande dificuldade é a falta de transparência no setor. "A ANS precisa apresentar os dados para mostrar que existe uma justificativa para um reajuste tão alto", afirma Robba, que explica que a metodologia de cálculo dos reajustes é baseada nas informações que as próprias operadoras de saúde

enviam à ANS, o que faz com que o setor seja pouco transparente.

Idade do usuário deixa mais caro

O reajuste anual atinge todos os consumidores dos planos, mas existe mais um: o por faixa etária, que é aplicado aos consumidores de acordo com a idade. Quanto mais velhos, maior o custo do plano de saúde.

Existe uma discussão sobre a mudança da forma como o reajuste é aplicado aos planos individuais. As empresas do setor afirmam que o cálculo atual não reflete a variação real de preços.

De acordo com reportagem do jornal "O Globo", o presidente da ANS, Paulo Roberto Rebello Filho, pretende colocar a questão da revisão do reajuste como prioridade na agenda regulatória da agência.

"Não estou dizendo que o aumento será livre. Mas, se esse é um ponto que trava a oferta no mercado, a ANS tem que estar aberta à discussão", disse Rebello em entrevista ao jornal.

A ANS disse, em nota, que não há nenhuma decisão sobre o tema. "Importante salientar que esses temas estão na pauta da ANS e que não haverá qualquer mudança para o percentual de reajuste dos planos individuais que será anunciado pela Agência para aplicação no período de maio de 2022 a abril de 2023", afirmou a agência.

Planos de saúde coletivos no mercado

Os planos de saúde individuais são a minoria no mercado. Em janeiro deste ano, havia 49 milhões de beneficiários de planos de saúde, sendo que apenas 8,9 milhões tinham planos individuais.

Nos planos de saúde coletivos, as operadoras determinam o reajuste anual sem a definição de um percentual pela ANS. A ausência de regulamentação fez com que as operadoras deixassem de oferecer planos individuais, que têm o reajuste

máximo determinado pela agência, para aumentar as opções de coletivos.

"No caso dos planos coletivos com 30 beneficiários ou mais, estes possuem reajuste definido em contrato e estabelecido a partir da relação comercial entre a empresa contratante e a operadora, em que há espaço para negociação entre as partes. Já os reajustes de planos coletivos com até 29 beneficiários, a ANS estabelece uma regra específica de agrupamento de contratos. Dessa forma, todos os contratos coletivos com até 29 vidas de uma mesma operadora devem receber o mesmo percentual de reajuste anual", afirma a ANS em nota.

Apesar de não existir uma relação direta, os especialistas ouvidos pelo UOL dizem que os reajustes autorizados pela ANS acabam influenciando no valor de aumento de preços dos coletivos.

"Os planos individuais acabam sempre sendo um indicativo de quanto deve ser o reajuste dos coletivos. Os valores são sempre acima do que a ANS autoriza para os individuais. Se falamos de 15% a 20% de aumento para os individuais, podemos imaginar que os coletivos devem chegar a 30% ou 40%", afirma Robba.

De acordo com dados da ANS, no ano passado, o reajuste de planos coletivos com mais de 30 clientes foi de 5,55%, enquanto os individuais tiveram queda de 8,19%. Os planos coletivos com menos de 29 clientes tiveram reajuste médio de 9,84%.

Falcão diz que os órgãos de defesa do consumidor batem na tecla de que os planos coletivos precisariam de um reajuste fiscalizado, principalmente pelo fato de atenderem a maior parte dos beneficiários de planos de saúde no Brasil. No entanto, existe uma pressão do setor para que isso não aconteça.

"São reajustes que não são fundamentados em bons argumentos. Não existe poder de barganha entre quem contrata o plano e a operadora", afirma Falcão.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATE PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO DO ROL

GOV (ANS) – 13/04/2022

Gravação da reunião está disponível na página da Agência no Youtube

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 08/04, a Audiência Pública nº 21, para debater a recomendação preliminar de não incorporação no Rol das tecnologias: Apalutamida para o tratamento do câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm) (UAT 11);

Acalabrutinibe para o tratamento de linfoma de células do manto recidivado ou refratário (UAT 18); e Enzalutamida para o tratamento de câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm) (UAT 19). O evento teve como objetivo receber contribuições para subsidiar a ANS na tomada de decisão sobre as propostas de incorporação desses

medicamentos ao Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde.

A audiência virtual foi realizada por meio da plataforma Microsoft Teams e disponibilizada na página da Agência no YouTube, onde pode ser assistida na íntegra. Participaram do evento representantes de beneficiários, operadoras, de prestadores de serviços de saúde, entidades do setor e órgãos públicos.

A diretora-adjunta de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Carla Soares, deu início ao encontro, agradecendo a participação e desejando um bom evento a todos, passando a palavra à gerente de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde da ANS, Marly Corrêa Peixoto, que fez uma apresentação introdutória, contextualizando os participantes sobre a legislação vigente que normatiza o processo de atualização do Rol e a recente alteração promovida na Lei n.º 9658/1998 que, dentre outras mudanças, determina a realização de audiências públicas na

hipótese de haver recomendação preliminar desfavorável à incorporação da tecnologia no Rol.

Na audiência, a área técnica apresentou os dados das propostas de incorporação, indicações de uso e motivação da Agência para a recomendação preliminar de não incorporação para as tecnologias em pauta:

1. Apalutamida para o tratamento do câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm) (UAT 11);
2. Acalabrutinibe para o tratamento de linfoma de células do manto recidivado ou refratário (UAT 18);
3. Enzalutamida para o tratamento de câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm) (UAT 19).

Durante o evento, foram colhidas críticas e sugestões feitas pelos participantes e o relatório com a análise das manifestações será disponibilizado posteriormente no site da ANS.

Cabe ressaltar está aberta até o dia 20/04 a Consulta Pública 95 para o recebimento de manifestações da sociedade sobre essas e mais três outras tecnologias em saúde. Após a etapa de participação social, composta pela Consulta Pública e pela Audiência Pública já realizada, a ANS fará a análise de todas as contribuições e irá elaborar as recomendações finais sobre o conjunto de tecnologias em questão.

Confira aqui a CP 95: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/publica-cp-no-95-tem-como-objetivo-receber-contribuicoes-para-a-revisao-lista-cobertura-planos-saude>.

ANS E TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO ASSINAM ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

GOV (ANS) – 12/04/2022

Objetivo é o compartilhamento de informações sobre o setor de planos de saúde entre as duas instituições

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) assinaram, na tarde desta terça-feira (12), um Acordo de Cooperação Técnica que visa à troca de informações sobre o setor de planos de saúde. A cerimônia para assinatura do acordo foi realizada na sede do TJRJ e contou com a presença do presidente da ANS, Paulo Rebello, do diretor de Desenvolvimento Setorial e de Fiscalização substituído da ANS, Maurício Nunes, e do Presidente do Tribunal de Justiça, desembargador Henrique Carlos de Andrade Figueira, entre outras autoridades.

A parceria firmada entre a ANS e o TJRJ permitirá o intercâmbio de informações técnicas, apoio técnico-institucional e elaboração de projetos direcionados à atividade de produção em áreas de atuação conjunta de cada entidade de forma harmônica, coordenada e articulada.

A execução do Acordo se dará por meio de ações como:

- Troca de documentos e informações, pareceres técnicos, estudos e pesquisas voltados à disseminação do conhecimento na saúde suplementar.
- Realização de reuniões e eventos.

Realização conjunta de estudos e pesquisas e outros projetos.

Para Paulo Rebello, o acordo assinado representa uma importante medida para o aprimoramento do trabalho das duas instituições e, também, para toda a sociedade: “Além de ser mais um caminho para a promoção do conhecimento sobre saúde suplementar, o acordo vai proporcionar maior agilidade no fornecimento de subsídios técnicos para solucionar ações judiciais que envolvam beneficiários e vai permitir que a Agência conheça as questões sobre o setor que chegam ao tribunal”, destacou o presidente da ANS. E completou: “A articulação institucional abarca a interlocução com entidades potencialmente envolvidas nas relações de consumo de planos de saúde para fortalecer ações em prol do interesse público”

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: COMO ENTENDER E MANTER APÓS O AUMENTO NA FATURA

Revista Cobertura – 08/04/2022

O advogado especialista em Direito e Saúde, Alessandro Acayaba de Toledo, que é também presidente da ANAB, explica como funciona o reajuste anual dos planos individuais, aborda o cenário da revisão de contratos e recomenda alternativa para manter o benefício

Em 2021, os beneficiários de plano de saúde individual tiveram uma surpresa ao conferirem suas faturas após o tradicional reajuste anual de mensalidade. Pela primeira vez, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixou percentual negativo de -8,19%, o que reduziu o preço dos planos. A decisão histórica foi motivada em um período também histórico: a pandemia da Covid-19, que, devido às

medidas de distanciamento social, fizeram muitos brasileiros adiarem a procura por serviços médicos não emergenciais.

A situação vem após um 2020 de congelamento de valores, já que a agência não aplicou reajuste dada a situação emergencial de pandemia. A revisão de -8,19% foi determinada para o período de maio de 2021 a abril de 2022 e válida para contratos de planos individuais e familiares.

“Desde 2019, a metodologia do cálculo de reajuste definido pela ANS combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Esse modelo baseia-se diretamente no segmento de planos individuais e tem um componente que transfere a eficiência média das operadoras para os beneficiários, resultando na redução do índice de reajuste, explica Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional das Administradoras Benefícios (ANAB).

Quase dois anos após o congelamento e decréscimo no valor dos planos, a ANS e as operadoras calculam o novo percentual de reajuste a partir de 2022. A pandemia provocou o contraste de alta na demanda por atendimentos emergenciais e redução na procura pelos eletivos.

“O setor absorveu o impacto dos custos médicos e da inflação nesse período. O reajuste negativo de 2021 refletiu uma utilização anormalmente baixa dos planos de saúde em 2020, quando muitos procedimentos eletivos foram adiados na primeira onda da covid-19 no Brasil. Por outro lado, como as despesas médicas dispararam em 2021, o que reflete no aumento de preço para o ciclo de 2022, já existem estudos financeiros que preveem um aumento de até 15%, que pode ultrapassar o maior percentual já aplicado de 13,57%, em 2017”, diz Alessandro.

Prioridade para o brasileiro, a portabilidade é uma alternativa para manter o plano após reajustes – Com a inflação em 11,75%, as estimativas do mercado para o reajuste têm ficado em dois dígitos, o que vai elevar os gastos com plano de saúde no próximo período. Ainda assim, ter plano de saúde é

a terceira prioridade do brasileiro. Pesquisa da ANAB de Planos de Saúde, realizada no final do ano passado, indicou que o benefício é considerado uma conquista, atrás apenas de casa própria e automóvel.

“Caso o consumidor identifique que o plano já não se encaixa em seu orçamento, pode sempre contar com o recurso da portabilidade, uma alternativa que permite trocar o plano ou a operadora levando consigo os prazos de carência já cumpridos. O Guia Anab de Portabilidade dos Planos de Saúde, disponível em nosso site, pode ajudar o consumidor nesse caminho”, destaca Alessandro.

Confira os requisitos para a Portabilidade de Carências:

- Ter um plano de saúde contratado a partir de 01/01/1999 ou adaptado à Lei dos Planos de Saúde;
- Estar com o contrato ativo;
- Estar em dia com as mensalidades;
- Ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano.

O papel das administradoras de benefícios – A ANAB representa as empresas que fazem a gestão e comercialização de planos de saúde coletivos, aquela em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor pertença. De acordo com a ANS, há 168 administradoras de benefícios cadastradas no país.

Levantamento da ANAB aponta que, nos últimos 8 anos, quem tinha uma administradora de benefícios na gestão do plano de saúde pagou R\$ 6,6 bilhões a menos de reajuste das operadoras. Esse valor representa a diferença entre o pedido pelas operadoras para o reajuste anual e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores.

FUTURO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL É DIGITAL E MAIS BARATO

Revista Apólice – 08/04/2022

Novos players do mercado são importantes por apostarem na tecnologia de forma inteligente, criando uma vantagem no futuro da saúde no país

Fusões, aquisições, surgimento de novos players. O setor de planos de saúde anda aquecido e o mercado não cansa de se surpreender com os movimentos das empresas. Primeiro, uma gigante operadora anuncia sua saída do país e a venda de sua carteira de vidas. Outra companhia, com mais de 120 anos de existência, foi adquirida por uma rede de hospitais. Enquanto isso, uma healthtech divulga investimentos na ordem de R\$ 1 bi e outra junta forças com a maior rede de clínicas do país. Tudo isso acontecendo sob a sombra da formação da maior operadora do país, surgida a partir da fusão entre uma marca do nordeste e outra de São Paulo. E tudo isso nos últimos 6 meses.

A pergunta que fica é: isso é bom ou ruim para o beneficiário dos planos de saúde?

Talvez uma boa forma de entendermos esse movimento e suas consequências seja olhando outros segmentos. Fazendo um paralelo com o mercado financeiro, sabemos que houve uma consolidação até um número bastante reduzido de grandes players dominarem o mercado nos anos 2000. Grandes corporações olhando problemas permitiram o surgimento de novas fintechs ocupando espaços que antes não existiam soluções, trazendo praticidades e suprindo demandas do consumidor moderno que não eram atendidas antigamente. O inusitado é que o surgimento de healthtechs ocorre junto ao movimento de consolidação.

Isso pode ser positivo. Enquanto que nos bancos a consolidação precisou vir antes da inovação, o setor de saúde pode colher frutos positivos nesse movimento conjunto. Empresas mais estáveis geram economias de escala que podem diminuir os custos aos seus clientes. O problema é que ao sobraem poucos players no mercado o setor tende a uma caracterização ou, como dizem os economistas, à formação de uma concorrência monopolista. A existência de

healthtechs faz com que os grandes players não possam subir tanto seus preços, sob o risco de fortalecer demais os entrantes do mercado.

Enquanto as empresas maiores cortam seus custos enxugando suas administrações, as startups se apoiam em **tecnologia** e cuidados aos pacientes. Com investimento em uma gestão eficiente de dados, é possível preencher lacunas de serviços mais tradicionais sem deixar de lado a qualidade da assistência e o acompanhamento humanizado.

Nelas, os contratos entre a operadora e o usuário não levam mais do que poucos minutos para serem assinados. Tanto a contratação quanto todo o atendimento podem ser remotos, o que soluciona com mais rapidez a necessidade do cliente. O próprio histórico do usuário já pode direcioná-lo para o procedimento mais adequado. O resultado dessa desburocratização é mais eficiência, com preços mais acessíveis.

A saúde é um elemento básico para a população, especialmente em períodos de extrema vulnerabilidade, como é o da atual pandemia de Covid-19. E para oferecer mais possibilidades de acesso à saúde, é necessário disponibilizar preços baixos e isso envolve a redução de custos operacionais e desperdícios em custos assistenciais.

Está claro que a democratização da saúde não é um impeditivo para o sucesso das empresas, sejam elas grandes ou, por enquanto, pequenas. Ainda que a procura por planos esteja cada vez maior, milhares de pessoas no Brasil seguem desassistidas e o Sistema Único de Saúde (SUS) permanece sobrecarregado.

Logo, os novos players do mercado são importantes por apostarem na tecnologia de forma inteligente, criando uma vantagem no futuro da saúde no país em relação aos grandes grupos econômicos do setor. Além disso, a corrida por soluções inovadoras e fora do padrão criam uma competitividade sadia, afinal, todas contribuem de alguma forma com o aumento do bem-estar do brasileiro.

STF: PROCESSO SOBRE INCIDÊNCIA DE ISS EM PLANOS DE SAÚDE NÃO AFETA SEGURO DE SAÚDE

Jota Info – 07/04/2022

Ministros esclareceram questão em embargos de processo que teve o mérito foi julgado pelo plenário em 2016

Por meio de embargos de declaração, os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) esclareceram que a decisão tomada no RE 651.703, julgado sob o regime de repercussão geral, que firmou que as atividades realizadas pelas operadoras de planos de saúde estão sujeitas à incidência do ISS não tratou da tributação dos seguros de saúde, apenas dos planos de saúde.

O mérito do processo foi analisado pelo plenário do STF em 2016. Na ocasião, firmou-se a tese de que “as operadoras de planos privados de assistência à saúde (plano de saúde e seguro-saúde) realizam prestação de serviço sujeita ao Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN, previsto no art. 156, III, da CRFB/88”.

O posicionamento foi objeto de embargos de declaração pelo município de Marechal Cândido Rondon. Os ministros, então,

retiraram da tese a referência ao seguro-saúde, que não constava no pedido original ao STF. Na decisão, o antigo relator do caso, ministro Luiz Fux, defende que as seguradoras estão sujeitas ao IOF.

“O regime jurídico tributário das empresas operadoras de planos de saúde, tributadas pelo ISSQN, não se aplica às seguradoras de saúde, posto estarem submetidas ao IOF, razão pela qual a eventual imposição também do imposto sobre serviços às últimas implicaria dupla tributação”, defende Fux, nos embargos.

Em 1º de abril, os ministros finalizaram a análise de novos embargos de declaração, deixando claro no texto da decisão que o RE 651.703 não trata do seguro-saúde, mas apenas dos planos de saúde. Com o posicionamento, os ministros deixam em aberto a discussão relacionada às seguradoras, não opinando pela incidência de nenhum imposto sobre suas operações

ESCLARECIMENTO DA ANS PARA BENEFICIÁRIOS DA AMIL E DA APS

GOV (ANS) – 06/04/2022

A partir desta quarta-feira, 06/04, Amil volta a responder integralmente pela carteira transferida para a APS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, em decorrência da decisão tomada pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no último dia 4/04, a operadora Amil voltará a responder integralmente, a partir desta quarta-feira, 6/04, pela carteira de beneficiários que foi transferida para a operadora APS. As operadoras foram notificadas oficialmente pela reguladora em 6/04.

A medida cautelar adotada pela ANS tem o objetivo de garantir a assistência aos beneficiários, que deverão continuar usando as carteirinhas que estão atualmente sem seu poder, quando forem utilizar a rede de atendimento. Além de seguirem realizando os pagamentos normalmente, mesmo que os boletos bancários tenham sido emitidos pela APS.

A Agência também determinou que seja suspensa qualquer atitude da Amil e da APS baseada no Contrato de Compra e Venda de Ações (“Share Purchase Agreement”), tendo por objeto a venda das quotas que representam o capital social da APS, e que seja suspensa qualquer atitude da Amil e da APS baseada em todos os contratos a ele coligados, ou seja,

contratos relacionados com este Contrato de Compra e Venda de Ações, de modo que nada deve mudar na prática para os beneficiários, que devem ser atendidos pela Amil da mesma forma como eram atendidos antes da transferência parcial de carteira.

As operadoras Amil e APS poderão apresentar manifestação à ANS até o dia 18/04. Após esse prazo, a ANS decidirá em definitivo se anula a autorização concedida para a transferência de carteira e se adotará novas medidas em relação à Amil e à APS.

Em caso de dúvidas ou registro de reclamações, os consumidores deverão entrar em contato com os canais de

atendimento da ANS, informando na reclamação que são beneficiários vinculados à carteira transferida pela Amil para a APS:

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais.

- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105.

- Formulário eletrônico Fale Conosco na [Central de Atendimento ao Consumidor](#)

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.br.

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.
