

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS recebe colaborações sobre agenda regulatória em Audiência Pública](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS avalia liberação das provisões técnicas das operadoras de planos de saúde](#) - Fonte: O Globo

[Outubro: Planos de Assistência médica totalizam 50,2 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[MJ pede explicação da Unimed-Rio sobre indícios de reajustes abusivos](#) - Fonte: Agência Brasil

[Reembolso de planos amplia debate sobre direito dos pacientes e de operadoras](#) - Fonte: Agência Brasil

[Atualização do Rol: ANS abre consulta pública 106](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS incorpora tecnologia ao Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Falta de Leis e ausência de penas são dificuldades do setor no país](#) - Fonte: O Globo

[RN 518: Operadoras de planos de saúde têm até o fim do ano para adotar práticas de governança](#) - Fonte: Futuro da Saúde

# ANS RECEBE COLABORAÇÕES SOBRE AGENDA REGULATÓRIA EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

GOV (ANS) – 06/12/2022

Diversos segmentos representativos da sociedade participaram, com importantes contribuições

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu, na terça-feira 29/11, a Audiência Pública 26. O evento, realizado de forma remota, teve o objetivo de receber contribuições para a construção da Agenda Regulatória 2023-2025, importante instrumento de planejamento das atividades normativas, bem como dos assuntos prioritários a serem regulamentados e acompanhados pela instituição. A gravação da Audiência Pública 26 pode ser conferida na íntegra. [Clique aqui](#) para assisti-la.

Ao abrir a audiência, o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, frisou a importância da participação dos diversos atores da sociedade na construção da Agenda Regulatória. “Ao contribuir com críticas e sugestões, enriquecemos o debate para esse instrumento tão importante”, destacou. O encontro também reuniu a diretora de Fiscalização (DIFIS), Eliane Medeiros; os diretores de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), Alexandre Fioranelli; de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Jorge Aquino; e de Desenvolvimento Setorial (DIDES), Maurício Nunes.

A gerente de Planejamento da ANS, Juliana Dib, deu início à apresentação técnica, destacando que a definição dos temas prioritários considera os aspectos estratégicos e as condições operacionais da instituição. Em seguida, o coordenador de Qualidade Regulatória da ANS, Sílvio Ghelman, apresentou as etapas já concluídas e informou que após a análise das contribuições advindas da audiência pública será feita a publicação da Agenda Regulatória 2023-2025, com ampla divulgação.

A Agenda possui três seções:

- "Temas Regulatórios" - para os quais a Agência pretende realizar Análise de Impacto Regulatório (AIR) durante o período de vigência do instrumento;
- "Agenda de Avaliação de Resultado Regulatório" - conjunto de avaliações de resultado regulatório que a ANS pretende realizar; e
- "Estudos Preliminares" - conjunto de assuntos a serem estudados durante o período de vigência da Agenda Regulatória.

Assim, os debates foram distribuídos pelos oito temas definidos da Agenda, com apresentação e abertura para a participação social em cada um e comentários da equipe de Planejamento e dos diretores conforme a abrangência de cada um.

Representantes de variados segmentos da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, representantes de operadoras de planos de saúde e de prestadores de serviços

de saúde, sindicatos e consultorias atuariais, dentre outros, deram suas contribuições ao longo da audiência.

**1º - Melhoria do relacionamento entre operadoras e beneficiários:** a proposta é estimular os entes regulados a melhor desempenhar suas funções no relacionamento com o usuário. Nesse tema, pretende-se avaliar incentivos às operadoras e administradoras de benefícios a resolver demandas em fase prévia à intervenção da ANS por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), prevenindo o registro de reclamações.

**2º - Simplificação da situação do produto:** a ideia é aperfeiçoar o processo de alteração de registro de produtos, permitindo que as próprias operadoras façam o pedido de suspensão e reativação de comercialização, de cancelamento de registro e de alteração de nome de seus planos de saúde.

**3º - Mecanismo de regulação financeira:** pretende-se fazer uma avaliação sobre coparticipação e franquia, especialmente no que se refere aos limites financeiros desse mecanismo de regulação financeira e suas vedações.

**4º - Proporcionalidade na regulação de solvência e nas regras de ativo garantidor:** a recomendação é ter uma análise de simplificação regulatória das regras de ativos garantidores e de solvências, considerando a resolução normativa de proporcionalidade.

**5º - Empoderamento do beneficiário/consumidor para contratação ou troca de plano:** destaca-se a importância do acesso do consumidor aos serviços da saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde. A ideia inclui o aperfeiçoamento do Guia ANS de Planos de Saúde de modo a torná-lo um sistema em que o consumidor poderá contratar um plano ou realizar a portabilidade de carências de forma direta.

**6º - Estímulo ao desenvolvimento setorial:** pretende-se estimular o desenvolvimento setorial por meio de ações regulatórias que facilitem o ingresso do consumidor na saúde suplementar e incentivem a qualidade dos serviços e a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

**7º - Integração da saúde suplementar e o SUS** - a ideia é convergir as redes para modelos assistenciais integrados e colaborativos.

**8º - Transparência e qualidade de dados e informações do setor** – a proposta é buscar o aprimoramento das regras relacionadas à disponibilização de dados e informações da saúde suplementar.

Após o debate sobre os assuntos previamente definidos pela ANS, foram abordados “Novos Temas”, também com importantes colaborações. O evento chegou ao fim ainda com temas a serem abordados - “Avaliação de Resultado

Regulatório” e “Estudos Preliminares”. Para dar sequência às discussões, será realizado um novo encontro, previsto para 13/12, no turno da manhã. A ANS fará uma convocação direta para todos aqueles que participaram dessa primeira ocasião.

---

## ANS AVALIA LIBERAÇÃO DAS PROVISÕES TÉCNICAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 05/12/2022

A ANS está estudando a liberação das provisões técnicas das operadoras de planos de saúde. São bilhões de reais de ativos garantidores que poderiam ser usados por essas empresas para saldar alguns passivos — e o caso da Unimed Rio, em situação delicada, é o mais eloquente.

O tema será debatido numa reunião da diretoria da agência marcada para amanhã. Jorge Antonio Lopes, diretor de Normas, vai levar aos colegas seus estudos iniciais. É ainda um primeiro passo. Se na reunião de amanhã for dado o o.k para se avançar na liberação das provisões técnicas, o assunto passará à uma fase de consulta pública.

---

## OUTUBRO: PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA TOTALIZAM 50,2 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 05/12/2022

Destaque para São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, que registraram os maiores crescimentos no comparativo anual

Já estão disponíveis os dados de beneficiários de planos de saúde referentes ao mês de outubro, na Sala de Situação, ferramenta de consulta do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No período, o setor totalizou 50.196.862 de usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 30.676.457 usuários, mantendo o amplo crescimento dos últimos meses, acima dos 30 milhões.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano, houve crescimento de 1.640.850 beneficiários em relação a outubro de 2021. No comparativo de outubro de 2022 com setembro de 2022, o crescimento foi de 72.768 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.173.365 beneficiários em um ano; e 181.093 na comparação de outubro de 2022 com setembro de 2022.

Nos estados, no comparativo com outubro 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.

Importante destacar 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	Adesão	Não Identificado			
out/22	34.887.979	6.281.991	373	8.979.418	47.101	50.196.862
set/22	34.792.610	6.290.222	374	8.993.612	47.276	50.124.094
ago/22	34.647.766	6.280.577	374	8.991.094	47.621	49.967.432
jul/22	34.496.991	6.282.814	374	8.993.073	47.832	49.821.084
jun/22	34.356.987	6.286.395	376	8.992.403	48.033	49.684.194
mai/22	34.204.390	6.280.541	376	8.968.348	48.228	49.501.883
abr/22	34.030.086	6.281.279	376	8.921.326	48.402	49.281.469
mar/22	33.863.728	6.272.473	372	8.897.878	48.735	49.083.186
fev/22	33.797.427	6.272.984	376	8.889.336	49.043	49.009.166
jan/22	33.716.059	6.267.501	376	8.893.281	51.129	48.928.346
dez/21	33.660.117	6.294.268	378	8.894.420	51.525	48.900.708
nov/21	33.410.567	6.294.123	379	8.881.240	52.784	48.639.093
out/21	33.327.424	6.281.008	379	8.893.545	53.656	48.556.012

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
out/22	22.307.581	2.967.427	1.603	5.395.761	4.085	30.676.457
set/22	22.163.425	2.946.991	1.610	5.379.232	4.106	30.495.364
ago/22	22.038.217	2.923.245	1.611	5.355.394	4.201	30.322.668
jul/22	21.874.563	2.877.733	1.617	5.289.038	4.275	30.047.226
jun/22	21.721.988	2.860.750	1.621	5.257.229	4.284	29.845.872
mai/22	21.505.237	2.844.299	1.623	5.222.138	4.311	29.577.608
abr/22	21.343.120	2.824.736	1.624	5.156.365	4.339	29.330.184
mar/22	21.192.640	2.796.268	1.629	5.106.551	4.374	29.101.462
fev/22	21.071.106	2.775.675	1.632	5.066.403	5.118	28.919.934
jan/22	21.045.072	2.778.576	1.638	5.059.022	5.154	28.889.462
dez/21	21.033.917	2.794.061	1.640	5.072.764	5.170	28.907.552
nov/21	20.805.733	2.783.513	1.645	5.045.554	5.178	28.641.623
out/21	20.680.439	2.781.534	1.645	5.034.278	5.196	28.503.092

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	out/21	out/22	out/21	out/22
Acre	43.361	43.110	16.966	18.303
Alagoas	374.140	381.795	285.296	314.070
Amapá	62.908	60.406	51.455	49.236
Amazonas	568.130	598.256	488.838	522.421
Bahia	1.599.424	1.668.982	1.550.266	1.675.707
Ceará	1.285.752	1.333.324	1.037.275	1.131.983
Distrito Federal	918.192	926.231	620.715	649.061
Espirito Santo	1.184.523	1.230.112	615.170	651.715
Goiás	1.247.923	1.329.195	734.698	828.898
Maranhão	477.757	496.164	245.010	278.215
Mato Grosso	613.631	654.434	234.117	257.505
Mato Grosso do Sul	615.586	643.282	163.669	185.326

Minas Gerais	5.377.500	5.648.998	2.534.669	2.762.487
Pará	841.964	843.899	521.871	538.867
Paraíba	434.237	447.910	420.603	461.039
Paraná	2.938.006	3.036.869	1.541.779	1.630.647
Pernambuco	1.368.635	1.384.950	1.127.507	1.220.864
Piauí	361.517	381.422	125.534	148.521
Rio de Janeiro	5.341.688	5.464.607	3.430.351	3.593.440
Rio Grande do Norte	563.806	592.228	408.910	489.186
Rio Grande do Sul	2.569.950	2.646.909	820.290	874.045
Rondônia	153.165	154.363	111.390	116.925
Roraima	30.736	31.146	11.958	12.202
Santa Catarina	1.552.649	1.631.305	749.993	816.831
São Paulo	17.547.552	18.065.468	10.302.507	11.084.184
Sergipe	319.716	330.340	209.158	226.018
Tocantins	113.969	119.219	130.193	130.976

## MJ PEDE EXPLICAÇÃO DA UNIMED-RIO SOBRE INDÍCIOS DE REAJUSTES ABUSIVOS

Agência Brasil – 05/12/2022

Empresa tem prazo de 72 horas para responder ao ministério

A Unimed-Rio tem prazo de 72 horas para prestar esclarecimentos sobre condutas abusivas ao consumidor. A determinação, da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), foi expedida nesta segunda-feira (5).

Desde julho de 2022, a empresa lidera o pior atendimento ao consumidor, segundo o ranking da Agência Nacional de Saúde (ANS) divulgado de outubro. Em julho, a Unimed-Rio esteve entre as dez operadoras de planos de saúde notificadas por indícios de reajustes abusivos. As investigações, ainda em andamento pela Senacon/MJSP, apontaram cobrança de aumento de até 133% na comparação com o valor cobrado anteriormente.

Para o ministro da Justiça, Anderson Torres a decisão da Senacon preza pela dignidade dos consumidores e proteção de seus interesses. “A saúde é direito social. Assim, os princípios que norteiam o direito do consumidor precisam ser respeitados e as operadoras devem ter a capacidade de solucionar os serviços e prestar assistência em todos os níveis”, disse.

A operadora pode responder processo administrativo e sofrer multa, com valor a ser definido, caso não aprimore os serviços ou preste as informações necessárias dentro do período de 72 horas. O prazo deve ser contado a partir da data de recebimento da notificação.

A Agência Brasil entrou em contato com a Unimed-Rio, mas a operadora de planos de saúde não retornou com o posicionamento.

## REEMBOLSO DE PLANOS AMPLIA DEBATE SOBRE DIREITO DOS PACIENTES E DE OPERADORAS

Jota Info – 02/12/2022

3ª Turma STJ determinou que plano de saúde só precisa fazer reembolso se usuário pagar procedimento. Entenda.

A decisão da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no dia 22/11 de que planos de saúde só precisam reembolsar exames e consultas se houver pagamento direto por parte dos pacientes provocou debate em torno dos direitos dos consumidores e das operadoras. Os ministros reformaram o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) de que a prática era possível.

Um dos argumentos do relator, ministro Marco Aurélio Bellizze, é de que não estava estabelecido, de fato, o direito ao reembolso, mas uma mera expectativa dele. “O direito ao reembolso depende por pressuposto lógico que o beneficiário tenha, efetivamente, desembolsado previamente os valores com a assistência à saúde, sendo imprescindível, ainda, o preenchimento dos demais requisitos previstos na Lei de Planos de Saúde. Antes disso, mera expectativa de direito”, afirmou o relator em seu voto.

O caso — [REsp 1.959.929/SP \(2021/0021933-3\)](#) — se refere a uma ação da Notre Dame Intermédica Saúde S/A contra a Clínica Corpo Saudável e o laboratório Bem Estar Serviços e Diagnósticos, que realizavam consultas e exames sem pagamento prévio. Quando a operadora liberava o valor, o reembolso era repassado para as empresas.

“Se o usuário não despendeu nenhum valor a título de despesas médicas, mostra-se incabível a transferência do direito ao reembolso, visto que, na realidade, esse direito sequer existia, o negócio jurídico firmado entre a clínica, o laboratório e os segurados, cessão de direito ao reembolso sem prévio desembolso, operou-se sem objeto, o que o torna nulo de pleno direito”, sustentou Bellizze. Os demais magistrados seguiram o entendimento dele, levando a uma decisão unânime.

### Debate

Nesse sentido, a advogada Ingrid Belian vê a decisão como acertada: “A decisão do STJ está de acordo com a Lei dos Planos de Saúde, porque restabelece as regras de quem pode fazer e solicitar o reembolso e as normas diferenciadas para clínicas credenciadas ou não”, comenta a especialista em Direito Médico e em Bioética.

Na avaliação da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que representa mais de 100 operadoras, a prática de pedir reembolso antes que o pagamento tenha sido de fato feito representa uma espécie de fraude:

“É uma fraude processual, porque o reembolso é caracterizado a partir do pagamento: você reembolsa alguém que pagou alguma coisa. Então, você não pode ter um reembolso de um serviço pelo qual não pagou. A relação contratual é do beneficiário com a operadora. As clínicas particulares que não são credenciadas não têm essa relação”, disse ao JOTA o presidente da Unidas, Anderson Mendes.

Apesar da pressuposição de que o reembolso só existiria após o prévio desembolso, tal posicionamento poderia ir na contramão do direito dos consumidores:

“Existe essa pressuposição lógica que está de acordo com a sistemática, só que essa decisão pode vir a impactar a livre escolha do paciente. Alguns deles não têm como desembolsar previamente o valor de um procedimento cirúrgico, por exemplo”, diz a advogada Thaís Maia, sócia do Maia & Munhoz Consultoria e Advocacia em Biodireito e Saúde.

# ATUALIZAÇÃO DO ROL: ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA 106

GOV (ANS) – 02/12/2022

Medicamentos para linfoma, dermatite e deficiência de ferro são objeto de participação popular

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira, 02/12, a [Consulta Pública 106](#) para colher contribuições para três propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A consulta, em que todos os interessados podem se manifestar até 21/12, é referente à inclusão dos seguintes medicamentos:

- Dupilumabe, para tratamento de pacientes adultos com dermatite atópica grave com indicação de tratamento sistêmico e que apresentem falha, intolerância ou contraindicação à ciclosporina;
- Carboximaltose férrica, para tratamento de deficiência de ferro, com ou sem anemia, em pacientes com insuficiência cardíaca (NYHA Classe II e III); e
- Zanubrutinibe, para tratamento de pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) que receberam pelo menos uma terapia anterior (LCM recidivado/refratário).

Tais tecnologias foram submetidas à avaliação da ANS por meio do sistema continuado de análise da Agência, baseado em ATS (avaliação de tecnologias em saúde) e seguirão o fluxo de análise que inclui ampla participação popular.

A proposta referente à incorporação do Dupilumabe foi discutida na 9ª Reunião Técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), ocorrida em setembro, e segue para a consulta pública com recomendação preliminar favorável à incorporação. Já a Carboximaltose férrica e o Zanubrutinibe foram debatidos na 11ª Reunião da Técnica da Cosaúde, realizada em novembro, e tiveram recomendação preliminar desfavorável, motivo pelo qual também serão objeto de Audiência Pública. Clique aqui para saber mais.

Os interessados podem enviar suas contribuições no próprio site da ANS, onde também estão disponíveis os documentos relacionados à proposta durante o período de consulta: [www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans), em "[Acesso à informação](#)", no item "[Participação Social](#)", no subitem "[Consultas Públicas](#)".

O processo de revisão do Rol, que conta com opções para tratamento, diagnóstico e acompanhamento para todos os itens listados na Classificação Internacional de Doenças, é dinâmico e tem sido aprimorado sistematicamente. Em 2022, já foram feitas 15 atualizações, através das quais foram incluídos, dentre procedimentos, medicamentos, indicações ou ampliações de uso, um total de 49 itens.

---

## ANS INCORPORA TECNOLOGIA AO ROL

GOV (ANS) - 01/12/2022

Procedimento que já constava na lista de coberturas obrigatórias também teve ampliação de uso.

O medicamento Certolizumabe pegol foi incorporado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde nessa quarta-feira, 30/11, após aprovação pela Diretoria Colegiada. Além dele, o procedimento "Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação cerebral profunda" teve sua indicação de uso ampliada, garantindo ainda mais opções de tratamentos aos usuários da saúde suplementar.

Após ser submetido ao processo de avaliação continuada da Agência pelo formulário eletrônico Formrol e passar por reuniões da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) e pela [Consulta Pública 103](#), o Certolizumabe pegol teve recomendação final favorável para inclusão à lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde. O medicamento é indicado para tratamento de pacientes adultos com psoríase em placas moderada a grave, com falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia convencional e que são candidatos à terapia sistêmica.

Todas as tecnologias incorporadas ao rol pelo processo de submissão direto à Agência passam por criteriosa análise técnica feita pela ANS, baseada em ATS (avaliação de tecnologias em saúde), sistema de excelência que prima pela saúde baseada em evidências. Desta forma, o Certolizumabe pegol cumpriu os requisitos previstos em norma.

Assim, as operadoras passam a ser obrigadas a fornecê-lo a partir da publicação da atualização da resolução normativa que trata do Rol no Diário Oficial da União, o que deve ocorrer ainda nesta semana.

### Ampliação de uso

O procedimento "Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação cerebral profunda" também teve ampliação de uso no Rol, após recomendação positiva para incorporação no SUS de uma nova indicação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec). A previsão final da diretriz de utilização, em seu item 3, passou a incluir a distonia cervical em pacientes adultos e pediátricos refratários ao tratamento convencional. A cobertura do item passa a ser imediata após a publicação da Resolução Normativa.

# FALTA DE LEIS E AUSÊNCIA DE PENAS SÃO DIFICULDADES DO SETOR NO PAÍS

O Globo - 01/12/2022

A falta de penalidade e a morosidade dos processos são dificuldades para combater e reduzir as fraudes contra o sistema. O assunto foi tema do segundo painel, moderado pela diretora Jurídica da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), Glauce Carvalhal.

Segundo Glauce, atuar na persecução penal para combater o crime é essencial, porém, as questões normativas ainda são incipientes no Brasil, quando comparadas com países como Estados Unidos, Japão, Reino Unido, Canadá e Austrália, que tratam esse delito como crime de corrupção privada e estimulam a denúncia com bonificação e proteção à integridade e contra retaliação de cidadãos.

No Brasil, as fraudes custam às operadoras de planos de saúde quase R\$ 28 bilhões por ano e elevam em cerca de um terço o custo dos procedimentos médicos para os pacientes, segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

No Distrito Federal, a Polícia Civil instaurou 42 inquéritos, 12 deles contra empresas fornecedoras de materiais cirúrgicos, em especial órteses e próteses, e 30 apurando conduta de médicos a 150 vítimas. No total, são 60 médicos investigados. A informação é do delegado-chefe da Delegacia de Repressão à Corrupção da Polícia Civil do Distrito Federal, Adriano Valente.

De acordo com a última notícia-crime apresentada pela FenaSaúde às autoridades, foram emitidas notas fiscais para pedidos de reembolso falsos que atingem aproximadamente R\$ 40 milhões. Ao todo, foram identificadas 179 empresas

contratantes de fachada, 579 beneficiários e 34.973 solicitações de reembolsos.

O promotor do Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) e coordenador do Grupo de Atuação Especial no Combate ao Crime Organizado (Gaeco), Bruno Corrêa Gangoni, pontuou que há poucos inquéritos de organizações criminosas no setor, mesmo diante de indícios de que vantagens financeiras podem estar sendo obtidas com fraudes. E fez um alerta: o usuário de plano de saúde que tem sua participação comprovada deixa de ser vítima para ser coautor de um crime. Ele faz parte de um esquema que está lesando as operadoras.

E, dada a sofisticação das fraudes cometidas, a lavagem de dinheiro dessas organizações pode estar usando criptomoedas – completa.

Muitas situações podem não ser percebidas como crime, mas são classificadas dessa forma, como pedir o fracionamento de recibo de consultas médicas para reembolso. O advogado criminalista Rodrigo Fragoso, da Fragoso Advogados, destacou que os tipos de fraudes contra operadoras têm se aperfeiçoado.

– O beneficiário é atraído para um prestador que não é referenciado da seguradora, com a proposta de realização de consultas e procedimentos a serem reembolsados pela operadora, sem necessidade de desembolso. Ele assina um documento onde cede o suposto reembolso ao prestador. Muitas vezes, entrega o login e a senha de acesso do aplicativo da operadora para terceiros.

## RN 518: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE TÊM ATÉ O FIM DO ANO PARA ADOPTAR PRÁTICAS DE GOVERNANÇA

Futuro da Saúde - 30/11/2022

RN 518 é atualização de norma anterior e, apesar das poucas modificações, impõe obrigatoriedade sobre operadoras de médio e grande porte

Até o fim deste ano as operadoras de saúde que possuem mais de 20 mil beneficiários precisam adotar as diretrizes da Resolução Normativa nº 518 (RN 518), regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que obriga a incorporação de práticas mínimas de gestão e controles internos para mitigação de riscos. Segundo dados da ANS, existem mais de 700 operadoras de planos de saúde em atividade no Brasil, número que varia de acordo com o surgimento ou fechamento de empresas. Muitas destas

falências ocorrem justamente por falhas – ou falta – de governança.

A norma é uma atualização de uma resolução anterior, a RN 443, implementada em 2019, e mostra que o tema de fato tem ganhado relevância. Isso porque as operadoras, as agências reguladoras e o próprio mercado enxergam que a boa gestão evita fechamento de planos de saúde e, conseqüentemente, prejuízos aos beneficiários e a própria sustentabilidade do sistema do setor.

Um levantamento do escritório de advocacia M3BS indica que metodologias adequadas de gestão de riscos possuem o potencial de diminuir em até 54% as queixas que os planos

de saúde recebem e 25% das multas, além de possibilitar ganhos de 28% nos resultados e de 12% no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Na visão de Lucas Miglioli, advogado e sócio do escritório M3BS, a ação da ANS com esses marcos regulatórios em relação à gestão da empresa se volta para uma esfera preventiva e que o maior foco neste momento da evolução regulatória é “chamar atenção das operadoras para o seguinte tripé: governança, controles internos e gestão de risco”. Para ele, “o grande benefício dessa norma é aprimorar a qualidade da gestão das operadoras e com isso garantir a sustentabilidade da própria operação e do ecossistema de saúde. É um amadurecimento do setor”.

### **Governança ganha força no mercado das operadoras**

No ambiente empresarial brasileiro, de forma geral, há uma busca contínua pelo estabelecimento de políticas voltadas para governança corporativa e compliance por conta das alterações legislativas e do avanço do conceito de ESG (governança ambiental, social e corporativa). Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, em 2021, destacou que 56% das empresas brasileiras que faturam mais de R\$ 1 bilhão possuem uma área exclusiva de compliance.

Para Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), este “é um tema que preocupa todos os setores da economia. Governança começa com transparência, com organização interna e processos. Todos os setores estão de algum modo inseridos nesse contexto e preocupados com o tema, com a saúde não é diferente”.

Quando não existem políticas mínimas de governança, uma empresa fica vulnerável a uma série de problemas, como perda de liquidez, risco de inadimplência, desequilíbrio financeiro, além de possíveis multas. Miglioli lembra que o gatilho para a regulamentação com a 443 e agora com a RN 518 da ANS foi de fato a falha de gestão:

“A ANS fez um levantamento de 119 operadoras liquidadas entre 2008 e 2012. Quando você fala ‘liquidada’ é como se ela falisse, quebrasse. Dessas 119 empresas, todas quebraram por falta ou por alguma falha de gestão. Então estava aí o problema para ser solucionado. A ANS, sendo o órgão regulador, tem que atuar para sanar as falhas de mercado, ou seja, para deixar o mercado equalizado e evitar que nesse caso de quebra ou liquidação da operadora, ela comprometa todo o sistema.”

Para o advogado, no senso comum existe uma tendência de enviesar o olhar sobre as operadoras de saúde aos grandes players desse mercado, mas ele enfatiza que o Brasil é muito grande há necessidade de uma maior maturidade no setor: “O Brasil é um país enorme, você tem empresas muito estruturadas e empresas quase nada estruturadas. A grande maioria das empresas do país é familiar, sem nenhuma estrutura de governança, de controle de risco. Esta realidade

se reflete na área de saúde também. Quando a gente pensa em plano de saúde, o que vem na nossa cabeça? Grandes empresas como Bradesco, Sulamérica, etc. Só que quando falamos nesse universo, o fato é que existem muitas empresas pequenas, então o primeiro grande desafio da ANS foi criar uma norma que pudesse ser atendida por todas essas operadoras”.

Mesmo sendo abrangente, o superintendente da Abramge lembra que “em um setor em que se tem em torno de mil operadoras de saúde, claramente teremos algumas mais avançadas e outras menos”. Nesse sentido, ele aponta que muitas operadoras estão correndo contra o tempo para alcançar os prazos regulatórios da RN 518, mas que “há uma preocupação sobre a adoção por parte das pequenas e médias operadoras. Até 20.000 vidas ainda não é obrigatório, mas a que possui de 20.000 para 100.000 vidas passa a possuir essa obrigatoriedade e muitas vezes uma operadora de 21.000 vidas, por exemplo, ainda apresenta um porte pequeno”.

Marcos Novais ressalta que a norma anterior, a RN 443, havia surgido como um incentivo para adoção das normas de governança e que a RN 518, com pequenas atualizações, agora impõe uma obrigatoriedade sobre as operadoras de médio e grande porte:

“Algumas operadoras já tinham começado a avançar seja porque foram para a bolsa de valores, porque tinham perspectiva de ir ou porque possuíam uma meta estratégica de alcançar governança. O órgão regulador, olhando para o tema e vendo a importância dele, resolveu fazer uma norma estimulada no primeiro momento. A 443 veio como estímulo no sentido de que aqueles que adotassem antecipadamente governança corporativa teriam um benefício do ponto de vista de constituição de mais solvência, capital baseado em risco e assim uma redução dos riscos do dia a dia por conta da adoção de processos bem delineados [...] agora, na verdade, existe um desafio grande porque passa a ser obrigatório”.

### **RN 518 impacta margem de solvência**

Miglioli explica que as operadoras de saúde, da mesma maneira que empresas do sistema financeiro, precisam de uma reserva técnica para garantir o cumprimento de suas obrigações. No passado, esse cálculo, denominado margem de solvência, não considerava a gestão da operadora, o que importava era a quantidade de beneficiários.

Com a evolução normativa há um olhar para o tipo e o tamanho do risco ao qual as operações estão expostas, de maneira que, quanto menor o risco, menor o valor financeiro a ser depositado na reserva técnica, o que se torna relevante, uma vez que esse valor provém da liquidez da empresa.

“Se antes a gente tinha o ‘capital baseado na quantidade de beneficiários’ igual para todas as operadoras, agora não, ele está baseado no risco. O olhar se direciona para os controles internos e a gestão de risco, o que está diretamente ligado ao tripé da RN 518. Quanto mais organizada a empresa estiver,

menor o risco. Ela pode deixar menos capital parado, porque a própria operação se sustenta”, explica o advogado da M3BS.

Além disso, Marcos Novais, da Abramge, acrescenta que, do ponto de vista de benefícios para operadora, há dois principais: “Os processos internos bem organizados ajudam muito na manutenção e sustentabilidade da operadora ao longo do tempo; e, segundo, acaba sendo excluída aquela que não faz parte do grupo em que há um compromisso com a gestão em relação a sustentabilidade e as melhores práticas. Isso fica sinalizado para futuros investidores e para os consumidores de planos de saúde”.

Para Miglioli, da M3BS, “a tendência é ficar cada vez mais rígida a demonstração de controles internos e a exposição a risco para que a empresa demonstre cada vez mais efetivamente que tem o controle da sua gestão, da sua operação.” Já o superintendente executivo da Abramge aponta que a RN 518 dispõe de uma boa maturidade e que os aprimoramentos futuros devem ocorrer em outro sentido: “A norma já está em um nível de maturidade importante, até porque a RN 518 é editada quatro anos depois [da RN 443] e não há quase nenhuma grande alteração [...] Eu não vejo grandes necessidade de aprimoramento pela frente, acho que o que precisamos fazer é um desafio sempre é, ao invés de trabalharmos para uma mudança de norma, aprimorarmos os nossos processos internos para o cumprimento dela”.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)