

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde não precisam cobrir procedimentos fora da lista da ANS, decide STJ](#) - Fonte: G1

[Rol taxativo garante segurança do paciente e ampla cobertura a tratamentos](#) - Fonte: FenaSaúde

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

[Abril: planos de assistência médica totalizam marca de 49,4 milhões beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Rol da ANS: taxativo ou exemplificativo?](#) Fonte: Revista Cobertura

[Justiça confirma decisão da ANS sobre ressarcimento ao SUS](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Especialistas defendem cobertura ampla de planos de saúde e citam dificuldades](#) - Fonte: CNN Brasil

[Planos de saúde coletivos ficam até 19,37% mais caros em 2022](#)- Fonte: Correio Braziliense

[Rede questiona no Supremo autorização para reajuste de planos de saúde](#) - Fonte: ConJur

[Portaria regulamenta atendimentos de saúde a distância](#) - Fonte: Agência Brasil

[Sulamérica conclui aquisição da Sampo Saúde](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Presidente da ANS será convidado a explicar reajustes nos planos de saúde](#) - Fonte: Rádio Senado

PLANOS DE SAÚDE NÃO PRECISAM COBRIR PROCEDIMENTOS FORA DA LISTA DA ANS, DECIDE STJ

G1 – 08/06/2022

Seis dos nove ministros da Segunda Seção votaram para definir que lista da ANS contém toda a cobertura obrigatória. Decisão abre exceção para tratamentos experimentais ou sem substituição.

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) formou maioria nesta quarta-feira (8) para fixar que as operadoras dos planos de saúde **não precisam cobrir procedimentos que não constem na lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**.

A decisão abarca a cobertura de exames, terapias, cirurgias e fornecimento de medicamentos, por exemplo.

Seis dos nove ministros que votam na Segunda Seção entenderam que o chamado **rol de procedimentos da ANS é taxativo – ou seja, que a lista não contém apenas exemplos, mas todas as obrigações de cobertura para os planos de saúde**.

Adotaram esse entendimento os ministros Luis Felipe Salomão, Vilas Bôas Cueva, Raul Araújo, Isabel Gallotti, Marco Buzzi e Marco Aurélio Bellizze.

Votaram em sentido contrário os ministros Nancy Andrighi, Paulo de Tarso e Moura Ribeiro. Para esses magistrados, a lista deveria ser "exemplificativa", ou seja, representar a cobertura mínima dos convênios.

- **Entenda, em quatro pontos, o que foi julgado pelo STJ**

Decisão prevê exceções

O entendimento de que a lista é taxativa deve ser modulado pelos ministros do STJ para **admitir algumas exceções** – por exemplo, terapias recomendadas expressamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tratamentos para câncer e medicações "off-label" (usadas com prescrição médica para tratamentos que não constam na bula daquela medicação).

A tese considerada correta pela maioria dos ministros foi proposta pelo ministro Villas Boas Cuêva e incorporada ao voto pelo relator, Luis Felipe Salomão. Em resumo, o entendimento do STJ é de que:

- rol da ANS é, em regra, taxativo.
- a operadora não é obrigada a custear um procedimento se houver opção similar no rol da ANS;
- é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de um aditivo contratual.
- não havendo substituto terapêutico, ou após esgotados os procedimentos incluídos na lista da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente.

Para que essa exceção prevista no quarto tópico seja aplicada, é preciso que:

- a incorporação do tratamento desejado à lista da ANS não tenha sido indeferida expressamente;
- haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;
- haja recomendação de órgãos técnicos de renome nacional, como a Conitec e a Natijus, e estrangeiros;
- seja realizado, quando possível, diálogo entre magistrados e especialistas, incluindo a comissão responsável por atualizar a lista da ANS, para tratar da ausência desse tratamento no rol de procedimentos.

Rol é limitado, dizem especialistas

Especialistas avaliam que o rol de procedimentos da ANS é bem básico e não contempla muitos tratamentos importantes – por exemplo, alguns tipos de quimioterapia oral e radioterapia, medicamentos aprovados recentemente pela Anvisa e cirurgias com técnicas de robótica.

Além disso, a ANS limita o número de sessões de algumas terapias para pessoas com autismo e vários tipos de deficiência. Muitos pacientes precisam de mais sessões do que as estipuladas para conseguir resultado com essas terapias e por isso, no atual modelo, conseguem a aprovação de pagamento pelo plano de saúde.

O julgamento no STJ começou em setembro do ano passado, mas dois pedidos de vista (mais tempo para analisar os processos) suspenderam a deliberação pelos ministros. O caso chegou à Segunda Seção após uma divergência entre duas turmas do STJ. Agora, o colegiado vai definir qual é o limite da obrigação das operadoras.

Votos

Relator dos processos, o ministro Luis Felipe Salomão defendeu que a lista da ANS é taxativa, mas admitiu exceções.

De acordo com o ministro, o caráter taxativo da lista é adotado em diversos países e representa uma proteção para os beneficiários. Isso porque, segundo ele, a medida evita aumentos excessivos dos preços dos planos.

O voto do relator propõe situações excepcionais em que a operadora de saúde seja obrigada a custear procedimentos não previstos expressamente pela ANS.

Entre essas brechas, estão terapias com recomendação expressa do Conselho Federal de Medicina (CFM) com comprovada eficiência para tratamentos específicos.

Também podem ser liberados medicamentos para o tratamento de câncer e de prescrição "off-label" (remédio usado para tratamento não previsto na bula).

A ministra Nancy Andrichi discordou do colega e considerou que a lista tem caráter exemplificativo. Para a ministra, a lei protege o consumidor.

“O rol de procedimentos e eventos constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde enquanto importante instrumento de orientação do que deve ser oferecido pelas operadoras. Mas não pode representar delimitação taxativa da cobertura assistencial, alijando o consumidor aderente do direito de se beneficiar de todos os procedimentos e eventos em saúde que se façam necessário para tratamento”, afirmou.

Para Nancy Andrichi, o rol de procedimentos da ANS "deve ter natureza meramente exemplificativa, servindo como importante referência para operadora e profissionais e tratamentos a serem indicados. Mas nunca com imposição genérica do tratamento que deve ser obrigatoriamente prescrito e coberto pelo plano de saúde para determinada doença”.

A ministra disse que o rol exemplificativo combate o que chamou de "exploração predatória".

“Seja sob prisma do Código de Defesa do Consumidor ou prisma do Código Civil, o rol exemplificativo protege o consumidor aderente da exploração econômica predatória do serviço manifestada pela negativa de cobertura sem respaldo da lei visando satisfazer o intuito lucrativo das operadoras”.

A ministra argumentou que a evolução da medicina não pode ser tida como fator limitante da obrigação assumida pelas operadoras.

ROL TAXATIVO GARANTE SEGURANÇA DO PACIENTE E AMPLA COBERTURA A TRATAMENTOS

FenaSaúde – 08/06/2022

Esta semana, a série Mitos e Verdades – ação de comunicação voltada a desmistificar temas que envolvem o funcionamento da saúde suplementar – trata do caráter taxativo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A partir da vigência Lei 9.656, todas as doenças listadas na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), da Organização Mundial da Saúde (OMS), passaram a ter cobertura obrigatória. Ou seja, nenhuma doença reconhecida pela OMS pode ser excluída. Antes da lei, os contratos dos planos de saúde não cobriam diversas doenças, como cardíacas, neurológicas, psiquiátricas e outras. Por sua vez, o Rol da ANS, que sempre foi taxativo, estabelece quais são os eventos cobertos em cada uma das segmentações: ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Isto porque não é possível garantir a cobertura de todo o arsenal tecnológico disponível. Este Rol taxativo permite a realização dos cálculos para definição do prêmio e todo planejamento necessários para garantir o atendimento de excelência, assegurando a sustentabilidade do setor e, portanto, a manutenção da assistência em saúde. Em 1998, o Rol da

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), contemplava 1234 itens (medicamentos, cirurgias, exames e consultas). Hoje, já são mais de 3300 itens, um aumento de 172%, com atualizações contínuas.

A atualização do Rol é contínua, realizada a partir de análise técnica, que considera questões como benefício clínico, superioridade terapêutica e impacto financeiro. Afinal, os custos dos tratamentos são compartilhados entre todos os beneficiários. As novas tecnologias para diagnóstico ou tratamento precisam ser avaliadas antes de incorporar ao Rol para demonstrar que são seguras e eficazes. Para isso, o fabricante ou a entidade que propõe a incorporação precisa apresentar os estudos com as evidências científicas que comprovam os benefícios clínicos e os resultados comparados aos exames ou tratamentos disponíveis e já cobertos. Também precisa demonstrar qual será o impacto financeiro, caso seja incorporado ao Rol, porque isto poderá impactar nas mensalidades.

Toda doença tem cobertura pelos planos

MITO

O rol taxativo deixa doenças sem cobertura por parte dos planos de saúde, expondo pacientes a riscos.

VERDADE

Todas as doenças classificadas pela Organização Mundial da Saúde por meio da CID são cobertas pelos planos de saúde. Atualmente, 3.379 itens constam do rol obrigatório da ANS. No Brasil, a lista é atualizada de maneira contínua e ininterrupta, em processos que agora levam, no máximo, nove meses, tornando-os o mais rápido do mundo.

#somospartedasolução

FenaSaúde

ANS DISPONIBILIZA A VERSÃO DE MAIO DO PADRÃO TISS

GOV (ANS) – 08/06/2022

Foram atualizadas as terminologias de Materiais e OPME e de Medicamentos, entre outras mudanças

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a versão de maio do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS). 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.

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: 4/2022/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#), disponibilizado no Protocolo Eletrônico.

Essa é a quarta versão do Padrão TISS publicada em 2022.

[Acesse o histórico aqui.](#)

Sobre o Padrão TISS

A 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 outras informações, clique aqui](#)

ABRIL: PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA TOTALIZAM MARCA DE 49,4 MILHÕES BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 06/06/2022

Destaque para São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, que registraram os maiores crescimentos em relação a março

Já está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os números de beneficiários de planos de saúde referente a abril de 2022. O setor totalizou 49.395.520 usuários em planos de assistência médica, bem como 29.433.793 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados podem ser verificados na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta no portal da ANS.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.520.778 beneficiários - o equivalente a 3,18% de aumento em relação a abril de 2021. No comparativo de abril de 2022 com março de 2022, o crescimento foi de 204.060 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.368.884 beneficiários em um ano – o que representa 8,75%

de crescimento no período – e 217.754 na comparação de abril de 2022 com março de 2022.

Nos estados, no comparativo com abril de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Destaca-se que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja 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			
abr/22	34.129.890	6.286.006	405	8.928.809	50.410	49.395.520
mar/22	33.937.906	6.280.798	401	8.921.664	50.691	49.191.460
fev/22	33.851.814	6.279.305	405	8.906.688	50.993	49.089.205
jan/22	33.772.080	6.272.539	405	8.905.620	53.077	49.003.721
dez/21	33.708.555	6.297.868	407	8.906.189	53.441	48.966.460
nov/21	33.454.201	6.296.347	408	8.892.821	54.684	48.698.461
out/21	33.324.634	6.276.330	408	8.902.536	55.535	48.559.443
set/21	33.290.995	6.272.431	411	8.901.143	54.430	48.519.410
ago/21	33.126.160	6.260.768	411	8.909.471	54.726	48.351.536
jul/21	32.996.653	6.267.729	411	8.933.624	55.030	48.253.447
jun/21	32.851.164	6.269.067	411	8.954.860	55.371	48.130.873
mai/21	32.754.184	6.250.539	412	8.955.994	55.701	48.016.830
abr/21	32.609.436	6.226.972	412	8.980.749	57.173	47.874.742

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não Identificado			
abr/22	21.410.470	2.845.576	1.632	5.171.734	4.381	29.433.793
mar/22	21.222.524	2.821.571	1.637	5.165.891	4.416	29.216.039
fev/22	21.098.005	2.798.776	1.640	5.111.341	5.160	29.014.922
jan/22	21.069.373	2.797.900	1.646	5.105.139	5.195	28.979.253
dez/21	21.049.834	2.812.067	1.648	5.103.495	5.211	28.972.255
nov/21	20.805.999	2.795.200	1.653	5.072.112	5.219	28.680.183
out/21	20.656.157	2.781.101	1.653	5.045.297	5.237	28.489.445
set/21	20.584.927	2.768.325	1.679	5.002.144	6.638	28.363.713
ago/21	20.291.301	2.754.003	1.690	4.954.686	6.655	28.008.335
jul/21	20.058.617	2.750.924	1.695	4.876.315	6.784	27.694.335
jun/21	19.942.202	2.759.255	1.700	4.760.860	6.812	27.470.829
mai/21	19.704.334	2.763.487	1.706	4.680.900	6.860	27.157.287
abr/21	19.625.270	2.770.799	1.707	4.660.236	6.897	27.064.909

Espirito Santo	1.161.471	1.219.206	575.566	635.080
Goiás	1.269.863	1.291.260	747.180	772.351
Maranhão	459.997	480.192	226.976	256.476
Mato Grosso	596.777	626.538	222.743	245.362
Mato Grosso do Sul	606.029	621.708	155.350	168.976
Minas Gerais	5.270.673	5.428.215	2.306.673	2.656.160
Pará	829.936	836.454	476.320	521.733

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	abr/21	abr/22	abr/21	abr/22
Acre	43.302	43.246	15.796	17.700
Alagoas	368.747	382.135	278.318	289.910
Amapá	62.682	62.206	50.087	50.035
Amazonas	551.530	581.118	468.041	508.287
Bahia	1.578.172	1.626.520	1.495.584	1.612.352
Ceará	1.260.107	1.314.651	1.026.253	1.069.719
Distrito Federal	918.840	930.291	617.909	632.178

Paraíba	423.359	444.473	398.903	436.142
Paraná	2.890.664	2.991.373	1.394.478	1.568.367
Pernambuco	1.355.578	1.381.301	1.049.921	1.173.960
Piauí	350.592	366.703	109.277	132.158
Rio de Janeiro	5.287.462	5.402.808	3.280.667	3.497.601
Rio Grande do Norte	542.361	577.730	387.064	449.475
Rio Grande do Sul	2.534.776	2.607.668	788.247	842.035
Rondônia	153.054	155.501	110.021	119.159
Roraima	29.735	31.146	11.638	12.074
Santa Catarina	1.491.972	1.594.764	638.347	771.894
São Paulo	17.369.701	17.915.769	9.949.183	10.641.072
Sergipe	313.178	326.883	207.215	211.239
Tocantins	111.728	114.663	63.295	130.302

ROL DA ANS: TAXATIVO OU EXEMPLIFICATIVO?

Revista Cobertura – 06/06/2022

Posicionamento conjunto das Sociedades Brasileiras Da Linha de Cuidado Oncológico

Está em debate no Superior Tribunal de Justiça (STJ), corte responsável por uniformizar a interpretação da lei federal em todo o território nacional, dois recursos que avaliam se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem caráter taxativo ou exemplificativo.

O rol da ANS é uma lista com diversos tipos de medicamentos e procedimentos – muitos deles fundamentais para o controle ou até cura do câncer – que os planos de saúde devem cobrir. Ele é considerado taxativo quando há uma lista definitiva

(limitada) de procedimentos que devem ser, obrigatoriamente, oferecidos pelas operadoras privadas de saúde; e exemplificativo quando leva em consideração apenas uma amostra com alguns exemplos dos itens que devem ser pagos pelos planos de saúde, podendo haver outros fora da lista que tenham que ser cobertos.

As entidades signatárias desta carta, nomeadamente Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO); Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC); Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT); Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR); Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia

Endovascular (SOBRICE) e Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN) acompanham atentamente as discussões sobre os julgamentos de recursos de pacientes de planos de saúde que tiveram partes da cobertura dos seus tratamentos negadas por não constarem no rol da ANS.

De acordo com esses recursos, foram consideradas abusivas as cláusulas contratuais que excluíram procedimentos prescritos pelo médico. Segundo essa interpretação, a rejeição a qualquer procedimento recomendado por um médico caracterizaria conduta abusiva das operadoras de planos de saúde, ainda que não previsto no contrato de seguro e no rol da ANS. Isso porque a essência do contrato de plano de saúde seria assegurar o cuidado necessário para a recuperação do paciente. Dessa forma, a lista da agência reguladora seria exemplificativa.

Por outro lado, a ANS e as operadoras dos planos de saúde defendem o caráter taxativo, ou exaustivo, do rol, baseando-se no entendimento do plano de saúde como um contrato, com o pagamento da importância devida, a oferta de garantias na eventual ocorrência de sinistro e o reconhecimento da existência de um risco estimado. A equivalência entre esses elementos contratuais garantiria a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

Na prática, o rol da ANS tem sido considerado taxativo pelo órgão regulador e os planos têm se negado, frequentemente, a oferecer tratamentos e tecnologias que não constem dele, o que não raro leva pacientes à judicialização. Por outro lado, o entendimento histórico dos tribunais do país, que são predominantemente favoráveis a uma interpretação mais ampla, considera a lista de procedimentos como referência exemplificativa. A maioria deles possui jurisprudência consolidada em favor de um rol exemplificativo. A decisão do STJ que está em debate, no entanto, pode alterar essa realidade.

Sendo assim, estas Sociedades Médicas reafirmam sua defesa histórica por processos decisórios que privilegiem o profissional médico da saúde suplementar e seus pacientes que não podem esperar por longos períodos até que o cuidado de que necessitam seja oferecido. Viemos de um trabalho de longa data pela defesa de melhorias no rol da ANS, para que sua revisão e atualização ocorra de forma célere para atender as necessidades dos pacientes assistidos pelos planos de saúde brasileiros. Igualmente, a defesa dessa celeridade nunca prescindiu da avaliação de tecnologias em saúde (ATS), e nossos especialistas têm participado ativamente dos processos de incorporações de

tecnologias ao rol fornecendo as melhores evidências científicas para as tomadas de decisão por parte dos gestores públicos.

Nos manifestamos pela ampliação da discussão a respeito desta interpretação jurídica e firmamos posição em defesa de caráter não restritivo, podendo este servir como um balizador de condutas e nunca como um limite pétreo do cuidado. Reconhecemos a necessidade da sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e, por isso, sugerimos que o STJ module sua decisão, legitimando a realidade atual: rol deve ser prestigiado sempre que possível e sua atualização deve ser mais célere e com a discussão técnica com as Sociedades de Especialidades. No entanto, se a via judicial for a saída encontrada pelo paciente para assegurar seu acesso ao tratamento recomendado pelo seu médico, que o juiz possa analisar caso a caso, podendo entender que em determinadas situações, a ANS não deu a resposta mais adequada para a sociedade.

Para os profissionais médicos, pacientes e seus familiares saberem da existência de excelentes recursos contra o câncer e não poderem utilizá-los, simplesmente por imposições de padrões administrativos, deslegitimadas pela comunidade médica, não deixa de ser um cerceamento de direitos.

Dr. Héber Salvador de Castro Ribeiro

Presidente da SBCO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica 2021 – 2023

Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff

Presidente da SBOC -Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica 2021-2023

Dr. Marcus Simões Castilho

Presidente da SBRT – Sociedade Brasileira de Radioterapia 2021-2023

Dr. Valdair Francisco Muglia

Presidente Colégio Brasileiro de Radiologia 2021-2022

Dra. Katia Ramos Moreira Leite

Presidente da SBP – Sociedade Brasileira de Patologia 2020-2022

JUSTIÇA CONFIRMA DECISÃO DA ANS SOBRE RESSARCIMENTO AO SUS

GOV (ANS) – 03/06/2022

Operadora deve arcar com despesa para tratamento de Covid-19 feito na rede pública de saúde

A Procuradoria Federal junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em atuação conjunta com a

Procuradoria-Regional Federal da 1ª Região, obteve, na 2ª Vara da Seção Judiciária de Roraima, uma decisão que corrobora a atuação da reguladora: o atendimento de beneficiário de plano de saúde em instituição do sistema

público deve ser ressarcido pela operadora ao Sistema Único de Saúde.

Nesse caso, a Federação de Sociedades Cooperativas Médicas do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima (FAMA) havia ajuizado ação contra a ANS e outros entes públicos para pedir que a União se abstivesse de cobrar os valores gastos pela rede pública com tratamento de Covid-19 de seus beneficiários.

De acordo com o Procurador-Geral junto à ANS, Daniel Tostes, o atendimento realizado tinha cobertura obrigatória e a ANS estaria descumprindo a Lei dos Planos de Saúde se não fizesse a cobrança: “A sentença constitui um precedente importante. Embora a constitucionalidade do artigo 32 da Lei 9.656/1998 tenha sido reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, há uma série de ações judiciais buscando a

abstenção de cobrança e/ou compensação de diversas formas”, destaca Tostes.

Sobre o Ressarcimento ao SUS

O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

Toda a sistemática do ressarcimento se insere na lógica de regulação do setor de saúde suplementar, na medida em que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos.

ESPECIALISTAS DEFENDEM COBERTURA AMPLA DE PLANOS DE SAÚDE E CITAM DIFICULDADES

CNN Brasil – 02/06/2022

Debate na Câmara aconteceu diante da previsão de retomada de julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a lista de coberturas mínimas obrigatórias que as operadoras de planos de saúde privados devem garantir aos clientes

Especialistas e familiares de pessoas com deficiência defenderam nesta quinta-feira (2), em comissão da Câmara dos Deputados, que a cobertura do rol de procedimentos, medicamentos e exames por operadoras de planos de saúde privados seja interpretada e praticada de forma mais ampla, quando necessário, do que a listagem instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A audiência pública para o debate na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara aconteceu diante da previsão de retomada de julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a lista de coberturas mínimas obrigatórias que as operadoras devem garantir aos clientes.

A 2ª Seção do STJ marcou para a quarta-feira da próxima semana (8) o retorno do julgamento para determinar se essa lista deve ser taxativa ou exemplificativa.

Portanto, se os planos devem ser obrigados a cobrir somente o que está explicitamente previsto no rol da ANS ou se devem ser obrigados a cobrir procedimentos não relacionados na listagem quando necessário, respectivamente.

O julgamento foi iniciado em setembro do ano passado quando o relator, ministro Luis Felipe Salomão, defendeu que o rol da ANS deveria ser taxativo.

Dessa maneira, o intuito seria preservar o equilíbrio econômico do mercado de planos de saúde, argumentou.

Em fevereiro deste ano, a ministra Nancy Andrighi defendeu a tese que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza exemplificativa, ou seja, pode ser ampliado para a cobertura de mais tratamentos e procedimentos quando necessário.

O julgamento foi suspenso após o ministro Villas Boas Cueva pedir mais tempo para análise. Segundo a Câmara, a ministra Nancy Andrighi foi convidada a participar da reunião da comissão na Casa. No entanto, ela não compareceu ao debate.

A audiência de hoje na Câmara não contou com a participação de representantes das operadoras de planos de saúde privados.

De acordo com números divulgados pela ANS em dezembro do ano passado, o Brasil tem 48,5 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, o maior total desde março de 2016.

Esse número representa 25,04% de cobertura da população brasileira.

A deputada federal Flávia Moraes (PDT-GO), que presidiu a sessão, afirmou que a comissão vai acompanhar com atenção as decisões do Judiciário em relação ao rol taxativo. Ela disse que o colegiado tem “uma preocupação muito grande de perdermos essa flexibilização que existe hoje através do rol exemplificativo”.

Em sua avaliação, o rol exemplificativo permite um atendimento mais humanizado e até individualizado de acordo com as necessidades dos pacientes da saúde suplementar, como pessoas com paralisia, câncer, doença rara ou transtorno do espectro autista.

“São pacientes, no geral, que precisam muito de algum tipo de atendimento que, muitas vezes, no rol taxativo não vão ter, vai ser negado a esses grupos, que são grupos sensíveis, e precisam ter essa cobertura. Não tem outra forma. Eles não têm como pagar e a única forma serão os planos de saúde”, disse Moraes.

O representante da Comissão de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), Florisval Meinão, afirmou que, atualmente, avalia que o rol é tido como taxativo, embora as pessoas recorram à Justiça para “fazer valer seus direitos”.

Caso o STJ decida realmente pelo caráter taxativo do rol, disse, ele considera que pacientes terão mais dificuldades em vencer processos judiciais para acesso a medicamentos e tratamentos.

Meinão reiterou que os médicos têm o compromisso de sempre oferecer aos pacientes os melhores tratamentos científicos disponíveis e, por vezes, se confrontam com dificuldades pela inexistência de determinados procedimentos no rol da ANS.

A deputada Flávia Moraes concordou com Meinão de que, se o STJ decidir pelo caráter taxativo do rol, ficará ainda mais difícil para pacientes tentarem acesso a medicamentos e procedimentos por meio da Justiça. Ela afirmou que, se judicializar uma divergência já é difícil hoje em dia, a depender da decisão do STJ, poderá ficar mais impeditivo.

“O que a gente vê aqui é uma lógica totalmente cruel e perversa, porque estamos colocando o lucro dos planos de saúde acima da vida das pessoas. Isso é muito grave”, declarou Moraes.

Representante do Instituto Rizo Movement – que ajuda famílias de crianças com paralisia cerebral –, o médico Francisco Alencar afirmou já ser comum se deparar com questionamentos relativos a procedimentos fundamentados no rol da ANS, especialmente na área de reabilitação.

“Às vezes, o rol de procedimentos, apesar de ser, de certa forma, bem-feito, quando é interpretado pela fonte pagadora, é como se fosse somente para situações curativas. Desde quando a gente consegue curar alguém [no caso de paralisia cerebral]?”

Alencar disse que, por várias vezes, terapias definidas como padrão a determinados pacientes acabam sendo cobertas somente a partir de demanda judicial, o que pode postergar tratamentos.

Quando são aceitos, falou, há situações em que são autorizados períodos demasiados curtos de terapia que acabam tendo pouco efeito prático. Por isso, a seu ver, com base em sua vivência, argumentou, o rol deve ser exemplificativo.

“O rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação” das enfermidades previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde [CID], destacou.

O representante do Instituto Rizo Movement também criticou que novas terapias demoram a ser incluídas no rol pela ANS. Na comissão foi transmitido um vídeo com depoimentos de famílias com crianças com paralisia cerebral. Uma das depoentes disse que o difícil não é ser mãe de uma criança com deficiência, mas se tornar “invisível” à sociedade.

Advogada da Comissão Especial de Saúde da OAB do Rio Grande do Sul, Noemi de Freitas afirmou que uma confirmação no entendimento do rol para meramente taxativo pode deixar de fora a cobertura de medidas como fornecimento de medicamentos de alto custo, cardiopatias graves, videolaparoscopia, hidroterapia e equoterapia, citou.

Em seguida, Freitas alegou que a lei dos planos de saúde deixa claro que o rol funciona como uma listagem de procedimentos básicos com exceções previstas. Ou seja, o rol deve ser tratado como um norteador, uma referência básica, não como um fim em si mesmo.

A presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) de Goiás, Tatiana Takeda, lamentou que a sociedade tenha que discutir a classificação do rol da ANS, e não a qualidade prestada por certas operadoras de planos de saúde.

“A gente tem que ter em mente que essa legislação que as agências reguladoras fazem não podem se sobrepor aos princípios constitucionais. A gente está falando de direito humano. Como não falar de direito humano sem citar a dignidade da pessoa humana? Esse princípio estampado logo no artigo 1º da nossa Constituição”, defendeu.

Também participou da audiência da comissão na Câmara a vice-presidente do projeto social Angelina Luz, do Rio Grande do Sul, Vanessa Regina Sicchieri Ziotti, que pontuou ser autista e mãe de trigêmeos autistas.

Ela afirmou não existirem provas de que as operadoras de planos de saúde estão prestes a falir de acordo com autos na Justiça até o momento. A seu ver, ações no sentido de limitar as coberturas dos planos “ferem de morte a Constituição Federal” ao contrariarem o princípio do não retrocesso social e os direitos das pessoas com deficiência, disse.

De forma que não costuma ser usual, a direção da comissão permitiu que pessoas presentes à reunião pudessem falar por alguns minutos. A maioria dos depoimentos foi dada por mães de crianças com deficiências.

Elas pediram ajuda aos ministros do STJ e do Congresso para garantir uma cobertura mais ampla pelos planos de saúde. Um grupo deve fazer vigília pacífica em frente ao tribunal na próxima terça (7), véspera da data prevista para a retomada do julgamento sobre o tema

PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS FICAM ATÉ 19,37% MAIS CAROS EM 2022

Correio Braziliense – 02/06/2022

Segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), as maiores operadoras do país reajustaram entre 16% e 19% as modalidades adotadas por empresas. Inflação e pandemia podem influenciar custo dos serviços

Os planos coletivos, também chamados de corporativos, ficaram até 19% mais caros em 2022, de acordo com informações da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) nesta quinta-feira (2/6). Na última semana, os planos de saúde familiares foram reajustados em 15,5% pela Agência Nacional de Saúde (ANS), taxa recorde desde 2000.

O índice de reajuste dos planos individuais reflete o comportamento das despesas assistenciais no ano anterior e possuem o teto definido pela ANS. Planos coletivos possuem regras próprias para planos com até 29 beneficiários e outras para grupos com mais de 30 vidas, e ainda, os por adesão. “O mercado como um todo, incluindo os planos coletivos, é regulado e segue as regras estipuladas pela ANS”, explica Renato Casarotti, presidente da Abramge.

Todos os contratos coletivos com até 29 vidas de uma mesma operadora (pool) devem receber o mesmo percentual de reajuste anual, são os chamados planos PME — a modalidade de plano de saúde empresarial voltado às pequenas e médias empresas e aos microempreendedores. O objetivo é diluir o risco de alta sinistralidade desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste. Todos os reajustes são repassados aos usuários no aniversário do plano, ou seja, na data em que foi assinado o contrato.

De acordo com a Abramge, as cinco maiores operadoras do país — Amil, HapVida, Bradesco, SulAmérica e Intermédica — reajustaram os seus planos corporativos PME entre 16% e 19% em 2022. Nos doze meses anteriores a fevereiro deste ano, no entanto, os reajustes registrados foram de 10,37%, que refletiam a retração dos serviços de saúde em 2020,

primeiro ano da pandemia, quando o atendimento foi focado em covid-19.

“O cálculo é feito considerando todas as operadoras e todas as vidas. A tendência é que, independentemente do tipo de plano deste ano, como o reajuste visa cobrir um ano de despesas mais elevadas como foi 2021, com uma nova onda prolongada de covid-19, como tudo isso decorre do ciclo pandêmico, a expectativa é ainda ocorrer aumentos”, explica Casarotti.

Negociação

Planos com mais de 30 vidas possuem reajuste definido em contrato entre a empresa contratante e a operadora, com espaço para negociação entre as partes. Dessa maneira, embora tenham diferenças, a Abramge diz que o reajuste sentido até fevereiro foi de 8,81%.

“Todos os contratos possuem cobertura obrigatória similar, o que varia é a rede credenciada. Por isso, precisamos admitir que o reajuste de cada plano com mais de 30 vidas pode sofrer grandes oscilações, com cálculos por contrato. Inclusive, ainda temos planos refletindo a retração do período da pandemia”, avalia Casarotti.

Uma terceira modalidade de planos corporativos, por adesão, também está sofrendo aumentos na ordem de 10%. “Normalmente, são aqueles contratados por categoria profissional, por exemplo, e oferecidos pelos sindicatos. Calculado para esse grupo, a depender do tamanho do grupo último número que a gente tem é até 10%”, diz.

De modo geral, a tendência é que os planos sigam elevando valores, diz o presidente da Abramge, destacando que os valores de cada plano dependem dos acordos entre os grupos de usuários e as operadoras. “A tendência é subir com o passar dos meses. Os índices de inflação influenciam”, finaliza.

REDE QUESTIONA NO SUPREMO AUTORIZAÇÃO PARA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE

ConJur – 02/06/2022

O partido Rede Sustentabilidade ajuizou no Supremo Tribunal Federal uma arguição de descumprimento de preceito fundamental contra o reajuste de 15,5% dos planos de saúde individuais ou familiares para 2022, autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O relator da ação é o ministro Dias Toffoli.

Na ação, a Rede sustenta a gravidade histórica do reajuste, o maior em 22 anos e cerca de 70% acima da inflação oficial, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Também destacou os efeitos sanitários e econômicos da

medida, citando o momento de crise decorrente da pandemia da Covid-19 e da diminuição da renda média da população.

Segundo o partido, a medida vai sobrecarregar ainda mais o Sistema Único de Saúde (SUS), em detrimento da qualidade da prestação dos serviços de saúde pública. “Serão mais pessoas à espera de leitos públicos para quaisquer procedimentos médicos, à espera de uma simples consulta ou afins”.

A Rede alega ainda que há inércia do governo em frear os aumentos no setor de saúde suplementar, uma vez que o Estado pode intervir no domínio econômico. Na sua avaliação, a autorização do aumento não observou o mínimo

existencial dos direitos fundamentais à saúde e à vida, além de desrespeitar o princípio da dignidade humana. Com informações da assessoria de imprensa do STF.

PORTARIA REGULAMENTA ATENDIMENTOS DE SAÚDE A DISTÂNCIA

Agência Brasil – 02/06/2022

Programa quer aproximar atenção especializada da atenção primária

O ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, assinou hoje (2) a portaria que regulamenta o programa Telessaúde Brasil, para atendimentos especializados médicos a distância a municípios localizados em áreas remotas, rurais e indígenas do país.

Por meio do Telessaúde Brasil, o governo pretende facilitar o acesso a atendimentos pré-clínicos, suporte assistencial, consultas, monitoramento, diagnósticos e acompanhamento médico durante o tratamento ou após procedimentos cirúrgicos.

A portaria, que nos próximos dias deverá ser publicada no Diário Oficial da União, estabelece “critérios, normas e parâmetros para os atendimentos por meio da tecnologia da informação”, seguindo as diretrizes de órgãos competentes como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

“Estamos entrando com pé firme em uma nova era da medicina, com o uso de tecnologias de informação e comunicação, para uma verdadeira revolução no sistema de saúde, trazendo mais acesso, eficiência, efetividade e mais custo efetividade nas políticas públicas de saúde”, disse o ministro durante a cerimônia de assinatura da portaria.

Queiroga lembrou que a pandemia deixou ensinamentos. “Hoje, ninguém duvida da eficiência e da necessidade de termos sistemas de saúde e acesso universal fortes e resilientes para superarmos as emergências de saúde pública que possam aparecer, tanto para doenças transmissíveis como para doenças crônicas”, disse.

De acordo com o ministro, a atenção primária “é o principal nicho para o uso do Telessaúde, uma vez que vai aproximar

atenção especializada da atenção primária à saúde, evitando deslocamentos que às vezes são complexos em países de dimensões continentais como o Brasil”.

“Vai fazer com que cheguemos a populações esquecidas, como as indígenas em aldeias distantes. A estratégia de saúde digital poderá nos ajudar, ampliando acessos; controlando fatores de riscos como hipertensão arterial, diabetes e tabagismo; além de estimular atividades físicas de uma maneira muito mais eficiente do que fazemos hoje”, argumentou Queiroga.

Ele defendeu a democratização do acesso à saúde, e o uso do ambiente digital para se atingir esse objetivo. “O eletrocardiograma e a interação com médicos especialistas de diversas localidades podem dar suportes aos médicos que estão nas unidades avançadas”.

UBS Digital

Na mesma cerimônia foi anunciado R\$ 14,8 milhões em investimentos para ampliar o acesso à saúde em áreas remotas do país, por meio do projeto-piloto UBS Digital.

De acordo com o ministério, a ação “será destinada, inicialmente, à estruturação e informatização de unidades Básicas de Saúde (UBS) em áreas remotas de 326 municípios do país”. Esse projeto também auxiliará na ampliação dos atendimentos a distância, implementando ferramentas como prontuário eletrônico, conexão à internet e sistemas de informação, informou o ministério.

“As UBS poderão fornecer, por exemplo, telediagnóstico, teleconsultoria e teleconsulta com especialistas”, disse em nota a pasta, referindo-se ao papel que o UBS Digital terá para uma melhor implementação do Telessaúde.

SULAMÉRICA CONCLUI AQUISIÇÃO DA SOMPO SAÚDE

Revista Cobertura – 01/06/2022

Transação agrega 116 mil beneficiários à carteira

A SulAmérica concluiu a aquisição da Somo Saúde, anunciada em 30 de dezembro de 2021, por R\$ 217 milhões, de acordo com as condições estabelecidas em contrato.

A aquisição da Somo Saúde reforça o posicionamento estratégico da SulAmérica focado na Saúde Integral dos seus beneficiários, clientes e corretores, fortalecendo também sua

posição e relevância na cidade de São Paulo e região metropolitana. Com a conclusão dessa movimentação, o Grupo SulAmérica passa a contar com mais 116 mil beneficiários na região.

A Somo Saúde, seguradora de saúde controlada pela Somo Seguros, subsidiária do Grupo Somo, um dos maiores grupos seguradores do Japão e do mundo, atua há

mais de 130 anos no mercado e conta com forte presença no estado de São Paulo.

PRESIDENTE DA ANS SERÁ CONVIDADO A EXPLICAR REAJUSTES NOS PLANOS DE SAÚDE

Rádio Senado – 31/05/2022

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, será convidado a explicar na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o reajuste de 15,5% nos planos de saúde individuais e coletivos. Segundo o senador Randolfe Rodrigues (REDE-AP), autor do requerimento ([REQ 45/2022-CAS](#)), este é o maior aumento dos últimos 25 anos. A data da audiência ainda será confirmada pela CAS.

Transcrição

A COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS VAI CONVIDAR O DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, PARA EXPLICAR O AUMENTO DE MAIS DE 15% NOS PLANOS DE SAÚDE. A DATA DA AUDIÊNCIA AINDA SERÁ DEFINIDA. REPORTAGEM DE IARA FARIAS BORGES.

Por iniciativa do senador Randolfe Rodrigues, da Rede Sustentabilidade do Amapá, o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Paulo Rebello, deverá

explicar o aumento de 15,5% nas mensalidades dos planos de saúde. O reajuste foi autorizado pela ANS e publicado no Diário Oficial da União na última sexta-feira, dia 27. Para Randolfe Rodrigues, o reajuste é “absurdo” e dificulta a vida da classe média brasileira.

Na semana passada, todos os brasileiros foram alertados e se assustaram com o reajuste dos planos de saúde individuais e coletivos em mais de 15%. Este é o maior reajuste que se tem conhecimento de planos de saúde de toda a história, pelo menos nos últimos 25 anos. Que possa esclarecer quais critérios foram levados em conta por parte daquela Agência para autorizar o aumento, o que assoberba sobretudo a classe média brasileira.

O diretor-presidente da ANS deverá também prestar contas das ações e apresentar avaliação das políticas públicas da agência. A data da audiência ainda será marcada pela Comissão de Assuntos Sociais. Da Rádio Senado, Iara Farias Borges.

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

