

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

21 de fevereiro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga retificação de fichas dos indicadores do IDSS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Espírito Santo registra a maior alta de taxa de cobertura de beneficiários com planos de saúde do país em 20 anos](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Ciber-resiliência: a chave para proteger os dados no setor de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Hora de mudar o modelo de planos de saúde](#) – Fonte: JNS

[ANS atualiza a tabela de compatibilização TUSS-SIP 2024](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga resultado do mapeamento do risco assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Sobrevivência no setor da saúde é incerta para quase metade dos ceos, revela PWC](#) - Fonte: Saúde Business

[Operadoras de saúde se antecipam à nova resolução da ANS de credenciamento hospitalar mais rígido](#) -
Fonte: Saúde Business

[Consulta pública 125: ANS recebe contribuições para atualização do Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Setor produtivo da saúde alerta para impacto negativo da MP 1.202/2023](#) - Fonte: Saúde Business

ANS DIVULGA RETIFICAÇÃO DE FICHAS DOS INDICADORES DO IDSS

GOV (ANS) – 19/02/2024

Arquivo corrigido do conjunto de fichas referentes ao ano-base 2024 do Programa de Qualificação de Operadoras está disponível.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que o conjunto de fichas dos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2025, referente ao ano-base 2024 do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), foi republicado em função da necessidade de correção no arquivo disponibilizado no portal em 16/1/2022.

O modelo das fichas que estabelece a metodologia do programa é o mesmo aprovado na 599ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada (DICOL), realizada em 18/12/2023, e confirmado na 601ª reunião da DICOL, de 7/2/2024.

O arquivo corrigido encontra-se disponível [neste link](#).

As fichas do ano-base 2024 serão utilizadas para o processamento do IDSS em 2025. A Agência ressalta que esta antecedência na divulgação é importante, pois confere maior previsibilidade aos programas.

ESPÍRITO SANTO REGISTRA A MAIOR ALTA DE TAXA DE COBERTURA DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS DE SAÚDE DO PAÍS EM 20 ANOS

Revista Cobertura – 19/02/2024

Estado subiu 11,5 pontos percentuais entre 2003 e 2023 e ocupa quarta melhor marca nacional, revela estudo do IESS.

O Espírito Santo deu um salto representativo referente à taxa de cobertura de beneficiários que possuem planos de saúde médico-hospitalares. Entre 2003 e 2023, o estado ampliou o acesso a saúde suplementar, passou de 21,5% para 33% da população, alta expressiva de 11,5 pontos percentuais (p.p.), a maior do País no período. Os dados são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 90, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Com o bom índice registrado em 20 anos, o estado ocupa a quarta melhor marca do País em taxa de cobertura (33%) – acima, inclusive, da média nacional (24,9%) – atrás apenas de São Paulo (40,8%), Rio de Janeiro (34,9%) e praticamente empatado com o Distrito Federal (33,2%).

De acordo com dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do Espírito Santo é de cerca de 3,8 milhões de habitantes. Assim, um a cada três moradores contam com assistência da saúde suplementar. O estado capixaba encerrou dezembro de 2023 com 1,3 milhão de beneficiários de planos médicos. Em um ano, houve acréscimo de 48 mil novos vínculos (alta de 3,9%).

Diferentemente de alguns estados, que também tiveram variações positivas em pontos percentuais na taxa de

cobertura, entre eles Goiás (11,1 p.p.), Paraná (11 p.p.) e Amazonas (10,2 p.p.), o cenário se comportou de forma mais tímida em outras localidades. O Amapá, por exemplo, teve o menor registro de crescimento do País (1,4 p.p.) em 20 anos, seguido por Acre (1,7 p.p.) e Roraima (1,8 p.p.).

De acordo com José Cechin, superintendente executivo do IESS, é importante entender os motivos da grande diferença nas taxas de cobertura de planos médico-hospitalares e de sua variação neste período de pouco mais de duas décadas. “As taxas de cobertura tendem a ser mais altas nas cidades/estados/regiões que mostram maiores níveis de desenvolvimento, que por sua vez estão associados a maiores níveis de educação e renda. Da mesma forma, os maiores aumentos nessas taxas tendem a acontecer nas regiões que tiveram os maiores desenvolvimentos econômico-sociais nesse período”, afirma.

Cechin ressalta ainda que, variações nas taxas de cobertura podem influenciar na dinâmica do sistema de saúde como um todo e impactar em demandas dos serviços públicos e privados. Além disso, pontua que fatores como melhorias econômicas, alterações nas políticas de saúde, bem como crescimento da infraestrutura de serviços de assistência à saúde são possíveis contribuintes para essas variações.

[Clique aqui](#) para ver a Análise Especial da NAB 90 na íntegra.

CIBER-RESILIÊNCIA: A CHAVE PARA PROTEGER OS DADOS NO SETOR DE SAÚDE

Saúde Business – 17/02/2024

Sem uma estratégia de proteção adequada, a cibercriminalidade se aproveita da rápida digitalização.

Durante 2023, foi registrado um recorde de ciberataques a hospitais. De acordo com um relatório da Agência de Cibersegurança da União Europeia (ENISA), os ciberataques dobraram no primeiro trimestre do ano, atingindo 40 incidentes, em contraste com uma média de 22 nos primeiros

três meses de 2021 e 2022. Esses ataques não apenas afetaram os hospitais, mas também direcionaram seus objetivos para os provedores de serviços no setor da saúde.

O relatório também destaca a preocupação com vazamentos de dados na área da saúde, apontando que têm sido os mais custosos por 12 anos consecutivos em comparação com outros setores, com um valor médio de aproximadamente

300.000 euros em toda a Europa. Na Espanha, temos o caso do Hospital Clínic de Barcelona, que sofreu as consequências de um ataque de ransomware que criptografou seus sistemas, levando várias semanas para recuperar sua atividade normal. Essa situação não apenas causou grandes perdas econômicas, mas também a exposição de dados pessoais sensíveis.

Esse tipo de ataques geralmente visa atingir sistemas de computadores vulneráveis, criptografando ou roubando seus dados, antes de enviar uma nota de resgate exigindo um pagamento em troca da descriptografia ou para não os tornar públicos.

Mas, por que esses ataques são direcionados a centros de saúde? O acúmulo de dados pessoais com informações sensíveis por parte dos hospitais e o fato de desempenharem um papel determinante no bem-estar social tornaram essas instituições alvos atrativos para cibercriminosos. De fato, segundo a Accenture, os dados de saúde são até 20% mais valiosos do que as informações de cartões de crédito comuns. Portanto, é imperativo abordar a crescente preocupação com a segurança no âmbito da saúde neste mundo cada vez mais digitalizado.

Sem uma estratégia de proteção adequada, a cibercriminalidade se aproveita da rápida digitalização. De acordo com um estudo da Deloitte, apenas 6,25% das empresas afirmam não terem sido vítimas de um ciberataque. Ameaças mais comuns, como phishing e ransomware, impactam diretamente na segurança dos nossos dados: estima-se que um ataque de ransomware pode custar às empresas uma média de 1,8 milhão de dólares, e o tempo de inatividade e a recuperação representam a maior parte desse custo.

Adoção de estratégia preventiva

As agências governamentais nos Estados Unidos já estão reconhecendo a gravidade desses ciberataques e estão adotando abordagens mais proativas, implementando estratégias preventivas centradas na ciber-resiliência. O recente desmantelamento da infraestrutura do Qakbot, um

malware usado para roubo de dados financeiros e criptomoedas, serve como exemplo dessa nova estratégia. Ele se espalhava por e-mails com links ou hiperlinks maliciosos, através dos quais conseguia infectar o dispositivo informático da vítima, chegando a afetar cerca de 700.000 computadores em todo o mundo.

A ciber-resiliência não apenas envolve proteção contra ataques, mas também assegurar a privacidade e a governança dos dados. A adoção de tecnologias como inteligência artificial e aprendizado de máquina pode detectar anomalias em tempo real, enquanto cópias imutáveis de dados podem facilitar a recuperação rápida diante de um evento de ransomware.

Nesse sentido, tecnologias como inteligência artificial ou aprendizado de máquina podem detectar anomalias em tempo real, além de criar cópias imutáveis dos dados para auxiliar as entidades na recuperação rápida de um evento de ransomware.

A chave deste conceito é ter uma infraestrutura de dados inteligente, que combine um armazenamento unificado, livre de silos, complementado por uma ampla gama de serviços de dados adicionais e ferramentas que permitam observar e operar de maneira automatizada.

Essa infraestrutura deve estar integrada em todos os locais onde as empresas possuem seus dados, seja em um centro de dados próprio ou na nuvem. Além disso, as empresas de saúde devem aproveitar as vantagens da inteligência artificial para proteger os dados, preservar sua privacidade ou auxiliar em sua governança, garantindo que os departamentos de TI estejam um passo à frente dos criminosos.

Em última instância, a segurança na saúde representa um desafio coletivo que requer uma ação colaborativa. Ao adotar estratégias preventivas e tecnologias avançadas, podemos fortalecer nossa resiliência diante das crescentes ameaças cibernéticas. A proteção de nossos dados não é apenas uma responsabilidade empresarial, mas um compromisso com a saúde e a segurança de todos.

HORA DE MUDAR O MODELO DE PLANOS DE SAÚDE

JNS – 16/02/2024

A necessidade de se repensar os planos de saúde, principalmente dando ênfase aos programas de Atenção Primária à Saúde (APS), foram o foco de recentes e importantes análises. Zeliete Linhares Leite Zambon, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, sustenta que a atenção primária é um “alicerce de uma saúde suplementar mais resolutiva e econômica”, enfatizando que com “o envelhecimento populacional, aumentam os episódios de alta complexidade”, se fazendo necessária uma saúde suplementar “menos custosa e mais resolutiva”, sendo que os esforços devem ser destinados à prevenção e à educação em saúde, assim como ocorre na Europa, onde a APS é a “principal porta da rede suplementar”. E Anderson Mendes, presidente da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – também defende que todos ganham com a APS, “tanto os planos, que reduzem os gastos, uma vez que as internações representam cerca de 50% dos custos do setor, e acima de tudo, os beneficiários, porque passam a ter uma vida mais saudável, com acompanhamento de qualidade e direcionado para a necessidade individual”. Menciona que a implantação da

APS, além de representar uma “transformação cultural”, “passa por ter estratégias de cuidado, o que significa ter um mapeamento prévio de fatores de riscos e linhas de cuidado de atenção que ofereçam qualidade de vida e de bem-estar, diminuindo a incidência de doenças, especialmente em casos que os quadros são evitáveis.”

Ora, tais reflexões devem ser avaliadas com atenção, principalmente quando se noticia que o “Reajuste do plano de saúde para empresa deve ser de 25%”. Empresários e trabalhadores necessitam refletir com mais atenção sobre os fatores que impactam os custos dos planos de saúde, pois os índices que anualmente são aplicáveis, inclusive, nos planos individuais/familiares, são manifestamente superiores aos reajustes obtidos nas relações laborais e comerciais, obrigando os contratantes a procurarem planos com tickets médios menores, muitas vezes com qualidade inferior àquela anteriormente praticada. Chegará o momento que muitas empresas não conseguirão oferecer tal benefício aos seus empregados, nem mesmo estes conseguirão arcar, mesmo que de forma parcial, com tais contraprestações, sem contar

com aqueles que, ao se aposentarem, terão que arcar integralmente com tais custos. Esta equação, mais cedo ou mais tarde, não fechará.

Portanto, como adverte Anderson Mendes, precisamos repensar o sistema, procurando viabilizar planos de saúde e não de doenças.

Entendemos que “o modelo que nos trouxe até aqui não é o que vai nos levar adiante”, sendo que a regulação desta importante atividade econômica não somente se dá através da lei e da agência reguladora, mas, principalmente, através dos contratos firmados com os beneficiários, com seus mecanismos de regulação, mas principalmente com a rede credenciada, dando ênfase a APS e a mudança gradual do mecanismo de pagamento, alterando a dinâmica do fee for service para a busca de uma remuneração baseada em valor, sendo que ao invés de pagar por quantidade, se deve pagar por qualidade.

Além da mudança cultural, o contrato é que pode ser o instrumento de implantação de uma nova realidade, inclusive na APS, alinhada em torno da qualidade, que priorize a saúde e não a doença, principalmente na relação das operadoras de planos privados de assistência à saúde com a sua rede de atendimento, objetivando a redução de custos e desperdícios. Precisamos mudar o modelo de atenção à saúde e de pagamento destes prestadores, estabelecendo um novo modelo de contrato – Alternative Quality Contract – priorizando, preferencialmente, um pagamento global destinado a cobrir todos os serviços médicos para uma população de pacientes definida, uma forma de correção anual dos valores baseado na inflação ou outra forma de correção, e o estabelecimento de bônus com base em medidas de desempenho. Outras formas alternativas ou mistas também podem ser adotadas no contrato, inclusive na implantação da APS.

Até mesmo em face da segurança jurídica necessária para as partes contratantes, a mudança se daria, basicamente, através da contratualização, não se fazendo necessárias grandes alterações legais ou normativas, observado o princípio da autonomia da vontade, lembrando que a Resolução Normativa – RN n. 503, de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, já deixa expresso que “as condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador”.

A discussão sobre o repensar os planos de saúde é de interesse de toda a sociedade, não somente das operadoras e seus prestadores de serviços, sendo que também passa pelo estabelecimento de mecanismo de regulação, que necessitam ser discutidos com a ANS, porém muita coisa pode ser feita através da rediscussão dos contratos com os prestadores de serviços, na priorização da qualidade e não da quantidade.

Como bem disse Albert Einstein “insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”, sendo que Leemore S. Dafny e Thomas H. Lee, Professores de Harvard, já afirmaram que “Health care leaders have not learned how to achieve consensus quickly, overcome cultural resistance to change, or nurture high-performing teams.”

Por fim, entendemos que a mudança deve ocorrer de forma gradativa, principalmente através de projetos pilotos, com a elaboração de contratos com orçamento global, redução de despesas médicas e melhoria da qualidade, sendo que tal mudança é de interesse de toda sociedade, até mesmo visando a sustentabilidade desse importante setor. Estudar novas formas de contratação é de fundamental importância para repensar a saúde suplementar no Brasil.

ANS ATUALIZA A TABELA DE COMPATIBILIZAÇÃO TUSS-SIP 2024

GOV (ANS) – 16/02/2024

Documento também é conhecido como “Tabela DE-PARA SIP-TUSS”.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou o documento "Compatibilização entre os procedimentos da TUSS e os itens do SIP", conhecido como Tabela DE-PARA SIP TUSS, acompanhando a versão de janeiro de 2024 da TUSS 22. A cada atualização da Tabela 22 da TUSS, será publicada uma atualização da Tabela De-Para SIP-TUSS de forma a incorporar as alterações promovidas nos códigos e/ou termos.

A Tabela DE-PARA é a correspondência entre os itens assistenciais de envio obrigatório ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) e os códigos de procedimentos e eventos da Tabela nº 22 da TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), considerando os conceitos e as definições dos itens assistenciais informados ao SIP, constantes no Anexo da RN 551/2022.

Orientamos as operadoras que realizem a atualização das parametrizações para envio dos dados de produção assistencial ao SIP, observando a versão atualizada da Tabela DE-PARA SIP-TUSS, para maior qualificação das informações prestadas à ANS.

Clique aqui para conferir a Tabela DE-PARA SIP TUSS, o Manual de Orientação e Outros Documentos do SIP.

O envio do SIP é obrigatório para todas as operadoras com registro ativo na ANS que possuem ao menos um produto registrado na ANS, independentemente da data de concessão de autorização de funcionamento.

Em caso de dúvidas, as operadoras podem entrar em contato com a Gerência de Monitoramento Assistencial (GEMOA), através do e-mail gemoa.dipro@ans.gov.br.

ANS DIVULGA RESULTADO DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 15/02/2024

Informações relativas ao 3º trimestre de 2023 estão disponíveis para consulta.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível para consulta o resultado final do Programa de Mapeamento do Risco Assistencial referente ao 3º trimestre de 2023, conforme previsto no art. 12 da Instrução Normativa (IN) DIPRO 58, de 26 de janeiro de 2022.

Passado o período de questionamentos, não foi identificada a necessidade de reprocessamento dos resultados, que se

mantiveram inalterados em relação ao [resultado preliminar já divulgado em 18/01/2024](#)

O resultado final do 3º trimestre de 2023 pode ser acessado pela operadora no portal da ANS, na Central de Relatórios, clicando em “Monitoramento do Risco Assistencial”, mediante login e senha.

A Agência lembra que, nesta fase, não são mais recebidos questionamentos, conforme previsto na IN DIPRO 58/2022..

SOBREVIVÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE É INCERTA PARA QUASE METADE DOS CEOS, REVELA PWC

Saúde Business – 10/02/2024

Pesquisa CEO Survey ilumina as estratégias e visões de CEOs de empresas de saúde sob a ótica da inovação contínua.

O setor da saúde enfrenta uma crise constante que foi agravada pela pandemia. O fato não é nenhuma novidade, assim como a conta exorbitante da saúde suplementar. A 27ª CEO Survey, promovida pela PwC, mostra que os líderes reconhecem a necessidade de mudanças e estratégias compatíveis ao cenário.

Embora haja um aumento no otimismo quanto ao crescimento econômico global, uma parte significativa dos CEOs brasileiros e globais está incerta sobre a sobrevivência de suas organizações nos próximos 10 anos. No setor da saúde, 42% dos CEOs brasileiros compartilham essa preocupação – este percentual foi de 27% em 2023 -, espelhando a média de 41% entre os líderes de todas as indústrias do país.

O estudo conduzido pela consultoria lançou luz sobre as estratégias, preocupações e visões de mais de 4.700 CEOs em 105 territórios e países, incluindo o Brasil. Sob a ótica do tema "Prosperando na Era da Reinvenção Contínua", a pesquisa analisou as abordagens adotadas pelas empresas de saúde – hospitais, operadoras, indústria farmacêuticas, medicina diagnóstica e healthtechs – para enfrentar ameaças cada vez mais convergentes e complexas.

Olhando para dentro do setor da saúde

Ao divulgar os dados da pesquisa, Bruno Porto, sócio da PwC Brasil, ressalta como o setor da saúde é um universo complexo e vasto. Ele destaca a diversidade e amplitude deste mercado, onde grandes players coexistem com muitas pequenas e médias empresas.

Porto orienta que os “gigantes” busquem internamente soluções baseadas em inteligência artificial (IA) generativa para otimizar processos administrativos. Este movimento já se reflete em iniciativas pioneiras no Brasil, especialmente na área de diagnóstico e definição de protocolos.

“É fundamental organizar e consolidar essas iniciativas dentro de casa para garantir uma implementação eficaz e sustentável, afirma. Entenda como os resultados da CEO Survey destacam a necessidade urgente de reinvenção para a sobrevivência e as mudanças inerentes ao mercado.

Transformar para avançar

Há mudança notável nas projeções econômicas globais para 2024. Enquanto a expectativa de desaceleração perde terreno, a previsão de crescimento acelerado ganha força. Este ano, 42% dos CEOs do setor de saúde no Brasil compartilham essa visão, um aumento substancial em relação aos 15% registrados no ano anterior - um crescimento mais significativo do que a média nacional e paralelo ao observado no âmbito global da saúde.

Em relação à economia nacional, os líderes do setor de saúde no Brasil demonstram maior confiança, alinhando-se com a tendência geral dos líderes brasileiros, assim como seus pares globais e a média global. Surpreendentemente, a confiança na aceleração econômica global é mais proeminente entre os líderes da saúde do Brasil e do mundo em comparação com a média de todas as indústrias, com uma proporção significativa apostando no crescimento em detrimento da desaceleração.

Uma indicação adicional da urgência crescente de reinvenção é a intensificação da pressão antecipada pelos CEOs nos próximos três anos, devido às mudanças no modelo de negócios. Em relação aos últimos cinco anos, os líderes do setor de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, preveem que as alterações relacionadas à tecnologia, regulamentação, competição e preferências do consumidor, terão um impacto significativamente maior na maneira como concebem, entregam e agregam valor. Instabilidade da cadeia de abastecimento, mudanças demográficas e climáticas também fazem parte do combo que exige um novo modus operandi.

No curto prazo, os próximos 12 meses, a maior preocupação é com riscos sanitários e cibernéticos. A pandemia da Covid-19 e o aumento da fragilidade da cibersegurança corroboram o resultado da pesquisa.

Mudanças climáticas e IA generativa

Os líderes executivos do setor de saúde no Brasil compartilham avanços no que diz respeito a ações para conter a crise climática. 64% estão atualmente engajados ou já finalizaram iniciativas para aprimorar a eficiência energética, enquanto 55% têm projetos em andamento ou

finalizados para promover inovações em produtos e serviços com um menor impacto ambiental.

Sobre inovações tecnológicas, a IA generativa representou este elemento na pesquisa, visto a sua capacidade de redefinir completamente as operações empresariais. No contexto do setor de saúde brasileiro, a adoção dessa tecnologia e a adaptação estratégica para integrar sua inovação superaram as estatísticas globais do setor. Cerca de 60% das empresas do setor já mudaram a estratégia de tecnologia por causa da IA generativa ou já adotaram a ferramenta na empresa inteira.

Para os próximos 12 meses, 65% das empresas de saúde acreditam que a IA generativa melhorará a qualidade dos produtos ou serviços, enquanto 52% creem que a tecnologia aumentará a capacidade da empresa criar confiança com stakeholders. No entanto, 81% reconhecem que este

progresso exigirá o desenvolvimento de novas habilidades na equipe.

Agir para prosperar

Percebe-se que os líderes da saúde destacam a importância de abraçar a transformação digital e adotar estratégias ágeis para se manterem à frente da curva. Diante das incertezas econômicas e ambientais, a resiliência e a capacidade de resposta emergem como elementos-chave para o sucesso futuro.

À medida que as empresas se esforçam para prosperar na era da reinvenção contínua, fica evidente a importância crítica de uma abordagem proativa e adaptativa para navegar pelas complexidades e incertezas do setor da saúde ambiente empresarial atual. Para os líderes do setor de saúde no Brasil e além, a capacidade de antecipar, adaptar e inovar será fundamental para garantir a sustentabilidade e o sucesso no longo prazo.

OPERADORAS DE SAÚDE SE ANTECIPAM À NOVA RESOLUÇÃO DA ANS DE CREDENCIAMENTO HOSPITALAR MAIS RÍGIDO

Saúde Business – 10/02/2024

As novas diretrizes da ANS estão impactando a rede hospitalar de planos de saúde antes mesmo de entrarem em vigor, devido ao credenciamento antecipado das operadoras.

As novas diretrizes para alteração da rede hospitalar de planos de saúde tiveram a data de início prorrogada de março para setembro de 2024, conforme estabelecido pela Resolução Normativa (RN) nº 585/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, os hospitais já estão vivenciando os impactos dessas mudanças mesmo antes da vigência da RN, marcada para 1º de março, devido a um movimento antecipado de credenciamento por parte das Operadoras de Planos de Saúde. Essa foi a estratégia adotada pelas operadoras para evitar ter que lidar com as normas mais rigorosas relacionadas às alterações na rede credenciada.

Hospitais independentes têm sido os mais prejudicados com a antecipação de credenciamento das operadoras, uma vez que possuem menor poder de barganha em comparação às grandes redes hospitalares, pois tendem a ser menos relevantes dentro do panorama de prestação de serviço das operadoras. Ao mesmo tempo, os modelos verticalizados claramente se beneficiam no movimento de internalização dos atendimentos.

O aspecto positivo é que, após a implementação das novas diretrizes, os prestadores remanescentes nas redes credenciadas, até mesmo os players independentes, estarão mais resguardados contra movimentações semelhantes no futuro. No entanto, o processo de credenciamento, já é uma fonte significativa de desafios para os prestadores, se tornará cada vez mais exigente.

Na prática, a Resolução 585/23 da ANS introduz maior rigidez às alterações de rede credenciada ao estabelecer critérios específicos para a substituição ou exclusão de hospitais na lista de prestadores das operadoras.

Com a implementação dessa nova norma, as operadoras são obrigadas a selecionar hospitais que ofereçam serviços

equivalentes aos oferecidos pelo prestador a ser substituído para que as alterações possam ser efetuadas, seguindo parâmetros como disponibilidade de leitos, qualificação e certificações do que já estava disponível nos últimos 12 meses para os beneficiários.

Para permitir que as operadoras realizem a exclusão de hospitais da rede credenciada (redimensionamento por redução), conforme diretrizes da RN, a norma estipula que a alteração será autorizada desde que os prestadores selecionados não estejam entre os hospitais responsáveis por até 80% das internações na sua região de saúde nos últimos 12 meses.

Vale pontuar que há uma exceção a essa regra: hospitais que façam parte do conjunto de prestadores responsáveis por até 80% das internações, mas que, individualmente, representem menos de 5% desse volume total, podem ser credenciados, uma vez que o impacto à massa assistida é reduzido. Também só será permitido substituir hospitais por prestadores já cadastrados se estes tiverem ampliado sua capacidade de atendimento.

Essas normas proporcionam uma camada adicional de proteção aos hospitais credenciados, mitigando o risco de credenciamento. No entanto, é importante ressaltar que as diretrizes também demandarão que esses prestadores mantenham e/ou aprimorem continuamente seu nível de serviço.

Assim, observa-se uma demanda crescente para que os prestadores evidenciem às operadoras sua capacidade de proporcionar serviços com os mais elevados padrões de qualidade e eficiência, visando a obtenção de novos credenciamentos. Os beneficiários, na outra ponta, se insatisfeitos com as mudanças, têm o direito garantido pela RN 585 de fazer portabilidade do plano sem necessidade de cumprir prazos de carência, adicional à obrigatoriedade das operadoras de informar à ANS e aos beneficiários sobre as alterações na rede hospitalar, com 30 dias de antecedência.

É essencial que o setor siga acompanhando os desdobramentos desse cenário, como fazemos nos projetos da A&M (Alvarez & Marsal) Healthcare, analisando o movimento do mercado hospitalar na busca por otimizar sua eficiência operacional, bem como a qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes.

Tudo sugere que estratégias voltadas para o fortalecimento da reputação de eficiência e qualidade dos prestadores junto a operadoras, beneficiários e médicos devem assumir uma prioridade ainda maior daqui pra frente.

CONSULTA PÚBLICA 125: ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA ATUALIZAÇÃO DO ROL

GOV (ANS) – 09/02/2024

Sociedade pode enviar dados e comentários sobre os tratamentos propostos até 28/02/2024.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira, 09/02, a [Consulta Pública 125](#), com o objetivo de obter contribuições sobre as propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as seguintes tecnologias:

- Dupilumabe para tratamento de crianças com dermatite atópica grave;
- Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) para tratamento de pacientes com tumores de próstata;
- Osimertinibe, medicamento antineoplásico oral para uso em tratamento de pacientes com câncer de pulmão (câncer de pulmão não pequenas células EGFR mutado).

As propostas foram discutidas na 25ª Reunião Técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), ocorrida em 23/01, e apresentadas durante a 601ª Reunião de Diretoria Colegiada (DICOL), no dia 07/02. Para assistir à reunião da DICOL na íntegra, [clique aqui](#).

SETOR PRODUTIVO DA SAÚDE ALERTA PARA IMPACTO NEGATIVO DA MP 1.202/2023

Saúde Business – 08/02/2024

Restrição à compensação de créditos tributários provenientes de decisões judiciais transitadas em julgado impacta diretamente no planejamento financeiro das empresas.

Uma nota conjunta assinada por 11 associações que representam o setor produtivo da saúde, entre elas a Aliança Brasileira da Indústria Inovadora da Saúde (ABIIS), expressa preocupações em relação à Medida Provisória nº 1.202/2023, publicada no Diário Oficial da União, no último dia útil de 2023. Entre as questões de destaque está a restrição à compensação de créditos tributários provenientes de decisões judiciais transitadas em julgado, que já está em vigor.

A limitação afeta os titulares de créditos calculados em valor superior a R\$ 10 milhões, os quais devem observar o limite

Com essas mudanças, a gestão da rede credenciada e acompanhamento de performance dos prestadores tornam-se ainda mais essenciais, assim como abordagens mais assertivas para ajustes futuros nessa rede, visando evitar estresse desnecessário na base de beneficiários das operadoras.

O equilíbrio no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde é imperativo para garantir a sustentabilidade de todos os participantes no ecossistema de saúde, especialmente em um mercado que já se encontra bastante desafiador.

Os formulários para envio de contribuições das consultas públicas para a atualização do Rol foram reformulados. Com a alteração, a sociedade poderá opinar se concorda, discorda ou concorda/discorda parcialmente das incorporações. Antes da mudança, as classificações dos tipos de opinião disponíveis eram concordo, discordo ou concordo/discordo parcialmente da recomendação preliminar da ANS. O objetivo da modificação foi conferir maior clareza e transparência ao processo de participação social.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 28/02/2024 no próprio site da ANS, no qual também estão disponíveis os documentos relacionados às propostas durante o período de consulta: www.gov.br/ans, em "Acesso à informação", no item "Participação Social", no subitem "[Consultas Públicas](#)".

O Rol tem sido constantemente atualizado por meio de um processo dinâmico, que conta com ampla participação social, no qual a análise das tecnologias é feita a partir de metodologia de avaliação de tecnologias em saúde e nos princípios da saúde baseada em evidências, utilizados em diversos países de primeiro mundo

mensal de compensação estabelecido por ato infralegal do Ministério da Fazenda. Caso seja apurado um débito superior ao limite estabelecido, a diferença deverá ser recolhida pelo contribuinte, mesmo que haja crédito remanescente. O manifesto alerta que “a decisão impacta diretamente as empresas, que após longos períodos de espera por decisões judiciais definitivas, traçaram o seu planejamento financeiro considerando o aproveitamento de forma irrestrita dos valores recolhidos indevidamente pela União, como autorizado pela legislação então vigente. O efeito imediato nas finanças das empresas, que poderão sofrer prejuízos significativos com o desembolso de valores não previstos, contribui expressivamente para um cenário negativo no ambiente econômico, devido à considerável insegurança jurídica gerada”.

As 11 entidades reconhecem a importância de equilibrar as contas públicas, mas é essencial avaliar os impactos sociais e econômicos. E destacam preocupações quanto à conformidade da medida com os princípios constitucionais tributários, abrangentes da justiça fiscal, igualdade, segurança jurídica, certeza de direito e a possível violação do princípio da reserva legal e do direito de propriedade, diante da limitação à fruição do crédito.

Abifina, Abiis, Abimed, Abimo, Abraidi, Alanac, CBDL, Grupo FarmaBrasil, Interfarma, PróGenéricos e Sindusfarma

solicitam que o Congresso Nacional não aprove a referida Medida Provisória em seu texto atual e pedem para o Poder Executivo retirá-la, “considerando, se necessário, o encaminhamento de um Projeto de Lei que propicie uma discussão mais abrangente e aprofundada sobre o tema”, afirma o documento conjunto.

A mesma MP trata ainda da reoneração da folha de pagamentos e da revogação do benefício do PERSE

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.