

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde vão à justiça contra usuários e pedem ressarcimento de gasto com remédios sem registro na Anvisa](#) - Fonte: o Globo

[Adesões a planos médico-hospitalares crescem 3,2% em um ano](#) - Fonte: IESS

[Care Plus amplia canais de distribuição e anuncia parceria com banco original](#) - Fonte: Revista Cobertura

[ANS suspende a comercialização de 70 planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Setor público de saúde atende mais e gasta muito menos do que o privado](#) - Fonte: Saúde Business

[“Prévia da inflação”: IPCA-15 volta a acelerar em junho e chega a 0,69% com alta de planos de saúde](#) -
Fonte: CNN Brasil

[Amil Dental e OdontoCompany fecham parceria inédita no mercado](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Unimed fecha parceria com a Abstartups](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Três novas tecnologias em saúde são incorporadas ao Rol de procedimentos](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Em pauta: cobertura para pessoas com deficiência](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS amplia regras de cobertura para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Operadoras não podem cancelar plano de saúde coletivo durante tratamento de doença grave, decide STJ](#)
- Fonte: Extra

PLANOS DE SAÚDE VÃO À JUSTIÇA CONTRA USUÁRIOS E PEDEM RESSARCIMENTO DE GASTO COM REMÉDIOS SEM REGISTRO NA ANVISA

O Globo – 28/06/2022

Operadoras pedem no Judiciário reembolso de valores pagos antes do aval da agência reguladora, mas com decisão judicial que amparava o consumidor à época

Operadoras de planos de saúde estão recorrendo à Justiça para cobrar despesas de medicamentos de alto custo de usuários. Elas se baseiam na Tese 990 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que em 2018 mudou o entendimento da maioria dos Tribunais do país sobre a obrigação de as operadoras cobrirem medicamentos que não estavam registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas que estavam sendo prescritos pelos médicos a alguns pacientes, especialmente para tratamentos contra o câncer.

Além de questionar o pagamento dos remédios, as operadoras passaram a ingressar na Justiça pedindo a devolução dos valores pagos referentes ao período em que os medicamentos estavam sem registro. O STJ, então, passou a determinar o ressarcimento aos planos de saúde, mesmo que os consumidores estivessem amparados por decisões judiciais anteriores que asseguravam a cobertura.

Foi o caso do economista Cláudio Salm, ex-diretor do IBGE, revelado pelo colunista de O Globo Elio Gaspari, no último domingo. Usuário da Unimed-Rio durante 20 anos, Salm foi diagnosticado com um câncer de pulmão, e recorreu a um medicamento importado. Como o fármaco não estava na lista de medicamentos registrados na Anvisa, ele foi à Justiça e obteve uma liminar que lhe assegurava o direito de reembolso da operadora.

Meses depois, o remédio entrou na lista de medicamentos registrados no órgão regulador. Em agosto de 2019, Cláudio Salm morreu. A Unimed-Rio, então, ingressou na Justiça, cobrando R\$ 176 mil de ressarcimento pelo pagamento do medicamento enquanto ainda não tinha o aval da Anvisa.

O processo de Salm transitou em julgado em 2020, após uma decisão monocrática do ministro Marco Buzzi, da Quarta Turma do STJ, e agora a operadora está fazendo a cobrança ao espólio do falecido. A defesa da família do economista não se pronunciou sobre o caso.

Medicamento de alto custo

A Unimed-Rio informou que deu início à cobrança após o entendimento do STJ sobre a legalidade de recusa da cooperativa em fornecer medicamentos sem registro na Anvisa. A operadora entende que é "legal o direito ao ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento

pelo período no qual a medicação não tinha autorização do órgão sanitário para ser utilizada no Brasil".

Para o advogado Rafael Robba, especialista em Direito à Saúde, sócio do escritório Vilhena e Silva, a mudança no entendimento do STJ causou grande insegurança jurídica no mercado, já que havia uma decisão judicial para cada um dos paciente assegurando o pagamento dos medicamentos pelas operadoras.

— A decisão colocou os consumidores em uma arapuca. Esses consumidores, quando buscavam a Justiça, se apoiavam no entendimento de que, mesmo sem registro na Anvisa, as operadoras poderiam custear (os remédios). Depois que houve a mudança, o STJ não fez nenhum tipo de modulação sobre o tema, o que abriu espaço para essa cobrança das operadoras, colocando o consumidor em situação de extrema vulnerabilidade, porque são medicamentos de alto custo — explica ele.

Divergência de entendimento

Embora outros casos estejam chegando ao STJ, com pedidos de ressarcimento das operadoras contra os clientes, alguns processos também estão com recursos apresentados no Supremo Tribunal Federal (STF), que tem um entendimento diferente.

Em maio, o ministro Ricardo Lewandowski foi relator do caso de um paciente em tratamento de um mieloma — um tipo de câncer que afeta glóbulos brancos — que também havia obtido na Justiça o direito de cobertura de um medicamento não registrado pela Anvisa. O ressarcimento agora estava sendo cobrado pela operadora do plano de saúde.

Segundo o ministro, o usuário do plano de saúde não deveria ser obrigado a custear o tratamento realizado com o medicamento Revlimid no período que antecedeu o registro do fármaco na Anvisa. O ministro citou na decisão o direito constitucional à vida e à saúde, mas também a segurança jurídica, já que o entendimento era de que o plano deveria arcar com a despesa.

— Nem todos os casos chegam ao STF. Esperamos que o Supremo, em algum momento, mude esse entendimento. Com base nesta tese, as operadoras começaram a recorrer ao STJ, caso a caso, e este passou a julgar que elas poderiam cobrar dos consumidores, principalmente aqueles que receberam doses antes do registro na Anvisa — explica o advogado Rafael Robb

ADESÕES A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES CRESCEM 3,2% EM UM ANO

IESS – 28/06/2022

Nos últimos 12 meses, encerrados em abril deste ano, o volume de adesões a planos médico-hospitalares cresceu 3,2% com o registro de 1,5 milhão de novos vínculos. Em abril do ano passado, eram 47,8 milhões de beneficiários, número que evoluiu no decorrer do período, até atingir o patamar atual 49,4 milhões, conforme dados da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\) nº 70](#), desenvolvida pelo IESS.

As contratações do tipo de plano coletivo empresarial continuam em destaque. A modalidade foi a que mais cresceu (4,5%) – eram 32,6 milhões em abril de 2021 e saltou para 34,1 milhões no mesmo mês deste ano – 1,5 milhão de beneficiários a mais.

Vale destacar que, em abril deste ano, 40,4 milhões – correspondente a 81,8% de beneficiários de planos médico-hospitalares – possuíam um plano coletivo. Do volume total, no entanto, 84,4% pertenciam ao tipo coletivo empresarial e 15,6% ao coletivo por adesão.

O tipo de plano em questão representa a maioria do total de beneficiários no País (69%) e tende a acompanhar o número de trabalhadores formais com base nos dados do [Cadastro Geral de Empregados e Desempregado \(Caged\)](#). Isso porque, entre abril de 2020 e 2021, o estoque de empregos formais foi de 38,8 milhões para 41,4 milhões, respectivamente, um saldo de 2,6 milhões (crescimento de 6,8%).

A NAB mostra, ainda, que em números absolutos, o maior crescimento em novas adesões a planos médico-hospitalares no País, ocorreu no estado de São Paulo. Houve um acréscimo de 546 mil beneficiários no período de 12 meses analisados – eram 17,3 milhões de vínculos, em abril de 2021, e passou para 17,9, em fevereiro deste ano. No mesmo período, a maior queda foi registrada no estado do Amapá (-476 beneficiários).

Para mais detalhes sobre o relatório, [clique aqui](#).

CARE PLUS AMPLIA CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO E ANUNCIA PARCERIA COM BANCO ORIGINAL

Revista Cobertura – 27/06/2022

Com nova estratégia, a operadora premium de saúde investe fortemente em produtos individuais e é a primeira a integrar a plataforma de benefícios Original Store

A operadora de saúde Care Plus e o Banco Original acabam de selar uma parceria para disponibilizar planos odontológicos diretamente na Original Store, plataforma de benefícios da instituição. O preço do plano básico é de R\$ 44,90 e pode ser adquirido facilmente no portal de e-commerce exclusivo do banco, que reúne ofertas de mais de 230 parceiros, e condições especiais para clientes do Original.

“A parceria com a Care Plus está alinhada ao objetivo do Original de não apenas facilitar e centralizar a vida financeira do cliente, mas também de disponibilizar ofertas e soluções cada vez mais personalizadas, respeitando sua liberdade de escolha. Somos o primeiro banco a firmar parceria com a operadora e isso mostra o diferencial do Original e da Original Store”, afirma Vinícius Neves, head da Original Store.

Com quase 7 milhões de clientes distribuídos em todo o território nacional, o Original disponibilizará os produtos da operadora em condições especiais. “Esperamos posicionar a marca Care Plus em odontologia em novos mercados e expandir consideravelmente a nossa base de clientes ainda em 2022”, diz Caio Abdalla, diretor comercial da Care Plus.

Expansão de mercado

Além da comercialização dos produtos odontológicos para clientes do Original, a Care Plus também está lançando o seu e-commerce próprio de planos odontológicos. A empresa busca ampliar a sua carteira de clientes por meio da oferta diretamente a pessoas físicas, com valores acessíveis e facilidade de compra.

“Tradicionalmente, os produtos da Care Plus têm foco no mercado corporativo, segmento em que a empresa trabalha há 30 anos e já tem lugar estabelecido. Agora queremos conquistar um espaço no varejo brasileiro, com seis produtos odontológicos e diferentes formas de pagamento, ampliando o acesso aos nossos serviços com a mesma qualidade e condições atrativas”, acrescenta Abdalla.

Nas opções que apresentam coberturas mais extensas, as ofertas são também competitivas, inclusive com direito a reembolso dos cobijados alinhadores de dentes transparentes. Beneficiários de todo o país terão acesso às clínicas próprias Care Plus, às clínicas Prime Clinic e, também, à rede credenciada.

O lançamento do e-commerce e a parceria com o Original são estratégias que integram as diretrizes da Bupa, companhia de saúde sediada no Reino Unido, com atuação em mais de 190 países e da qual a Care Plus faz parte desde 2016. O grupo britânico tem a maior rede de clínicas próprias de odontologia no mundo, com cerca de 2 mil unidades. Globalmente, a Bupa também possui hospitais, laboratórios e centros clínicos, além de comercializar planos de saúde e de possuir operações no setor de medicina ocupacional.

Cenário promissor

No Brasil, menos de um terço dos brasileiros possui plano de saúde ou odontológico. Com a variedade de produtos no e-commerce e as parcerias por afinidade, a Care Plus tem a oportunidade de conquistar pacientes de diferentes segmentos econômicos. “De maneira geral, a população adquiriu a percepção de que dentes bem cuidados são sinônimo de saúde e qualidade de vida”, afirma Felipe de Carvalho, gerente comercial de afinidades.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), no período pré-pandemia o mercado nacional de odontologia

registrou faturamento anual de cerca de R\$ 38 bilhões. Com o controle da crise sanitária, é esperada uma retomada do crescimento.

Em relação ao cenário global, uma análise divulgada pela Fortune Business Insights aponta uma projeção de movimentação no mercado odontológico de cerca de U\$ 63,93 bilhões em 2029, o que inclui diferentes setores, como odontologia geral, equipamentos e próteses. Estética é uma das áreas que devem impulsionar o crescimento, segundo as estimativas.

ANS SUSPENDE A COMERCIALIZAÇÃO DE 70 PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 27/06/2022

Medida é resultado do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia as operadoras a partir de reclamações assistenciais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (27/06) a lista de planos de saúde que terão a venda temporariamente suspensa devido a reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida faz parte do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha regularmente o desempenho do setor e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 70 planos de 8 operadoras devido a reclamações efetuadas no 1º trimestre.

A proibição da venda começa a valer no dia 30/06. Ao todo, 1.453.044 beneficiários ficam protegidos com a medida, já que esses planos só poderão voltar a ser comercializados para novos clientes se as operadoras apresentarem melhora no resultado no monitoramento.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo, 4 planos de 3 operadoras terão a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (1º trimestre)

- 70 planos com comercialização suspensa
- 4 planos com a comercialização liberada
- 1.453.044 beneficiários protegidos
- 37.512 Total de reclamações analisadas no período de 01/01/2022 a 31/03/2022.

Consulte o resultado nas listas abaixo:

[Planos com comercialização suspensa](#)

[Planos reativados](#)

[Planos que já estavam suspensos por outros motivos e que também foram suspensos pelo monitoramento da garantia de atendimento](#)

[Planos liberados pelo monitoramento da garantia de atendimento mas que continuam suspensos por outros motivos](#)

Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento periódico do acesso dos beneficiários de planos de saúde às coberturas contratadas. Os resultados são divulgados trimestralmente. As reclamações recebidas pela ANS consideradas no Monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial. A partir dessas informações, as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas e acarretando a suspensão da comercialização dos planos mais reclamados das operadoras identificadas em risco.

Quando uma operadora possui produto com comercialização suspensa em decorrência do Monitoramento da Garantia de Atendimento, ela não pode registrar nenhum novo plano que seja análogo aos que estiverem na lista de suspensão e nem receber novos beneficiários nos planos de saúde com comercialização suspensa por esse motivo (com exceção de novo cônjuge ou filho e de ex-empregados demitidos ou aposentados).

A cada trimestre, as operadoras são reavaliadas e, aquelas que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde, nos moldes do referido monitoramento, são liberadas para oferecer os planos para novas comercializações, desde que os planos não estejam com a comercialização interrompida por outros motivos.

SETOR PÚBLICO DE SAÚDE ATENDE MAIS E GASTA MUITO MENOS DO QUE O PRIVADO

Saúde Business – 27/06/2022

Pesquisa mostra diferenças de volume e valor entre atendimento ambulatorial e procedimentos hospitalares realizados pelo SUS e a rede particular

Segundo levantamento realizado pela IN3 Inteligência para a Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para Saúde (ABIMED), o setor público é responsável pela maioria absoluta dos procedimentos médico-hospitalares. Foram cerca de 973 milhões de procedimentos em 2020, durante o auge da pandemia, e 1,13 bilhões em 2021. Enquanto o setor privado foi responsável por 387 milhões de procedimentos em 2020 (não há dados consolidados para o setor privado em 2021).

Em relação aos valores, em 2020, o setor público movimentou US\$ 1,73 bilhão (R\$ 8,29 bilhões) e o privado, US\$ 4,02 bilhões (R\$ 20,73 bilhões). Os valores, no entanto, não

apresentam correlação direta com o volume de procedimentos realizados em ambos os setores.

“Essa diferença ocorre, em parte, pelos tipos de procedimentos buscados no setor privado e no público. O privado acaba absorvendo a demanda de média e alta complexidade quando se trata de procedimentos. Então, o valor agregado da iniciativa privada acaba sendo maior”, explica Fernando Silveira Filho, presidente da ABIMED.

O levantamento foi realizado com base na Pesquisa Industrial Anual (PIA) e na mensal (PIM), além de dados reportados pelo Governo Federal, DataSUS, SISCORI e ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar). A tabulação das informações permitiu traçar um panorama atual do mercado de procedimentos médico-hospitalares. A ABIMED representa 65% do mercado de dispositivos e equipamentos para o setor da saúde

“PRÉVIA DA INFLAÇÃO”: IPCA-15 VOLTA A ACELERAR EM JUNHO E CHEGA A 0,69% COM ALTA DE PLANOS DE SAÚDE

CNN Brasil – 24/06/2022

Mediana das expectativas de analistas de mercado apontava para 0,68% na comparação mensal e 12,03%, na anual

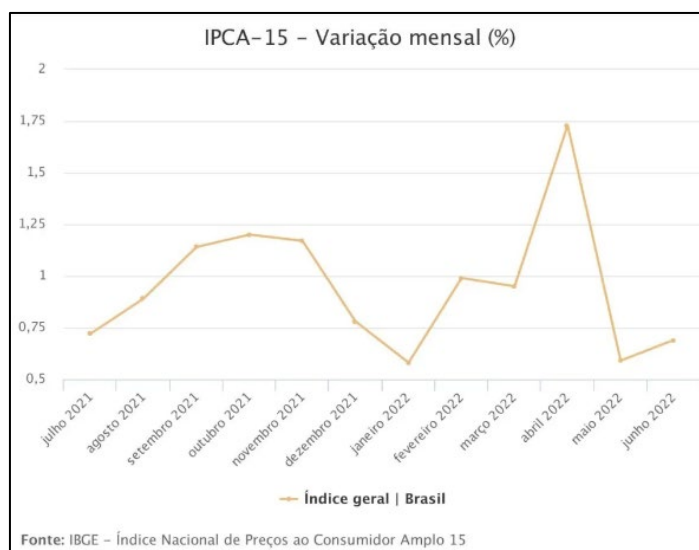
Após perder força em maio, o IPCA-15 (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-15) voltou a registrar aceleração em junho, ficando em 0,69% na passagem do mês, informou o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) nesta sexta-feira (24). O número é 0,10 ponto percentual (p.p.) maior que a taxa de maio (0,59%).

O índice é considerado uma “prévia da inflação oficial”.

O subitem de maior influência na taxa do mês foi planos de saúde, disse o instituto, que subiu 2,99% e representou 0,10 p.p. no resultado.

Em comparação com junho do ano passado, porém, o índice desacelerou para 12,04%, abaixo dos 12,20% registrados nos 12 meses imediatamente anteriores.

A mediana das expectativas de analistas de mercado apontava para 0,68% na comparação mensal e 12,03%, na anual.



Todos os grupos de produtos e serviços pesquisados apresentaram alta em junho, com destaque para o grupo de Transportes, que subiu 0,84%, uma desaceleração em relação a maio (1,80%). O grupo respondeu por 0,19 p.p. no índice geral.

“A desaceleração do grupo se deu pela queda nos preços dos combustíveis (-0,55%), que haviam subido 2,05% em maio. Embora tenha sido registrado aumento em óleo diesel (2,83%), o etanol e a gasolina caíram 4,41% e 0,27%, respectivamente”, disse o IBGE.

Vale ressaltar que o número de junho ainda não reflete o último reajuste feito pela Petrobras no preço dos combustíveis.

Entre as altas desse grupo, o instituto destaca passagens aéreas (11,36%), o seguro voluntário de veículo (4,20%) e o

emplacamento e licença (1,71%). Também subiram de preço as motocicletas (1,66%), os automóveis novos (1,46%) e os automóveis usados (0,12%).

Já a maior variação do mês foi do grupo Vestuário (1,77% e 0,08 p.p.).

O grupo de Saúde e cuidados pessoais é outro destaque entre as altas, com avanço de 1,27% no mês e 0,16 p.p. de contribuição no índice de junho, “muito por conta dos planos de saúde, que sofreram reajuste de até 15,5% autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 26 de maio, com vigência a partir de maio de 2022 e cujo ciclo se encerra em abril de 2023”, diz o IBGE.

No grupo, influenciou também a alta de 1,38% nos produtos farmacêuticos, com impacto de 0,05 p.p. no índice do mês.

AMIL DENTAL E ODONTOCOMPANY FECHAM PARCERIA INÉDITA NO MERCADO

Revista Cobertura – 24/06/2022

Beneficiários da Amil Dental agora contam também com atendimento nas clínicas da maior rede odontológica do país

A Amil Dental e a OdontoCompany, maior grupo de clínicas odontológicas do mundo e maior rede do Brasil, firmaram uma parceria inédita no mercado. Agora, além da rede credenciada da Amil Dental, os beneficiários dos planos da operadora poderão contar com atendimento na grande maioria das quase 2.000 unidades OdontoCompany em todo o país sem qualquer tipo de alteração contratual ou valor adicional. Trata-se de um substancial acréscimo na rede credenciada da Amil Dental com a inclusão de unidades da OdontoCompany espalhadas por todas as regiões do Brasil. Outra vantagem para os clientes da Amil Dental é a multidisciplinaridade das clínicas da OdontoCompany, com a possibilidade de realizar diversos tratamentos em um único local.

Com a parceria, as franquias do grupo odontológico não atenderão mais beneficiários de outras operadoras e terão o compromisso de manter a qualidade no atendimento aos 2,3 milhões de clientes da Amil Dental. Hoje, a Amil Dental tem 12.794 prestadores credenciados e cinco clínicas próprias localizadas em São Paulo. Em 2021, a empresa contabilizou mais de 1,4 milhão de consultas e mais de 10,1 milhões de procedimentos. No 1º trimestre deste ano, foram realizadas mais de 318 mil consultas e de 2,2 milhões de procedimentos.

“A parceria representa um ganho para todos. Mas, principalmente, para os beneficiários da Amil Dental, que terão ainda mais opções e facilidade para marcar um dentista qualificado próximo à sua residência ou ao local de trabalho. Ou seja, os clientes seguirão com a rede que conhecem, podendo manter o profissional que já utilizam, mas terão novas opções. Isso sem mudar de plano e sem alterações nos valores acordados em contrato”, explica Robert Wieselberg, diretor da Amil Dental e responsável pelo projeto.

Todas as clínicas da OdontoCompany são multidisciplinares, com especialistas realizando todos os tratamentos em um só

lugar, inclusive os mais complexos como próteses, ortodontia e implantes – com atendimento mensurado e padrão de qualidade controlado. Essa é uma grande vantagem para o cliente, que não precisará se deslocar entre vários consultórios, uma das maiores inconveniências de um tratamento odontológico mais complexo. E o beneficiário da Amil Dental terá a possibilidade de fazer tratamentos adicionais (procedimentos não cobertos pelo seu plano) com preços acessíveis e facilidade de pagamento.

No início de 2021, o grupo OdontoCompany adquiriu a totalidade do Oral Sin, a maior rede de implantes do país. No mesmo ano, o grupo OdontoCompany registrou faturamento de R\$ 2,3 bilhões.

“Confiamos na qualidade do atendimento da OdontoCompany e no quanto essa parceria será positiva para os nossos beneficiários. Para garantir isso, temos um comitê de gestão da parceria atento aos principais indicadores. Mas, mais importante, esse é um primeiro passo em uma iniciativa que abre inúmeras oportunidades de colaboração e inovação entre duas organizações com propósitos similares”, acrescenta Rodrigo Rocha, CEO da Amil Dental.

“É com muito orgulho que uniremos esforços para que os quase três milhões de clientes da Amil Dental possam ser atendidos nos consultórios da OdontoCompany pelo Brasil. Acreditamos que essa parceria terá um impacto importante no segmento de saúde bucal, facilitando o acesso dos pacientes, que passam a contar com a maior rede de clínicas odontológicas do mundo. Ou seja, terão a facilidade de encontrar sempre um consultório próximo, com bom atendimento e, sobretudo, tratamentos com qualidade e excelência. A saúde começa pela boca e estamos prontos para iniciar este trabalho que cuidará do sorriso de muitos brasileiros. Nos nossos mais de 30 anos de mercado, a OdontoCompany sempre esteve preparada para somar em boas iniciativas como esta e estamos certos sobre os resultados positivos desta colaboração”, celebra o fundador e presidente da OdontoCompany, Paulo Zahr.

UNIMED FECHA PARCERIA COM A ABSTARTUPS

Revista Cobertura – 24/06/2022

Acordo reúne uma das maiores operadoras de saúde do Brasil e a maior comunidade de startups do país

A Unimed Nacional fechou uma parceria com a Associação Brasileira de Startups (Abstartups). O acordo aproxima uma das maiores operadoras de saúde com a maior comunidade de startups do Brasil. O presidente da Cooperativa, Luiz Paulo Tostes Coimbra, explica que a sinergia com o ecossistema de startups posiciona a Unimed na vanguarda do setor de saúde suplementar, tornando-a mais competitiva e fomentando uma cultura de inovação, que ajuda a buscar novas soluções e pensar “fora da caixa”.

“As startups têm provocado uma verdadeira transformação no mundo, com seus modelos ágeis de negócio e foco em soluções inovadoras. Essa parceria com a Associação, que reúne mais de 7 mil empreendimentos, abre novos horizontes para a Unimed Nacional, para nossas sócias, para nossos cooperados e para o Sistema Unimed de maneira mais ampla”, destaca Luiz Paulo. Ele também ressalta a força desse ecossistema, que registrou crescimento mesmo com a pandemia. Pesquisas mostram que 2021 foi um ano histórico para o segmento, com aumento de 200% no volume aportado em startups brasileiras.

A parceria institucional entre as duas organizações prevê a presença da marca da Cooperativa nos materiais da Abstartups, bem como nos eventos regionais realizados para fomentar os ecossistemas de inovação nos estados. “Essa participação nos eventos itinerantes da Associação permite criar uma sinergia ainda maior com as Unimeds regionais, e nos possibilitará monitorar permanentemente o surgimento de soluções inovadoras com alto potencial de impacto na saúde”, destaca Luiz Paulo.

Dante Lopes, head de Inovação da Unimed Nacional, observa que o acordo traz também um ganho intangível para imagem da organização, pois a posiciona como uma marca inovadora no mercado, inclusive com a participação no CASE, maior evento de startups da América Latina, que, neste ano, está em sua nona edição. “A parceria com a Abstartups nos possibilita incontáveis oportunidades”, afirma Dante. Uma possibilidade em avaliação é a de que a Associação seja um elo entre a Unimed e startups que ofereçam soluções para o setor de saúde. “Isso nos ajudará a divulgar desafios e prospectar as startups mais adequadas e aderentes aos nossos negócios”, explica o gerente.

TRÊS NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE SÃO INCORPORADAS AO ROL DE PROCEDIMENTOS

GOV (ANS) – 23/06/2022

Medicamento, implante e contraceptivo injetável passam a ser de cobertura obrigatória pelas operadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, nessa quinta-feira, 23 de junho, a incorporação de mais três tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A medida, disposta na [Resolução Normativa 538/2022](#), que entrará em vigor a partir de 22 de outubro, foi aprovada na 573ª reunião da Diretoria Colegiada.

As tecnologias foram recomendadas positivamente pela Conitec para incorporação ao SUS e, por força da lei 14.307/2022, incluídas ao rol, sendo elas:

- **Medicamento alfacerliponase**, para tratamento de pacientes com lipofuscinose ceróide neuronal (grupo de doenças neurodegenerativas) tipo 2
- **Procedimento para implante do dispositivo** necessário para a administração do medicamento

alfacerliponase (implante intracerebroventricular de bomba de infusão de fármacos); e

- **Aplicação de contraceptivo hormonal injetável** (acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol e algestrona acetofenida + enantato de estradiol), para mulheres em idade fértil.

Ampliação do rol

Só em 2022, foram incorporados 6 exames, 16 medicamentos e 1 procedimento de implante ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – lista que constitui a cobertura obrigatória para os planos de saúde regulamentados, ou seja, contratados após 02/01/1999 ou adaptados à Lei 9.656/98. Com essas inclusões, o Rol editado pela ANS passa a ter 3.368 itens, entre consultas, exames diagnósticos, terapias e cirurgias que atendem a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

EM PAUTA: COBERTURA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

GOV (ANS) – 23/06/2022

Na manhã desta quinta-feira (23), ANS participou de reunião promovida pela Senacon

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, participou, na manhã desta quinta-feira, 23/06, de uma reunião promovida pela Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), do Ministério da Justiça. O evento teve o objetivo de debater as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS para o tratamento de pessoas com deficiência e os impactos da recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a taxatividade do Rol.

A reunião, coordenada pelo Secretário Nacional do Consumidor, Rodrigo Roca, contou ainda com a participação de entidades representativas de operadoras de planos de saúde e do Instituto Lagarta Vira Pupa, que promove apoio a pessoas com deficiência e seus familiares.

O diretor-presidente da ANS falou sobre o funcionamento do processo de revisão do Rol e esclareceu que com o fluxo contínuo de envio de propostas de incorporação e de análise dessas propostas proporcionou agilidade e redução de prazos para a inclusão de tecnologias. Rebello destacou que a ANS toma decisões baseadas em evidências científicas e

que considerem a segurança do paciente, a sustentabilidade do setor e a atenção ao interesse público. Ele aproveitou para adiantar que a reunião de diretoria que seria realizada na parte da tarde trataria de uma importante decisão para os consumidores: a determinação de cobertura obrigatória para métodos e técnicas para tratamento de transtornos do desenvolvimento global no Rol, tais como Aba, Denver e outras indicadas pelo médico em acordo com a família dos pacientes. Ele ressaltou ainda que operadoras têm obrigação de continuar cobrindo os procedimentos que foram impostos por decisões judiciais/administrativas e que elas também não poderão negar atendimento a pessoas com condições tais como paralisia cerebral e síndrome de down que apresentem transtornos global do desenvolvimento.

Como encaminhamento da reunião, Rebello sugeriu a realização de reuniões para análise da incorporação dos procedimentos mais demandados pelos pacientes com necessidades especiais, no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE). O objetivo é avaliar a segurança, efetividade e impacto dessas incorporações, respeitando o processo de incorporação de tecnologias no rol de procedimentos realizado pela ANS. Os participantes receberam muito bem a sugestão e a Senacon se disponibilizou para sediar as reuniões do grupo.

ANS AMPLIA REGRAS DE COBERTURA PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

GOV (ANS) – 23/06/2022

Métodos e técnicas indicados pelo médico assistente passam a ter cobertura obrigatória pelos planos de saúde

Em reunião extraordinária realizada na tarde desta quinta-feira, 23/06, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou uma normativa que amplia as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais está incluído o transtorno do espectro autista. [Clique aqui e confira a RN nº 539/2022.](#)

Dessa forma, a partir de 1º de julho de 2022, passa a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças.

A normativa também ajustou o anexo II do Rol para que as sessões ilimitadas com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas englobem todos os transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84).

“A ANS tem avaliado o rol de cobertura obrigatórias de forma permanente e nós estamos atentos aos anseios da sociedade. As discussões técnicas sobre as terapias para

tratamento do Espectro Autista já vinham acontecendo internamente, em um Grupo de Trabalho criado em 2021 e formado por representantes de quatro das cinco diretorias da Agência. Com base nessas discussões e considerando o princípio da igualdade, decidimos estabelecer a obrigatoriedade da cobertura dos diferentes métodos ou terapias não apenas para pacientes com TEA, mas para usuários de planos de saúde diagnosticados com qualquer transtorno enquadrado como transtorno global do desenvolvimento”, explica o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Transtornos Globais do Desenvolvimento

O transtorno global do desenvolvimento é caracterizado por um conjunto de condições que geram dificuldades de comunicação e de comportamento, prejudicando a interação dos pacientes com outras pessoas e o enfrentamento de situações cotidianas.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) são considerados transtornos globais do desenvolvimento:

- **Autismo infantil (CID 10 – F84.0)**

- **Autismo atípico** (CID 10 – F84.1)
- **Síndrome de Rett** (CID 10 – F84.2)
- **Outro transtorno desintegrativo da infância** (CID 10 – F84.3)
- **Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados** (CID 10 – F84.4)
- **Síndrome de Asperger** (CID 10 – F84.5)
- **Outros transtornos globais do desenvolvimento** (CID 10 – F84.8)
- **Transtornos globais não especificados do desenvolvimento** (CID 10 – F84.9)

Existem variadas formas de abordagem dos transtornos globais do desenvolvimento, desde as individuais realizadas por profissionais treinados em uma área específica, até as compostas por atendimentos multidisciplinares. Entre elas, estão: o Modelo Applied Behavior Analysis (ABA), o Modelo Denver de Intervenção Precoce (DENVER ou ESDM), a Integração Sensorial, a Comunicação Alternativa e

Suplementar ou Picture Exchange Communication System (PECS), dentre outros. A escolha do método mais adequado deve ser feita pela equipe de profissionais de saúde assistente com a família do paciente.

Importante esclarecer que as operadoras de planos de saúde não poderão negar atendimento a pessoas com condições tais como paralisia cerebral e Síndrome de Down que apresentem transtornos global do desenvolvimento.

Também vale destacar que a ANS continuará debruçada sobre a questão, inclusive com realização de audiência pública, e que o trabalho do grupo técnico seguirá, com avaliação e monitoramento do tema para o constante aprimoramento da cobertura dos planos de saúde.

[Confira aqui o vídeo da 14ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS](#)

[Leia a Nota Técnica nº 1](#)

[Acesse a Exposição de Motivos](#)

[Confira o voto](#)

OPERADORAS NÃO PODEM CANCELAR PLANO DE SAÚDE COLETIVO DURANTE TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE, DECIDE STJ

Extra – 22/06/2022

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu nesta quarta-feira que as operadoras não podem desligar uma pessoa de um plano de saúde coletivo quando ela tem uma doença grave para tratar. A decisão deverá ser seguida pelos tribunais e juízes de todo o Brasil. A legislação veda a rescisão do contrato no caso de planos individuais e familiares, mas não menciona os coletivos, o que vinha levando a algumas pessoas a recorrerem à Justiça para garantir o tratamento.

O relator, o ministro Luis Felipe Salomão, propôs uma tese que foi aprovada por unanimidade: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida".

O ministro Marco Buzzi questionou se isso significava que o usuário deveria pagar por todo o tratamento. Salomão explicou que não, mas que ele deverá estar em dia com a mensalidade do plano para poder se beneficiar da decisão.

Luis Felipe Salomão também afirmou:

— Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 [da lei sobre planos de saúde] restringe-se aos seguros e planos individuais e familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua

sobrevivência ou manutenção de sua incolumidade física também alcança os pactos coletivos.

Foram julgados dois recursos apresentados por uma operadora contra decisões que beneficiaram dois usuários. A partir desses casos, o STJ ficou a tese que deverá ser observada no país todo. Nas ações, a empresa disse não haver ilegalidade no cancelamento de seguros coletivos, e que a proibição de rescindir contrato durante tratamento médico ocorre apenas nos planos individuais ou familiares. No julgamento, o advogado que representa a empresa disse que cada caso envolvendo o tema tem suas peculiaridades, que impedem dar um tratamento uniforme à questão.

O defensor público Sander Gomes Pereira Júnior, que atua no caso, defendeu o direito dos usuários dos planos durante a sessão:

— Aqui não se está a pleitear de forma alguma que as operadoras prestem serviço gratuito a ninguém, a nenhum beneficiário. O que se pretende é simplesmente a manutenção das condições de um contrato que já vigia, e vigia até o momento em que ele foi descontinuado unilateralmente pela prestadora de serviço.

Um dos casos diz respeito a uma mulher no estado de São Paulo com câncer de mama que entrou com ação contra a operadora em razão do cancelamento unilateral do plano. O outro diz respeito a um menor de idade no Rio Grande do Sul que sofre de uma doença que pode lhe causar a morte. Em ambos os casos, houve decisões nas instâncias inferiores para garantir o custeio do tratamento.

O defensor público Sander Gomes Pereira Junior disse que o STJ já vinha em geral dando decisões favoráveis aos usuários de planos de saúde em casos semelhantes. Também explicou que uma decisão do STJ eventualmente

pode ser revista pelo Supremo Tribunal Federal (STF), mas, enquanto estiver vigente, deverá ser seguida por juízes e tribunais de todo o país.

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](https://www.milliman.com)

© 2018 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.