
ÍNDICE INTERATIVO

[Pandemia praticamente não afetou julgamentos sobre saúde no STJ em 2020](#) - Fonte: Jota

[Retrospectiva 2020 na saúde suplementar](#) - Fonte: ANS

[Mensalidades dos planos de saúde vão subir até 35% em 2021](#) - Fonte: UOL

[Comunicado sobre PIC e PEONA SUS](#) - Fonte: ANS

[Proposta de modelo para mensuração do risco operacional e legal](#) - Fonte: ANS

[Rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde da ANS – vamos entender o que é “mínimo” quando se trata do Rol](#) - Fonte: Fenasaúde

[Os planos de saúde e os outros sinais de alerta para a inflação](#) - Fonte: O Globo



PANDEMIA PRATICAMENTE NÃO AFETOU JULGAMENTOS SOBRE SAÚDE NO STJ EM 2020

Jota – 30/12/2020

Prescrição, cobertura e reembolso de procedimentos, e paridade entre ativos e inativos estão nos julgados

Em um ano cheio de situações incomuns, o consumidor, as empresas privadas e entidades públicas ligadas à área da saúde, sem escolha, tiveram que experimentar uma nova forma de lidar com o Judiciário em sua busca pela resolução de demandas.

A despeito da crise causada pela pandemia, que trouxe novas demandas tanto para o setor público quanto para a saúde suplementar, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) se manteve relativamente fiel ao seu calendário e suas previsões de julgamentos.

O JOTA acompanhou todos os julgamentos — a maioria deles realizado por videoconferência — de todos os casos de Saúde deste ano de 2020 e fez uma seleção dos principais temas e decisões que vão impactar o setor.

Planos de saúde e beneficiários

Prazo prescricional para beneficiários pedirem reembolso é de 10 anos

Em março de 2020, a 2ª Seção do STJ decidiu que é de 10 anos o prazo prescricional para que beneficiários peçam o reembolso de despesas médico-hospitalares, alegadamente cobertas por plano ou seguro saúde, mas que não foram cumpridas pela operadora. A previsão do julgamento estava na agenda, enviada pelo JOTA aos assinantes, sobre os principais processos de Saúde do semestre na Corte. O julgamento aconteceu nos REsp 1.756.283/SP e REsp 1.805.558/SP.

Operadora deve restabelecer plano de idosa por ter omitido vencimento de parcela

Em agosto, a 4ª Turma determinou o restabelecimento do plano de saúde de uma idosa, que foi rescindido unilateralmente por inadimplência. Os ministros do colegiado entenderam que a operadora agiu de má-fé ao omitir o vencimento de uma das parcelas. O caso ([REsp 1.647.745/SP](#)) também estava na lista dos principais julgamentos de Saúde do semestre em relatório enviado aos assinantes do JOTA.

Mudança de endereço não enseja rescisão tácita de plano de saúde

Em junho, a 3ª Turma do negou o recurso de um beneficiário contra condenação por inadimplência de parcelas em atraso. Ele alegava que havia comunicado a operadora de sua mudança de endereço e que, no novo local de moradia, não havia cobertura do plano, portanto ele não fez uso do serviço no período referente à inadimplência. Os ministros da 3ª Turma entenderam, no entanto, que a notificação de mudança não foi devidamente feita no prazo e que as cobranças geradas não poderiam ser desoneradas. A decisão foi no REsp 1.595.897/SP.

Planos coletivos e empresariais

Ativos e inativos devem ter as mesmas condições de assistência e custeio em planos coletivos

No recurso repetitivo Tema 1.034, a 2ª Seção decidiu que ao ex-empregado aposentado (beneficiário inativo) deve ser aplicado o mesmo modelo de prestação de serviço, forma de custeio e valores dos beneficiários ativos. A decisão prevê que a manutenção do plano do inativo pode ser modificada em caso de alteração dos planos dos empregados ativos, desde que seja mantida a igualdade entre os dois. O julgamento foi concluído agora em dezembro.

Cobrança de número mínimo de beneficiários em plano coletivo é abusiva

A decisão foi da 3ª Turma, que julgou ser abusiva e ilegal uma cláusula de contrato de plano coletivo que previa a cobrança de um número mínimo de beneficiários, em caso de evasão. O tema foi analisado no REsp 1.830.065/SP, no mês de novembro.

Plano coletivo deve aplicar índice da ANS caso não comprove necessidade de reajuste maior

No REsp 1.848.022/DF, em setembro de 2020, a 3ª Turma decidiu que o índice de reajuste de plano de saúde individual definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve ser aplicado caso a operadora de plano coletivo não consiga comprovar a necessidade de um reajuste acima desse índice.

Rescisão unilateral de plano coletivo deve ser informada também aos beneficiários, que têm direito à portabilidade de carência

Em agosto, a 3ª Turma reforçou o entendimento de que as operadoras de plano de saúde coletivo que decidirem, unilateralmente, pela rescisão do contrato devem comunicar o fato à pessoa jurídica e aos beneficiários. O caso foi julgado no REsp 1.739.907/DF.

Rescisão unilateral de plano coletivo não obriga operadora a oferecer opções individuais

No julgamento dos recursos 1.732.511/SP e 1.819.894/SP, a 3ª Turma concluiu que a rescisão unilateral de plano coletivo não obriga a operadora a oferecer opções de planos individuais sem prazo de carência e com preços iguais. O entendimento vale apenas nos casos em que não há benefícios compatíveis na carteira de serviços.

2ª Seção fixa e depois altera tese sobre planos derivados de contratos de trabalho

Em março, a 2ª Seção julgou o Incidente de Assunção de Competência (IAC) nº 5 — também comunicado antecipadamente aos assinantes do JOTA — no qual fixou a seguinte tese sobre planos derivados de contratos de trabalho: “Compete à Justiça comum julgar as demandas relativas a plano de saúde de autogestão empresarial, exceto quando o benefício for instituído por meio de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, hipótese em que a competência será da Justiça do Trabalho, ainda que figure como parte trabalhador aposentado ou dependente do trabalhador”.

Três meses depois, em junho, o mesmo colegiado aprovou uma alteração no texto da tese firmada, trocando a palavra instituído pelo termo regulado.

Cobertura e reembolso de procedimentos

Fertilização in vitro: ministros decidem que planos não são obrigados a custear procedimento

Em fevereiro de 2020, os ministros das turmas de direito privado do STJ (3ª e 4ª) decidiram, em julgamentos diferentes, pelo mesmo entendimento de os [planos de saúde não são obrigados a custear o procedimento de fertilização in vitro](#), pacificando assim a jurisprudência da Corte sobre a matéria. Os dois colegiados interpretaram que, embora a lei dos planos de saúde cite expressamente a proibição de cobertura apenas de inseminação artificial, a fertilização pode ser compreendida como um procedimento análogo, portanto, fora do rol de cobertura. A interpretação foi fundamentada no artigo 10, inciso III, da Lei 9.656/98.

Na 3ª Turma a decisão foi por maioria de votos, no âmbito do REsp 1.794.629/SP, julgado em 18 de fevereiro. Já na 4ª Turma, a decisão foi por unanimidade, no âmbito do REsp 1.823.077/SP, julgado no dia 20 do mesmo mês.

Planos devem arcar com retirada e criopreservação de óvulos até alta de paciente com câncer

Em maio, a 3ª Turma decidiu que uma operadora deveria arcar com o procedimento de retirada e criopreservação de óvulos de uma beneficiária até que ela recebesse alta de seu tratamento quimioterápico, visando preservar o seu direito de ser mãe, caso venha a ficar infértil. Os ministros, no entanto, ressaltaram que o caso era peculiar e não afrontava o que já estava previsto: que os planos não são obrigados a cobrir procedimentos de fertilização. O julgamento ocorreu no [REsp 1.815.796/RJ](#).

Cobrança de coparticipação após o 30º dia de internação psiquiátrica não é ilegal

Com o recurso repetitivo Tema 1.032, a 2ª Seção decidiu em dezembro que a cobrança de coparticipação após o 30º dia de internação psiquiátrica não é ilegal. Para os ministros, o enunciado da Súmula 302 do STJ — que considera abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado — não se aplica para internações psiquiátricas. Eles concluíram também que a cobrança de coparticipação, após os 30 dias de internação, era um importante instrumento para o equilíbrio atuarial dos planos. O julgamento tomou como exemplo os seguintes processos: [REsp 1.755.866/SP](#) e [REsp 1.809.486/SP](#).

Plano não precisa cobrir prótese de fisioterapia pelo método Pediasuit

No julgamento do REsp 1.741.618/DF, que também ocorreu em dezembro, a 3ª Turma decidiu que uma operadora não deveria cobrir o fornecimento de órteses e próteses em fisioterapia realizada pelo método Pediasuit. A decisão foi baseada no art. 10 da Lei 9656/98, que exclui a cobertura de órteses e próteses não ligadas a ato cirúrgico.

Operadora não é obrigada a reembolsar procedimento não urgente fora da rede credenciada

No mês de outubro, a 2ª Seção decidiu que uma operadora não era obrigada a reembolsar um beneficiário que realizou procedimento cirúrgico com médico e hospital não integrantes da rede credenciada. Os ministros entenderam que, no caso específico, não ficou caracterizado que o procedimento era de urgência ou emergência.

O julgado não tem repercussão geral, ou seja, não se aplica automaticamente a outros casos, mas passa a configurar como jurisprudência atual da Corte, uma vez que a 2ª Seção é o órgão colegiado responsável por uniformizar os entendimentos do STJ sobre o tema. O julgamento ocorreu no âmbito do [EAREsp 1.459.849/ES](#).

Registro e fornecimento de medicamentos

Operadora deve importar medicamento que teve registro cancelado

Em dezembro, a 3ª Turma manteve a condenação de uma operadora a custear a importação do medicamento Targretin, que teve seu registro cancelado. No REsp 1.816.768/PR, os ministros concluíram que o cancelamento do registro ocorreu em função do “desinteresse comercial” do importador, o que, portanto, não anula a legalidade da importação e de seu uso.

Medicamentos com nomes semelhantes ao Dorflex têm seus registros anulados

No REsp 1.848.648/RJ, a 3ª Turma negou o recurso de uma farmacêutica, anulando os registros comerciais e proibindo o uso das marcas dos medicamentos Doralflex e Neodoralflex. O colegiado entendeu que a similaridade com a marca Dorflex, registrada anteriormente, poderia causar confusão aos consumidores. O julgamento começou em dezembro de 2019 e foi concluído em maio de 2020, com o placar apertado de 3 votos a 2.

Farmacêutica é condenada após mulher desenvolver compulsão por jogos como efeito colateral de medicamento

Em um julgamento inusitado ocorrido em maio, a 3ª Turma condenou uma farmacêutica ao pagamento de indenização a uma mulher que desenvolveu compulsão por jogos após o uso do medicamento Sifrol. A Justiça entendeu que o fabricante não esclareceu devidamente o risco ao qual a paciente estava submetida. A mulher faleceu em 2018, mas a ação foi mantida pelo espólio dela.

A paciente sofria de Mal de Parkinson e, após o uso contínuo do Sifrol, alegou que, como efeito colateral, começou a frequentar bingos e acabou se viciando em jogos. O vício teria levado a mulher a perder 75% de seu patrimônio, além de abandono progressivo de sua carreira profissional de advogada, o que teria causado perda de renda e prestígio. A compulsão por jogos, ou jogo patológico, é uma doença reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O caso foi julgado no [REsp 1.774.372/RS](#).

Operadoras e regulação

União e ANS devem ser pólos passivos de ACP que impacta mais de uma operadora

No mês de outubro, no julgamento do REsp 1.188.443/MG, a 4ª Turma decidiu que a Justiça Estadual do Rio de Janeiro não poderia julgar uma ação civil pública coletiva contra planos de saúde sem consultar a União e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobretudo porque, no curso do julgamento, o tribunal de segunda instância declarou nulidade de uma norma regulatória: a Resolução nº 13 do Conselho de Saúde Suplementar (Consu). Além de anular o acórdão recorrido, oriundo do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ), o colegiado determinou a remessa dos autos para a Justiça Federal e a inclusão da União e da ANS como pólos passivos.

RETROSPECTIVA 2020 NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS – 29/12/2020

O ano de 2020 foi um dos mais complexos e desafiadores devido ao surgimento e disseminação do novo Coronavírus e dos impactos sanitários, econômicos e sociais provocados pela pandemia. A vida da população foi transformada com a adoção de rígidas ações governamentais em praticamente todos os países, como fechamento do comércio e escolas, isolamento social, quarentena e medidas necessárias para evitar aglomerações, conter o avanço da doença e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde. Neste sentido, alinhada com as demais autoridades de saúde para colaborar de forma mais efetiva na resposta brasileira à Covid-19, a ANS discutiu permanentemente com todo o setor de planos de saúde a implementação de uma série de medidas para o enfrentamento da pandemia, visando garantir a sustentabilidade do setor e, principalmente, preservar a

manutenção dos contratos dos mais de 47,3 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 26,6 milhões usuários de planos odontológicos.

Mas apesar da pandemia, o setor de planos de saúde teve em 2020 um ano de iniciativas importantes, que contribuíram para o aprimoramento do setor e a melhoria da prestação dos serviços para os beneficiários, com a continuidade do incentivo à adoção de um modelo de assistência em saúde mais eficiente, eficaz e sustentável, com cuidado centrado no paciente; pelo crescente índice de desfechos positivos na intermediação e solução de conflitos entre beneficiários e operadoras; pela revisão e adequação de normativos que se encontravam defasados; pelo aumento da transparência e redução da assimetria de informações no setor; e pelos

robustos debates com o setor e a sociedade sobre a saúde suplementar.

Confira abaixo alguns dos principais destaques de 2020.

Medidas para enfrentamento da Covid-19

Uma das primeiras determinações da Agência, após o início da pandemia, foi a inclusão de forma extraordinária dos exames para detecção da Covid-19 no Rol de Procedimentos. Inicialmente foi incorporado o [exame RT-PCR](#), considerado padrão ouro para diagnóstico da doença. Posteriormente, a ANS [incluiu mais seis exames](#) para auxiliar no diagnóstico e, após a conclusão da análise técnica das evidências científicas disponíveis e amplo debate sobre o tema com o setor regulado e com a sociedade, decidiu incorporar ao rol os [testes sorológicos](#) para detectar a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após a exposição do novo coronavírus.

A [prorrogação dos prazos máximos de atendimento](#) para a realização de consultas, exames, terapias e cirurgias eletivas, com o objetivo de reduzir a sobrecarga das unidades de saúde e de evitar a exposição desnecessária de beneficiários ao risco de contaminação foi outra providência tomada pela ANS. Importante frisar que, mesmo com a adoção da medida, os prazos para os casos em que os tratamentos não pudessem ser adiados ou interrompidos foram mantidos, assim como prazos de atendimento de urgência e emergência.

Para minimizar os impactos da pandemia na saúde suplementar, permitindo que as operadoras de planos de saúde respondessem de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela Covid-19, a ANS definiu uma série de medidas. Uma das mais importantes foi a recomendação às operadoras de planos de saúde para que providenciassem as adequações necessárias em suas redes para disponibilizar atendimento à distância aos seus beneficiários. Para viabilizar e monitorar a telessaúde, a ANS adequou o seu sistema de informações, dessa forma, foi possível que as operadoras e os prestadores de serviços trocassem informações mais precisas sobre os procedimentos realizados à distância.

A Agência também flexibilizou normativas econômico-financeiras para que as operadoras pudessem priorizar as ações de combate à Covid-19, estabelecendo contrapartidas para proteger os beneficiários de planos de saúde e a rede de prestadores de serviços. Assim, foi permitida a autonomia na gestão de aproximadamente R\$ 15 bilhões em recursos garantidores das provisões técnicas e equalização da exigência de capital regulatório. Nove operadoras assinaram o termo de compromisso que permitia a flexibilização dos recursos. [Confira aqui](#).

Ainda com foco no cenário de retração econômica, redução de utilização dos serviços de saúde e dificuldades causado pela pandemia e salvaguardar os interesses dos beneficiários de planos, a ANS decidiu, em agosto, pela [suspensão dos](#)

[reajustes](#) anual e por mudança de faixa etária por 120 dias, buscando, assim, conferir alívio financeiro ao consumidor, sem desestabilizar as regras e os contratos estabelecidos. As cobranças suspensas – [que terão diluído o pagamento desses valores em 12 meses em 2021](#) – englobou um total de 20,2 milhões de beneficiários em relação ao reajuste anual por variação de custos e 5,3 milhões de beneficiários no tocante aos reajustes por mudança de faixa etária.

Informações para o setor e a sociedade

Para manter a sociedade informada sobre as ações relacionadas ao novo Coronavírus, prestar orientações aos consumidores e dar transparência às medidas implementadas no setor, foi criada uma página específica sobre Covid-19 no portal da Agência reunindo todas as informações pertinentes ao tema. [Clique aqui](#).

Diante do cenário de incertezas causada pela pandemia, a Agência lançou o Boletim Covid-19, um informativo com o monitoramento específico que vem realizando junto ao setor de planos de saúde, contemplando informações assistenciais e econômico-financeiras de uma amostra de operadoras médico-hospitalares que apresentam os impactos da Covid-19 na saúde suplementar. O objetivo da publicação, que já possui oito edições – [veja aqui](#) – é subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora sobre o tema, contribuindo para a tomada de decisões no enfrentamento da pandemia, bem como apresentar à sociedade informações importantes para a compreensão do cenário no mercado de planos de saúde. Por esta estratégia, a ANS recebeu o prêmio FGV de Melhores Práticas em Regulação. [Clique aqui e assista à premiação](#).

Desde o início de março, a ANS vem fazendo o monitoramento diário das demandas registradas nos canais de atendimento para pedidos de informação e registro de reclamações e disponibiliza os dados na página sobre Covid-19. É possível comparar os números de casos confirmados no Brasil com os registros de demandas nos canais de atendimento da ANS no mesmo período; identificar os percentuais e os tipos de reclamações mais frequentes; verificar a quantidade de registros nos canais de atendimento por Unidade da Federação; e visualizar, em mapas, a incidência de casos confirmados e os números de reclamações registradas nos mesmos estados.

E nas redes sociais – que em 2020 ganharam um reforço com a inauguração da página da ANS no Instagram - foram divulgadas campanhas e diversos posts informativos para reforçar os cuidados em saúde ao longo da pandemia e as medidas para prevenção à Covid-19.

Revisão do Rol de Procedimentos

Em 2020 foi dado prosseguimento ao processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Após a realização de diversas rodadas de reuniões técnicas para analisar as propostas encaminhadas inicialmente através de formulário eletrônico, onde foram avaliadas as

tecnologias consideradas elegíveis conforme a Resolução Normativa nº 439, a ANS abriu Consulta Pública e recebeu 30.658 contribuições, que representou um aumento de 500% em relação à última consulta pública para revisão do Rol, realizada em 2017, que teve 5.259 contribuições. As manifestações recebidas estão sendo analisadas pela equipe técnica da ANS e, após encaminhamento e deliberação da Diretoria Colegiada, o novo rol tem previsão para ser publicado a partir de março de 2021. [Confira aqui mais informações e acompanhe o processo de atualização do Rol.](#)

Promoção, prevenção e qualidade da saúde

O Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (Promoprev) atingiu a marca de 1,9 mil iniciativas cadastradas junto à ANS, contemplando aproximadamente 2,5 milhões de beneficiários e cujos programas são desenvolvidos por 418 operadoras, o que corresponde a 57% do setor, considerando as operadoras de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia. Trata-se do maior número desde 2009, ano em que a ANS lançou a estratégia de estímulo ao desenvolvimento de programas desse tipo e os projetos começaram a ser registrados na reguladora.

Este ano, a Agência iniciou a reformulação do programa, com foco na ampliação do escopo, no fortalecimento como ferramenta de concorrência e no monitoramento e mensuração de resultados efetivos em prol da geração de valor. Para isso, foi firmada parceria com a Fiocruz/Brasília para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação dos resultados dos programas e de escalonamento dos incentivos regulatórios às operadoras. Essas ações vão possibilitar a apresentação de resultados em saúde que podem ser comparados, permitindo, assim, que os contratantes de planos de saúde possam realizar a melhor escolha de acordo com seu perfil e suas necessidades.

“As ações de promoção e prevenção são fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, sendo uma estratégia que objetiva a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde da população. Por esse motivo, a ANS tem buscado cada vez mais estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a organização do sistema de saúde e implementar um modelo de atenção mais eficiente e resolutivo e modelos de remuneração de prestadores que estimulem a qualidade”, destaca o diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

Ainda nesse sentido, um novo acordo de cooperação foi firmado com o Serviço Social da Indústria (SESI) para estimular ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no ambiente de trabalho, com o intuito da busca pela contribuição para a geração de melhores resultados em saúde da população atendida pelos planos coletivos empresariais e assegurar a sustentabilidade do setor. [Veja mais.](#)

Qualidade de operadoras e prestadores

Em 2020 a ANS deu continuidade à implantação do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, que visa incentivar as operadoras a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários. Foi firmado acordo de cooperação com o Institute for Healthcare Improvement (IHI), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para desenvolvimento do projeto Cuidado Integral à Saúde e selecionadas 20 operadoras para fazer parte da iniciativa, que prevê a concessão de uma certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos em Atenção Primária. [Clique aqui e conheça melhor a iniciativa.](#)

Também neste ano foi concluído o projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospital, uma parceria com o Hospital Moinhos de Ventos por meio do programa Proadi-SUS. Desenvolvida ao longo de três anos, possibilitou a criação de um Sistema de Informação Hospitalar (Sihosp) que permite mensurar e comparar o desempenho das instituições de saúde, promovendo a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares e disponibilizando informações à sociedade que gerem maior poder de decisão para a escolha dos prestadores e contribuam para a tomada de decisão dos gestores em saúde. [Veja mais.](#)

A ANS também acrescentou o requerimento padrão referente ao risco de crédito às regras de capital regulatório que devem ser seguidas pelas operadoras de planos de saúde, promovendo alterações na Resolução Normativa (RN) nº 451. “A inclusão dessa exigência faz parte do cronograma previamente estabelecido na própria normativa, que visa incentivar a boa gestão de riscos pelas operadoras, contribuindo para sustentabilidade do mercado e ampliando a segurança para os beneficiários”, destaca o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello.

Posteriormente, serão incorporadas exigências para os demais riscos: operacional e legal, até junho de 2021, e de mercado, até dezembro de 2022. Até 2023, as operadoras já deverão estar adaptadas ao capital baseado em riscos, quando a margem de solvência será extinta e a utilização do capital baseado em risco se tornará obrigatória para o setor. [Saiba mais aqui.](#)

Eventos virtuais e participação social

No ano de 2020, e em função das medidas de isolamento decorrentes da pandemia, as reuniões presenciais foram substituídas por encontros virtuais para que não houvesse prejuízo às discussões promovidas com o setor e a sociedade. Ao todo, foram realizadas mais de 100 atividades remotas, internas e externas, entre reuniões técnicas, eventos específicos sobre temas relacionados à Covid-19 (incluindo audiência pública), oficinas e webinários, entre outras atividades.

No contexto das ações para enfrentamento da Covid-19, foram realizados diversos eventos que permitiram o compartilhamento de experiências bem-sucedidas de operadoras para coordenação do cuidado e gestão de

pacientes crônicos durante a pandemia, com o intuito de disseminar essas práticas para que sirvam como exemplos positivos e alinhados a um modelo de atenção que gere melhores resultados para o paciente. [Relembre aqui](#). Também foi realizado o [I Simpósio Virtual ANS](#), que debateu com o setor o impacto da pandemia na saúde mental da população e a importância do desenvolvimento de ações e estratégias de organização do cuidado em saúde mental na saúde suplementar.

A divulgação das práticas mais seguras e adequadas em tempos atuais também foram intensificadas pela Agência. Um exemplo é a série “Gravidez e Coronavírus”, do Movimento Parto Adequado, uma iniciativa da ANS, O Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), destinado às gestantes, familiares e profissionais de saúde. O Movimento Parto Adequado também retomou, em 2020, o Ciclo Intensivo da Fase 2, no qual operadoras de planos de saúde e hospitais deverão atuar em parceria e terão acesso a treinamentos e metas mais desafiadoras, acompanhados do incremento do suporte de especialistas em melhoria dedicados a cada participante. Também neste ano foi realizada Consulta Pública para viabilizar a certificação de Boas Práticas nessa linha de cuidado. [Clique aqui para saber mais](#).

Nesse ano foram realizadas quatro Consultas Públicas, que trataram dos seguintes temas: critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde; Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia (AIC); Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado; autorização prévia anual para movimentação de ativos garantidores; e revisão do Rol de Procedimentos. Também foi realizada, remotamente, uma Audiência Pública para discutir a incorporação de testes sorológicos na lista de coberturas obrigatórias.

Ressarcimento ao SUS

A ANS encerrou o ano de 2020 batendo duas metas históricas em relação ao ressarcimento. A primeira foi a redução do intervalo de notificação da cobrança desde a ocorrência no SUS, um compromisso público e firmado junto ao Tribunal de Contas da União (TCU). A diminuição do tempo entre notificação e cobrança (que passou a ser realizada em menos de um ano) permite tanto a defesa das operadoras como análises epidemiológicas mais oportunas, especialmente no cenário da pandemia, sendo possível acompanhar a utilização do SUS pelos beneficiários atingidos pela Covid-19 a partir de março de 2021. A segunda meta foi a estabilização do passivo de análises de impugnações e recursos, que contribui para a celeridade na resolução dos processos administrativos e, conseqüentemente, na liberação das contas de operadoras e nos repasses dos valores ao SUS. “A ANS conseguiu reduzir o passivo de recursos enviados pelas operadoras com o investimento na alocação de recursos humanos, padronização de entendimentos internos e junto ao setor e com o aperfeiçoamento de sistemas informatizados”, explica o diretor de Desenvolvimento Setorial substituto, César Serra. Em 2019, o passivo de atendimentos em análise

chegava a 407.189 casos. Em novembro de 2020, este passivo reduziu para 68.469 casos.

Somente no primeiro semestre de 2020, a ANS repassou R\$ 491 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste ano a Agência também abriu mais um caminho de diálogo com as operadoras com o objetivo de solucionar processos judiciais referentes ao ressarcimento, ao assinar um Protocolo de Intenções inédito para encerrar litígios e ampliar a arrecadação de recursos devidos em função do ressarcimento. A iniciativa faz parte do Projeto de Integração da ANS com a Procuradoria Geral Federal, cujo principal objetivo é a celebração de acordos com as operadoras de planos de saúde para a solução de questões judiciais e o conseqüente pagamento de débitos. [Saiba mais](#).

Intermediação de conflitos

No tocante ao atendimento prestado pelas operadoras aos seus beneficiários, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) completou 10 anos e continua se mostrando uma ferramenta importante para agilizar e solucionar demandas de consumidores, tanto em relação a questões de natureza assistencial, quanto às reclamações de natureza não-assistencial, com percentuais de resolutividade acima de 90%. Para marcar a data, foi realizado um webinar sobre o tema ([relembre aqui](#)). “A NIP é uma ferramenta valiosa para os consumidores, pois dá agilidade à solução das queixas e tem apresentado resultados muito positivos em prol do beneficiário. Além disso, é um instrumento indutor de boas práticas no setor, incentivando a reparação voluntária por parte das operadoras”, ressalta o diretor de Fiscalização substituto, Maurício Nunes.

Nesse sentido também novos acordos de cooperação técnica no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania foram firmados e parcerias existentes foram prorrogadas, e atualmente existem 33 termos assinados com entidades como Tribunais de Justiça, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos e Procons. A medida contribui para a construção de espaços permanentes de discussão e debate, privilegiando a prevenção e mediação de conflitos, de modo a conferir maior eficácia na proteção e defesa do consumidor de planos de saúde. [Confira aqui os acordos em vigor](#).

ANS Digital

Este ano, a ANS avançou na digitalização dos seus processos e serviços com a pactuação, junto ao Ministério da Economia e à Presidência da República, do seu plano de transformação digital; e com a recente aprovação, pela Diretoria Colegiada, da Resolução Normativa, elaborada com a colaboração de toda a Agência, sobre o processo administrativo eletrônico, medida estruturante para a consolidação do processo eletrônico na ANS. “Com isso, a Agência busca simplificar etapas, gerar maior eficiência e aprimorar a jornada dos usuários que utilizam os serviços prestados pela reguladora, dando seqüência [a outras ações já implementadas](#)”, destaca o diretor de Gestão substituto, Bruno Rodrigues.

O Plano de Transformação Digital da ANS está sustentado em três eixos: transformação digital de serviços (com a disponibilização de serviços cada vez mais digitais para os usuários); unificação dos canais digitais (implantação do login único, migração do site da ANS para o portal GOV.BR e atualização dos serviços que irão para o portal, avaliação pelo cidadão e migração dos aplicativos); e interoperabilidade dos sistemas (com a integração de base de dados, iniciativas voltadas para ciência de dados e disponibilização de dados no formato aberto).

Desafios pela frente

“Entre as prioridades para o ano que se inicia está o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados no setor de planos de saúde e dos serviços prestados pela própria ANS a todos os seus públicos”, destaca o diretor Rogério Scarabel. Nesse sentido, a Agência vai dar continuidade ao [Plano de Transformação Digital](#), inclusive com previsão de uso de Inteligência Artificial para agilizar atendimentos e soluções de demandas; e dará prosseguimento à revisão do estoque regulatório, a fim de simplificar e dar mais clareza às normas do setor, numa ação que já possibilitou a [revogação](#)

de [307 atos normativos](#) e a criação de um painel dinâmico sobre o tema – [confira aqui](#).

Também estão na pauta para 2021 a ampliação de ações de indução a melhorias na atenção à saúde dos beneficiários; o aprimoramento de regras prudenciais e o instrumento de mediação da ANS; o incremento da integração de dados dos sistemas público e privado de saúde; e a definição de mecanismos para aumentar o acesso de consumidores a planos de saúde. E, em março de 2021, entrará em vigor a nova lista de coberturas obrigatórias no Rol de Procedimentos em Saúde, o que garantirá a ampliação das coberturas para os beneficiários de planos de saúde.

O cenário da saúde suplementar pós pandemia ainda é imprevisível. A Covid-19 surgiu e eclodiu devido a um mundo globalizado, veloz e tecnológico. Contê-la tornou-se o maior desafio para todos os países do mundo. E diante deste cenário, iniciativas da ANS e de vários atores do setor robustecem a união de forças, a readequação de estratégias e a importância de gerar providências globais e locais, com ações para refrear a pandemia e garantir a sustentabilidade do setor e assistência aos consumidores.



MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE VÃO SUBIR ATÉ 35% EM 2021

UOL - 28/12/2020

Acostumados a altas acima da inflação, os clientes de planos de saúde devem se preparar para um aumento de até 35% nas mensalidades ao longo do ano que vem. O percentual é uma estimativa do UOL para o reajuste previsto para 2021 somado à alta aprovada para 2020, mas que só será cobrada a partir do mês que vem.

Em razão da pandemia do novo coronavírus, a ANS (Agência Nacional de Saúde) suspendeu o reajuste de 8,14% sobre os planos individuais e de 15% sobre os planos coletivos (que abrangem 81% dos usuários) que seria aplicado este ano.

Ficou decidido que o aumento que valeria para setembro, outubro, novembro e dezembro será cobrado em 12 parcelas a partir de janeiro no ano que vem, mês em que o reajuste de 8,14% (planos individuais) e 15% (coletivos) também passará a valer.

Entenda o cálculo para os planos coletivos

Expectativa de aumento total em 2021: 35%

Por quê? A partir de janeiro, o usuário terá de pagar os 15% do reajuste médio suspenso em 2020. Também a partir de janeiro, ele pagará a primeira das 12 parcelas do aumento que deixou de ser cobrado entre setembro e dezembro, um acréscimo equivalente a 5% ao mês sobre o valor pago hoje. Acontece que os planos também reajustarão a mensalidade em 2021, aumento que costuma ser acrescido ao boleto na data de aniversário de contratação do plano. O UOL considerou a repetição do reajuste médio deste ano (15%), o mesmo de anos anteriores, segundo o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

Um usuário de 34 anos —que paga cerca de R\$ 393 de plano, segundo tabela da ANS— chegará ao final do ano que vem desembolsando aproximadamente R\$ 530, acréscimo de R\$ 137, ou 35%.

Entenda o cálculo para os planos individuais

Expectativa de aumento em 2021: 18,9%.

Por quê? A partir de janeiro, o usuário terá de pagar os 8,14% do reajuste suspenso em 2020. Também a partir de janeiro, ele pagará a primeira das 12 parcelas do aumento que deixou de ser cobrado entre setembro e dezembro, um acréscimo equivalente a 2,71% sobre o valor pago hoje.

Como os planos também reajustarão a mensalidade em 2021 no aniversário de contratação do plano, o UOL considerou a repetição do reajuste deste ano (8,14%), embora a média de aumento tenha sido de 9,9% nos últimos 10 anos.

Um usuário de 34 anos —que paga em média R\$ 458 de plano, segundo tabela da ANS— chegará ao final de 2021

desembolsando aproximadamente R\$ 544, acréscimo de R\$ 86, ou 18,9%.

Entidades tentam cancelar aumento

“Muitas pessoas não estão se dando conta de que essa cobrança retroativa vai chegar em janeiro junto com a correção. E, ao longo de 2021, um novo índice será aplicado e se somará a esses valores que começarão a ser cobrados em janeiro. Será um impacto profundo nas contas dos brasileiros em plena pandemia.

Rafael Robba, advogado especialista em direito à saúde do escritório Vilhena Silva

Insatisfeitos com o reajuste aplicado este ano, o Idec se uniu à Defensoria Pública e pediu à ANS que abra os dados financeiros do setor para comprovar a necessidade de parcelar o aumento de 2020 ao longo do ano que vem.

Em outubro, o Idec também pediu na Justiça o cancelamento de todos os reajustes repassados entre março e agosto.

A justificativa é a lucratividade das operadoras durante a crise sanitária, que já chega a R\$ 29,8 bilhões entre março e setembro, de acordo com o último boletim da agência. No período, as empresas receberam de seus segurados um total de R\$ 101,3 bilhões em mensalidades, mas repassaram R\$ 71,5 bilhões a hospitais e clínicas.

O dinheiro extra se deve aos cancelamentos e adiamentos de serviços médicos por conta da pandemia. Ainda segundo a ANS, a taxa que mede o número de vezes em que os planos foram acionados caiu de 79% (média dos últimos quatro anos) para 62% em junho (o mais baixo do ano), quando passou a se recuperar lentamente, atingindo 73% em setembro.

Para a coordenadora de Saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete, a ANS deveria revogar o parcelamento do reajuste para que as operadoras "socializem esse lucro recorde com quem está desempregado e sem renda.

O que dizem ANS e planos

Segundo a ANS, ela fez o possível ao adiar o reajuste deste ano e "diluir o pagamento" em 2021 a fim de "minimizar o impacto aos beneficiários e preservar os contratos".

A agência diz em nota que o reajuste respeitou as despesas de 2018 e 2019, "período anterior à pandemia", e que a redução da oferta de serviços médicos só será percebida "no reajuste referente a 2021".

É também o que defende a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), que reúne os 16 maiores planos.

Para a entidade "não faz nenhum sentido" suspender os reajustes "definidos pela ANS" em função de resultados financeiros, "que são parciais, registrados por algumas operadoras na pandemia".

"A não aplicação de reajustes, como pretende o Idec, converge para desequilibrar os contratos existentes, comprometer a prestação dos serviços e penalizar justamente quem, supostamente, se pretende defender: os consumidores"

FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), em nota

Assim como Navarrete, do Idec, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) divide a responsabilidade dos aumentos com a agência reguladora.

"A ANS se omitiu e agiu apenas quando foi pressionada por questões políticas", afirma José Sestelo, pesquisador, doutor em saúde coletiva e membro da Abrasco. Ele se refere à suspensão do reajuste em agosto, ocorrida apenas depois que o presidente da Câmara, Rodrigo Maia (DEM), pressionou a ANS.

"As empresas estão se aproveitando de uma situação de calamidade para manter seus níveis de ganho às custas de uma população sacrificada. Se a saúde é um bem de relevância pública, ela não pode ser tratada como mercadoria José Sestelo, membro da Abrasco e pesquisador da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

A FenaSaúde rebate: "Desde o início da pandemia, as operadoras associadas à FenaSaúde vêm empreendendo seus melhores esforços para permitir que os beneficiários mantenham seus planos, tendo, inclusive, suspenso voluntariamente os reajustes por 90 dias entre maio e julho."

COMUNICADO SOBRE PIC E PEONA SUS

ANS – 24/12/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa às operadoras de planos de saúde que emitiu o Comunicado nº 88 com entendimento relativo à constituição da Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC) e da Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS (PEONA SUS).

O aviso, aprovado na 540ª reunião da Diretoria Colegiada realizada nessa terça-feira (22/12), foi publicado hoje (24/12)

no Diário Oficial da União (DOU). [Clique aqui e acesse o comunicado.](#)

[Clique aqui e acesse a Nota Técnica nº 5/2020/GGAME/DIRADDIOPE/DIOPE e o Voto nº 659/2020/ASSNT-DIOPE/DIRAD-DIOPE/DIOPE.](#)

PROPOSTA DE MODELO PARA MENSURAÇÃO DO RISCO OPERACIONAL E LEGAL

ANS – 23/12/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar se reuniu virtualmente na terça-feira, 22, com cerca de 30 representantes de entidades do setor na Reunião de Solvência para Apresentação de Proposta de Modelo Padrão de Mensuração do Risco Operacional e Legal. O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello, iniciou o encontro fazendo um retrospecto do processo de mudança na regra de capital da saúde suplementar visando o estabelecimento do Capital Baseado em Risco (CBR).

"As mudanças vêm sendo construídas desde 2015, quando havia o Comitê Permanente de Solvência, no qual foi apresentada a regra de capital que seria alterada até 2022, o que está sendo feito. Muitas mudanças e reformas em normas já foram realizadas após diversos encontros com o setor e consultas públicas. Em março desse ano conseguimos aprovar a RN 451, sobre Risco de Subscrição, e em novembro a RN 461, sobre Risco de Crédito, cumprindo o cronograma. Agora estamos aqui reunidos para apresentar aos senhores a proposta para a normatização do Risco Legal

e do Risco Operacional, prevista para junho de 2021. Feito isso, encerrando o ciclo, teremos pela frente o Risco de Mercado, com norma prevista para dezembro de 2022", explicou o diretor, agradecendo a equipe pelo trabalho realizado apesar das dificuldades impostas em razão da pandemia pelo Coronavírus.

O assessor Thiago Barata apresentou a proposta, seu estudo de impacto, ressaltando os aspectos positivos e negativos, e lembrou que o Risco Operacional e o Risco Legal possuem importante representação para o setor, sendo o Operacional o mais abrangente e de difícil mensuração por estar relacionado aos riscos de procedimentos internos – risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas. O Risco legal, por sua vez, está relacionado à incerteza decorrente da falta de um completo embasamento legal das operações da empresa e do não-cumprimento de leis.

“Chegamos a uma proposta de modelo definida a partir de um benchmark internacional com adaptações para a realidade do setor no Brasil, auxiliando desta forma com o nosso objetivo de substituir gradualmente a antiga metodologia da margem de solvência até o final de 2022”, afirmou o assessor, que também apresentou dados da pesquisa realizada com operadoras de grande porte (88) e administradoras de benefícios (21) para apresentar a situação do setor quanto à mensuração, avaliação e gerenciamento dos dois riscos.

O Gerente de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado Substituto, Washington Oliveira

Alves, ressaltou o trabalho em equipe na construção das mudanças na regra de capital regulatório e lembrou aos participantes sobre a importância do envio até 15/01/21 das contribuições para o aprimoramento da proposta nessa primeira etapa de participação – que ainda será posta em Consulta Pública antes da aprovação pela Diretoria Colegiada da ANS.

[Confira aqui](#) os documentos relativos à Reunião de Solvência e [assista aqui](#) a gravação.

ROL MÍNIMO DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS – VAMOS ENTENDER O QUE É “MÍNIMO” QUANDO SE TRATA DO ROL

Fenasaúde - 22/12/2020

Rol Mínimo de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Vamos entender o que é “mínimo” quando se trata do Rol?

Quando o assunto é rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quase sempre a primeira crítica formulada é que se trata de um rol “mínimo”.

Vamos compreender o que o adjetivo “mínimo” significa no âmbito do rol de procedimentos da ANS?

Mínimo é o adjetivo utilizado para representar que o rol de procedimentos e eventos em saúde é o que as operadoras de saúde, no Brasil, obrigatoriamente, precisam fornecer a todos os seus beneficiários. É mínimo porque é a lista que todos têm direito embora, alguns beneficiários possam contratar mais do que aquilo que está previsto no rol, desde que suas operadoras ofereçam essa possibilidade e que eles possam pagar por isso.

O rol de procedimentos e eventos em saúde é “mínimo” porque todos os beneficiários têm direito, minimamente, àquilo que está relacionado nessa lista. Poderão contratar mais se houver oferta e disponibilidade econômica, mas, no mínimo, terão direito a utilizar todos os procedimentos e eventos em saúde que estão relacionados no rol e que são atualizados a cada dois anos.

O adjetivo mínimo representa que os procedimentos e eventos da relação poderão ser aumentados sempre que haja possibilidade de contratar e condições econômicas do beneficiário para custear.

Mas em termos de quantidade de procedimentos e eventos em saúde, o rol é mínimo? Essa é a principal pergunta que devemos responder quando o assunto é rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No portal da ANS na internet você pode encontrar a íntegra do rol de procedimentos e eventos em saúde.[1] Vai poder verificar também que são 98 páginas de discriminação de procedimentos e eventos em saúde que o beneficiário de planos de saúde têm à sua disposição, obrigatoriamente, em qualquer modalidade que contratar.

Se consultado o rol no modelo em Excel disponível na mesma página da ANS, verificamos que são 3.335 linhas de procedimentos e eventos em saúde que vão de exames específicos, radioterapia, métodos diagnósticos por imagem, medicina nuclear, genética, medicina transfusional, procedimentos laboratoriais, endoscopia, transplantes até procedimentos gerais como consultas, acompanhantes e visitas. Vale a pena conhecer o rol de procedimentos e eventos em saúde, é muito detalhado e embora seja de linguagem apropriada para profissionais da saúde, fornece a todos os leigos uma ampla visão da extensa cobertura que ele oferece.

Mesmo assim alguns procedimentos e eventos em saúde ficam fora do rol. E por que? Por várias razões mas, as principais são: a falta de evidências científicas sobre a acurácia do procedimento, ou seja, a falta de pesquisas sobre resultados efetivos do procedimento; o fato de serem, ainda, procedimentos experimentais; ou, também, o fato de serem procedimentos que podem ser substituídos por outros que já compõem o rol.

Poderão existir outras razões para um procedimento ou evento em saúde ainda não estar inserido no rol. Quase sempre a dúvida a respeito da efetividade para a cura do paciente é uma das principais razões. Alguns procedimentos e medicamentos ainda estão em fase experimental, sem a comprovação científica necessária, embora já possam ser utilizados em razão da autonomia do médico na prescrição de tratamentos e medicamentos.

Esse é um ponto importante a ser observado: os procedimentos e eventos em saúde na saúde suplementar são custeados por todos os beneficiários, mesmo por aqueles

que nunca terão necessidade de utilizar aquele procedimento ou evento. É o caso de um beneficiário que nunca vai ter câncer e que com o pagamento de sua mensalidade, contribui para o pagamento de tratamento de quimioterápicos para todos aqueles que estão com câncer e precisam se tratar.

Na saúde suplementar há solidariedade entre os beneficiários que contribuem mensalmente com o pagamento de um valor que será depositado no fundo mutual para utilização no pagamento das despesas assistências de todos os beneficiários!

Essa solidariedade está implícita no fato de que todos os beneficiários contribuem para um fundo comum! A contribuição paga mensalmente não é individual para formar um fundo com recursos de apenas uma pessoa ou uma família. Ao contrário, os valores depositados seguem todos para um fundo comum cujos recursos são utilizados por todos os beneficiários de um determinado plano de saúde.

Esse sistema – mutualismo – é que permite que uma pessoa contribua com o valor de vinte reais por ano, por exemplo, e tenha gastos muito superiores a isso no mesmo período. Em contrapartida, algumas pessoas contribuem e não utilizam ou, utilizam valores menores do que aqueles com os quais contribuíram.

Como se trata de um fundo mutual, coletivo, o equilíbrio está exatamente nesse aspecto: todos contribuem porém, alguns utilizam mais e outros menos e o plano de saúde administra os recursos de forma que todos os que precisam tenham condições de utilizar.

O rol de procedimentos da ANS viabiliza a organização e administração dos fundos mutuals e, conseqüentemente, protege os beneficiários para que sempre existam recursos para o pagamento das despesas assistenciais.

Se não existisse o rol que especifica os procedimentos e eventos em saúde que obrigatoriamente deverão ser disponibilizados para todos os beneficiários de planos de saúde, não haveria como fazer cálculos de valores para serem depositados no fundo mutual.

É com o conhecimento prévio dos procedimentos e eventos em saúde relacionados no rol de procedimentos que os técnicos em ciências atuariais e estatísticas que trabalham para as operadoras de saúde podem fazer as contas dos valores que necessariamente precisarão ser depositados no fundo mutual.

Quando conhecem os procedimentos e eventos em saúde previstos no rol, atuários e estatísticos mapeiam as possibilidades de ocorrência, ou seja, de necessidade de utilização e a partir desse mapeamento podem estabelecer quais valores precisarão ser depositados no fundo mutual, para que ele tenha recursos para custear as despesas assistenciais ao longo do período de um ano, que é o tempo de duração dos contratos de planos de saúde, que quase sempre são renovados automaticamente.

Tudo é feito com base em estatísticas e cálculo de probabilidades para que os fundos mutuals sejam organizados com recursos em quantidade suficiente, sem onerar excessivamente a fonte pagadora das mensalidades e, principalmente, para que nunca falem recursos para o atendimento dos beneficiários nos mais diversos procedimentos que tiverem que realizar, de uma simples consulta de caráter preventivo a um complexo procedimento cirúrgico.

Se o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS não for uma relação fechada que só pode ser revista a cada 2 anos, não existirão elementos confiáveis para realizar os cálculos necessários para a formação e administração dos fundos mutuals.

E sem esses cálculos como garantir os recursos econômicos para custear as despesas assistenciais de todos os beneficiários?

Veza ou outra um beneficiário é surpreendido com a notícia de que um tratamento ou procedimento que ele necessita não se encontra coberto pelo rol da ANS. É, sem dúvida, uma notícia muito ruim porque significa que o beneficiário terá que se valer da saúde pública ou, terá que utilizar recursos de seu próprio patrimônio que nem sempre estão disponíveis ou são existentes.

Nessa situação é sempre importante analisar que a saúde suplementar no Brasil e no mundo, organizada e administrada para atender milhões de pessoas, mas, infelizmente, não é possível garantir que todos tenham direito a tudo porque não existem recursos econômicos para isso.

No âmbito da saúde pública no Brasil a garantia é que o Estado promoverá por meio de políticas sociais acesso universal e igualitário, o que significa dizer que os cidadãos brasileiros terão garantido tudo em saúde para todas as pessoas. Mas na saúde suplementar a regra não é a mesma. A garantia que a saúde suplementar oferece é para todos os procedimentos e eventos em saúde que estão no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que é atualizado a cada dois anos.

O rol é a base para o cálculo dos recursos. É a garantia de que todos os procedimentos e eventos estarão disponíveis para os beneficiários, sem que seja preciso esperar muito e com a eficiência necessária para garantia dos melhores resultados.

Mas lembre-se que o rol é o mínimo a ser oferecido. Outros procedimentos e eventos em saúde poderão ser contratados pelos beneficiários perante as operadoras de saúde, desde que ela possa oferecê-los e mediante pagamento dos valores necessários.

Alguns planos de saúde no Brasil cobrem até tratamento no exterior, porém para isso é preciso pagar mais e contratar com uma operadora de saúde que ofereça esse procedimento.

Por isso o rol é mínimo: porque é possível contratar mais do que aquilo que ele oferece.

Mas não é mínimo no sentido de que oferece poucos procedimentos e eventos em saúde. Basta consultar atentamente a quantidade e a diversidade de procedimentos para compreender, mesmo sendo leigo em saúde, que ali

estão contemplados os procedimentos e eventos mais comumente utilizados por todos nós.

Pense nisso: o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é uma forma de proteger os beneficiários da saúde suplementar no Brasil para que sempre existam recursos econômicos disponíveis para o atendimento assistencial e para que não existam privilégios para poucos.

OS PLANOS DE SAÚDE E OS OUTROS SINAIS DE ALERTA PARA A INFLAÇÃO

O Globo - 21/12/2020

Luciana Casemiro e Cássia Almeida analisam como o reajuste dos planos, além de aumentos previstos em outros setores, devem pressionar os preços no ano que vem

Após [suspender os reajustes dos planos](#) de saúde em 2020, a Agência Nacional de Saúde (ANS) estipulou valores máximos para essa recomposição, que chegam a 8,14% nos contratos individuais. Para reduzir o impacto, a ANS definiu o [parcelamento em até 12 vezes dos valores](#) que não foram cobrados este ano. Porém, [em 2021](#), o titular também terá pela frente o reajuste corrente. Tudo isso em um cenário econômico ainda bastante incerto, por causa da pandemia, e com indícios fortes de que será preciso ficar atento à inflação, que, este ano, subiu apesar do cenário recessivo. [Em 2020, alimentos puxaram a alta](#). Para 2021, as projeções estão sendo elevadas pela pressão de diferentes setores. O Banco

Central revisou seus cálculos 2,9% para 3,4%. Porém, muitos economistas temem que esta previsão esteja subestimada. No Ao Ponto desta segunda-feira, a jornalista Luciana Casemiro, responsável pela seção Defesa do Consumidor do GLOBO, conta os pontos que o usuários dos planos devem ficar atentos para evitar cobranças muito elevadas. A repórter Cássia Almeida analisa o conjunto de fatores que devem estimular a [alta dos preços](#) ao longo dos próximos meses.

Publicado de segunda a sexta-feira, às 6h, nas principais plataformas de podcast e no site do GLOBO, o Ao Ponto é apresentado pelos jornalistas Carolina Morand e Roberto Maltchik, sempre abordando acontecimentos relevantes do dia. O episódio também pode ser ouvido na página de [Podcasts do GLOBO](#). Você pode seguir a gente em [Spotify](#), [iTunes](#), [Deezer](#).

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