

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

10 de julho de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Gasto com saúde sobe 0,54% em junho, impacto de 0,07 p.p. no IPCA, diz IBGE](#) – Fonte: O Povo

[ANS atualiza painel com procedimentos realizados na saúde suplementar](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS realiza ação de fiscalização na Unimed Ferj](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS prorroga inscrições do programa de monitoramento da qualidade hospitalar](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga dados de beneficiários referentes a maio de 2024](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Planos odontológicos: 33,1 milhões de beneficiários, marca recorde](#) – Fonte: IESS

[Saúde suplementar: sinistralidade, fraudes e o impacto na sustentabilidade dos convênios](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS divulga resultado do 1º trimestre/2024 do monitoramento da garantia de atendimento](#) – Fonte: GOV (ANS)

[STJ suspende sete ações coletivas contra operadoras de planos de saúde](#) – Fonte: Jota Info

[Clínica médica pode ter redução de alíquotas quando prestados serviços hospitalares](#) – Fonte: Jota Info

GASTO COM SAÚDE SOBE 0,54% EM JUNHO, IMPACTO DE 0,07 P.P. NO IPCA, DIZ IBGE

O Povo – 10/07/2024

As famílias brasileiras gastaram 0,54% a mais com Saúde e cuidados pessoais em junho, uma contribuição de 0,07 ponto percentual para a taxa de 0,21% registrada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no mês, informou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nesta quarta-feira, 10.

O avanço foi influenciado por um aumento de 1,69% nos perfumes. Houve elevação também de 0,37% nos planos de saúde, em decorrência do reajuste de até 6,91% autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 4 de

junho, com vigência a partir de maio de 2024 e cujo ciclo se encerra em abril de 2025.

Difusão

O índice de difusão do IPCA, que mostra o percentual de itens com aumentos de preços, passou de 57% em maio para 52% em junho, segundo o IBGE. A difusão de itens alimentícios passou de 60% em maio para 49% em junho. Já a difusão de itens não alimentícios saiu de 56% em maio para 55% em junho.

ANS ATUALIZA PAINEL COM PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

(GOV) ANS – 09/07/2024

Ferramenta disponibiliza informações de 2023 e atualiza dados de 2020 a 2022.

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou o [painel dinâmico D-TISS](#), ferramenta que permite pesquisas sobre a quantidade e o valor médio de honorários praticados em procedimentos (consultas, exames e cirurgias) realizados pelos beneficiários de planos de saúde. Nesta nova versão, foram adicionados os dados referentes ao ano de 2023, além de atualizações nos anos de 2020, 2021 e 2022. As informações apresentadas no painel são recebidas pela ANS por meio da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS). Entre as novidades em relação aos dados de 2023, foram acrescentados os campos novos da versão 4 do Padrão TISS, relacionados ao regime de atendimento, saúde ocupacional, unidade de medida e modelo de remuneração.

O painel traz mais de 4 mil dados de procedimentos realizados na saúde suplementar desde 2015. As pesquisas podem ser feitas tanto pelo código, quanto pelo nome do procedimento. Seis filtros também estão disponíveis: tipo de segmentação (ambulatorial ou hospitalar), unidade da federação (UF), faixa etária, sexo, porte da operadora e competência. A exploração e a tabulação desses dados possibilitam a geração de informações que garantem

transparência e contribuem para a qualidade da atenção em saúde e para a concorrência setorial.

Sobre o Padrão TISS

A TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados assistenciais dos beneficiários de planos de saúde entre os agentes da saúde suplementar. A disponibilidade dos dados permite a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e pelo Ministério da Saúde e a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano de saúde.

O diretor de Desenvolvimento Setorial, Maurício Nunes, destaca que, 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 foi a publicação da versão 4 do Padrão TISS. De forma que operadoras e prestadores precisam adequar suas operações e fazê-las, exclusivamente, por meio da versão atual. O prazo final para a troca da versão é 31/12/2024.

Saiba mais sobre o [TISS](#).

ANS REALIZA AÇÃO DE FISCALIZAÇÃO NA UNIMED FERJ

(GOV) ANS – 08/07/2024

Representantes da reguladora estiveram na sede da operadora na manhã desta segunda-feira, 8/07.

Representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estiveram, na manhã desta segunda-feira (8/07), na sede da Unimed do Estado do Rio de Janeiro – Federação Estadual das Cooperativas Médicas, a Unimed Ferj. O objetivo foi falar sobre o crescimento do número de reclamações de beneficiários a respeito de problemas como dificuldades para obtenção de boletos, de acesso à carteirinha do plano e de recebimento de reembolso.

A diligência foi coordenada pela diretora de Fiscalização (DIFIS), Eliane Medeiros, que contou com a companhia da gerente-geral de Operações Fiscalizatórias, Carolina

Gouveia, do gerente de Boas Práticas, Frederico Cortez, do chefe do Núcleo da ANS no Rio de Janeiro, Leonardo Fisch, e da servidora da Coordenadoria de Fiscalização Planejada, Luana Caldas. “Esse tipo de ação tem caráter educativo e busca solucionar problemas antes que sejam necessárias medidas mais gravosas por parte da reguladora. Para a ANS, o mais importante é o consumidor ter um canal de comunicação eficiente com a operadora e ter sua assistência garantida, dentro dos prazos determinados pela Agência, e com qualidade”, ressalta a diretora da DIFIS, Eliane Medeiros.

Pela Unimed Ferj, participaram da reunião o diretor-presidente, João Alberto da Cruz; o gerente Jurídico, Carlos Frinhani; o superintendente executivo, Ralf Batista; e a gestora de Regulação, Ana Paula Poly. Os executivos da

operadora se comprometeram a rever processos e a melhorar a comunicação com seus clientes, de forma a reduzir danos para os consumidores.

Desde 8/04/2024, a Unimed Ferj é responsável pela assistência aos ex-beneficiários da Unimed-Rio. Atualmente, a operadora conta com 480.434 beneficiários em planos de assistência médica e em planos exclusivamente odontológicos.

ANS PRORROGA INSCRIÇÕES DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

(GOV) ANS – 05/07/2024

Hospitais interessados têm até 30/08 para enviarem sua inscrição para o ciclo 2024.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou, até 30/8, as inscrições para novos hospitais participarem do terceiro ciclo avaliativo do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM Qualiss Hospitalar). O programa avalia a qualidade da atenção hospitalar por meio de indicadores de saúde e visa induzir melhorias na qualidade dos serviços prestados no setor.

Poderão se inscrever, voluntariamente, para o ciclo avaliativo de 2024 os hospitais gerais que atuam na saúde suplementar, podendo ser de rede própria, contratada ou referenciada das operadoras e possuem Acreditação/Certificação, reconhecidos pelo Qualiss. Os hospitais que já participam do programa e continuam cumprindo os critérios de participação do Programa não

precisam fazer nova inscrição.

Todas as entidades de saúde participantes deverão informar os dados dos indicadores, desde janeiro de 2024, por meio do Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp), que conta com uma interface que possibilita a cada hospital participante visualizar seus resultados e compará-los com os resultados da média dos demais e com a média do grupo de hospitais de excelência.

“Na visão da ANS, o PM Qualiss Hospitalar é fundamental para o aprimoramento da gestão interna dos hospitais, possibilitando a identificação de oportunidades de melhoria contínua”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes.

[Clique aqui](#) para acessar o edital referente ao ano-base 2024.

Para mais informações do programa, [clique aqui](#).

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A MAIO DE 2024

(GOV) ANS – 05/07/2024

Planos de assistência médica crescem mais de 800 mil em um mês, somando quase 51,1 milhões de usuários

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de publicar em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a maio de 2024. No período, o setor registrou 51.081.551 de usuários em assistência médica e 33.324.942 em planos exclusivamente odontológicos.

Esses e outros dados estão disponíveis na [Sala de Situação](#).

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 843.601 beneficiários em relação a maio de 2023. Já no comparativo de maio deste ano com abril de 2024, houve um aumento de 154.118 usuários. No caso dos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.472.213 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 321.382 usuários na comparação de maio deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com maio de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
mai/24	36.204.637	6.067.448	239	8.770.548	38.679	51.081.551
abr/24	36.067.153	6.069.172	239	8.752.094	38.775	50.927.433
mar/24	36.012.051	6.120.404	239	8.749.205	38.882	50.920.781
fev/24	35.870.307	6.149.108	239	8.745.158	39.044	50.803.856
jan/24	35.717.287	6.147.984	239	8.771.900	39.227	50.676.637
dez/23	35.818.535	6.192.201	239	8.779.435	39.356	50.829.766
nov/23	35.708.154	6.160.944	239	8.774.026	39.505	50.682.868
out/23	35.667.945	6.172.291	239	8.795.535	39.636	50.675.646
set/23	35.630.644	6.195.089	240	8.807.421	39.765	50.673.159
ago/23	35.469.250	6.095.930	242	8.813.206	39.901	50.418.529
jul/23	35.355.395	6.123.398	244	8.848.459	40.028	50.367.524
jun/23	35.284.423	6.119.406	245	8.847.852	40.207	50.292.133
mai/23	35.203.939	6.153.947	247	8.839.461	40.356	50.237.950

Número de beneficiários com planos exclusivamente odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
mai/24	23.859.248	3.905.594	1.279	5.555.549	3.272	33.324.942
abr/24	23.575.358	3.853.123	1.279	5.570.527	3.273	33.003.560
mar/24	23.429.177	3.703.043	1.279	5.544.068	3.301	32.680.868
fev/24	23.569.692	3.619.169	1.279	5.544.107	3.305	32.737.552
jan/24	23.436.323	3.546.278	1.285	5.550.828	3.307	32.538.021
dez/23	23.520.035	3.416.672	1.285	5.562.702	3.310	32.504.004
nov/23	23.310.532	3.422.487	1.286	5.528.346	3.320	32.265.971
out/23	23.239.414	3.238.291	1.286	5.507.758	3.326	31.990.075
set/23	23.096.234	3.220.068	1.314	5.426.200	3.338	31.747.154
ago/23	22.957.978	3.077.562	1.314	5.420.763	3.351	31.460.968
jul/23	22.843.092	3.017.719	1.353	5.384.271	3.483	31.249.918
jun/23	22.761.739	2.982.302	1.460	5.338.462	3.487	31.087.450
mai/23	22.633.671	2.926.336	1.463	5.287.750	3.509	30.852.729

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	mai/23	mai/24	mai/23	mai/24
Acre	42.886	44.146	16.989	21.532
Alagoas	387.220	385.293	472.817	442.941
Amapá	61.415	62.730	51.100	47.672
Amazonas	581.998	604.570	547.684	574.930
Bahia	1.677.362	1.685.029	1.734.211	1.893.998
Ceará	1.355.151	1.435.535	1.185.221	1.362.956
Distrito Federal	933.623	942.865	631.114	689.417
Espírito Santo	1.251.327	1.306.197	663.287	764.398
Goiás	1.316.880	1.358.353	838.649	948.645
Maranhão	505.677	521.951	289.873	355.325
Mato Grosso	662.822	672.275	254.888	287.593

Mato Grosso do Sul	654.833	673.981	445.095	349.264
Minas Gerais	5.586.032	5.723.414	2.628.513	2.922.403
Pará	854.904	880.063	511.173	555.021
Paraíba	444.573	461.882	474.849	541.376
Paraná	3.073.345	3.109.134	1.617.575	1.836.705
Pernambuco	1.401.213	1.419.188	1.212.369	1.303.527
Piauí	394.097	406.717	164.426	214.805
Rio de Janeiro	5.539.458	5.661.364	3.515.963	3.688.701
Rio Grande do Norte	600.954	612.999	501.515	564.489
Rio Grande do Sul	2.576.748	2.623.863	949.279	1.066.388
Rondônia	149.866	157.900	115.645	127.987
Roraima	31.389	31.228	11.562	11.991
Santa Catarina	1.649.246	1.669.925	812.908	907.622

São Paulo	17.998.908	18.113.730	10.849.579	11.454.745
Sergipe	327.445	335.782	227.743	255.623
Tocantins	122.486	124.436	121.498	128.163

PLANOS ODONTOLÓGICOS: 33,1 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS, MARCA RECORDE

IESS – 05/07/2024

A odontologia suplementar encerrou abril de 2024 com 33,1 milhões de beneficiários, marca recorde de vínculos de planos exclusivamente odontológicos desde o início da série histórica da ANS. A informação é da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) n° 94, do IESS.

Em 12 meses, houve alta foi de 7,7% nas adesões com acréscimo de 2,4 milhões de contratos no período. Dentre os tipos de planos, os coletivos por adesão tiveram alta percentual significativa (33,8%) e terminaram abril com 3,9 milhões de beneficiários.

Os planos coletivos empresariais são os mais representativos e, em um ano, tiveram crescimento de 5,1%, passando 22,5 milhões para 23,7 milhões de vínculos.

Os planos individuais e familiares também seguiram a tendência do setor. Entre abril de 2023 e 2024, tiveram adição de 249,6 mil vínculos, com alta de 4,7%, encerrando o período com 5,6 milhões de beneficiários.

Confira e baixe gratuitamente a NAB 94 [aqui](#).

SAÚDE SUPLEMENTAR: SINISTRALIDADE, FRAUDES E O IMPACTO NA SUSTENTABILIDADE DOS CONVÊNIOS

Saúde Business – 05/07/2024

Análise revela como sinistros precoces e práticas fraudulentas afetam a sustentabilidade dos planos de saúde no Brasil.

Recentemente, notícias sobre a interrupção de vendas e o término de planos de saúde têm circulado. Isso levanta a questão: por que as empresas tomariam medidas que parecem contraproducentes para a geração de receita e a manutenção de contratos existentes?

A resposta pode ser encontrada na análise da sinistralidade, tanto de novas vendas quanto de carteiras antigas. O plano de saúde é um desejo comum entre a população. Assim, é razoável supor que aqueles com meios financeiros já possuam um. Portanto, os novos beneficiários provavelmente são aqueles que recentemente adquiriram poder de compra ou estão preocupados com a saúde pessoal ou familiar.

No entanto, não houve um aumento significativo no poder de compra ou no emprego formal recentemente no Brasil. Isso sugere que muitos dos novos beneficiários podem ter condições de saúde pré-existent, o que requer uma maior diligência das operadoras ao admitir novos usuários. Para comprovar isto, basta olhar a sinistralidade precoce das safras mais novas e entender quais eventos de sinistro fazem parte do negócio (acidentes, doenças descobertas após a entrada no plano) e quais sinistros têm alta probabilidade de conhecimento prévio pelo beneficiário.

Já para os beneficiários em carteira, a situação se torna desequilibrada quando os custos individuais superam significativamente o valor do prêmio mensal. Em algumas carteiras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece os limites de reajuste. E mesmo nas carteiras em que o reajuste é baseado na sinistralidade, há um descompasso entre os sinistros ocorridos e os reajustes aplicados.

O lado perverso é que os beneficiários que fazem pouco uso do plano (menor sinistralidade) e não conseguem suportar os reajustes optam pelo cancelamento ou fazem o "downgrade" do plano. Por outro lado, aqueles que fazem uso intensivo do convênio permanecem nos planos, contribuindo para a sinistralidade elevada. Adicionado a isso, temos as fraudes e abusos que aumentam ainda mais a sinistralidade dos planos, de forma indevida. Ao final do dia, um pequeno grupo de beneficiários e os fraudadores acabam consumindo a maior parte da receita, tornando essas carteiras insustentáveis para os demais beneficiários.

A elevação do sinistro pode ser dividida em dois grandes blocos: aumento do custo médico e fraudes e abusos. O primeiro conta com a inclusão de novas tecnologias de saúde, o aumento do custo unitário dos serviços, materiais e medicamentos utilizados pelos prestadores e o aumento da frequência de utilização. O segundo inclui omissões/fraudes na admissão de novos clientes, judicialização mal-intencionada, fraudes na simulação de procedimentos,

cobranças por serviços não realizados e excesso de tratamentos.

Esses fatores, combinados com a saída de beneficiários com baixa utilização, criam um ciclo vicioso de custos, com pouca margem para reversão dos resultados.

Outras variáveis que contribuem para o resultado negativo das operadoras incluem despesas administrativas, multas por Notificação de Intermediação Preliminar (NIPs), que é o instrumento que busca a solução de conflitos entre os beneficiários e as operadoras de planos de saúde. E ainda, custos de comercialização, despesas para defesa de processos judiciais, custos operacionais para prevenção e combate a fraudes e inadimplência. Em algumas situações, mesmo quando o contrato está inadimplente, a operadora não pode suspender o atendimento ao beneficiário.

O sistema de saúde suplementar, baseado no mutualismo, enfrenta desafios quando pessoas com custos recorrentes e elevados entram no sistema. Um exemplo prático: considere um novo indivíduo com uma mensalidade de R\$500,00 e a necessidade de terapia contínua no valor de R\$10.000. A inclusão desse indivíduo na carteira gera uma margem de contribuição negativa de R\$9.500.

Para equilibrar o custo, seriam necessários nove indivíduos que nunca utilizariam o plano, sem levar em conta as despesas com impostos, corretores e gestão administrativa. Isso ilustra como a adição de novos indivíduos com condições pré-existentes impacta o equilíbrio econômico dos planos de saúde.

A ANS permite a aplicação de carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT) para doenças pré-existentes, geralmente apenas para planos individuais e coletivos por adesão e empresariais até 30 vidas. Essa característica contratual evitaria a entrada de indivíduos que gerariam um sinistro de forma precoce e garantiria a cobertura em casos de urgência e emergência.

No entanto, na prática, existem várias "brechas" que acabam gerando sinistros precoces, mesmo para indivíduos que deveriam cumprir prazos de carência e CPT. A 'falsa' urgencialização de atendimento, liminares judiciais e omissões na Declaração Pessoal de Saúde (DPS) dão oportunidade para as fraudes. Esses mecanismos de regulação de sinistro se mostram ineficientes no combate ao uso indevido do plano de saúde.

A aplicação de carências e CPT adiciona complexidade ao processo e tem limitações no bloqueio de sinistralidade já

conhecida, principalmente pela dificuldade de comprovação de fraudes na entrada dos indivíduos ou na utilização das "brechas" para o atendimento de situações que atendem aos critérios de carência e CPT.

Impacto

De acordo com a ANS, em 2023, o setor apresentou um resultado operacional negativo. Isso significa que as receitas, após a dedução do custo médico, corretagem e despesas administrativas, resultaram em prejuízo. O "lucro" das operadoras veio do resultado financeiro, pois recebem dos beneficiários antes e pagam aos prestadores com prazos mais longos.

Nesse cenário, a gestão de caixa se torna o foco principal das operadoras, em vez da eficiência na assistência. Isso parece distorcer o modelo de saúde suplementar, especialmente quando a variável de juros se torna um componente decisivo no resultado do setor.

Além da questão da rentabilidade das operadoras e seguradoras, existem outros impactos que afetam o segmento.

Enquanto poucos têm acesso a procedimentos não contratados, cometem fraudes ou super utilizam o sistema, as operadoras precisam "compensar" esses custos ajustando a rede de atendimento, dentro do que a regulação permite. Com o aumento dos custos dos prêmios, também há uma redução no "nível dos planos".

Com todas as restrições para conter o custo médico e os limites para a aplicação de reajustes, cada vez há menos oferta para planos individuais, coletivos por adesão e até mesmo o MEI. É importante considerar a massa de beneficiários que hoje tem um plano empresarial e que, ao sair do mercado formal, terá dificuldade de encontrar um plano de saúde adequado.

Ou seja, a recente suspensão de vendas e o término de planos de saúde levantam questões importantes. A resposta reside na análise da sinistralidade, tanto de novas vendas quanto de carteiras antigas. Para equilibrar o custo, as operadoras terão de investir em soluções que identifiquem as várias brechas de um contrato. Não há uma "bala de prata" para resolver fraudes e oportunismos. Mas um conjunto de ações que darão segurança jurídica, flexibilidade de negociação, sinistralidade adequada e o equilíbrio das contas.

ANS DIVULGA RESULTADO DO 1º TRIMESTRE/2024 DO MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

(GOV) ANS – 04/07/2024

Confira os planos que terão comercialização suspensa a partir de 9/07 por reclamações sobre recusa ou demora de atendimento aos beneficiários.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quinta-feira (04/07) 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 de planos de saúde.

Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 9 planos de duas operadoras devido a reclamações efetuadas no 1º trimestre de 2024. A proibição da venda começa a valer no dia 09/07.

Ao todo, 14.063 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.

Nesse ciclo não haverá planos que terão a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (1º trimestre 2024)

9 planos com comercialização suspensa

nenhum plano com a comercialização liberada

14.063 beneficiários protegidos

57.887 Total de reclamações no período de 1º/01/2024 a 31/03/2024.

Consulte o resultado nas listas abaixo:

[Planos com comercialização suspensa](#)

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

Na última segunda-feira 1º/07, durante a 608ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada da ANS, os diretores da reguladora aprovaram a implementação de um ajuste no indicador. Com a decisão, o Monitoramento passará a usar um número maior de demandas assistenciais registradas na ANS pelos consumidores, pois passarão a ser consideradas

50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo como base de cálculo do numerador.

[Clique e saiba mais](#) sobre o novo ajuste no indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse 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. As operadoras enquadradas nas faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador da operadora.

As operadoras reiteradamente com pior resultado são avaliadas e para aquelas que apresentam risco à assistência à saúde são identificados os planos que terão o ingresso de novos beneficiários vedado temporariamente.

A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

STJ SUSPENDE SETE AÇÕES COLETIVAS CONTRA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Jota Info – 03/07/2024

Ministro Humberto Martins considerou a possibilidade de reunir as ações em único juízo para evitar decisões antagônicas.

O ministro Humberto Martins, do Superior Tribunal de Justiça (STJ), determinou a suspensão de sete ações coletivas, bem como as decisões proferidas pelos demais juízos, propostas em vários estados contra operadora e administradoras de planos de saúde, a fim de se evitar decisões antagônicas. Na decisão, o ministro ressaltou as decisões da 27ª Vara Federal do Rio de Janeiro, que ainda foi designada, em caráter provisório, para resolver questões urgentes até o julgamento final do conflito de competência. Leia a decisão do ministro na íntegra.

O conflito de competência foi dirigido à Corte pela Amil para unificar o julgamento das sete ações coletivas — sendo seis ações civis públicas e uma ação coletiva ordinária — propostas, em geral, contra a operadora, a Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. e a Allcare Administradora de Benefícios. Numa delas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está no polo passivo.

De modo geral, as ações coletivas pedem que as operadoras se abstenham de rescindir os contratos coletivos por adesão, como vem sendo feito quanto a determinados grupos

específicos, como o caso das pessoas portadoras de autismo, por exemplo.

No conflito de competência, com pedido liminar, a Amil ainda alegou que as ações questionam rescisões "supostamente seletivas ou abusivas de planos de saúde por parte das operadoras, em detrimento de determinado grupo de segurados: portadores de autismo, idosos, pessoas com deficiência, doenças raras, dentre outros".

Segundo a operadora, a reunião das ações se faz necessária porque houve o deferimento de liminares contraditórias entre si, e, ainda, que não há uniformidade no tratamento conferido pelos magistrados à matéria — isto é, há conflito entre as decisões. "E o que é mais sintomático nesse cenário é que boa parte das gravosas liminares foram deferidas sem previamente conhecer os argumentos das rés ou da ANS, responsável por editar regras e fiscalizar o setor de saúde suplementar (dentre as quais a norma permissiva da rescisão de contratos coletivos de plano de saúde por adesão)", argumentou a Amil.

"Evidentemente, esse quadro de indefinição e produção de entendimentos divergentes, a respeito do seguro de saúde suplementar (...) é prejudicial e intolerável, por criar um ambiente de absoluta insegurança jurídica e de quebra da isonomia (tanto entre consumidores, quanto entre

operadoras), fatiando interpretações díspares por todo o território nacional”, argumentou a Amil. “Nesse contexto, em respeito à segurança jurídica, todas essas ações coletivas devem, por imperativo de prudência e segurança jurídica, ser reunidas imediatamente para evitar decisões conflitantes, inconciliáveis sob o ângulo lógico”, acrescentou.

O ministro Humberto Martins verificou a existência de plausibilidade jurídica no pedido. De acordo com ele, a jurisprudência do STJ se firmou na direção de que “em se tratando de ações civis públicas intentadas em juízos diferentes, contendo, porém, fundamentos idênticos ou assemelhados, com causa de pedir e pedido iguais, deve ser fixado como foro competente para processar e julgar todas as ações, pelo fenômeno da prevenção, o juízo a quem foi distribuído a primeira ação”.

Também ressaltou que o STJ já se manifestou no sentido de que, havendo preponderação da ação civil pública proposta

na Justiça Federal, há a atração das ações civis públicas propostas na Justiça Estadual, em conformidade com a Súmula 489 da Corte Superior.

“Na espécie, em análise perfunctória, própria deste momento processual, verifica-se a existência de diversas ações coletivas que possuem similitudes em suas causas de pedir e pedido, que abordam tema de relevante interesse nacional e que contam, em uma delas, com a presença de autarquia federal no polo passivo, motivo pelo qual entendo prudente a reunião das ações perante um único Juízo, a fim de se evitar decisões antagônicas”, destacou o ministro em sua decisão.

Por fim, considerou que o risco da demora, que justifica a concessão da medida liminar, mostra-se evidente em razão da existência de decisões antagônicas acerca da controvérsia. Além disso, o processo irá ao Ministério Público Federal (MPF) para parecer.

CLÍNICA MÉDICA PODE TER REDUÇÃO DE ALÍQUOTAS QUANDO PRESTADOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Jota Info – 03/07/2024

Para TRF3, a jurisprudência do STJ possibilita que PJs que exerçam atividades hospitalares façam jus ao benefício.

Por unanimidade, a 3ª Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3) decidiu que uma clínica médica especializada em cardiologia pode ter a tributação equiparada a de um hospital, para apuração das bases de cálculo do IRPJ e da CSLL, presumida em 8% e 12%, respectivamente, em razão da prestação de serviços hospitalares. A decisão do colegiado, publicada na última sexta-feira (21/6), mantém a sentença de 1º grau, proferida pelo juiz José Luiz Paludetto, da 2ª Vara Federal de Campinas.

Para a relatora do caso, desembargadora Consuelo Yoshida, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem entendimento consolidado no sentido de que as pessoas jurídicas que exerçam as atividades de prestação de serviços hospitalares fazem jus à aplicação das alíquotas de 8% e 12% na apuração da base de cálculo do IRPJ e da CSLL, respectivamente.

Nos autos, a clínica médica alega que é especializada em atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, com maquinário específico, de modo que é ilegal a exigência do IRPJ e da CSLL com coeficiente presumido de base de cálculo de 32%.

Em sua decisão, a relatora cita o REsp 1116399/BA, em que a 1ª Seção do STJ interpretou a expressão “serviços hospitalares”, para fins da redução das alíquotas previstas na mencionada lei, como “aqueles que se vinculam às atividades desenvolvidas pelos hospitais, voltados diretamente à promoção da saúde, de sorte que, em regra, mas não necessariamente, são prestados no interior do estabelecimento hospitalar, excluindo-se as simples consultas médicas, atividade que não se identifica com as prestadas no âmbito hospitalar, mas nos consultórios médicos”.

Por isso, considera que a análise da presença dos requisitos para a redução de alíquotas deve ser realizada de forma

objetiva. “Consoante a supracitada orientação do STJ, as atividades de promoção da saúde devem ser prestadas em regra, mas não necessariamente, em ambiente hospitalar, excluídas as simples consultas médicas, em relação às quais não se admite a concessão deste benefício”, pontuou a desembargadora.

A relatora observou ainda que, a partir da edição da Lei 11.727/2008, passou-se a exigir também, como condições para o deferimento do benefício, a organização sob a forma de sociedade empresária, bem como o atendimento às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cuja comprovação ocorrerá mediante apresentação de alvará de funcionamento, expedido pela vigilância sanitária estadual ou municipal.

Conforme analisou nos autos, com relação às normas da Anvisa, a clínica juntou licença sanitária emitida pela vigilância sanitária da prefeitura de Campinas para o exercício da atividade médica ambulatorial. Também consta que o estabelecimento colecionou documentos que demonstram a realização de diversos exames na área de cardiologia, tais como teste ergométrico, ecodopplercardiograma e holter de 24 horas, além de ultrassonografias.

“Demonstrada, assim, a prestação de serviços hospitalares mediante documentação anexada aos autos, em sintonia com a orientação do STJ, cumpre manter a sentença que concedeu parcialmente a segurança, deferindo o benefício quanto à atividade médica ambulatorial com recursos para realização dos exames complementares indicados na inicial (os quais se referem, cumpre frisar, ao diagnóstico de doenças cardiovasculares, de modo a estarem voltados diretamente à promoção da saúde)”, concluiu a relatora.

Para a advogada que atuou no caso, Barbara Pommê Gama, sócia do Dalazen, Pessoa & Bresciani Sociedade de Advogados, essa é uma tese importante para clínicas de todos os tipos que realizam procedimentos invasivos e hospitalares voltados à promoção da saúde.

"Podemos pensar em clínicas de cardiologia, clínicas de diagnóstico por imagem, clínicas que aplicam quimioterapia, cirurgiões, todos esses tipos de clínicas podem ter essa redução. É uma redução da base de cálculo do imposto de

renda e da contribuição social sobre o lucro líquido em quase 12%, reduzida de 32% para 20%", destacou.

O processo tramita sob o número 5008442-91.2022.4.03.6105.

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.