

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

26 de junho de 2024



INDICE INTERATIVO

[ANS e Hospital Alemão Oswaldo Cruz realizam evento sobre análise de impacto orçamentário](#) – Fonte: GOV(ANS)

[CPI dos planos de saúde: pais de crianças com deficiência relatam rescisões unilaterais](#) – Fonte: O Globo

[Planos de saúde: relator resiste a incluir venda de “segmentado”](#) – Fonte: Metrôpoles

[ANS altera início de vigência de regra sobre alteração de rede hospitalar](#) – Fonte: GOV(ANS)

[ANS disponibiliza novos formulários para o processo de ressarcimento ao SUS](#) – Fonte: GOV(ANS)

[Cibersegurança em saúde exige medidas rigorosas para proteger dados sensíveis](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos com cobertura de grupos de municípios representam 44% de beneficiários no país](#) – Fonte: IESS

ANS E HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ REALIZAM EVENTO SOBRE ANÁLISE DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO

(GOV) ANS – 26/06/2024

Entidades são parceiras em projeto de Avaliação de Tecnologias para a saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) realizaram uma oficina para apresentação de um modelo de planilha de análise de impacto orçamentário a parceiros que atuam em avaliações de propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde.

A iniciativa faz parte do projeto ATLAS – Avaliação de Tecnologias para a Saúde Suplementar, celebrado pela ANS com o HAOC, no escopo do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para o triênio 2024-2026.

“Tivemos uma experiência muito interessante com representantes do HAOC compartilhando conhecimento e

boas práticas com os parceiros envolvidos no projeto. Iniciativas como essa são sempre enriquecedoras e fundamentais para a melhoria constante dos processos de trabalho”, destacou Ana Cecília Faveret, coordenadora de Avaliação Econômica em Saúde da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS.

O evento foi realizado na sede da ANS, no Rio de Janeiro, no dia 28/05, no formato híbrido. Participaram do encontro, além de representantes da ANS e do HAOC, profissionais da Fiocruz, do Hospital Sírio Libanês, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

“Esse trabalho vem sendo desenvolvido desde março de 2024 e, atualmente, a planilha otimizável está em fase de validações. Nosso objetivo é disponibilizá-la para a comunidade científica ainda no segundo semestre de 2024”, informou Layssa Andrade Oliveira, coordenadora de pesquisa do projeto ATLAS no HAOC.

CPI DOS PLANOS DE SAÚDE: PAIS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA RELATAM RESCISÕES UNILATERAIS

O Globo – 25/06/2024

Nas últimas semanas, foram ao menos 22 relatos recebidos pelos integrantes da comissão.

A CPI dos Planos de Saúde, na Alerj, presidida pelo deputado Fred Pacheco, recebeu preocupantes relatos nas últimas semanas.

É que algumas mães estão informando a rescisão unilateral de planos contratos para oferta de homecare, quando as crianças necessitam de acompanhamentos intensivos em casa, 24h por dia.

Somente em 2024, a comissão tem a confirmação de 22 crianças desamparadas. Os casos, naturalmente, param na Justiça.

Por falar em Justiça...

Ainda de acordo com o pessoal da CPI, o Conselho Nacional de Justiça registra que houve 34.280 ações de famílias contra planos de saúde em 2023 no Rio de Janeiro.

O número é 27,7% maior do que o computado em 2022 (total de 24.770). Em 2024, com dados apurados até janeiro, o número de novos processos já é de 2.190.

Recentemente, a Unimed foi condenada, em caráter liminar, a manter o aparato médico a uma criança com autismo. A empresa realizou o cancelamento do plano de forma unilateral, mesmo com todas as mensalidades em dia.

PLANOS DE SAÚDE: RELATOR RESISTE A INCLUIR VENDA DE “SEGMENTADO”

Metrópoles – 21/06/2024

O relator do projeto, deputado Duarte Jr. (PSB-MA), teme que essa modalidade de plano de saúde “seja pior para o consumidor”.

O deputado Duarte Jr. (PSB-MA), relator do projeto que prevê nova regulamentação para planos de saúde, resiste a incluir no texto a autorização para que operadoras vendam o chamado “plano segmentado”. A informação é do jornal O Globo.

Esse “plano segmentado” trata-se de uma modalidade de plano de saúde que permite o direito apenas a consultas, exames e terapias, sem internações.

“Tenho medo de que as pessoas façam essa contratação pensando que estão tendo acesso pleno a tratamentos de saúde. Minha desconfiança é em relação à forma com que será vendido”, explicou.

Ele crê que é necessário delimitar a forma como o plano segmentado vai funcionar. De acordo com o parlamentar, “não se pode criar um plano segmentado com inúmeras exceções”.

Embora mostre resistência, Duarte Jr. disse que o tema segue em debate. Vale ressaltar que a criação desse novo modelo é articulada pelo presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL).

Rescisões unilaterais

Duarte Jr. reforçou que o único “ponto inegociável” do projeto que regulamenta a lei será a proibição das rescisões unilaterais por parte das operadoras dos planos de saúde.

Com uma crescente onda de casos e reclamações sobre o cancelamento unilateral e os aumentos nas mensalidades na saúde complementar, o governo federal chegou a notificar 16 operadoras de planos de saúde e quatro associações do setor para prestar esclarecimentos.

ANS ALTERA INÍCIO DE VIGÊNCIA DE REGRA SOBRE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

(GOV) ANS – 21/06/2024

Corte de orçamento sofrido pela Agência impactou desenvolvimento de Sistema.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que vai prorrogar para 31/12/2024 o início da vigência da [Resolução Normativa 585/2023](#), que trata da adoção de novas regras para alteração de rede hospitalar dos planos de saúde. A norma entraria em vigor a partir de 1º/09, mas essa data precisou se alterar em razão de atraso no projeto de desenvolvimento do sistema que será utilizado, impactado pelo corte de orçamento que a Agência sofreu este ano.

A decisão ad referendum da Diretoria Colegiada será publicada no Diário Oficial da União na próxima segunda-feira, 24/06.

Entre as principais mudanças que a RN 585 vai trazer estão a ampliação das regras da portabilidade, a obrigação da comunicação individualizada e a necessidade de manter ou elevar a qualificação do hospital a ser substituído.

Nos casos em que os beneficiários ficarem insatisfeitos com a exclusão de um hospital ou do serviço de urgência e emergência do prestador hospitalar da rede de sua operadora, ocorrida no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano, o beneficiário poderá fazer a portabilidade sem precisar cumprir os prazos mínimos de permanência no plano (1 a 3 anos). Também não será exigido que o plano escolhido ou de destino seja da mesma faixa de preço do plano de origem,

como acontece atualmente nos outros casos de portabilidade de carências.

Outra conquista importante para os beneficiários é que as operadoras serão obrigadas a comunicá-los, individualmente, sobre exclusões ou mudanças de hospitais e serviços de urgência e emergência na rede credenciada no município de residência do beneficiário. A comunicação individualizada deve ser feita com 30 (trinta) dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço.

Quanto às alterações na rede hospitalar dos planos de saúde, vale destacar que caso a unidade a ser excluída seja uma das mais utilizadas do plano, a operadora não poderá apenas retirar o hospital da rede, mas deverá substituí-lo por um novo. Nessa substituição, além do prestador substituto ter os mesmos serviços utilizados no prestador a ser excluído (serviços de internação hospitalar e de urgência/emergência) e estar localizado no mesmo município, haverá a necessidade também de se manter ou elevar a qualificação do hospital a ser substituído.

Assim, caso o hospital a ser substituído possua um certificado de qualificação, como uma Acreditação ou Certificado em Segurança do Paciente, por exemplo, ele só poderá ser substituído por outro que também possua o mesmo certificado ou outro ainda melhor. A Agência recebe e acompanha a informação dos prestadores que possuem tais credenciais por meio do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde.

ANS DISPONIBILIZA NOVOS FORMULÁRIOS PARA O PROCESSO DE RESSARCIMENTO AO SUS

(GOV) ANS – 21/06/2024

Operadoras poderão optar por esses modelos para impugnações e recursos. Projeto busca garantir simplificação e transparência.

Agência Nacional de Saúde Suplementar, por intermédio da Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS/DIDES), apresenta, para a participação voluntária das operadoras de planos de saúde, novos modelos de formulários de impugnações e recursos dos processos de ressarcimento ao SUS. Os novos documentos fazem parte de um projeto que tem o objetivo de garantir maior transparência no processo decisório das impugnações e recursos apresentados, além da simplificação das defesas e busca de maior eficiência no processamento administrativo do ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32, da Lei 9.656/1998.

Esses modelos, disponíveis abaixo, têm campos específicos de preenchimento com a indicação das informações e dados necessários, para se comprovar cada motivo de alegação que

se pretende apresentar impugnação e recurso, conforme a legislação da saúde suplementar.

A operadora de plano de saúde que utilizar a nova petição principal (Formulário de Impugnação/Recurso ao Ressarcimento ao SUS) estará dispensada de utilizar o formulário indicado no Anexo I, da IN ANS 26/2022, visto que eles se destinam ao mesmo fim. Deverá, ainda, passar a juntar em campo próprio do Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS tantos formulários quantos forem os motivos informados na nova petição principal, ou seja, poderão ser apresentados múltiplos formulários por atendimento identificado.

Já podem ser protocoladas impugnações e recursos nos processos de ressarcimento ao SUS com a utilização dos novos formulários por motivo (os formulários por motivo devem ser incluídos como Anexo no tipo de documento

“Formulário por motivo (Ressarcimento ao SUS)” além da petição principal com novo modelo.

A adesão ao projeto é recomendada pela ANS, para a adequação aos avanços tecnológicos que vêm sendo implementados no sistema e que têm como benefício a agilização de todo o procedimento do ressarcimento ao SUS.

A equipe da GEIRS/DIDES está à disposição para prestar esclarecimentos sobre o assunto, em especial pelo envio de

mensagens para o endereço de e-mail ressarcimento@ans.gov.br e pela apresentação de petições eletrônicas.

Confira os [formulários](#).

Assista à [Live](#) sobre os Novos Formulários.

CIBERSEGURANÇA EM SAÚDE EXIGE MEDIDAS RIGOROSAS PARA PROTEGER DADOS SENSÍVEIS

Saúde Business – 20/06/2024

Instituições de saúde enfrentam crescentes ameaças cibernéticas, tornando a cibersegurança na saúde fundamental para a preservação da imagem da instituição e das informações pessoais de seus pacientes. Saiba mais!

Engana-se quem pensa que o trabalho das instituições de saúde está focado apenas no bem-estar físico dos pacientes e que seu efetivo é composto exclusivamente por profissionais da área médica e administrativa. Há, também, um time de TI trabalhando para garantir a segurança dos dados gerados naquele ambiente, uma vez que esses locais lidam e armazenam dados sensíveis como estado de saúde, medicamentos utilizados e evolução clínica.

Caso essas informações caiam em mãos erradas, podem expor o que deveria ser confidencial, tornando-se alvos de cibercriminosos que utilizam ransomware, um malware que criptografa os dados do sistema invadido, impossibilitando o acesso do proprietário a eles.

Caso ocorra um ataque cibernético e ele se torne público, a imagem da instituição de saúde pode ser prejudicada, resultando na perda de confiança dos usuários e na paralisação dos atendimentos médicos.

“O invasor busca vulnerabilidades de segurança no sistema do hospital. Caso não encontre, ele se passa por um colaborador e envia um arquivo ou link para outro funcionário (phishing). Se esse material for aberto com a rede da empresa em uso, o hacker consegue acesso ao sistema da organização e começa a causar danos. Além disso, com o aumento do uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), o cibercriminoso elevou o nível do ataque, tornando-o mais automatizado e de difícil detecção”, explica Filipe Luiz, Líder

Técnico de Segurança da Flowti, companhia que atua com infraestrutura de TI para negócios de missão crítica.

Segundo relatório publicado pela SonicWall, somente em 2023, foram detectados mais de 310 milhões de ataques cibernéticos com a utilização do malware ransomware ao redor do mundo, sendo o setor de saúde um dos mais impactados. Em 2024, devido ao aumento do valor da bitcoin - moeda de troca pedida pelos invasores - as invasões e danos com esse malware continuaram.

Recentemente, a Ascension - organização sem fins lucrativos com atuação em 19 estados dos Estados Unidos - precisou interromper suas operações momentaneamente após serem sinalizadas “atividades desconhecidas” em algumas das redes do sistema que controla 140 hospitais e 40 instalações para idosos.

Como essas invasões estão se tornando recorrentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando ajudar as instituições a se protegerem, sinalizou algumas dicas que, juntas, contribuem para uma rede mais segura. São elas: investir em uma equipe de TI; contratar profissionais com especialização em cibersegurança; e investir em projetos e novas tecnologias.

Somado a isso, de acordo com Filipe Luiz, é preciso oferecer treinamento para colaboradores; escolher uma empresa de segurança para atuar junto ao time de TI; realizar backups constantes; utilizar apenas fontes de downloads confiáveis; ter um plano de contenção para evitar maiores prejuízos; fazer atualizações regulares do sistema; colocar as informações sensíveis em sistemas seguros, como a nuvem; restringir acessos privilegiados, entre outras medidas.

PLANOS COM COBERTURA DE GRUPOS DE MUNICÍPIOS REPRESENTAM 44% DE BENEFICIÁRIOS NO PAÍS

IESS – 20/06/2024

O Brasil encerrou o mês de abril com 51 milhões de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, sendo que desses, 44% pertencem a Grupos de Municípios, aqueles que preveem cobertura em mais de um e até 50% dos municípios do Estado contratado. A informação é da mais recente Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 94, desenvolvida pelo IESS.

O estudo apresenta uma análise detalhada ao longo do tempo e revela padrões distintos de crescimento e comportamento do número de beneficiários, de acordo com a abrangência geográfica oferecida pelos planos. A modalidade de Grupos de Municípios, inclusive, também foi a que mais cresceu, apresentando aumento expressivo de 4 pontos percentuais nos últimos 10 anos – entre março de 2014 e 2024 passou de 40% para 44% de cobertura.

No segmento Nacional, que contempla cobertura em todo o território brasileiro, houve retração de três pontos percentuais nos planos – em março de 2014 era de 43% e passou para 40% em março deste ano. O mesmo ocorreu com os planos de abrangência em Grupo de Estados, que passaram de 6% para 4% de representatividade no mesmo período.

Já as coberturas em âmbito Estadual e Municipal, tiveram registro de alta de 1 ponto percentual durante os 10 anos analisados – o primeiro passou de 7% para 8%, e o segundo de 4% para 5% de representatividade em nível nacional.

Para acessar a Análise Especial da NAB 94 na íntegra, [clique aqui](#).

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.br.

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.