

Rio de Janeiro, 22 de abril de 2021.

Ao

Excelentíssimo Senhor Ministro do Superior Tribunal de Justiça
Dr. Ministro Luis Felipe Salomão

RECURSO ESPECIAL n. 1842475/SP (2019/0234721-8)
RELATOR: MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO
PROC.ORIGEM: 1001092-58.2015.8.26.0361
RECORRENTE: CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO
RECORRIDO: A S A

O **IBA – Instituto Brasileiro de Atuária**, em consonância com seus objetivos estatutários de promover o desenvolvimento da cultura dos fundamentos e princípios da Ciência Atuarial, figuras básicas que lastreiam a atividade dos atuários, regulamentada pelo **Decreto-Lei nº 806/1969** e **Decreto nº 66.408/ 1970** e em consonância com a determinação de **permanente contribuição** com o aprimoramento das relações atuariais com o **bem-estar da sociedade e contribuição técnica com os órgãos reguladores**, apresenta sua contribuição ao processo em tela, em que o IBA foi convidado a manifestar-se como *Amicus Curiae*, no qual figura como autora/recorrente AGNES SCAZZIOTA ALVES e como ré CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, instituição representante dos profissionais atuário que atuam junto a este segmento, respeitosamente cabe, sobre a demanda recepcionada pelo instituto breve esclarecimento sobre a distinção do papel do IBA, acima especificada, e do papel do atuário, como profissional habilitado e vinculado a esse instituto profissional. Compete, portanto, ao profissional habilitado e formado em atuária “mensurar o valor do prêmio/mensalidade de um plano de saúde (...)”. Tais serviços poderão ser contratados pelas partes interessadas mediante realização de perícia atuarial ou sob a forma de consultoria. A lista completa de profissionais habilitados está disponível no site do IBA: <https://www.atuarios.org.br/consulta---perito-atuarial>.

Prestados os esclarecimentos iniciais, o IBA vem a presença de V. Ex^a apresentar alguns esclarecimentos de cunho técnico atuarial relativos aos fundamentos da matéria atuarial e sua relação com o caso em tela, assim como sua relação com a

operação de planos de saúde, **de forma independente** e exclusivamente dentro do propósito de apresentar os **fundamentos técnicos**. Neste sentido coube ao IBA manifestar-se com exclusividade sob o aspecto técnico científico, atendendo aos quesitos apresentados na Decisão do dia 01/07/2020, a saber:

“a) a imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde, mesmo em se tratando de atendimento sem caráter de urgência ou emergência a que alude o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998;

b) que a inobservância da rede credenciada cause desestruturação administrativa aos planos de saúde, ou mesmo aumento de custos e reflexamente oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado;

c) em vista da liberdade contratual, impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados;

d) ao plano ou seguro de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada;

e) ao consumidor ter a mesma expertise da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada;

f) em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, efetivamente conciliar essa atuação com atendimentos eletivos, realizados por médicos não credenciados;

g) que a solução adotada pela Terceira Turma permita a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde;

h) em regra, ao juiz invocar regra infralegal da ANS aplicável, mas, mediante exame subjetivo de razoabilidade efetuado pelo julgador, eleger as disposições que serão aplicáveis a determinado usuário;

i) que o Judiciário esteja devidamente aparelhado para estabelecer soluções personalizadas, à margem da normatização legal ou infralegal cogente;

j) que seja inviável, atuarialmente, aplicar soluções personalizadas para afastamento de regras cogentes legais ou infralegais aplicáveis à generalidade dos usuários do plano de saúde;

i) que não sejam computados, nos cálculos atuariais, para precificação dos planos de saúde, imposição de custeio integral de despesas, desprezando-se a tabela do plano de saúde;

k) que o usuário efetue a portabilidade para plano de saúde de outra operadora aproveitando-se todas as carências, ou se há circunstâncias que dificultem ou mesmo inviabilizem essa operação;

l) que a imposição de ressarcimento de despesas de tratamento eletivo fora da rede credenciada seja incompatível com a disposição legal que permite a possibilidade de estabelecimento de área de abrangência geográfica (art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998) e com o "plano referência", inclusive com a teleologia de sua criação pelo legislador;

j) que haja o descredenciamento de Hospital, sem comunicação formal e pessoal a cada usuário do plano de saúde."

Dessa maneira, vamos aos aspectos técnico atuarial até onde essa ciência nos permitir elucidar tais quesitos.

A – Dos Princípios:

O IBA, na qualidade de entidade agregadora e promotora do aperfeiçoamento da Ciência Atuarial e dos profissionais ligados a esta atividade, editou em 14/05/2014, pelo seu Comitê de Pronunciamentos Atuariais, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2014, o "Pronunciamento Atuarial CPA 001 – Princípios Atuariais", cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial e que fundamentam as operações de seguros, previdência, saúde, capitalização, resseguros e demais áreas de trabalho do atuário, tendo por fundamento prático consolidar, junto a todos os seus *players*, os requisitos atuariais básicos que sustentam e permitem estabelecer as premissas, os parâmetros e metodologias de custeio, sempre focados na segurança da operação junto ao segurado/beneficiário. Esta delimitação contida no CPA-001, segue o alinhamento e conceitos internacionais. Posteriormente, editou em 29/05/2019, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2019, o "Pronunciamento Atuarial CPA 010 – PRINCÍPIOS ATUARIAIS PARA FORMAÇÃO E REVISÃO DE PREÇOS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR", cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial específica de precificação para o segmento de saúde suplementar e que fundamentam as operações de planos de saúde.

Dentre estes Princípios, cabe especial destaque ao denominado **Mutualismo**, pois todas as definições e construções matemáticas de variáveis, parâmetros e cálculos atuariais derivam e convergem para este Princípio Milenar. Seu enunciado pode ser descrito de diversas formas, sendo uma das mais consagradas a seguinte:

“Tornar as incertezas individuais em certezas coletivas.”

É importante destacar que nesta delimitação estão contidos alguns fundamentos atinentes ao caso em apreço e que, de forma estruturada, permitem decifrar o seu devido equacionamento. As figuras básicas são as seguintes:

- a) No termo “**incerteza**” está contida toda a fundamentação da aleatoriedade do Risco, ou seja, há um rigoroso modelo matemático, relativo ao cálculo atuarial, que conjuga as Leis de Probabilidade, com os requisitos atinentes às perdas financeiras decorrentes e necessariamente atreladas, já que todas as operações de seguros têm por premissa básica repor uma perda de cunho econômico-financeira; e,
- b) A figura da “**certeza coletiva**” nos indica que o equilíbrio e a manutenção do Fundo de Mútuo, são relativos aos segurados ou beneficiários, pois à rigor a eles pertencem, sendo o segurador ou operadora de plano de saúde um mero gestor e depositário fiel deste recurso popular, mediante adoção de metodologia que assegure o valor de contraprestação suficiente para sustentar os riscos e consequentes benefícios contratados.

Em essência, a conversão das incertezas em certeza depende da definição do risco a ser garantido.

Já no CPA-001, sobre este princípio, consta: “Do Mutualismo: Princípio fundamental que constitui a base de toda operação de seguro. O mutualismo na atividade atuarial nasce da convergência de duas virtudes cardeais da humanidade: boa fé e solidariedade. A credibilidade da palavra do segurado, ao declarar suas condições pessoais na contratação e/ou adesão, e do segurador, ao prometer proteção, é pilar essencial para a atividade de seguro, haja vista que as partes repartem entre si o preço da proteção ao patrimônio, às rendas, à vida ou à saúde, em face da imprevisibilidade do risco. O mutualismo, por definição, é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo.”

A história dos seguros relativos à vida remonta ao período romano, havendo relatos de situações críticas (degradantes) em que os familiares de importantes personalidades foram conduzidos, quando da perda (morte) do provedor dos recursos financeiros atinentes. **Ex^a, a figura de prover recursos financeiros é básica para o entendimento de um (1) dos dois tópicos atinentes ao caso em apreço. Permita o destaque, DMV.**

Veja que o risco relacionado aos planos de saúde possui o seu custeio alicerçado às mudanças naturais que ocorrem ao longo da vida das pessoas, enquadrando-se em riscos agrupados em faixas etárias, estando permanentemente alinhado aos respectivos riscos de demandas de atenção à saúde previamente estimados no momento em que o atuário se dedica à tarefa de realizar o cálculo atuarial de precificação do plano de saúde, com características previamente definidas. Neste cálculo é considerada a aleatoriedade da demanda de atenção à saúde, parâmetros estes milenares amparados no princípio do mutualismo e no regime de repartição de

risco, mas sempre baseados nos riscos previstos para cobertura, de modo a tratar-se de algo passível de estimativa por meios atuariais.

As premissas de custeio, que determinam o valor das contraprestações/prêmios são baseadas em dois aspectos fundamentais: (1) a frequência de utilização estimada com base na observação passada de quantidade de eventos de atenção à saúde demandados para cada faixa de risco e o (2) custo médio relativo a essas demandas de atenção à saúde. Assim, a determinação de quais serão as coberturas a serem contempladas no plano de saúde é condição *si ne qua non* para que seja possível a aplicação de métodos de estimativa atuarial sobre a quantidade de eventos cobertos pelo plano. Também torna-se basilar o conhecimento prévio do custo relativo ao tratamento das demandas de atenção à saúde, sendo esse calculado de forma a contemplar o risco a ser assumido pela operadora de planos de saúde, no ato de sua precificação. Tais condições são previstas em documento denominado Nota Técnica que registra de forma precisa e minuciosa, todos os critérios e parâmetros de cálculo.

Conforme preconiza a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 28, de 26 de junho de 2000 e suas alterações posteriores, para os planos regulamentados, deve ser apresentada a esta Autarquia a Nota Técnica de Registro de Produto atestada por um atuário inscrito no IBA, sendo assim um documento sujeito a fiscalização por parte do órgão regulador. Já com relação aos planos não regulamentados, pode-se afirmar que métodos de cálculo atuarial foram necessários e o atuário responsável por sua precificação tomou por base o conjunto de coberturas previsto para o plano no momento da sua precificação, de acordo com as coberturas previstas no contrato do plano de saúde.

Em tempo, os **Planos de Saúde Regulamentados**, são os decorrentes dos contratos assinados a partir de 02/01/1999 e, para esses casos, aplicar-se-ão a Lei dos Planos de Saúde e conseqüentemente as normas advindas da ANS, dentre elas, aquelas sobre área de abrangência do plano, sendo esta a delimitação geográfica de cobertura previamente estabelecida em contrato. Cada plano também tem sua rede de atendimento previamente registrada no órgão regulador por meio de aplicativo próprio, o RPS – Registro de Planos de Saúde, sendo uma exigência do órgão regulador que tais informações estejam explícitas no sítio da operadora.

B – Riscos dos Planos de Saúde

A prática atuarial deve pautar-se em princípios técnico atuariais, mas também na legislação vigente à época de sua aplicação. Seguindo os princípios atuariais preconizados por este Instituto (CPA 010), conforme estabelecido em seu parágrafo décimo oitavo, compete ao atuário considerar no ato da precificação dos planos de saúde:

“18. Perfil da rede assistencial, considerando o nível de controle, quer seja rede própria, credenciada, reembolso ou até mesmo terceirizada, ainda que eventual, frente ao nível de custo assistencial atinente;”

Quando do ato da precificação dos planos de saúde, são utilizados dados referenciais baseados no histórico da operadora de planos de saúde, que refletem seus processos operacionais, sua capacidade de evitar fraudes, regular as despesas assistenciais para benefício do mútuo, do coletivo de pessoas que por este plano é coberto, mantendo assim as despesas assistenciais e a sinistralidade dentro de determinados parâmetros que garantam a continuidade da operação. Um dos recursos utilizados para esta gestão é a revisão de prestadores de serviços de saúde frente à demanda de sua carteira de clientes, acordos celebrados com estes prestadores tais como, tabela de preço acordada entre as partes para cada tipo de procedimento e distribuição geográfica.

Assim estão garantidos esses recursos administrativos, desde que observados os preceitos regulamentares tais como as das Resoluções RN 365/14, RN 436/2018, IN DIPRO 46/2014, nas quais é claro o direito das operadoras revisarem a relação de seus prestadores, desde que respeitada a notificação prévia.

Trazemos ainda para conhecimento do juízo que a permanência em um plano de saúde é uma decisão que pode ser tomada mensalmente pelo consumidor, visto que a ele é reservado direito de seu desligamento a qualquer tempo, mediante comunicação. Também há previsão da possibilidade da portabilidade, de maneira que ao beneficiário é garantida a continuidade de seus tratamentos, sem qualquer aplicação de carências no novo plano de destino, conforme regulamentado na RN número 186/2009 e 438/2018. Pois o risco é de característica mensal, ou seja, para cada mensalidade paga a operadora de planos de saúde garante um novo ciclo mensal de cobertura de risco. Ou seja: não há acúmulo de direitos a benefícios, coberturas ou rede de atendimento em razão do tempo de contribuição ao plano.

Dessa forma, o atuário ao desenvolver os cálculos atinentes ao preço de um plano de saúde para ser comercializado pela operadora, **levará em consideração as características vigentes para o produto, como sua rede atual para estimar** o custo das coberturas acordadas no produto, sendo considerado de forma intrínseca os procedimentos de regulação de eventos assistenciais e controles internos.

A cobertura de eventos assistenciais por rede de prestadores divergente daquela estimada atuarialmente no processo de precificação do produto oferece o desequilíbrio atuarial, colocando em risco a sustentabilidade do plano e eventualmente se extrapolado a toda carteira de planos tornando insolvente a operadora de planos, **pois seu custo não terá sido contemplado no preço da contraprestação/prêmio quando da precificação atuarial**. Mesmo quando temos o valor de remuneração do serviço limitado a valor acordado equivalente com a rede prestadora, todo o custo

operacional de processamento deste atendimento, regulação da conta, fora dos parâmetros previamente estabelecidos em acordos com a rede prestadora, diverge do que foi previsto na precificação atuarial anual. A inclusão de prestadores também impacta no elevado custo assistencial por gerarem a sua própria demanda de eventos dependendo da remuneração contratada com o prestador.

A inclusão de um ou outro prestador na rede de atendimento, mediante decisão judicial, é processo estranho à gestão, interferindo na capacidade da operadora de gerir as despesas assistenciais, impactando nos reajustes vindouros sobremaneira.

C – Princípio do Mutualismo, do Risco assumido e a Precificação

A caracterização do **Mutualismo**, anteriormente analisado, evidencia que o valor de contraprestação correspondente aos riscos assumidos segue um **cálculo matemático e determinístico**, segundo as **Leis de Probabilidade e os fundamentos técnico-atuariais adotados**, o qual busca sempre a manutenção do equilíbrio entre receitas e despesas, ou seja:

*O denominado **Regime de Repartição Simples**, considerado por alguns como tecnicamente o mais justo, pois estabelece o preço (contraprestação) conforme o **nível médio de risco atinente ao nível de cobertura previsto**.*

Assim, os produtos regulamentados e adaptados, registrados e precificados pelos atuários, consideram o conjunto regulatório que define um produto, inclusive a sua rede de atendimento, e atribui a esses eventos o valor de custo conforme os acordos de contratação com a rede de atendimento prevista para o plano. Sendo assim, é razoável afirmar que a demanda por custos que extrapolam aqueles previstos no produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar não são considerados pelo atuário no momento de realizar o cálculo de precificação do plano de saúde. Visto que seria impossível prever neste cálculo algo que não foi previamente determinado como coberto pelo contrato de plano de saúde e definido no registro do produto na ANS.

Considerações Finais

Dentro dos limites da Ciência Atuarial, procuramos expor de forma isenta os principais aspectos técnicos que fundamentam a modalidade de planos de saúde, em especial no que tange aos impactos da coparticipação na sua precificação, considerando que a abordagem exposta juntou aspectos atinentes ao segmento de assistência à saúde. Evidenciando que:

- Compete ao atuário o desafio de mensurar o valor do prêmio/mensalidade de planos de saúde;

- A precificação do prêmio/mensalidade é determinada com base em princípio de mutualismo e expectativa de demanda, com base no conhecimento do custo inerente a cada cobertura;
- Os custos operacionais de processamento e liquidação das despesas assistenciais dos beneficiários de planos de saúde também faz parte da precificação, estando, portanto, prevista sua manutenção sob o aspecto de custo de operação;
- O risco de uma empresa de planos de saúde, ao garantir pagamentos de despesas sem processos de verificação adequados e acordados com os prestadores, quando não tem no plano a opção da livre escolha, representa custo adicional.
- A característica de aumento de custo de operação em razão de excepcionalidades traz desafio operacional adicional, esta característica deverá ser considerada no momento de reajuste dos planos de saúde.

Considerando a explanação anterior, pontuamos especificamente aqueles quesitos com efeitos sobre as questões de equilíbrio atuarial:

a) a imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde, mesmo em se tratando de atendimento sem caráter de urgência ou emergência a que alude o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998;

A adição da condição de reembolso mediante livre escolha do recurso de saúde por parte do beneficiário é uma das variáveis que compõe a precificação dos planos de saúde. Para o plano de saúde em tela, conforme detalhes descritos, não foi previsto na sua precificação esta característica de risco.

b) que a inobservância da rede credenciada cause desestruturação administrativa aos planos de saúde, ou mesmo aumento de custos e reflexamente oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado;

Os custos da operação dos planos de saúde é parcela relevante da precificação dos mesmos, assim, qualquer alteração na condição inicialmente prevista levará ao plano, quando adotada de forma coletiva, prejudicial ao equilíbrio do mesmo.

c) em vista da liberdade contratual, impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados; e

d) ao plano ou seguro de saúde fazer o mesmo controle acerca da hígidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada;

A exigência de relação contratual com prestador não credenciado é ainda mais prejudicial ao fluxo operacional da operadora de plano de saúde, pois toda exceção à regra expõe seus processos a maior risco de falhas humanas. A conferência e validação individualizada para processos extraordinários às rotinas expõe a risco operacional, com base nos critérios de Gestão de Risco a que as operadoras são exigidas a seguir. A elevação de risco operacional exige da operadora maior alocação de recursos em Capital Baseado em Riscos, o que poderá tornar o preço dos planos menos acessível no longo prazo.

e) ao consumidor ter a mesma expertise da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada;

O consumidor, ou melhor o beneficiário de plano de saúde, será de natureza leigo sob os aspectos da efetivação dos procedimentos e em especial uso de materiais em procedimentos de saúde. Um exemplo típico é uma consulta regular oftalmológica: observa-se que o documento que assinamos no ato de registro na recepção do consultório terá a descrição de 3 a 6 procedimentos previstos em consulta, contudo tais eventos não ocorreram neste momento, pois é comum a recepção colher as assinaturas de forma prévia a consulta e mais: quem sabe, enquanto consumidor, o que é retinografia ou paquimetria ultrassônica?

f) em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, efetivamente conciliar essa atuação com atendimentos eletivos, realizados por médicos não credenciados;

A submissão de procedimentos solicitados a médico auditor é recurso de gestão. A gestão é o principal papel das operadoras de planos de saúde, pois de outra sorte não precisaríamos deste ator, bastaria um meio de pagamento qualquer como um “ticket refeição” ou cartão de crédito. A avaliação dos procedimentos demandados por médicos assistentes e busca pela melhor evidência científica para o tratamento das patologias é um dever de uma operadora de planos de saúde, o que fará por meio de sua estrutura operacional. Não há óbice para que tais procedimentos operacionais se deem em relação com médicos não participantes da rede de atenção, inclusive é uma garantia da regulamentação de que não poderão ser excluídos procedimentos demandados por médicos não participantes do plano sob o aspecto de seu pedido médico. Isto não deve se confundir com a cobertura financeira do procedimento, que é outro processo operacional.

g) que a solução adotada pela Terceira Turma permita a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde;

Considerando as partes expressas na decisão que originou desta demanda de Amicus Curiae, temos a considerar que a rede SUS é um rede de atendimento contemplada pelos planos de saúde, por força de regulamentação específica, tornando esta regulamentação o equivalente a um contrato com rede prestadora de serviços de saúde, não cabendo qualquer analogia com o reembolso mediante livre escolha, alternativa esta prevista como uma característica específica dos planos de saúde, e para a qual o contrato em tela não tem previsão.

h) em regra, ao juiz invocar regra infralegal da ANS aplicável, mas, mediante exame subjetivo de razoabilidade efetuado pelo julgador, eleger as disposições que serão aplicáveis a determinado usuário; e

i) que o Judiciário esteja devidamente aparelhado para estabelecer soluções personalizadas, à margem da normatização legal ou infralegal cogente;

De fato, esta é a competência do juízo, contudo cabe reforçar o papel interpretativo da legislação, não cabendo ao judiciário criar novas regras, que ampliem ou reduzam o escopo de contratos privados e regulamentados por órgão competente (ANS).

j) que seja inviável, atuarialmente, aplicar soluções personalizadas para afastamento de regras cogentes legais ou infralegais aplicáveis à generalidade dos usuários do plano de saúde;

Sob o aspecto atuarial devemos levar em consideração sempre o princípio do mutualismo, que prevê a diluição de risco em coletivo de pessoas expostas ao mesmo risco. Assim, qualquer decisão individual que afete um plano de saúde é uma desproporção de direito, onde um ganha vantagem em detrimento de muitos.

i) que não sejam computados, nos cálculos atuariais para precificação dos planos de saúde, imposição de custeio integral de despesas, desprezando-se a tabela do plano de saúde;

Conforme abordado anteriormente neste documento, no processo de precificação de planos de saúde são consideradas as condições conhecidas para o plano de saúde,

seja com relação a sua cobertura, valor esperado de custeio das despesas assistenciais, rede de atendimento, abrangência geográfica, dentre outros. Alterações nestas características tornam o preço praticado em risco de desequilíbrio atuarial.

k) que o usuário efetue a portabilidade para plano de saúde de outra operadora aproveitando-se todas as carências, ou se há circunstâncias que dificultem ou mesmo inviabilizem essa operação;

A portabilidade é um direito do consumidor de planos de saúde, cujas regras a serem observadas, definidas pela ANS, estão previstas na RN nº 438/2018. As restrições existentes referem-se a prazo de permanência mínimo de 12 meses para o exercício da primeira portabilidade e de 24 meses para usufruir de uma segunda portabilidade em diante. Também devem ser respeitadas as proporcionalidades de faixa etária, estar adimplente com o plano, não havendo restrições adicionais, caberá ao consumidor eleger entre os planos ofertados no mercado aquele que melhor se adequa a suas expectativas.

l) que a imposição de ressarcimento de despesas de tratamento eletivo fora da rede credenciada seja incompatível com a disposição legal que permite a possibilidade de estabelecimento de área de abrangência geográfica (art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998) e com o "plano referência", inclusive com a teleologia de sua criação pelo legislador;

A previsão de ressarcimento de despesas de tratamento fora da rede credenciada é denominada de reembolso mediante livre escolha de prestadores, sendo esta uma característica possível aos planos de saúde. Contudo para o plano de saúde em tela, observamos não estar prevista esta modalidade. De qualquer sorte, mesmo quando prevista a modalidade de cobertura em livre escolha, é estabelecida uma tabela específica de reembolso, geralmente registrada em cartório.

j) que haja o descredenciamento de Hospital, sem comunicação formal e pessoal a cada usuário do plano de saúde.

Na regulamentação infralegal há previsão de comunicação ao consumidor quanto ao efetivo encerramento dos atendimentos, conforme artigo 11 da RN 365:

“Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio

impresso, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 03 de Março de 2015, Seção 1, página 68)”

Agradecendo e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante setor, ratificamos nossa saudação.

Atenciosamente,



Letícia Doherty
Presidente do IBA



Raquel Marimon da Cunha
Diretor Técnico de Saúde

Documento emitido com base em análise desenvolvida pelo Grupo de Trabalho com os membros relacionados, que se organizou a partir do Comitê Técnico de Saúde do IBA.

Glance Anne Carvas	MIBA 1640
Luis Filipe de Barcellos Moura	MIBA 2448
Tamsin Marielle Bonifácio	MIBA 1480
Tatiana Xavier Gouvêa	MIBA 2135

ANEXOS:

CPA 001 – Princípios Atuariais.

CPA 010 - Princípios Atuariais para Formação e Revisão de Preços no Âmbito da Saúde Suplementar