

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

05 de junho de 2024



INDICE INTERATIVO

[Planos de Saúde: Empresas negociam criar contratos sem cobertura de internação em nova lei](#) – Fonte: O Globo

[Estado de calamidade pública no rs e a saúde suplementar: O que mudou?](#) – Fonte: Conjur

[ANS limita a 6,91% o reajuste dos planos individuais e familiares](#) – Fonte: GOV(ANS)

[Planos de Saúde: Diretor da ans diz estudar mudanças nas regras de reajuste dos coletivos](#) – Fonte: O Globo

[Líder do maior bloco da câmara entrega pedido da CPI dos planos de saúde](#) – Fonte: Veja(Abril)

[A realidade da interoperabilidade na saúde brasileira](#) – Fonte: Saúde Business

[Agências reguladoras federais divulgam nota conjunta](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Incorporação de inovações tecnológicas na saúde: Especialistas discutem como melhorar esse processo](#) – Fonte: Saude Business

[26 anos da lei dos planos de saúde](#) – Fonte: GOV (ANS)

PLANOS DE SAÚDE: EMPRESAS NEGOCIAM CRIAR CONTRATOS SEM COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM NOVA LEI

O Globo - 05/06/2024

Permissão para 'consórcio' para compra de remédios de alto custo também está em estudo e faz parte de negociações para barrar cancelamentos unilaterais de contratos.

O acordo para que os planos de saúde suspendessem os cancelamentos unilaterais de determinados contratos, anunciado na semana passada pelo presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), foi condicionado a alguns termos que estarão na nova lei que regulamenta o setor.

Um dos temas que estão sendo negociados com deputados e que devem estar no novo texto da lei é o que se refere à regulamentação de um novo produto, o chamado "plano segmentado". A modalidade de contratação daria aos usuários o direito apenas a consultas e exames, sem contemplar internações.

As operadoras argumentam que isso aliviaria os seus caixas, já que os contratantes de planos com esta restrição teriam que arcar, à parte, com os custos de eventuais permanências em hospitais para tratamentos.

Além disso, a regulamentação deste tipo de "plano popular" evitaria aquilo que os planos chamam de "judicialização da saúde", que ocorre quando pacientes conseguem liminares que obrigam as operadoras a custear as suas internações. Com os planos segmentados que restringem o rol de atendimentos, portanto, seria criada uma espécie de "blindagem jurídica" para o setor.

Isso é equivalente ao modelo de planos de saúde populares proposto em 2016, num projeto que não avançou. Ao oferecer menos serviços que o que estava previsto no rol, esses planos seriam mais acessíveis à população, ampliando a entrada de pessoas na saúde suplementar.

Consórcio para compras

Outro pedido dos planos é a criação de uma espécie de consórcio para a aquisição de medicamentos de alto custo, essenciais para alguns tratamentos.

Em alguns casos previstos em lei, as seguradoras são obrigadas a custear remédios para pacientes em estado grave. Entretanto, o setor reclama de preços altos, sobretudo em medicamentos importados.

Através de uma espécie de pool, as seguradoras poderiam fazer compras com preços iguais aos aplicados ao governo, quando faz compras para abastecer hospitais públicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Também está entre os pleitos das seguradoras a criação de uma espécie de "prontuário unificado eletrônico", válido tanto para a rede pública quanto para a privada. Hoje, as duas redes não têm canal único de comunicação.

Desta forma, um paciente que é transferido de um hospital público para a rede privada, em muitos casos, precisa realizar novamente exames de imagem e ressonância, por exemplo — o que acarreta um sobrecusto aos planos. Com a criação de um prontuário eletrônico, este custo poderia ser poupado.

Proibição de rescisões

Em contrapartida aos pedidos dos planos, a Câmara também apresentou alguns pontos considerados "inegociáveis", que estarão no texto da nova lei: a proibição das rescisões unilaterais de contratos que estejam adimplentes e a criação de uma fórmula de cálculo que impeça o que se considera reajustes abusivos dos planos coletivos.

A ideia é criar um cálculo que faça uma razão entre todos os contratos das seguradoras, impedindo o reajuste abusivo para uma única empresa.

Relator da Lei dos Planos de Saúde, o deputado Duarte Jr. (PSB-MA) diz estar disposto a negociar alguns pontos com os planos para o novo texto, mas reitera a vontade de impedir as rescisões unilaterais. Pelo acordo firmado por Lira, o texto final, com ajustes, deve ser votado até o fim do ano.

— Este projeto tramita há incríveis 18 anos na Câmara e já está pronto para ser votado, com requerimento de urgência aprovado. Podemos fazer alguns ajustes, sim, dialogar entre as partes. Mas precisamos combater essa prática imoral, ilegal e criminoso que é rescindir contratos de maneira unilateral de pacientes que se tratam de câncer e usuários com espectro autista, por exemplo. Isto é mais do que crime, é um pecado praticado pelos planos — afirma o parlamentar.

Limite de coparticipação de 30%

O ponto do projeto que proíbe as operadoras de rescindirem unilateralmente os contratos firmados com beneficiários ressalta a exceção de casos em que o atraso na mensalidade supere 60 dias consecutivos. Outro ponto obriga o poder público a manter plataforma digital com informações relativas ao histórico de saúde de pacientes atendidos em toda a rede de saúde do Brasil.

O texto prevê ainda, na hipótese de o contrato prever coparticipação, que o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% do valor do procedimento ou evento.

Cancelamentos unilaterais

Nos últimos meses, aumentaram as queixas de rescisões feitas pelas operadoras e que têm afetado usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou doenças graves. Após negociações entre Lira e representantes do setor na semana passada ficou acertada a suspensão de rescisões unilaterais em determinados casos.

Esses casos compreendem pacientes internados, pacientes com câncer com terapia em curso e pacientes com dois transtornos de desenvolvimento: Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD).

O acerto foi firmado em reunião que contou com a presença de Duarte Jr. e representantes de empresas como Unimed, Amil, Bradesco Saúde, SulAmérica, associações do setor e ANS.

O acordo também foi feito em meio à mobilização na Câmara por uma CPI dos planos de saúde, hipótese que está praticamente descartada nos bastidores.

ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA NO RS E A SAÚDE SUPLEMENTAR: O QUE MUDOU?

Conjur – 04/06/2024

O governo do Rio Grande do Sul, através dos Decretos nº 57.596 e 57.600, ambos de 2024, instituiu e reiterou o estado de calamidade pública no estado afetado pelos eventos climáticos de chuvas intensas.

Nessa linha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotou medidas regulatórias excepcionais para o setor de saúde suplementar, com o intuito de auxiliar os beneficiários, bem como as operadoras de planos de saúde, neste trágico momento enfrentado pela população gaúcha:

A decisão se deu por conta do cenário conhecido até o momento: pelo menos 336 municípios afetados pelas inundações; mais de 80 mil pessoas desalojadas; dezenas de óbitos, de feridos e de desaparecidos; 110 hospitais atingidos, estando alguns deles com atendimento parcial outros sem atendimento; diversos serviços essenciais interrompidos, com mais 400 mil pontos sem energia elétrica, mais de 1 milhão de unidades consumidoras sem abastecimento de água e dezenas de municípios sem telefonia e internet.

Desta maneira, em 7/5/2024, a ANS recomendou:

- a) a priorização do atendimento dos casos de urgência e emergência;
 - b) a manutenção de tratamentos de doenças crônicas que não possam ser interrompidos;
 - c) a preferência pelo uso do teleatendimento sempre que possível; e
 - d) o reagendamento de procedimentos eletivos que possam ser adiados.
- Igualmente, em relação as operadoras de planos de saúde com sede no Rio Grande do Sul, decidiu:

1) pela suspensão, por 30 dias a contar do dia 1º de maio, da exigência do cumprimento dos prazos máximos de atendimento – pela flexibilização de prazos para envio de informações periódicas obrigatórias para a ANS, como os dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema de Informações de Produtos (SIP), Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (Diops) e Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS);

2) pela suspensão, de 2 de maio a 2 de junho, dos prazos de processo administrativo; e

3) pela suspensão, por 10 dias, do prazo de pagamento da mensalidade com vencimento entre 1º e 17 de maio.

Posteriormente, quando da realização da 606ª Reunião da Diretoria Colegiada da agência reguladora, ocorrida em 20/05/2024, determinou:

- i) a concessão de prazo de resposta em dobro para a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP);
- ii) a ampliação, por 10 dias, da suspensão do prazo de pagamento das mensalidades com vencimento entre 18 a 31 de maio, para os beneficiários residentes no Rio Grande do Sul; e
- iii) a suspensão, por 21 dias úteis, do prazo de recolhimento das Guias de Recolhimento da União (Grus) já emitidas e não vencidas, que visam o Ressarcimento ao SUS.

Conclui-se, portanto, que há colossal esforço das operadoras de planos de saúde, agência reguladora e órgãos públicos, para minimizar os impactos das enchentes e chuvas ocorridos no Rio Grande do Sul.

ANS LIMITA A 6,91% O REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

GOV (ANS) – 04/06/2024

Percentual anunciado pela Agência é o máximo que pode ser aplicado para o reajuste anual no período de maio de 2024 a abril de 2025.

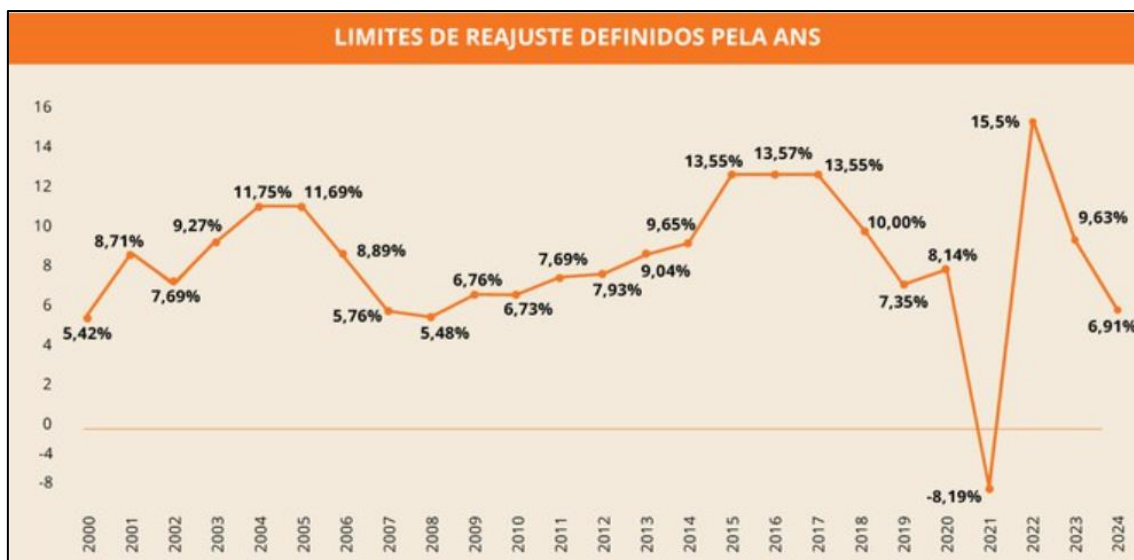
A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) limitou a 6,91% o percentual de reajuste anual que poderá ser aplicado aos planos de saúde de assistência médica individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98).

O percentual é o teto válido para o período entre maio de 2024 e abril de 2025 para os contratos de quase 8 milhões de beneficiários, o que representa 15,6% dos 51 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil (dados de março de 2024).

“O índice definido pela ANS para 2024 reflete a variação das despesas assistenciais ocorridas em 2023 em comparação

com as despesas assistenciais de 2022 dos beneficiários de planos de saúde individuais e familiares. Quando falamos de planos de saúde, a variação de despesas está diretamente associada à variação de custos dos procedimentos e à frequência de utilização dos serviços de saúde”, explica o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

O índice de 6,91% foi apreciado pelo Ministério da Fazenda e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada na manhã desta terça-feira, 4/06/2024. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e o reajuste poderá ser aplicado pela operadora no mês de aniversário do contrato, ou seja, no mês da data de contratação do plano. Para os contratos que aniversariam em maio e junho, a cobrança deverá ser iniciada em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato.



Para chegar ao percentual de 2024, a ANS utilizou a metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019, que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.

“Os dados utilizados para o reajuste foram verificados pela Secretaria de Reformas Econômicas do Ministério da Fazenda, a qual expressou sua concordância com o cálculo, destacando ainda sua adequação à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Importante ressaltar também que essa

metodologia é baseada na variação das despesas médicas apuradas nas demonstrações contábeis das operadoras e em um índice de inflação, o que garante previsibilidade e transparência para toda a sociedade”, esclarece o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli.

Despesas assistenciais em 2023 e 2022 – Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.



As despesas assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 10,16% em 2023 comparado a 2022. Essa variação observada nos custos assistenciais reflete o aumento dos preços dos serviços e insumos de saúde, bem como aumento no padrão de consumo de serviços de saúde associado a incorporações no rol de procedimentos da saúde suplementar.

As informações sobre as despesas assistenciais do setor estão disponíveis no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#), publicação em formato de painel dinâmico atualizada trimestralmente pela ANS.

Por que não é correto comparar índice de reajuste com índice de inflação?

Os índices de inflação medem a variação de preços de produtos e serviços. Já os índices de reajuste de planos de saúde são “índices de valor”, pois medem a variação combinada não somente de preços, mas também de quantidades consumidas. Dessa forma, o percentual calculado pela ANS considera aspectos como as mudanças nos preços dos produtos e serviços em saúde, bem como as mudanças na frequência de utilização dos serviços de saúde.

REAJUSTE X INFLAÇÃO

ÍNDICES DE INFLAÇÃO



VARIAÇÃO DE PREÇOS DE INSUMOS COMO ALIMENTAÇÃO, VESTUÁRIO, EDUCAÇÃO, TRANSPORTE, ETC.

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE



VARIAÇÃO DAS DESPESAS EM SAÚDE + FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO PLANO + INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais/familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (6,91%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir do mês de aniversário de cada contrato. Para os contratos com data de aniversário em maio e junho, a cobrança deverá ser iniciada em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato.

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE NOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

No exemplo abaixo, foi considerado o valor de R\$ 100 para a mensalidade de um plano de saúde com aniversário em maio. Para saber a data de aniversário do seu plano, verifique no contrato o mês em que ele foi assinado.

2024 - 2025

Consumidor recebeu em **Maio** boleto ainda sem reajuste.

MAI

R\$ 100,00 (mensalidade)
=
R\$ 100,00 (total)

Consumidor recebeu em **Junho** boleto ainda sem reajuste.

JUN

R\$ 100,00 (mensalidade)
=
R\$ 100,00 (total)

Consumidor receberá em **Julho** a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a **Maio**.

JUL

R\$ 106,91 (mensalidade reajustada)
+
R\$ 6,91 (retroativo maio)
=
R\$ 113,82 (total)

Consumidor receberá em **Agosto** a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a **Junho**.

AGO

R\$ 106,91 (mensalidade reajustada)
+
R\$ 6,91 (retroativo junho)
=
R\$ 113,82 (total)

Consumidor receberá em **Setembro** a nova mensalidade reajustada.

SET

R\$ 106,91 (mensalidade reajustada)
=
R\$ 106,91 (total)

Para os contratos com aniversário a partir de julho, as operadoras podem iniciar a cobrança em até, no máximo, dois meses após o aniversário do contrato, retroagindo até o mês de aniversário.

Metodologia reflete utilização

Resultado de estudos efetuados pela Agência, discutido com o setor e a sociedade, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá

peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os

consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

[Assista ao vídeo sobre a metodologia de planos individuais ou familiares](#)

[Perguntas e respostas sobre o reajuste 2024](#)

[Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares](#)

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Guia ANS](#), no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas regras trazidas pela RN nº 438/18, [confira aqui](#).

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS - 0800 701 9656: atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais.
- Formulário eletrônico [Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor](#)
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105.
- Núcleos da ANS existentes nas cinco regiões do país. [Confira como agendar seu atendimento](#)

PLANOS DE SAÚDE: DIRETOR DA ANS DIZ ESTUDAR MUDANÇAS NAS REGRAS DE REAJUSTE DOS COLETIVOS

O Globo – 04/06/2024

Segundo Alexandre Fioranelli, investir em prevenção é o melhor caminho para as empresas do setor reduzirem custo e colaborarem com a sustentabilidade do setor.

No dia em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o menor índice de reajuste para os planos individuais em mais de uma década, excluindo a pandemia, o percentual de aumento foi limitado em 6,91%, em conversa com o blog, o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da reguladora, Alexandre Fioranelli, diz que a agência vem estudando mudanças nas regras para o aumento dos planos coletivos. Esses contratos apresentam mais de 80% do mercado e este ano terão novamente aumento na casa dos dois dígitos. No entanto, não há a intenção de equiparar a regulação a dos planos individuais, diz sem dar mais informações do que virá pela frente.

Segundo Fioranelli, o principal desafio hoje é incentivar as operadoras a reverem o modelo de gestão em saúde. Diante das frequentes reclamações das empresas do setor que as contas não fecham com o percentual de reajuste estabelecido pela agência, Fioranelli afirma que os cálculos são feitos a partir de dados das próprias operadoras e "que investir em prevenção é o melhor caminho, pois evita o surgimento ou agravamento de doenças, reduz custos e colabora para a sustentabilidade do setor."

O percentual de reajuste é o menor em mais de uma década, o que bate de frente com o discurso das empresas de escalada incontrolável de custos. Como explicar essa conta? O que explica esse percentual menor, queda de uso, de custos?

Fioranelli: A metodologia de cálculo utiliza as demonstrações contábeis das próprias operadoras. Estas informações são auditadas e publicadas em diversos boletins divulgados pela ANS. No caso do índice de 2024, verificou-se a variação de despesas médicas dos planos individuais/familiares ocorridas entre 2023 e 2022.

O percentual de reajuste autorizado para 2024 é o menor dos últimos anos, mas a inflação também é. Evidentemente, o índice da ANS reflete variações de preços e frequência de

utilização, visto que se trata de um índice de valor. Registre-se ainda que, nos últimos dez anos a diferença entre o IPCA e o reajuste da ANS foi de 3 pontos em média, exatamente a mesma verificada neste último reajuste. Ademais, o aumento de custos está contemplado na metodologia que reflete a variação de despesas assistenciais de um ano para outro.

As empresas dizem que a conta não fecha. Como pode haver uma diferença tão grande entre o que alegam as empresas e os dados da ANS?

Fioranelli: Os cálculos são feitos baseados nos dados enviados pelas operadoras. O que temos dialogado com elas é que haja um investimento maior em planejamento e gestão. Porque o grande desafio na saúde suplementar é estrutural e exige que as operadoras atuem com maior coordenação do cuidado, de qualidade no atendimento, para a geração de valor em saúde. Entendemos que investir em prevenção é o melhor caminho, pois evita o surgimento ou agravamento de doenças, reduz custos e colabora para a sustentabilidade do setor. Sem falar que isso permite às pessoas uma longevidade com qualidade de vida. Então essa é a nossa principal ação nesse momento, incentivar as operadoras a reverem esse modelo de gestão em saúde. Com uma governança adequada, é possível oferecer melhores serviços e alcançar melhores resultados financeiros.

As reclamações à ANS são crescentes, tanto de rescisão de contrato, quanto sobre negativa de cobertura, de outro lado as empresas aumentam a pressão sobre desregulamentação, como vocês veem esse movimento?

Fioranelli: É fundamental vermos que a saúde suplementar é um setor complexo, sensível e que tem grandes dimensões, envolvendo milhões de consumidores, milhares de prestadores de serviços de saúde e centenas de operadoras. Mais de 25% dos brasileiros, ou seja, mais de 51 milhões de pessoas, têm plano de saúde de assistência médica, e 16% possuem plano exclusivamente odontológico, isto é, 33 milhões de consumidores. Esses números se refletem na produção do setor, que realiza, por ano, quase 2 bilhões de procedimentos, entre consultas, exames, terapias e cirurgias. Atualmente, são 673 operadoras de assistência médica e

mais 328 de planos exclusivamente odontológicos em atividade e com beneficiários atuando nesse mercado, que movimentam bilhões de reais por ano. A agência tem aperfeiçoado seus normativos e buscado manter um diálogo próximo com todos os atores do setor para que as regras sejam devidamente respeitadas, com vistas à garantia de direitos dos beneficiários, à adequada entrega de serviços aos consumidores e à boa visibilidade do setor.

Vale destacar que a ANS busca o equilíbrio do setor de forma permanente, atuando para que tenhamos um mercado em que as operadoras se mantenham economicamente saudáveis, os prestadores de serviços de saúde atendam os pacientes com qualidade e os consumidores tenham capacidade financeira de pagar pelo seu plano de saúde, com todas as garantias que a regulação do setor oferece.

Para isso, a agência monitora o setor de diversas formas, verificando aspectos como o cumprimento da legislação, resultados de indicadores assistenciais, situação econômico-financeira da operadora, satisfação do beneficiário, entre outros. Esse acompanhamento permite a adoção de medidas preventivas junto às operadoras como forma de evitar o agravamento dos problemas detectados. Além da análise de dados, um dos aspectos positivos é que o acompanhamento do setor também é feito por meio do diálogo com os integrantes da saúde suplementar em diferentes fóruns de discussão e em ações de participação social, como consultas e audiências públicas que abrem para todos os interessados a possibilidade de contribuição para o aprimoramento das normas que regem o setor.

A agência também tem ampliado e reforçado iniciativas voltadas à transparência no setor, por meio da ampla divulgação de informações na imprensa, nas redes sociais e no portal da reguladora, através de cartilhas, painéis

dinâmicos, dos dados abertos e da avaliação das operadoras e de dados que ajudam na tomada de decisão do beneficiário, como sobre mediação de conflitos, regras para reembolso e reajuste de mensalidades.

Há uma pressão das entidades de defesa do consumidor e agora projeto no Senado para que a ANS determine também limite para o reajuste dos coletivos, diante da grande disparidade de percentual de aumento, principalmente nos planos com menor número de beneficiários. Como o senhor vê essa possibilidade?

Fioranelli: A ANS vem estudando mudanças nas regras de reajuste de planos coletivos, conforme estipulado na Agenda Regulatória 2023 – 2025. Entre as medidas que estão sendo analisadas, estão: o aumento do número de beneficiários dos contratos do agrupamento de contratos; e maior transparência dos dados utilizados para o cálculo do reajuste dos planos coletivos com 30 ou mais beneficiários. Entretanto, não há pretensão de igualar a regulação do plano coletivo à do plano individual, mas de aumentar o mutualismo e de criar ferramentas de transparência e previsibilidade, o que estimularia a concorrência, a discussão de preço e a qualidade.

O tratamento do problema tanto da rescisão contratual quanto do reajuste passa, inevitavelmente, pelo reforço do mutualismo. É muito mais fácil para uma operadora rescindir um contrato coletivo com poucas pessoas do que com muitas, já que contratos maiores têm maior poder de barganha.

A equipe técnica ANS já formulou uma proposta de ajuste da regulação de coletivos objetivando exatamente o reforço da mutualidade, revendo o número de beneficiários do agrupamento de contratos.

LÍDER DO MAIOR BLOCO DA CÂMARA ENTREGA PEDIDO DA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

Veja (Abril) – 03/06/2024

Aureo Ribeiro quer comissão para investigar cancelamentos unilaterais, aumentos “abusivos” de mensalidades e descredenciamento “em massa” de hospitais.

O líder do maior bloco da Câmara, Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ), vai protocolar nesta segunda-feira, às 18h30, o pedido de criação da CPI dos Planos de Saúde, que recebeu assinaturas de quase 300 deputados.

Ribeiro quer que a comissão de inquérito investigue cancelamentos unilaterais de planos de saúde, com suspeita de direcionamento contra pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), doenças raras e paralisia cerebral e idosos; aumentos “abusivos” das mensalidades; e o descredenciamento “em massa” de clínicas e hospitais das redes de atendimento aos pacientes.

Para ser instalada na Câmara, uma CPI precisa ter o apoio de ao menos 171 deputados, prazo e objeto definido. O colegiado sobre os planos de saúde proposto por Aureo Ribeiro vai contar com 32 membros titulares e 32 suplentes e funcionar por 120 dias, podendo ser prorrogada por igual período.

“Os planos de saúde lideraram o ranking de queixas e reclamações de consumidores registrados em 2023, conforme levantamento recente divulgado pelo Instituto de Defesa de Consumidores”, afirma o deputado. As principais queixas recaem sobre descredenciamentos e reembolsos, reajustes e negativas de cobertura.

A REALIDADE DA INTEROPERABILIDADE NA SAÚDE BRASILEIRA

Saúde Business - 03/06/2024

Essencial para a sustentabilidade do setor, a interoperabilidade enfrenta desafios significativos devido à fragmentação dos sistemas, falta de padronização, além de questões financeiras e jurídicas.

A interoperabilidade na saúde tem sido apontada como a maneira mais eficiente de se atingir a sustentabilidade de todo o sistema, reduzindo custos, otimizando processos e melhorando a qualidade no atendimento.

No Brasil, segundo especialistas, o tema ainda está na fase de debates, evoluindo lentamente, embora seja um consenso que sem a integração e compartilhamento de informações não há como o sistema de saúde se manter sustentável.

A interoperabilidade na saúde tem sido apontada como a maneira mais eficiente de se atingir a sustentabilidade de todo o sistema, reduzindo custos, otimizando processos e melhorando a qualidade no atendimento.

No Brasil, segundo especialistas, o tema ainda está na fase de debates, evoluindo lentamente, embora seja um consenso que sem a integração e compartilhamento de informações não há como o sistema de saúde se manter sustentável.

“Ao longo dos últimos anos, o Brasil vem avançando significativamente na implementação de estratégias e padrões para melhorar a interoperabilidade, mas enfrenta desafios devido à fragmentação de sistemas e falta de padronização, além das desigualdades em termos de conectividade e digitalização nas diversas regiões do país”, diz Wislas Sousa, coordenador de Relações Governamentais do Saúde Digital Brasil (SDB).

Segundo ele, considerando que a interoperabilidade no setor de saúde é essencial para garantir a troca eficaz de informações entre sistemas e organizações, aprimorando práticas do setor de saúde digital, torna-se crucial, cada vez mais, priorizar a preparação de uma rede de atendimento informatizada e a padronização de dados.

“A interoperabilidade, ao mesmo tempo que é extremamente necessária, é difícil, porque envolve reunir dados de todos os cidadãos, de consultórios médicos, prestadores de serviços públicos e privados e, diante disso, ainda é preciso enfrentar questões relacionadas à privacidade de dados. As dificuldades tecnológicas são as menores. Temos questões importantes a enfrentar, como financeiras, operacionais e jurídicas”, analisa Antônio Britto, diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

Para Britto, a explicação para o Brasil se encontrar ainda atrasado em relação à interoperabilidade pode estar no fato de o país contar com dois sistemas de saúde e de que só recentemente a internet ter chegado a todas as regiões.

“Faz pouco tempo que pudemos começar a contar com postos de saúde informatizados. Só recentemente os hospitais passaram a informatizar dados relativos à internação, mas na maioria deles isso ainda é feito à mão, pela equipe de enfermagem. O próprio estágio de atraso de tecnologia e a fragmentação do sistema de saúde explicam por que estamos atrasados”, diz ele.

Para Giovanni Cerri, presidente do conselho do InovaHC, um ponto que impede a interoperabilidade de avançar é que o setor privado considera os dados do paciente como propriedade da instituição, e não do indivíduo. “Existe um receio de que o compartilhamento de dados leve a uma perda de pacientes, mas o que faz a instituição perder pacientes é a ineficiência. Não existe limitação tecnológica – o sistema bancário já mostrou isso. Existe necessidade de querer fazer, tanto por parte do setor público quanto do privado.”

Também, acredita ele, a questão não está no custo, pois o valor investido teria um retorno rápido, com grandes benefícios ao sistema de saúde e, principalmente, ao paciente. “Para que a interoperabilidade se torne realidade, ela precisa ser encarada como prioridade do estado e como necessidade urgente que pode ajudar na sustentabilidade do sistema. Com ela, podemos acelerar procedimentos, ter diagnósticos mais precoces e estabelecer condutas de tratamento com mais rapidez.”

Iniciativas apontam para um futuro promissor

Em 2020, foi instituída a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como plataforma de interoperabilidade em saúde. A iniciativa conjunta do Departamento de Informática do SUS (Datapus) e da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde faz parte de um projeto estruturante do Conecte SUS, programa do Governo Federal para transformação da saúde digital no país.

Por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, em 2021, foi criada a Política Nacional de Informação e Informática (PNIIS), que estabelece princípios e diretrizes para integrar sistemas de informação em saúde nos setores público e privado.

“A PNIIS tem por objetivo melhorar a governança, transparência, segurança e acesso às informações de saúde, beneficiando a população. Ela orienta ações de diversas entidades e profissionais de saúde, enfatizando a universalidade, integralidade, equidade, democratização e descentralização dos dados, preservação da qualidade da informação, confidencialidade, privacidade, autonomia do usuário e desenvolvimento de iniciativas focadas no bem-estar do cidadão”, destaca Sousa.

Além disso, em 2024, o Ministério da Saúde instituiu o Programa SUS Digital, com o objetivo principal de estabelecer diretrizes que possibilitem a promoção do acesso da

população às ações e serviços do SUS por meio da transformação digital.

“Ainda neste ano, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), finalizou o repasse de R\$ 232 milhões da Primeira Etapa de Adesão do Programa SUS Digital, aos estados e municípios participantes. Desse total, R\$ 69,6 milhões foram destinados aos 26 estados e ao Distrito Federal, e R\$ 162,4 milhões aos 5.567 municípios, abrangendo 99,9% do total”, destaca Sousa.

No contexto hospitalar, Britto comenta que existem instituições privadas e públicas que vêm avançando na interoperabilidade. Embora o ideal seja que os dados sejam compartilhados entre todos os envolvidos no ecossistema de saúde, quando essa integração se tornar realidade, eles poderão disponibilizar esses dados com facilidade para um sistema único nacional.

Um exemplo de benefícios trazidos pela interoperabilidade no sistema vem do Hospital das Clínicas, que, segundo Cerri, foi um dos pioneiros na interoperabilidade durante a pandemia de Covid-19, quando todas as informações dos pacientes se encontravam disponíveis em uma mesma plataforma, o que inclusive ajudou a impulsionar a pesquisa sobre a doença.

“Naquele momento, pudemos perceber a importância de ter dados reunidos em um mesmo lugar. Começamos na pandemia e queremos avançar. Os dados existem, mas eles precisam estar reunidos em uma plataforma única que possa ser integrada em uma plataforma nacional no futuro”, explica Cerri.”

Ele diz ainda que o InovaHC vem promovendo essa discussão para propor soluções de como tornar a interoperabilidade uma realidade em curto prazo. “Sabemos que o Brasil é um país de enormes desafios em relação a suas desigualdades, ao atendimento a populações remotas e a suas dimensões continentais, mas podemos iniciar esse compartilhamento de dados por regiões, por exemplo, e ir evoluindo gradativamente. Se não começarmos em algum momento, continuaremos protelando uma necessidade, porque as condições tecnológicas existem há anos.”

Impacto na qualidade do atendimento

É compreendido que a interoperabilidade é crucial para melhorar a eficiência, a segurança e a qualidade da assistência prestada. “Ela permite o compartilhamento de informações em tempo real, acompanhamento do paciente, melhoria do atendimento e eficiência na gestão de recursos públicos. Além disso, pode levar à redução de custos ao evitar procedimentos repetitivos desnecessários que vemos hoje tanto na saúde pública quanto privada. Portanto, é um elemento importante para aprimorar a assistência à saúde”, explica Sousa.

No HCor, por exemplo, o processo de transformação digital teve início há três anos, tendo a interoperabilidade ganhado cada vez mais importância para a tomada de decisão clínica.

Mas para isso, explica Alex Vieira, superintendente de Inteligência Digital e TI, a informação precisa estar bem desenhada e integrada. “Hoje, contamos com diversos sistemas de informação que vão muito além de softwares. Em todas as alas de internação temos monitores de sinais vitais, prontuário eletrônico e um painel de acompanhamento do paciente que funcionam de maneira integrada. Com a ajuda da inteligência artificial, conseguimos fazer uma análise e predição do cuidado, antecipando possíveis problemas que o paciente possa ter, o que possibilita a oferta de um cuidado de excelência, focado em proteção, qualidade e segurança.”

Para Vieira, a robustez dos dados é que possibilitará uma melhor tomada de decisão. Mas para isso, desafios ainda precisam ser superados, como a falta de padronização dos protocolos de comunicação e sistemas que não se conectam ao barramento do HCor de maneira simples. “O input de informação é um desafio. Temos vários pontos de entrada, e padronizá-los é ainda uma dificuldade.”

Como a interoperabilidade funciona no exterior?

No Reino Unido, o National Health Service (NHS) tem feito esforços para melhorar a interoperabilidade de dados em saúde. Isso envolve a criação de padrões e protocolos que permitem a troca segura e eficiente de informações de saúde entre diferentes sistemas e organizações, tanto públicas quanto privadas.

“No entanto, a interoperabilidade entre o NHS e o sistema privado de saúde pode ser desafiadora devido a vários fatores, como a diversidade de sistemas de TI utilizados, questões de privacidade e segurança dos dados, e a necessidade de garantir que a informação seja precisa e atualizada”, comenta Sousa.

Apesar desses desafios, o NHS tem trabalhado para melhorar a interoperabilidade com o setor privado. “Isso inclui a implementação de padrões de dados comuns, o uso de tecnologias de integração, como interfaces de programação de aplicações (APIs) e a promoção de uma cultura de compartilhamento de dados.

“Além disso, o NHS tem incentivado o uso de registros eletrônicos de saúde e outras tecnologias digitais para facilitar a troca de informações. No entanto, é importante notar que a interoperabilidade é um processo contínuo e requer esforços contínuos para manter e melhorar os padrões e protocolos existentes. Também é importante garantir que a privacidade e a segurança dos dados do paciente sejam mantidas em todos os momentos”, comenta Sousa.

Os países europeus têm investido em projetos de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (eHealth) para reduzir custos e centralizar o paciente no sistema. “A Itália economiza 1 euro para cada 9 gastos em procedimentos médicos devido ao eHealth. Na Holanda, Dinamarca e Reino Unido, mais de 80% dos atendimentos utilizam o Registro Eletrônico do Paciente. Estônia, Croácia e Suécia fazem mais de 95% de suas prescrições médicas eletronicamente. Essa tendência também é observada na

América do Norte, Ásia, Oceania, partes da América do Sul e alguns países africanos”, destaca Sousa.

Regulamentação: presente e futuro

O aumento da complexidade dos cuidados de saúde e a necessidade de compartilhar informações entre diferentes profissionais e organizações, tanto no âmbito do sistema público quanto privado, têm gerado uma crescente demanda por armazenagem eficiente e segura dos dados de saúde.

Um dos principais marcos regulatórios no contexto brasileiro é a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que se aplica à coleta, tratamento e compartilhamento de dados pessoais, inclusive os de saúde.

Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulam o uso de tecnologia na saúde, estabelecendo regras para troca de informações médicas e práticas de segurança da informação.

Atualmente, o Congresso Nacional discute um projeto de lei, em análise na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e sob relatoria da Deputada Federal Adriana Ventura (NOVO/SP), que trata da criação de um prontuário eletrônico único e interoperabilidade de dados em saúde. O texto pode consolidar em lei federal as regras infralegais e

estruturas que tratam sobre a RNDS, a Plataforma SUS Digital e o Cadastro Nacional de Pessoas para a Saúde (CadSUS).

Segundo Sousa, a expectativa do setor é que o Congresso consiga aprovar um texto que possibilite a instituição de uma plataforma, baseada na RNDS, que promova a interoperabilidade efetiva e descentralizada dos dados de saúde, reunindo não apenas informações médicas, mas também registros de saúde e fichas com informações clínicas essenciais, permitindo também seu espelhamento e compartilhamento para análises preventivas, por inteligência artificial, por exemplo.

Também se espera que a regulamentação em lei federal traga consigo mecanismos de controle e participação social, com a instituição de uma instância de governança que tenha composição equilibrada de representação, tanto do setor governamental quanto dos setores privado, terceiro setor, conselhos profissionais, além da comunidade científica e tecnológica.

“Além disso, existe a possibilidade de a nova legislação avançar no estabelecimento de princípios para estabelecimento de cadastros nacionais de identificação, conjuntos mínimos de dados, padrões de troca de dados e terminologias padronizadas.”

AGÊNCIAS REGULADORAS FEDERAIS DIVULGAM NOTA CONJUNTA

GOV (ANS) - 29/05/2024

Corte orçamentário de aproximadamente 20% pode inviabilizar ações de regulação.

As 11 agências reguladoras federais que atuam no Brasil divulgaram, nesta quarta-feira 29/05, uma nota conjunta a respeito da situação crítica em que se encontram em razão do corte orçamentário que sofreram de aproximadamente 20%. A redução de verba soma-se a um cenário de defasagem de servidores: atualmente, mais de 65% dos cargos do quadro de pessoal das agências estão vagos.

Sem regulação não há justiça social, não há bem-estar dos indivíduos, não há equilíbrio nas relações econômicas, não há desenvolvimento da infraestrutura e nem prestação adequada dos serviços públicos. A sociedade precisa de uma

regulação técnica, forte e atuante para não perder tantas conquistas trazidas pela regulação.

Os resultados alcançados pelas Agências ao longo dos anos demonstram o fortalecimento e consolidação da regulação no Brasil e o quanto as Agências estão preparadas para cumprir com a sua missão institucional: contribuir para o desenvolvimento nacional por meio da efetiva regulação e fiscalização, assegurando serviços e infraestrutura adequados à sociedade.

[Veja aqui a nota assinada pelas Agências Reguladoras Federais.](#)

[nota conjunta.](#)

INCORPORAÇÃO DE INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NA SAÚDE: ESPECIALISTAS DISCUTEM COMO MELHORAR ESSE PROCESSO

Saude Business – 29/05/2024

Durante a Hospitalar 2024, especialistas discutiram como acelerar a incorporação de inovações tecnológicas na saúde, e destacaram a importância de parcerias entre operadoras de saúde e universidades, capital, uma regulação eficiente e inteligência artificial. Saiba mais!

Durante a 29ª edição da Hospitalar, o maior evento de saúde da América Latina, foi realizado um painel intitulado "Um caminho para viabilizar e acelerar a incorporação da inovação tecnológica", que contou com a participação de importantes nomes do setor: Reinaldo Manzini, Superintendente de Estratégia, Performance e Tecnologia da Unimed FESP;

Carlos Eduardo Ferraz, Especialista em Relações Governamentais da Boston Scientific; e Alexandre Figrapell da DIPRO/ANS (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS).

A conversa, que virou bate-papo, destacou a necessidade de boas propostas e capital para tornar iniciativas inovadoras viáveis, enfatizando a importância de demonstrar que essas inovações são atraentes e práticas para serem implementadas em larga escala, especialmente considerando o vasto número de usuários dos serviços de saúde.

Outra questão abordada foi a necessidade de parcerias sólidas e abertas, não apenas focadas nos interesses individuais, mas visando descobrir materiais e tecnologias inéditas que possam beneficiar o sistema de saúde como um todo.

A Conexão com a academia

A importância da academia nesta jornada de avaliação e incorporação de inovações tecnológicas também não foi deixada de lado pelos especialistas, que ressaltaram que a colaboração entre universidades e operadoras de saúde é fundamental para conectar teoria e prática, permitindo que novas tecnologias sejam validadas e implementadas de maneira eficaz.

Um dos exemplos mencionados foi a iniciativa de um programa de bolsas para doutorandos, que visa aproximar a pesquisa acadêmica da prática no campo da saúde. Esse modelo busca fomentar a produção de conhecimento aplicado e relevante, beneficiando diretamente o sistema de saúde brasileiro.

Regulação e avaliação tecnológica

Alexandre Figrapell abordou a questão da regulação e avaliação de novas tecnologias pela ANS, destacando a necessidade de um processo legal claro que permita a atualização e implementação de inovações de maneira ágil e responsável. “A ANS tem se esforçado para garantir que novas tecnologias sejam incorporadas ao sistema de saúde, mantendo um equilíbrio entre inovação e segurança para os pacientes”, enfatizou.

Inteligência artificial e tecnologia da informação

A mesa também discutiu o papel crescente da inteligência artificial (IA) e da tecnologia da informação no setor de saúde. A implementação de um centro de inteligência artificial foi citada como uma iniciativa crucial para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.

“A IA pode ser usada para analisar grandes volumes de dados, otimizar processos e prever tendências, contribuindo para a inovação tecnológica no setor”, disse Reinaldo Manzini.

Em resumo, as tendências que não podem ficar de fora dessa conversa são a importância da colaboração entre startups, academia, operadoras de saúde e órgãos reguladores para viabilizar e acelerar a incorporação de inovações tecnológicas no setor de saúde. Os participantes concordaram que, embora existam desafios, as oportunidades são vastas e promissoras. A chave está em investir em parcerias estratégicas, pesquisa aplicada e regulação eficaz para garantir que as inovações beneficiem a todos os envolvidos no sistema de saúde.

26 ANOS DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) - 29/05/2024

Há 26 anos, a saúde suplementar no Brasil experimentou um grande impacto: a Lei 9.656, que em 1998 criou parâmetros e proporcionou garantias até então inexistentes aos usuários. O dia 3/6 é a data desse marco, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) celebra o aniversário da Lei comemorando suas conquistas, mas sem deixar de pensar nos seus desafios.

A sanção da Lei 9.656 estabeleceu as regras dos planos privados de assistência à saúde que passaram a vigorar em janeiro de 1999. Juntamente com a criação da ANS, um ano depois, o setor passou a vivenciar uma realidade mais organizada e com beneficiários mais protegidos.

“Não tenho dúvidas de que uma das maiores conquistas que a Lei 9.656 trouxe para os consumidores de planos de saúde foi a definição da lista de coberturas obrigatórias, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Foi um divisor de águas no setor. Não havia regras claras, nenhum tipo de padronização, cada contrato tinha uma regra diferente, com limites para realização de consultas e de dias de internação. O Rol trouxe segurança e previsibilidade para os beneficiários, que passaram a ter assistência para todas as doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde”, destaca o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

A importância da lei

Antes da Lei 9.656, prazos máximos de internação e tempo de carência eram determinados pelas operadoras. Havia limites para número de consultas e período de internação de UTI, bem como existiam previsões para a exclusão de cobertura de certas doenças, como câncer, por exemplo. Contratos frequentemente limitavam acesso a serviços de saúde e doenças preexistentes. Também foram registrados casos de empresas que comercializavam planos, recebiam as mensalidades, mas desapareciam, deixando os beneficiários sem assistência.

Com a Lei e com a criação da ANS, tudo isso mudou: o beneficiário não tem prazo para internação, podendo ficar internado pelo tempo que for preciso para se recuperar; prazos de carência foram padronizados; há um rol que estabelece coberturas mínimas obrigatórias, frequente atualizado; e as operadoras precisam seguir uma série de normas econômico-financeiras, rigorosamente acompanhadas pela ANS, para atuarem no mercado de saúde suplementar.

Esses são apenas alguns exemplos dos benefícios trazidos pela Lei, que culminou com a criação da ANS, em janeiro de 2000, quando passou a existir uma entidade vinculada ao

Ministério da Saúde responsável pela sua aplicação e fiscalização. Desde então, a ANS vem aperfeiçoando sua regulação, ampliando o diálogo com os entes regulados e

com toda a sociedade, para juntos promover a sustentabilidade do setor e garantir a entrega de melhores serviços aos consumidores da saúde suplementar.

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.