

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

22 de maio de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Como o aumento dos procedimentos estéticos no Brasil impacta os planos de saúde](#) – Fonte: Jota Info

[Deputado cobra ANS por cancelamento unilateral de planos de autistas](#) – Fonte: Veja

[Padrão TISS versão 4.01: operadoras e prestadores devem usar a versão mais atualizada em todas as operações](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Nota da ANS sobre cancelamento e rescisão de contratos](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Hospitalar 2024 mobiliza cadeia de saúde para apoiar a reabertura dos hospitais no RS](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde na mira do Congresso: deputado colhe assinaturas para instalar CPI](#) – Fonte: InfoMoney

[Rede D'Or vende sua corretora para rival MDS por R\\$ 800 milhões](#) – Fonte: O Globo

COMO O AUMENTO DOS PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS NO BRASIL IMPACTA OS PLANOS DE SAÚDE

Jota Info – 21/05/2024

Entidades do setor alertam para a ocorrência de tentativas de fraudes envolvendo o reembolso dos procedimentos.

O Brasil é o segundo país que mais realiza procedimentos estéticos no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, e vem dando sinais de aumento da procura nos últimos anos, o que traz impactos diretos ao setor da saúde suplementar. Ainda que não tenham cobertura dos planos — salvo quando envolve questões de saúde ou reparação para o paciente —, entidades do setor observam clínicas particulares indicarem de forma fraudulenta a opção de reembolso para esses procedimentos, conforme informou ao JOTA a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 13 operadoras, e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Não há um levantamento específico quantificando o prejuízo causado pelos procedimentos estéticos à saúde suplementar, mas a preocupação surgiu diante de situações observadas recentemente.

“Atualmente temos visto nas redes sociais anúncios de clínicas de estética e de emagrecimento divulgando cobertura de procedimentos estéticos pelos planos de saúde. É importante que as pessoas não acreditem nessas publicações enganosas e não forneçam seus dados pessoais, porque por trás dessa oferta pode haver armadilhas perigosas”, alertou a FenaSaúde, que aponta para uma das ferramentas que vem sendo utilizadas para a execução desse tipo de fraude: o reembolso auxiliado ou assistido.

Nesse caso, o beneficiário recebe como promessa a “facilitação” do processo do pedido de reembolso e do pagamento do valor total pelo plano de saúde com intermediação pelo prestador do serviço, mediante o fracionamento do valor em notas de consultas médicas.

De acordo com Cássio Ide Alves, superintendente da Abramge, isso é feito quando os prestadores do serviço colocam, no pedido de reembolso, os códigos de procedimentos cobertos pelos planos de saúde. “Comumente as pessoas utilizam a toxina botulínica para fins estéticos, fazem preenchimentos com ácido hialurônico, e para fazer essa cobrança e fraudar o plano de saúde da operadora, eles trocam o código de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) e cobram um outro código”, explica Alves.

De acordo com o último levantamento da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS), divulgado em 2023, o Brasil desponta como o segundo país que mais realizou procedimentos estéticos e reparadores no mundo, 8,9% do total de casos, perdendo apenas para os Estados Unidos (24,1% do total).

Ainda de acordo com a ISAPS, entre 2016 e 2020 houve um crescimento de 24,1% no uso de procedimentos não cirúrgicos injetáveis no Brasil. Só em 2020 foram mais de 600 mil procedimentos desse tipo em todo o país.

A lista de procedimentos não cirúrgicos preferidos pelos brasileiros, conforme aponta a pesquisa, é liderada pela aplicação da toxina botulínica (botox), seguida pelos

preenchedores de ácido hialurônico e bioestimuladores da produção de colágeno.

Essa mesma tendência foi apontada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPC) anos antes, em levantamento realizado em 2018. De acordo com a entidade, os procedimentos não cirúrgicos ganharam espaço e saltaram 17,4% do total em 2014 para 49,9% em 2018. Só o número de procedimentos de harmonização facial cresceu de 72 mil para 256 mil ao ano nesse período, segundo a mesma entidade.

Já as cirurgias plásticas caíram de 82,6% do total para 50,1% no mesmo período — seguindo a tendência mundial apresentada pela pesquisa do ISAPS. Além disso, a lipoaspiração e o aumento de seios seguem sendo as cirurgias estéticas mais procuradas pelos pacientes brasileiros. Blefaroplastia (intervenção nas pálpebras), rinoplastia (nariz) e abdominoplastia (retirada do excesso de pele do abdome) também estão entre os procedimentos cirúrgicos mais buscados.

Profissionalização do crime

Alves, da Abramge, esclarece que as fraudes na saúde suplementar são uma coisa antiga. A grande diferença agora, segundo ele, é que antigamente eram crimes eventuais e de oportunidade, e hoje houve uma “profissionalização do crime”, com “verdadeiras quadrilhas que fazem um intenso marketing digital pelas redes sociais”.

A FenaSaúde afirma que os pedidos de reembolso relacionados a procedimentos estéticos não são pagos, e que há medidas internas sendo empregadas que auxiliam as operadoras a identificar a fraude nas solicitações de reembolso. “O setor tem atuado fortemente para conscientizar e coibir essa e outras fraudes. A atuação envolve diversas frentes e alcança desde ações de comunicação até a apresentação de notícias-crime para responsabilização criminal de todos os envolvidos”.

Apesar de o login e a senha para acessar o site ou aplicativo do plano serem confidenciais, a FenaSaúde alerta que os beneficiários podem ser induzidos a fornecer seus dados para clínicas de estética com a promessa de ajuda junto à operadora. “Com a posse desses dados, terceiros podem acessar informações pessoais e utilizá-las de forma inadequada, por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados”, explica.

“Assim como esse paciente, outros podem estar usando o mesmo sistema para solicitar quantias maiores, através da emissão de recibos e notas fiscais falsas. No final, todo mundo sai prejudicado porque, no mutualismo, vai sair do bolso de todos quando vier um reajuste”, acrescenta.

Um levantamento de novembro de 2023 do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) estimou um prejuízo, no ano anterior, de até R\$ 34 bilhões ao setor da saúde suplementar por causa de procedimentos médicos considerados desnecessários, desvios e irregularidades.

De acordo com a Abramge, as fraudes estão em todas as etapas do sistema, desde a contratação do plano de saúde até o faturamento, onerando tanto as operadoras quanto os beneficiários. Considerando os reembolsos, as operadoras estimam que R\$ 7,2 bilhões estejam vinculados a fraudes, concentrando um aumento anormal de pedidos entre 2019 e 2022.

Ainda que não haja um levantamento específico calculando os prejuízos causados pelos procedimentos estéticos, a entidade informou ter tomado ciência de casos, reportados em outubro do ano passado pela Associação Paulista de Medicina (APM) à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em que especialistas ensinaram em "live" nas redes sociais sobre como usar o convênio médico em cirurgia plástica particular, caracterizando uma eventual infração ética profissional. O caso, segundo a Abramge, também foi reportado ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e ao Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP).

Procedimentos de reparação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reforçou ao JOTA que a cobertura assistencial aos beneficiários de planos de saúde está listada na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde, seguindo legislação específica do setor. Assim, conforme previsto na Lei 9.656/1998, procedimentos estritamente estéticos não têm cobertura obrigatória na saúde suplementar.

Contudo, é importante não confundir os procedimentos estéticos sem cobertura pelos planos com os procedimentos

reparadores previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. É o caso, por exemplo, da mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral em casos de lesões traumáticas e tumores, conhecida popularmente como mamoplastia de reconstrução, para pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico contra o câncer de mama.

"É importante destacar que as operadoras são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e estabelecidos em contrato, de acordo com as diretrizes de utilização, a segmentação assistencial e a área geográfica de abrangência do plano, dentro dos prazos definidos pela ANS", pontuou a agência.

Outros procedimentos reparadores que constam no Rol da ANS são a abdominoplastia, com cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem excesso de pele decorrente de grande perda de peso (em consequência de tratamento clínico para obesidade ou após cirurgia bariátrica); e a diástase dos retos-abdominais, tratamento cirúrgico para adequação da musculatura do abdômen, cuja cobertura é obrigatória sempre que solicitado pelo médico do paciente, não apenas nos casos de pós-bariátrica.

Ainda de acordo com o Rol da ANS, os procedimentos estéticos, sem previsão de cobertura, são aqueles "que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita". Dessa forma, procedimentos como blefaroplastia, uma intervenção cirúrgica nas pálpebras, pode ter cobertura pelo plano de saúde quando o excesso de pele ao redor dos olhos estiver causando desconforto ou atrapalhando a visão. Nesse caso, é necessário apresentar um pedido médico..

DEPUTADO COBRA ANS POR CANCELAMENTO UNILATERAL DE PLANOS DE AUTISTAS

Veja – 21/05/2024

Alex Manente (Cidadania-SP) recebe diretor-presidente da ANS na Câmara para exigir providências da agência sobre as operadoras

O líder do Cidadania na Câmara, Alex Manente (SP), vai se reunir nesta quarta-feira, às 10h, com o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello.

O deputado quer que os planos de saúde garantam a prestação continuada de serviços e que a ANS proíba o cancelamento unilateral dos contratos aos usuários, em especial daqueles com transtorno do espectro autista e outros transtornos do neurodesenvolvimento, pessoas com deficiência, doenças raras e doenças graves.

PADRÃO TISS VERSÃO 4.01: OPERADORAS E PRESTADORES DEVEM USAR A VERSÃO MAIS ATUALIZADA EM TODAS AS OPERAÇÕES

GOV (ANS) – 20/05/2024

Uso da versão antiga pode acarretar problemas na entrega do faturamento ou autorização de procedimentos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) consolidou a versão 4.01 do Padrão TISS desde julho de 2021 e, agora, todas as operadoras e prestadores precisam adequar suas operações e fazê-las, exclusivamente, por meio da versão atual. Operações como autorização de procedimentos ou envio do faturamento, por exemplo, deverão ser feitas na

versão 4.01 tanto pelas operadoras de planos de saúde quanto pelos prestadores de serviço em saúde.

Atenção: o prazo final para a troca da versão é 31/12/2024.

Padrão TISS

A ANS instituiu a Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), com o objetivo de permitir uma

comunicação eficiente entre os agentes do setor e reduzir a assimetria de informações.

Com a entrada em vigor da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o Padrão TISS passou por uma profunda revisão para reduzir os riscos envolvidos nas trocas de informações e aprimorar os requisitos de segurança e privacidade. O resultado é a publicação da Versão 4 do Padrão TISS.

Prestador de serviços de saúde entre em contato com as operadoras de planos de saúde que você possui contrato para que não tenha problemas no faturamento de suas contas.

Além disso, a ANS alerta que as operadoras aproveitem esse momento no sentido de olhar a completude das informações

enviadas e a qualidade dos dados cadastrais, que refletem diretamente no monitoramento da atividade regulatória da ANS e na qualificação dos dados das operadoras para a composição do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

O TISS constitui uma ferramenta importante para a transparência ativa das informações. Informar os dados corretamente é uma prática de boa governança das operadoras e demonstra a responsabilidade social das empresas quanto a transparência de seus dados junto ao órgão regulador e à sociedade Brasileira.

Para conhecer mais sobre o Padrão TISS, [clique aqui](#).

NOTA DA ANS SOBRE CANCELAMENTO E RESCISÃO DE CONTRATOS

GOV (ANS) – 20/05/2024

Confira as regras para cada tipo de contratação de plano de saúde

Considerando a série de reportagens e notícias a respeito de cancelamento de contratos de planos de saúde coletivos, e, dada a competência legal atribuída à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para promover a regulação do setor, seguem esclarecimentos com a finalidade de afastar eventuais dúvidas e incompreensões:

É proibida a prática de seleção de riscos

Não pode haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Ou seja, nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura negada por qualquer condição e, também, não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos.

Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. Esta vedação está disposta na [Súmula Normativa 27/2015](#).

Além disso, o art.14 da Lei 9.656/98 estabelece que “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Portanto, a própria Lei veda qualquer tipo de discriminação pessoal que inviabilize a contratação de plano de saúde pelo consumidor.

Ninguém pode ser impedido de contratar um plano de saúde

Os planos individuais/familiares são de livre adesão pelos consumidores, com ou sem grupo familiar, e ninguém pode ser impedido de contratá-los.

Nos planos coletivos, o único requisito para aderir ao plano é o vínculo do consumidor com a pessoa jurídica contratante ou a comprovação de ser um empresário individual.

Rescisão de contratos de planos de saúde tem regras

As regras para a rescisão de planos de saúde devem estar previstas no contrato assinado com a operadora. Contudo, há diferenças para o cancelamento de plano entre as formas de contratação.

As regras de rescisão/cancelamento de contratos ou de exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde são estabelecidas pela Lei 9.656/98 e pelas normas da Agência.

Importante destacar que a situação de exclusão pontual de beneficiários de um contrato não deve ser confundida com a rescisão/cancelamento deste contrato.

Exclusão pontual de beneficiários

No caso de planos de contratação individual/familiar as operadoras não podem fazer a exclusão de beneficiários à sua revelia, apenas em casos de fraude ou inadimplência.

Já no caso de planos coletivos (empresariais e por adesão), conforme previsto na [RN 557/2022](#), cabe exclusivamente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos contratos.

As operadoras somente poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I – por fraude;

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998; ou

III - a pedido do beneficiário

Rescisão/cancelamento de contrato

As condições para a rescisão/cancelamento de um plano de saúde devem estar previstas no contrato e são válidas para o

contrato como um todo, e não para cada beneficiário a ele individualmente vinculado.

Nos planos de saúde de contratação individual/familiar, as operadoras somente poderão rescindir unilateralmente um contrato em casos de fraude ou inadimplência. Para o cancelamento por inadimplência, o beneficiário tem que deixar de pagar a mensalidade por um período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato. O consumidor do plano individual/familiar tem que ser notificado até o 50º dia da inadimplência sobre a possibilidade de cancelamento.

Nos contratos de planos coletivos, após o prazo de vigência inicial, a rescisão contratual pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. O tempo de antecedência para notificação ao contratante pela operadora deverá estar definido em contrato.

Importante: esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que solicita a rescisão do contrato, não se aplicando aos beneficiários que desejem sair do plano.

Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresário individual (MEI), a rescisão pode ser solicitada:

a) pelo empresário individual contratante, hipótese em que pode ser exigido o aviso prévio e cobrança de multa ao contratante, se previsto em contrato; ou

b) pela operadora, e neste caso, não sendo hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Atenção: até a rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário, todos os procedimentos contratados devem ser garantidos a ele, não podendo o consumidor ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade do plano.

Assistência para beneficiário internado tem que ser mantida

É proibida a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, nos planos de saúde individual ou familiar. Até a alta hospitalar, a operadora deverá arcar com todo o atendimento.

Importante esclarecer que, no caso dos planos coletivos, é lícita a rescisão de contrato, por parte da operadora, com beneficiários em tratamento. No entanto, se houver a rescisão do contrato de plano coletivo - por qualquer motivo - e existir algum beneficiário ou dependente em internação, a operadora deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar. Da mesma maneira os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitadas quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.

Em qualquer dos casos, seja por exclusão pontual ou por rescisão/cancelamento de contrato, os beneficiários devem ser previamente notificados sobre sua exclusão ou sobre a

rescisão do contrato, bem como sobre seu direito à portabilidade de carências.

Continuidade da assistência

Para assegurar a continuidade da assistência aos beneficiários que perderam o vínculo com o plano de saúde ou cujo contrato foi rescindido, a ANS garante o direito ao exercício da portabilidade de carências, ou seja, o direito de contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária (no caso de doenças ou lesões preexistentes), conforme a [RN 438/2018](#).

Sendo assim, a operadora de plano de saúde deve comunicar ao beneficiário, previamente à sua exclusão ou à rescisão do seu contrato, sobre o seu direito à realização da portabilidade de carências, por qualquer meio que assegure a ciência inquestionável do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito. A Agência disponibiliza aos consumidores uma cartilha didática sobre o tema, que pode ser encontrada no site da ANS. [Clique aqui](#) para acessá-la.

No site da ANS, é possível pesquisar planos de saúde disponíveis no mercado para contratação/adesão ou para troca via portabilidade de carências por meio do [Guia ANS de Planos de Saúde](#). O sistema é intuitivo e ainda conta com um [tutorial](#) para orientar o usuário.

ATENÇÃO: nos casos em que a desvinculação do plano (extinção do vínculo do beneficiário) ocorra por solicitação do próprio beneficiário, a requisição deve ser atendida de forma imediata pela operadora a partir de sua ciência, conforme regramento disposto na [RN 561/2022](#). Nesses casos, o beneficiário perde o direito ao exercício da portabilidade de carências, pois esse é um direito garantido enquanto ele ainda está vinculado ao seu plano. Se quiser fazer a portabilidade de carências, esse beneficiário deverá fazer a troca enquanto ainda estiver vinculado ao plano do qual quer sair.

O olhar da Agência para o autismo

A ANS salienta que se mantém atenta às necessidades e aos anseios de todos os beneficiários da saúde suplementar. Assim, destaca-se um breve histórico sobre as ações da Agência em relação ao Transtorno de Espectro Autista (TEA):

Em julho de 2021, a ANS publicou a [RN 469/2021](#), que garantiu aos beneficiários portadores de transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84), no qual se inclui o Transtorno do Espectro Autista, acesso a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, o que se somou à cobertura ilimitada que já era assegurada para as sessões com fisioterapeutas. Nesse período, também foi instituído um grupo de trabalho na ANS para dar seguimento às discussões sobre o atendimento aos beneficiários com TEA na saúde suplementar.

Em junho de 2022, a ANS determinou a obrigatoriedade de cobertura para quaisquer técnicas ou métodos indicados pelo médico assistente para o tratamento de pacientes com Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD), entre os quais estão os com transtorno do espectro autista (TEA). Assim, terapias como os métodos Applied Behavior Analysis (ABA), Denver e Integração Sensorial passaram a ser contemplados na saúde suplementar, com a publicação da [RN 539/2022](#).

Em julho de 2022, a ANS acabou com os limites para sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas não somente para os autistas, mas para todos os usuários do setor.

Mais recentemente, em outubro de 2023, a Agência realizou uma audiência pública para debater, com todos os atores do setor, a assistência aos beneficiários da saúde suplementar com TGD e especialmente aqueles com TEA. O evento durou mais cinco horas e foi realizado de forma remota, permitindo maior participação social para todo o país. As entidades presentes foram: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), Conselho Federal de Nutrição (CFN), Associação Nacional em Prol das Pessoas com Deficiência, Doenças Raras e Doenças Congênitas (ANPCD), Conselho Nacional de Saúde (CNS), FenaSaúde, Unidas, Abramge, Confederação Nacional das Unimeds do Brasil, além de dezenas de profissionais de diversas áreas, representantes de planos de saúde e cidadãos, que fizeram contribuições, que geraram um relatório técnico recentemente aprovado pela Diretoria Colegiada da Agência.

Dentre as ações propostas: monitoramento contínuo da evolução da utilização dos serviços prestados por fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas a beneficiários da faixa etária de 0 a 15 anos, com a inclusão de uma seção temática no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar; a partir desse acompanhamento, serão elaborados estudos sobre a evolução dos atendimentos de pacientes com TGDs, de modo a dar subsídios à ANS e a todo o setor em busca de aperfeiçoamentos e melhorias; formulação de ações regulatórias fundamentadas e alinhadas com as complexidades abordadas durante a audiência pública; e realizar mais reuniões com representantes da sociedade civil e do governo, com conselhos e associações profissionais e científicas para enriquecer o debate, considerando as perspectivas e expertises, além de alinhar estratégias para enfrentar o TEA de maneira mais abrangente.

Mudança na regulação motivada por ação do Procon RJ

Em fevereiro de 2014, a 18ª Vara Federal da 2ª Região julgou procedente uma ação civil pública (processo nº [0136265-83.2013.4.02.5101](#)) do Procon Estadual do Rio de Janeiro (Procon-RJ) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A decisão determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 do normativo que até então tratava da rescisão de

contratos - a Resolução Normativa 195/2009. Tal parágrafo estabelecia que os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Tal medida, que pretendia dar ao consumidor o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, acabou por dar às operadoras o mesmo direito, pondo fim a uma situação de segurança para o beneficiário que antes tinha garantida a vigência de pelo menos 12 meses. A Resolução Normativa 195/2009 foi substituída pela RN 557/2022, a qual manteve parte da redação do artigo 17 em seu artigo 23:

"Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes".

Assim sendo, mesmo com a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009, as operadoras permaneceram obrigadas a dispor no contrato coletivo (empresarial ou por adesão) em que condições pode ocorrer a suspensão ou rescisão do contrato, observadas as regras previstas no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

Mediação de conflitos e ação da ANS

A ANS atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta criada pela ANS para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores.

Pela NIP, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário, nos casos de cobertura assistencial, e até 10 dias úteis para demandas não assistenciais. Se o problema não for resolvido pela NIP e se constatada infração à legislação do setor, será instaurado processo administrativo sancionador, que pode resultar na imposição de sanções à operadora, destacando-se, dentre elas, a aplicação de multa.

A operadora que rescindir o contrato de beneficiários em desacordo com a legislação da saúde suplementar pode ser multada em valores de até R\$ 80 mil.

Novais

HOSPITALAR 2024 MOBILIZA CADEIA DE SAÚDE PARA APOIAR A REABERTURA DOS HOSPITAIS NO RS

Saúde Business - 16/05/2024

Chamada "Cuidar e Reconstruir: Mobilização do Setor Saúde pelo RS", a iniciativa visa arrecadar doações para auxiliar na reabertura das unidades de saúde prejudicadas pelas enchentes.

A Feira Hospitalar, em colaboração com a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Serviços de Saúde, liderada pelo deputado Federal Pedro Westphalen, e as principais instituições do setor, mobilizaram uma campanha de

solidariedade voltada para apoiar hospitais e serviços de saúde afetados pelas recentes enchentes no Rio Grande do Sul.

Intitulada "Cuidar e Reconstruir: Mobilização do Setor Saúde pelo RS", a iniciativa tem como objetivo principal a arrecadação de doações de insumos, equipamentos e mobiliários hospitalares para auxiliar na reabertura das

unidades de saúde prejudicadas pelas enchentes que ocorreram no estado.

lançamento oficial da campanha será feito durante a Feira Hospitalar, que acontece nos dias 21 a 24 de maio, no São Paulo Expo. O evento vai reunir as principais lideranças do setor de saúde, oferecendo uma plataforma ideal para a divulgação e engajamento da iniciativa.

"Juntamente com a Frente Parlamentar, entendemos que seria muito importante o setor se organizar para que as destinações de doações para os hospitais afetados sejam feitas de maneira sincronizada, tornando o processo mais ágil e funcional. A Hospitalar, como ponto de encontro do setor, é o lugar ideal para incentivarmos o setor como todo a cooperar. Com a coordenação da Frente Parlamentar para o destino das doações, estamos seguros que os hospitais da região poderão voltar a operar o quanto antes", pondera Juliana Vicente, Head do portfólio de saúde da Informa Markets Latam, empresa organizadora do evento.

Como funciona a campanha?

Todas as empresas interessadas em contribuir com doações de insumos hospitalares, equipamentos médicos e mobiliário devem expressar seu interesse preenchendo o formulário divulgado pelo evento. [Acesse aqui!](#)

Durante a Feira Hospitalar, as empresas participantes serão convidadas a formalizar suas doações subindo ao palco da Arena Hospitalar Hub, onde será realizada a assinatura de um termo de compromisso e registros fotográficos.

As doações recebidas serão divulgadas em um painel na entrada da feira e compartilhadas nas redes sociais e por meio de e-mail.

"Pregão da Saúde"

Um dos destaques da programação será o "Pregão da Saúde", que acontecerá diariamente na Arena Hospitalar Hub, às 13h, onde empresas e instituições serão incentivadas a apresentar suas doações. O objetivo é mobilizar o setor para engajar nas doações e apoiar a reabertura dos hospitais afetados pela enchente.

Distribuição das doações

Após o encerramento do evento, a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Serviços de Saúde assumirá a responsabilidade de distribuir as doações entre as instituições de saúde do Rio Grande do Sul, garantindo que os recursos sejam direcionados para os locais mais necessitados.

A campanha é aberta a todos os participantes da Feira Hospitalar, incluindo expositores, visitantes, palestrantes, congressistas e entidades apoiadoras. O objetivo é unir esforços para ajudar o setor de saúde gaúcho a se recuperar e continuar oferecendo serviços de qualidade em todo o estado.

Sustentabilidade em foco

A Hospitalar não apenas se alia à campanha em prol do Rio Grande do Sul, mas também promove uma iniciativa voltada para práticas sustentáveis e responsáveis na indústria de feiras e eventos. Por meio do programa Better Stands, visa atingir a meta de desperdício zero nos estandes até 2030, evidenciando o comprometimento do evento com a responsabilidade ambiental e o desenvolvimento sustentável.

PLANOS DE SAÚDE NA MIRA DO CONGRESSO: DEPUTADO COLHE ASSINATURAS PARA INSTALAR CPI

InfoMoney – 16/05/2024

Iniciativa é do deputado Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ), que pretende investigar atuação dos planos de saúde e regulação feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); são necessárias 171 assinaturas.

O deputado federal Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ) começou a colher assinaturas para apresentar uma proposta de instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que deve investigar eventuais irregularidades praticadas por planos de saúde no Brasil.

Segundo o parlamentar, a ideia da comissão é investigar a atuação dos planos de saúde e o trabalho de regulação levado a cabo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De acordo com o deputado, a rede de saúde suplementar tem o papel de desafogar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Caso seja instalada pelo Congresso Nacional, a CPI dos Planos de Saúde deve analisar denúncias relacionadas ao cancelamento do credenciamento de clínicas por parte das operadoras. Um dos exemplos mencionados pelo deputado envolve a população idosa, que muitas vezes se vê obrigada

a comprometer outros itens do orçamento familiar para continuar pagando as elevadas mensalidades dos planos.

Uma audiência pública da Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara discutiu, realizada na quarta-feira (15), discutiu o aumento no número de cancelamentos unilaterais dos planos de saúde por parte das operadoras, que vêm atingindo, entre outros grupos, pessoas com deficiência e Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Uma reportagem publicada em abril pelo jornal Folha de S.Paulo mostrou que uma idosa de 102 anos recebeu um aviso de cancelamento de seu plano de saúde – que ela possuía há mais de 30 anos e custava R\$ 9,3 mil por mês. A empresa acabou recuando da rescisão após a repercussão negativa do caso.

De acordo com o Procon-SP, entre abril e maio deste ano, houve uma alta de 85% nas reclamações de consumidores ligadas a rescisões unilaterais dos planos de saúde. Já pelos dados da ANS, o crescimento foi de 99% no primeiro trimestre de 2024, na comparação com o mesmo período do ano passado. Atualmente, a legislação que trata dos planos de saúde coletivos permite esses cancelamentos.

Entre os assuntos possivelmente abordados na CPI, caso ela seja realmente instalada, estão informações sobre a evolução do número de cancelamentos e os perfis dessas rescisões.

Para que a comissão parlamentar se torne realidade, são necessárias as assinaturas de um terço dos deputados (ou 171, de um total de 513).

REDE D'OR VENDE SUA CORRETORA PARA RIVAL MDS POR R\$ 800 MILHÕES

O Globo – 16/05/2024

A Rede D'Or acaba de vender à MDS sua corretora de planos de saúde e seguros de vida e previdência, a D'Or Consultoria. A transação avalia o negócio em R\$ 800 milhões, cifra da qual será descontado o valor de sua dívida líquida (não informado pela Rede D'Or).

A transação vinha sendo costurada desde meados do ano passado e é concluída poucos dias depois de a Rede D'Or anunciar outro negócio relevante: sua associação ao Bradesco para criação de uma nova firma de hospitais, com investimento inicial de R\$ 1,1 bilhão.

A MDS teve que vencer alguns concorrentes para levar o negócio. Em julho passado, o jornal Valor Econômico informou que Mercer Marsh e It'sSeg também disputavam a corretora da Rede D'Or.

Fundada em 2015, a D'Or Consultoria diz em seu site ter mais de 1,2 mil clientes e 1,8 milhão de vidas administradas em cinco praças: SP (capital e interior), RJ, BA e MG. Segundo fato relevante da Rede D'Or, o valor de R\$ 800 milhões, menos a dívida, será pago com um cheque de 65% agora e o restante ao longo dos próximos três anos.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.