

17 de Maio de 2017

**DESTAQUE DA SEMANA:
MOVIMENTAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES: AUTORIZAÇÃO PRÉVIA ANUAL**

ANS –12/05/2017

Na quinta-feira, 11/05, entrou em vigor a Instrução Normativa – IN nº 54, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece hipótese de autorização prévia anual às operadoras de planos de saúde, para livre movimentação dos ativos garantidores no rol de ativos financeiros permitidos pela Agência. Diante da crise econômica do País e seu impacto no setor, a medida proporciona resultado financeiro mais robusto às operadoras com melhor administração e gestão de recursos. Para os beneficiários, a norma contribui para a continuidade da assistência à saúde prestada em função do incremento da solvência e da disponibilidade de recursos das operadoras para cobrir as despesas assistenciais de forma adequada.

Conforme a regra geral (RN nº 392/2015), a movimentação dos ativos garantidores de uma aplicação financeira para outra depende de autorização caso a caso. Com a IN, o processo se torna mais célere ao estabelecer que os ativos podem ser geridos e trocados entre as diversas opções do mercado financeiro aceitas pela ANS, conforme a oportunidade de rendimento e vencimento dos títulos, mediante uma única autorização prévia anual.

“Com essa norma, além de aprimorarmos o processo de trabalho da Diretoria, procuramos contribuir com a recuperação econômica setorial, na medida em que, com uma boa gestão de recursos, a operadora poderá melhorar o seu resultado financeiro e, com isso, garantir a adequada prestação dos serviços de assistência à saúde aos seus beneficiários”, explicou Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

É importante destacar que não haverá perda de segurança no monitoramento das operadoras quanto à conformidade com as regras, nem alteração do modelo de regulação econômico-financeira do setor. O elenco de ativos que podem ser usados como garantia das provisões técnicas não se altera, nem diminui a sua exigência. Apenas será permitida maior agilidade na aplicação desses recursos por parte das operadoras.

A IN enumera as condições e os critérios de elegibilidade para que a operadora receba a autorização prévia anual, bem como as condições para a sua manutenção – a norma prevê o cancelamento diante de descumprimento de requisitos.

A operadora poderá requerer à ANS autorização prévia anual para movimentar seus ativos garantidores, desde que:

- Aplique integralmente seus ativos garantidores financeiros em contas individualizadas, próprias para o registro ou depósito de ativos, abstendo-se de aplicá-los em fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar;
- Atenda a padrões de transparência e divulgação de resultados entre suas práticas de governança corporativa;
- Atenda a regulação econômica (em especial os termos do art. 14 da RN nº 392/2015);
- Não possua imóvel operacional registrado como ativo garantidor (mesmo antes do decurso do prazo do art. 34-A da RN nº 392/2015);
- Observe a diversificação exigida das aplicações financeiras (em linha com norma do Conselho Monetário Nacional aplicável por força da RN nº 392/2015);
- Não tenha estado em regime especial nos 12 meses anteriores ao requerimento;
- Não apresente insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

Confira a íntegra da Instrução Normativa – IN nº 54.

Veja também:

Apresentações realizadas pela ANS em workshop dirigido a representantes de operadoras no dia 09/05, em São Paulo. No material constam informações e orientações detalhadas sobre a IN nº 54.

ANS DISPONIBILIZA PLANO DE DADOS ABERTOS

ANS –16/05/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal na internet o Plano de Dados Abertos (PDA), documento que orienta as ações estratégicas e operacionais relacionadas à Política de Dados Abertos do Governo Federal no âmbito da reguladora. O objetivo da medida é expandir a disseminação de informações para a sociedade e melhorar a qualidade dos dados publicados, permitindo maior amparo à tomada de decisão pelos gestores públicos e garantindo melhores ferramentas de controle social. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal na internet o Plano de Dados Abertos (PDA), documento que orienta as ações estratégicas e operacionais relacionadas à Política de Dados Abertos do Governo Federal no âmbito da reguladora. O objetivo da medida é expandir a disseminação de informações para a sociedade e melhorar a qualidade dos dados publicados, permitindo maior amparo à tomada de decisão pelos gestores públicos e garantindo melhores ferramentas de controle social.

A divulgação dos dados em formato aberto pode gerar diversos efeitos positivos para a sociedade, entre eles dar mais transparência sobre a ação governamental, estimular o acompanhamento das políticas públicas, promover o intercâmbio de informações entre os órgãos e esferas de governo, dar mais suporte à tomada de decisão e avaliação pelo cidadão e fomentar a inovação e a pesquisa.

Segundo o cronograma estabelecido pela ANS, o primeiro conjunto de dados abertos estruturado na página específica para este fim será disponibilizado até agosto. A conclusão das atividades – com a publicação do relatório final e início do novo plano – deve ocorrer até maio de 2019.

A instituição do PDA atende às determinações da Lei de Acesso à Informação (12.527/2011) e do Decreto nº 8.777/2016 e vai ao encontro do Mapa Estratégico da ANS, que estabelece entre os seus objetivos o de promover a disseminação de conhecimento setorial e a integração de informação.

[Confira o plano de ação do PDA ANS 2017-2019.](#)

ENVIO DO DIOPS 1º TRIMESTRE DE 2017

ANS - 16/05/2017

A ANS esclarece que para o envio do DIOPS Financeiro, quando houver movimentação e/ou saldos na contas abaixo indicadas, devem ser inseridas as “contas mãe”, conforme no destaque a seguir:

Nesse sentido, o magistrado prossegue: “É incontroverso nos autos que a autora é portadora de demência grave (Síndrome Demencial/Doença de Alzheimer) e que se encontra interditada por força de decisão judicial ou seja, não é capaz de gerir os próprios atos da vida civil. Não há controvérsia, ainda, que a autora necessita de cuidados e supervisão hospitalar em esquema de 24 horas, conforme se vê do relatório médico acostado aos autos”. E mais: “O fato de a instituição buscada [Casa do Vovô Lar Cecília Ferras de Andrade] oferecer serviços específicos de casa de repouso ou similares (asilo) para pacientes que não necessitam de tratamento de saúde não pode ser analisado de forma ampliativa a fim de excluir a cobertura da internação da autora, cuja finalidade, é, precipuamente, médica e hospitalar”.

Desse modo, conclui o julgador “reconheço que a recusa da parte requerida em autorizar e custear a internação da autora se mostra ilícita, especialmente, diante do grave quadro de saúde por ela apresentado,

o que evidencia a finalidade médica do tratamento solicitado”.

Quanto ao pedido de indenização por dano moral, este foi negado, uma vez que, apesar de incontestes os dissabores experimentados pela autora em face da recusa à internação médica de que necessita, o magistrado afirma que “os aborrecimentos, percalços, frustrações e vicissitudes que fazem parte e estão impregnados nas contingências próprias da vida em sociedade não geram, via de regra, o dever de indenizar”.

Da mesma forma, foi negado o pedido de indenização por danos materiais – relativo ao reembolso dos valores despendidos com o pagamento das diárias da internação, cujo custeio foi indevidamente negado pela ré – pois tendo sido a autora interditada e os gastos cujo reembolso se pretende terem sido suportados pela filha (curadora), é ela quem deve pleitear o reembolso.

CLÍNICAS POPULARES EM SP JÁ OFERECEM ATÉ FERTILIZAÇÃO IN VITRO E RESSONÂNCIA

ESTADÃO - 13/05/2017

SÃO PAULO - Após dois anos tentando engravidar sem sucesso, a técnica em enfermagem Aline Dinalli Dutra Lopez, de 33 anos, e o marido passaram a pensar na possibilidade de realizar uma fertilização in vitro. O preço, porém, desanimou o casal. “Nos lugares onde eu procurei inicialmente ficava entre R\$ 25 mil e R\$ 30 mil. Não tínhamos condições de arcar com esse custo”, relata. Em pesquisas na internet, Aline encontrou uma clínica popular recém-inaugurada na zona oeste da capital paulista que oferecia a técnica pela metade do preço.

Em janeiro deste ano, Aline passou por uma consulta no centro médico. Decidiu contratar o serviço e agora se prepara para iniciar o tratamento.

O coach de produtividade Araken Perez, de 50 anos, também optou por uma rede de clínicas populares para se submeter a uma cirurgia de retirada de vesícula. “Estava sem plano de saúde havia dois anos. Cheguei a procurar três unidades do SUS (Sistema Único de Saúde), mas me avisaram que demoraria meses, e eu não estava aguentando as dores”, conta ele, que pagou R\$ 7,5 mil na operação. Em hospitais particulares tradicionais, diz o paciente, o preço chegava a R\$ 15 mil.

As clínicas populares que começaram a atrair brasileiros nos últimos anos com consultas a preços mais acessíveis apostam agora na oferta de serviços mais complexos para ampliar a rede, conseguir mais clientes e aumentar a receita. Ressonância magnética, biópsia, vasectomia e fertilização in vitro são alguns dos procedimentos já disponíveis em redes na capital e Grande São Paulo.

Especialistas e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ressaltam que as clínicas, embora práticas, não se equiparam a um plano de saúde ou à assistência integral dada por um sistema estruturado em diferentes complexidades, como o SUS

A maioria dessas empresas surgiu ou registrou crescimento significativo nos últimos dois anos, período em que houve uma queda drástica do número de beneficiários de planos de saúde no País. Por causa da crise econômica, 2,4 milhões de brasileiros perderam o convênio entre 2014 e 2016, segundo dados da ANS.

Crescimento. Somente no último ano, o dr.consulta, uma das principais redes do tipo, passou de 10 para 31 unidades e ampliou o número de procedimentos oferecidos. “Temos exames mais complexos, como endoscopia, ressonância magnética e ultrassom 3D, e passamos a fazer convênios com hospitais privados para oferecer cirurgias a preços bem mais baixos”, explica Marcos Fumio, vice-presidente médico do dr.consulta. Hoje, a rede faz cerca de 120 mil

atendimentos por mês em 56 especialidades (médicas e não médicas), além de oferecer mais de mil tipos de exames.

A novata Doktor's surgiu em outubro e já conta com 25 especialidades, centro de ultrassom e parceria com quatro hospitais para procedimentos mais complexos. Como um dos sócios – o médico Luiz Fernando Carvalho – é especializado na área de ginecologia e obstetria, a empresa criou o conceito de “fertilização in vitro social”, oferecendo a técnica por um valor mais baixo do que o praticado no mercado. “Negociamos os preços de cada processo com todos os atores envolvidos, como os laboratórios que oferecem a medicação usada, e conseguimos reduzir o preço”, diz Rodrigo da Costa Aguiar, sócio e diretor executivo da Doktor's.

Inaugurada em 2014 e dona de cinco unidades, a GlobalMed planeja ofertar ainda neste ano tratamento para pacientes com câncer. “A ideia é que no futuro a gente tenha disponível radioterapia a preços mais acessíveis para pacientes que não conseguem o tratamento pelo SUS, por exemplo”, diz Bruno Carvalho, diretor executivo.

Outra aposta das clínicas populares são pacotes fechados de serviços e consultas. Na Doktor's, microempreendedores têm a possibilidade de oferecer aos funcionários um cartão que dá direito a seis visitas médicas anuais ao custo de R\$ 19,90 por mês por trabalhador. No dr.consulta, são oferecidos pacotes de consultas para pacientes, como gestantes em pré-natal ou doentes crônicos.

Para os pacientes que utilizam as clínicas populares, a maior vantagem é não ter de esperar as longas filas do SUS. “Perdi o emprego e o plano de saúde no ano passado, mas preciso passar por endoscopia de rotina todo ano por já ter feito uma cirurgia bariátrica. Mas o exame demora muito na rede pública”, diz a

internacionalista Michele Paula Santos do Nascimento, de 35 anos.

Especialistas e ANS apontam desvantagens. Embora atraiam pacientes pela rapidez do agendamento e pelos preços mais acessíveis, as redes de clínicas populares não garantem, na opinião de especialistas, um atendimento mais amplo, principalmente em casos graves.

“Claro que essas clínicas têm uma velocidade de atendimento inigualável, mas o paciente não pode ter a ilusão de que, por isso, tem cobertura garantida e não vai precisar do SUS (rede pública). Isso é mentira. Essas clínicas não cobrem medicamentos, internação e quimioterapia, por exemplo. É um atendimento fragmentado”, ressalta a sanitarista Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A especialista diz ainda que, como não há uma regulação específica para o mercado, esses serviços têm pouco controle de qualidade. “Os pacientes devem ficar atentos à estrutura, às condições dos equipamentos para exames e a eventuais indicações de procedimentos médicos não necessários”, diz.

Cartilha. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regula o mercado de planos de saúde, se posicionou sobre os pacotes de consultas e serviços oferecidos por essas clínicas. O órgão editou uma cartilha sobre cartões de desconto ou pré-pagos por meio dos quais o paciente têm direito a um número limitado de consultas ou a descontos em outros procedimentos.

Na cartilha, a agência ressalta que essas modalidades de serviço não são planos de saúde e não possuem garantias como o rol mínimo de procedimentos editado pela ANS. A agência salienta ainda que os planos de saúde são proibidos de oferecer esse tipo de cartão.

MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: ANS DISPONIBILIZA RESULTADOS

ANS – 12/05/2017

- **Monitoramento do Risco Assistencial: ANS disponibiliza resultados**

As operadoras de planos de saúde podem consultar os resultados do 1º processamento do Monitoramento do Risco Assistencial de 2017 disponibilizados pela

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro).

As informações estão publicadas na página exclusiva do Monitoramento do Risco Assistencial – clique aqui para acessar.

As operadoras devem ficar atentas ao prazo para interposição de recursos deste 1º processamento que se encerrará impreterivelmente no dia 26 de maio de 2017. Cada operadora terá acesso aos seus resultados individuais por meio de CNPJ e senha

previamente cadastrada, garantindo-se assim o sigilo das informações.

Após a análise dos questionamentos, bem como a realização dos ajustes eventualmente necessários, a ANS divulgará o resultado final do 1º processamento. As operadoras deverão acompanhar nesta página a publicação, pela ANS, deste resultado final, bem como

consultar todas as informações referentes ao Monitoramento do Risco Assistencial, incluindo a metodologia, as fichas técnicas dos indicadores e o cronograma.

[Clique aqui](#) para acessar diretamente a área para pesquisa dos resultados (Central de Relatórios).

ALTERAÇÕES NA DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

ANS – 12/05/2017

Confira a nova composição a partir da sexta, 12/5

A partir da sexta-feira, 12/5, deixam a diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os diretores José Carlos de Souza Abrahão, Simone Sanches Freire e Martha Oliveira. Os três despediram-se em reunião realizada nesta tarde (11) e apresentaram alguns resultados de seus respectivos períodos de gestão. José Carlos Abrahão e Simone

Freire encerram seus mandatos nesta quinta. Martha Oliveira pediu seu desligamento por motivos pessoais, para cuidar de sua saúde.

Dessa forma, a partir de 12/05, a diretoria colegiada será composta pelos diretores Leandro Fonseca e Karla Coelho. Fonseca assume a presidência como substituto e passa a acumular as diretorias de Normas e Habilitação das Operadoras, na qual é titular, e de Gestão, como interino. Karla Coelho se mantém como titular da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos e assume, interinamente, as diretorias de Desenvolvimento Setorial e de Fiscalização.

COMO A TELEMEDICINA ESTÁ TRANSFORMANDO OS CUIDADOS EM SAÚDE

SAÚDE BUSINESS – 11/05/2017

Vivemos um período marcado por conexões de internet mais rápidas, smartphones onipresentes. O momento contribui para que o setor volte a sua atenção para as comunicações eletrônicas para a execução de seus trabalhos, aumentando a prestação de cuidados de saúde.

Os médicos estão se comunicando com os seus pacientes através de e-mail, webcam, telefone. Assim como, também estão se comunicando uns com os outros eletronicamente, por inúmeras razões, tais como para ouvir novos posicionamentos acerca de decisões sobre diferentes patologias e diagnósticos.

Podemos compreender que a telemedicina permite que os profissionais de saúde, avaliem, concedam diagnósticos e tratem pacientes à distância utilizando a tecnologia de telecomunicações.

No infográfico abaixo, podemos notar que o futuro da telemedicina dependerá de como os órgãos

reguladores, provedores, fontes pagadores e pacientes se mostrarem receptivos para enfrentarem os desafios da sua adoção.

Como os pacientes se sentem com o uso da Telemedicina:

- 51,8% dizem que opções de programação mais convenientes ou custo mais baixo iria torná-los mais propensos a usar um serviço de medicina;
- 63,5% dos pacientes afirmam que seria confortável realizar uma consulta virtual em casa;
- 65% dizem que seria provável realizar uma consulta virtual se eles já tivessem visto o médico pessoalmente

A telemedicina tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados e fornecer maior acesso, entretanto alguns críticos ainda questionam se a qualidade dos cuidados acompanha a sua rápida expansão.

Do People Trust TELEMEDICINE ?

Telemedicine could be the future of U.S. healthcare,
if patients can be convinced to use it.

55.9%
of people would be uncomfortable conducting a doctor's appointment through telemedicine

63.5%
would be comfortable conducting a virtual appointment at home
yet only
7.5%
would be comfortable doing so from a kiosk at a retail location

35.3%
Only say they would choose a virtual appointment

51.8%
say that more convenient scheduling options or lower cost would make them more likely to use a telemedicine service

75%
say they would trust a virtual diagnosis less than an in-person one, or not at all.

65%
say they would be more likely to conduct a virtual appointment if they had previously seen the doctor in-person

DOWNLOAD THE FULL REPORT AT:
search.technologyadvice.com/2015-telemedicine-healthcare-study/



TechnologyAdvice helps educate, advise, and connect buyers and sellers of business technology. As a trusted resource in a variety of industries, the company provides unbiased research and crowd-sourced reviews. TechnologyAdvice is an Inc. 5000 company based in Nashville, TN.

1. "Physician Supply and Demand Through 2025: Key Findings," Association of American Medical Colleges, March 2015. https://www.aamc.org/download/426260/data/physician_supply_and_demand_through_2025_key_findings.pdf
 2. Ravindranath, Mohana, "Rise Aid to pilot virtual care kiosks in Ohio," The Washington Post, 10 November 2014. http://www.washingtonpost.com/business/on-8/8e-aid-to-pilot-virtual-care-kiosks-in-ohio/2014/11/10/4c65929e-6904-11e4-a31c-7775967eaccc_story.html
 3. Meertan, Lucas, "Almost one in six doctor visits will be virtual this year," Computerworld, 8 August 2014. <http://www.computerworld.com/article/2490959/health-care-6-almost-one-in-six-doctor-visits-will-be-virtual-this-year.html>
 4. Venzel, Neil, "Doctor On Demand tests telemedicine kiosks in Wegmans stores," MedCityNews, 12 June 2015. <http://medcitynews.com/2015/06/doctor-on-demand-tests-telemedicine-kiosks-in-wegmans-stores/>
 5. Newhook, Emily, "State of Emergency: Overcrowding in the ER [Infographic]," MHA&GW Blog, 15 July 2014. <http://mha.gwu.edu/overcrowding-in-the-er/>

ES TEM MAIS DE 1,2 MIL AÇÕES NA JUSTIÇA CONTRA PLANOS DE SAÚDE

G1 – 11/05/2017

Mais de 1,2 mil ações movidas por usuários contra seus planos de saúde tramitam no Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJ-ES). Segundo dados do órgão, somente em 2016, foram julgados 2.207 processos dessa natureza, ou seja, uma média de seis por dia

O número é ainda menor do que o registrado em 2015, quando o total de processos chegou a 2.371. Conforme explica a juíza Giselle Onigkeit, coordenadora dos Juizados Especiais, grande parte das reclamações é feita diante da negativa dos planos de cobrir tratamentos e procedimentos médicos, a exemplo de exames mais complexos e cirurgias.

Do mesmo modo, aumentos de valor em função da mudança de faixa etária ainda geram muitas discussões. “Houve uma fase também em que muitos médicos cooperados saíram e faltaram determinadas especialidades em planos, levando os pacientes a recorrerem”, acrescenta Giselle.

De acordo com a juíza, na maior parte das vezes é o consumidor quem está com a razão, embora haja diferentes casos. “Os contratos são de adesão, são pré-formulados. Por isso, as pessoas não têm muita noção de determinados itens e detalhes, bem como de suas interpretações e consequências que eles gerarão quando elas precisarem dos serviços. Aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor, que o coloca como parte vulnerável, na maioria das vezes vemos que as cláusulas não estão claras o suficiente para restringir o serviço”, justifica ela.

Foi somente através da Justiça que Sérgio Nunes Ferreira, de 45 anos, ganhou o direito de se submeter a uma vasectomia, em 2012. O mecânico de automóveis explica que a cirurgia era necessária para garantir a saúde da esposa, que por sofrer com fortes enxaquecas não podia continuar tomando pílulas anticoncepcionais.

“O plano me pediu vários laudos e quando levei disseram que teria que haver um aumento do valor, além de um ano de carência. Eu esperei por um ano e quando voltei me disseram que não poderiam fazer porque o problema não era meu, era da minha mulher. No mesmo dia eu falei com minha advogada”, conta ele, que em menos de 40 dias pôde realizar o

procedimento e ainda ganhou uma indenização de R\$ 4 mil.

Número poderia ser ainda maior

Não são raras as queixas contra planos de saúde que chegam até a mesa da advogada cível Kelly Andrade. Acostumada a lidar com essa demanda, ela acredita que o número de ações na Justiça poderia ser bem maior caso todas as pessoas que se sentissem lesadas decidissem buscar seus direitos.

“Existem normas na legislação que determinam a cobertura do plano para certos procedimentos. Na maior parte das vezes os juizes rescindem cláusulas que consideram abusivas”, diz.

Segundo a advogada, muitas reclamações estão ligadas à negação de procedimentos caros, como cirurgias coronarianas e tratamento de cânceres.

“Ano passado tivemos uma cliente cujo marido estava com câncer e precisava de um medicamento que foi negado. Nós conseguimos o direito na Justiça, mas ele acabou morrendo antes de receber a medicação. Entramos com um processo por danos morais e a esposa recebeu R\$ 10 mil de indenização”, conta.

Como alguns planos se negam a formalizar as negações, Kelly recomenda: “Para ganhar tempo, orientamos que os pacientes gravem as conversas ou por telefone ou pessoalmente”.

Outro lado

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirma que orienta suas associadas a cumprir a legislação e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e solicita que em caso de dúvidas, inicialmente, os beneficiários de planos procurem a operadora contratada, evitando uma desnecessária judicialização.

“Muitas das ações se referem a procedimento em período de carências, prazos e tetos de reajuste definidos pela ANS, onde muitas vezes a operadora está de acordo com as normas da ANS e a legislação vigente. Há também casos onde a demanda é procedente, portanto necessária”, diz em nota.

No ano passado, a ANS e o Conselho Nacional de Justiça assinaram um acordo de cooperação buscando reduzir a judicialização e agilizar julgamentos, estimulando a realização de acordos entre as partes.

Falta de cobertura

As queixas contra planos de saúde não chegam somente ao judiciário, mas também batem às portas dos órgãos de defesa do consumidor. Em 2016, o Instituto Estadual de Proteção de Defesa do Consumidor (Procon) recebeu 720 reclamações desta natureza. As mais constantes referem-se à negativa de coberturas para cirurgias e exames de alta complexidade, além do descumprimento de contratos.

Apesar de nem todos os problemas poderem ser resolvidos através de audiências conciliatórias, sendo necessária a judicialização das causas, algumas reclamações, como as de reembolso por procedimentos, reajustes de contratos e cobranças indevidas são facilmente acertadas pelo órgão, conforme explica a diretora-presidente Denize Izaita.

Fique atento

Segundo Denize, é importante que além de conhecer os termos de seus contratos, os usuários de planos de saúde estejam atentos às resoluções criadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que muitas vezes ampliam a rede de cobertura e de procedimentos.

Hoje, por exemplo, em grande parte dos cânceres o tratamento deve ser coberto pelas empresas. Alguns

casos incluem até o atendimento domiciliar e o acesso à medicamentos, além de medicamentos contra reações provocadas pela própria medicação”, explica.

Outra dica é verificar o histórico dos planos, também disponibilizado pela ANS. “Continuamente a Agência suspende vendas de planos que possuem vários episódios de denúncias contra a negativa de procedimentos. Por isso é importante ver se já houve eventuais fechamentos para se ter mais segurança. Os planos de saúde não estão baratos. As pessoas estão parando de pagar por dificuldades financeiras e quem os mantém tem que usá-los da forma mais completa possível”.

Tribunal faz mutirões para agilizar os casos

Embora a judicialização dos casos seja um direito dos consumidores, para a juíza Giselle Onigkeit, o ideal é tentar resolver os problemas administrativamente.

Visando aproximar beneficiários e planos de saúde, o Tribunal de Justiça conta com o Centro Judiciário de Solução de Conflitos, que através de mutirões vem tentando promover conciliações pré-processuais. “É menos um processo numa máquina saturada, além de conseguirmos uma aproximação das empresas, que vendem um serviço fundamental”, ressalta ela.

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.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br