

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

17 de julho de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga atualização do capital de referência](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Cortes orçamentários da ANS atrapalham melhorias da saúde suplementar](#) – Fonte: Jota Info

[Blockchain na Saúde: Garantia de segurança e confidencialidade dos dados do paciente](#) – Fonte: Saúde Business

[Deliberações da 7ª reunião extraordinária da diretoria colegiada de 2024](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Importância da segurança na utilização da ia na saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema](#) – Fonte: Info Money

[Reforma tributária isenta planos de saúde de autogestão de IBS e CBS](#) – Fonte: Saúde Business

[Nordeste apresenta o maior crescimento trimestral em empregos na cadeia da saúde](#) – Fonte: IESS

[Senacon pede mais esclarecimentos a operadoras sobre cancelamento de planos de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

[ANS atualiza ferramenta de envio de propostas para atualização do Rol de coberturas obrigatórias](#) – Fonte: GOV (ANS)

ANS DIVULGA ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL DE REFERÊNCIA

GOV (ANS) – 16/07/2024

Operadoras devem utilizar novo valor conforme regras da Resolução Normativa 569/2022.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a atualização do capital de referência, conforme a Resolução Normativa (RN) 569/2022, a ser considerado no cálculo do capital base (CB), que deve ser observado pelas operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios. Assim, tendo em vista a variação acumulada de 4,23% do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período entre julho/2023 e junho/2024, o capital de referência que deve ser utilizado pelas operadoras no cálculo do CB passa de R\$ 11.226.992,56 para R\$ 11.701.894,34.

[Acesse aqui](#) o histórico de atualização do capital de referência.

Sobre o capital base e o capital de referência

O capital base trata-se de uma regra prudencial voltada às operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, tanto aquelas que pleiteiam sua entrada no setor, quanto aquelas que já atuam, como referência para o patrimônio líquido ajustado a ser mantido. O seu cálculo leva em consideração, além do capital de referência, a modalidade da operadora, sua segmentação e região de comercialização.

O capital de referência é ajustado anualmente, com base na variação do IPCA acumulado entre julho do ano anterior e junho do ano atual e divulgado pela ANS sempre em julho de cada ano. Assim sendo, o capital de referência atualizado deve ser observado sempre a partir do mês de sua divulgação.

CORTES ORÇAMENTÁRIOS DA ANS ATRAPALHAM MELHORIAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Jota Info – 16/07/2024

É crucial que a agência tenha a musculatura necessária para atuar na competência que lhe foi delegada por lei.

O sistema de saúde suplementar tem sido palco de inúmeras discussões econômicas, políticas, regulatórias, mas pouco se aborda uma temática que considero essencial e que tem enfrentado muitos reveses: a entrada em vigor da Resolução Normativa 585/2023, que define critérios para a alteração de rede hospitalar dos planos de saúde. Esta é a terceira vez que a norma é adiada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Apesar de as mudanças propostas representarem avanços significativos em favor dos beneficiários de planos de saúde e o aperfeiçoamento das relações contratuais, há um impasse evidente: o adiamento deve-se a um atraso no desenvolvimento de um sistema crucial para a implementação da medida. Segundo a agência reguladora, essa situação decorre de uma série de cortes de gastos do governo no orçamento da ANS.

Essa questão pode representar o início de uma paralisia ainda maior no setor. As decisões do governo federal causam impactos imediatos em medidas importantes no momento. A saúde suplementar já enfrenta muitas instabilidades e, devido a negligência do governo, mais uma medida que faria a diferença e contribuiria para uma melhor relação entre planos de saúde, consumidores e estabelecimentos prestadores de saúde, foi adiada.

É fundamental que a agência reguladora tenha a musculatura necessária para atuar na competência que lhe foi delegada por lei, agindo de forma responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

O que diz a resolução

De acordo com a nova proposta aprovada pela ANS, o beneficiário deve ser comunicado individualmente, com 30 dias de antecedência, sobre a mudança de hospital e dos serviços de urgência e emergência no município de residência. Ele terá o direito de permanecer no mesmo plano ou buscar outro, exercendo a portabilidade de carência, sem a necessidade de cumprir os prazos mínimos de permanência (1 a 3 anos) e sem a exigência de equiparação do preço da mensalidade, como ocorre nas demais hipóteses de portabilidade.

Em relação à redução da rede hospitalar, caso o prestador seja responsável por até 80% das internações na sua região de atendimento, a operadora de saúde não poderá simplesmente excluí-lo do plano e deverá substituí-lo por outro prestador.

No caso de substituição do hospital, deverá ser realizada uma avaliação de equivalência com regras próprias, considerando o uso dos serviços e do atendimento de urgência e emergência no último ano. Se os serviços tiverem sido utilizados no prestador excluído durante o período em análise, eles deverão ser oferecidos pelo novo prestador. Além disso, se o hospital a ser retirado pertencer ao grupo de hospitais que concentram até 80% das internações do plano, não será permitida a exclusão parcial de serviços hospitalares.

Quanto ao critério de localização do hospital substituído, a regra vigente não foi alterada, mantendo-se a obrigatoriedade de estar localizado no mesmo município. Em caso de indisponibilidade, deverá ser indicado um prestador em município limítrofe e, persistindo a indisponibilidade, passa-se à Região de Saúde à qual pertence o município.

BLOCKCHAIN NA SAÚDE: GARANTIA DE SEGURANÇA E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS DO PACIENTE

Saúde Business – 16/07/2024

A tecnologia blockchain está revolucionando a segurança e confidencialidade dos registros médicos, combatendo fraudes e promovendo transparência no setor de saúde.

Muito conhecida pelo seu uso no setor financeiro, associada às criptomoedas como a bitcoin, a tecnologia blockchain possui aplicações em diversas indústrias, incluindo a saúde. Seu uso é direcionado a aprimorar a segurança e a confidencialidade dos dados dos usuários, que, no caso da saúde, são os pacientes.

De forma conceitual, a blockchain é uma tecnologia de registro de dados que permite a criação de um banco de informações digital, imutável e seguro. Cada bloco na cadeia de dados contém um conjunto de transações e uma função de dispersão criptográfica do bloco anterior, formando uma cadeia inquebrável. Isso garante que os dados não podem ser alterados sem a concordância de todos os participantes da rede, proporcionando transparência e segurança.

A natureza descentralizada da blockchain e o uso de criptografia avançada garantem que os dados médicos sejam extremamente seguros, ao mesmo tempo em que permitem que os pacientes controlem quem pode acessar seus dados, oferecendo uma camada adicional de segurança e privacidade. Apenas usuários autorizados podem visualizar ou adicionar informações ao registro do paciente, pois as tentativas de alteração dos dados são rejeitadas pela rede e detectadas por sistemas de proteção de dados.

São muitas as utilizações da tecnologia blockchain na saúde, sendo as principais:

1. Prontuário eletrônico e registro de documentos médicos

A blockchain pode ser utilizada para armazenar registros médicos eletrônicos de maneira segura e acessível. Quando um prontuário eletrônico é finalizado e assinado, uma cadeia de informações criptografadas é criada, impedindo qualquer tipo de alteração. Para o acréscimo de informações, um novo bloco precisa ser criado, sem alterar o bloco anterior.

Cada paciente pode ter um registro único, onde todas as interações médicas são registradas. Isso facilita a troca de informações entre diferentes provedores de saúde, garantindo que os dados sejam completos e precisos, bem como que o paciente seja posicionado como foco no cuidado e dono de suas próprias informações. Esta tecnologia garante maior segurança dos dados do paciente e diminuição de situações de quebra de sigilo em saúde.

2. Rastreamento de suprimentos de medicamentos

A cadeia de suprimentos de medicamentos pode ser monitorada usando blockchain, desde a fabricação até a entrega ao paciente. Isso ajuda a combater a falsificação de remédios, assegurando que os pacientes recebam apenas produtos autênticos. A tecnologia também pode ser utilizada para evitar fraudes nas prescrições, já que, após o envio do documento pelo profissional de saúde, nenhuma alteração pode ser feita, e tentativas de mudança são facilmente detectadas por sistemas validadores de documentos, que já

são utilizados pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Federal de Farmácia para validar arquivos assinados digitalmente.

3. Consentimento do paciente

A blockchain pode registrar o consentimento dos pacientes para tratamentos e compartilhamento de dados de maneira imutável, mostrando que o consentimento foi dado e quando foi dado. Isso é crucial para conformidade com regulamentos de privacidade, como a LGPD, e para concordância do paciente sobre a participação em estudos clínicos e pesquisas para desenvolvimento de novos produtos, medicamentos, técnicas e procedimentos em saúde.

4. Pesquisa clínica

Dados de ensaios clínicos podem ser armazenados por meio da tecnologia blockchain, garantindo transparência e imutabilidade. Isso ajuda a manter a integridade dos dados e facilita a auditoria por órgãos reguladores, bem como pelas revistas científicas que venham a publicar o estudo, já que os dados coletados dos pacientes e através dos estudos não podem ser alterados após a coleta e registro.

5. Interoperabilidade nos sistemas de saúde

A blockchain facilita a interoperabilidade entre diferentes sistemas de saúde. Dados armazenados em blockchain podem ser compartilhados de maneira segura e acessados por diferentes provedores, melhorando a coordenação do cuidado, com o máximo de proteção dos dados do paciente, que precisa consentir com qualquer tratamento dos dados necessário, em cumprimento de regras de proteção de dados e sigilo em saúde.

6. Controle contra fraudes

A imutabilidade dos dados na blockchain torna quase impossível fraudar registros médicos ou ensaios clínicos. Isso garante a integridade dos dados e a confiança no sistema de saúde. Com o avanço da tecnologia, é de extrema importância também o desenvolvimento de ferramentas que garantam a adequada criação e disseminação de informações, principalmente em cenários polarizados com alto índice de compartilhamento de informações falsas e maior disponibilidade de acesso a todas as parcelas da população, muitas vezes carente de instruções e com dificuldade de discernimento sobre a segurança e a credibilidade da informação recebida.

Apesar dos muitos usos e aplicações, existem alguns desafios referentes a essa tecnologia, que ainda é considerada uma ferramenta nova e encontra dificuldades de escalabilidade por falta de entendimento e preparo dos setores.

A blockchain tem o potencial de transformar o setor de saúde, proporcionando um nível sem precedentes de segurança e confidencialidade dos dados dos pacientes. Embora existam desafios a serem superados, os benefícios potenciais tornam a blockchain uma tecnologia promissora para melhorar a eficiência, transparência e confiança no sistema de saúde.

Soluções baseadas em blockchain devem ser projetadas para atender aos requisitos legais de proteção de dados, como o GDPR na Europa e a LGPD no Brasil. À medida que

a tecnologia continua a evoluir, espera-se que mais soluções baseadas em blockchain sejam desenvolvidas.

DELIBERAÇÕES DA 7ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA DIRETORIA COLEGIADA DE 2024

GOV (ANS) – 15/07/2024

Diretores apreciaram proposta do Programa de Gestão e Desempenho da Agência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, em 12/07, a 7ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL). O encontro contou com a presença do diretor-presidente e de Gestão, Paulo Rebello, dos diretores Jorge Aquino (Normas e Habilitação das Operadoras), Alexandre Fioranelli (Normas e Habilitação dos Produtos), Eliane Medeiros (Fiscalização), Maurício Nunes (Desenvolvimento Setorial) e do procurador federal junto à ANS, Daniel Tostes.

Como único item na pauta, referente à Diretoria de Gestão (DIGES), foi apreciada a proposta de portaria normativa sobre o Programa de Gestão e Desempenho (PGD) da Agência,

bem como nova resolução administrativa (RA) que trata do tema. Os diretores também aprovaram por unanimidade a dispensa da Análise de Impacto Regulatório e que a proposta seja submetida à avaliação da Procuradoria Geral junto à ANS.

O evento virtual foi transmitido ao vivo pela página da ANS no YouTube. Acesse o vídeo com o [conteúdo na íntegra](#) e confira abaixo o item foi abordado.

<https://youtu.be/BA07L1jRj7g>

7:20 – ITEM DIGES - Apreciação da proposta sobre o Programa de Gestão e Desempenho (PGD) da Agência.

IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA IA NA SAÚDE

Saúde Business – 15/07/2024

Nos últimos anos, testemunhamos o surgimento e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras e relevantes, como a Inteligência Artificial (IA), e suas aplicações em diversas áreas, incluindo a saúde. Entre essas inovações, destaca-se o ChatGPT, uma IA generativa avançada criada pela OpenAI. Ele não apenas "entende" e gera texto, mas também pode ser treinado para executar uma série de tarefas complexas e especializadas. Contudo, apesar dos inúmeros benefícios do uso da IA no campo médico, também enfrenta desafios e levanta questões éticas.

Desafios éticos e regulatórios no Brasil

No Brasil, o assunto está atualmente em discussão no Senado, através do projeto de lei (PL) 2.338/2023, que visa regulamentar a IA estabelecendo princípios, direitos e regras para o seu uso. O tema tem gerado divergências e controvérsias entre diferentes setores e categorias, abrangendo tanto fornecedores quanto usuários de inteligência artificial no dia a dia.

Segundo o Dr. Paulo Henrique de Souza Bermejo, professor da Universidade de Brasília (UnB) e pesquisador na área de inovação tecnológica aplicada à saúde, o uso da IA requer acesso a grandes volumes de dados de saúde, o que pode comprometer a privacidade e a segurança dos pacientes, entre outros fatores. Então, quem seria responsável se um algoritmo de IA vazasse dados de um paciente? Como garantir que as informações coletadas não sejam utilizadas para fins criminosos? Estas são perguntas que as instituições precisam considerar ao implementar tecnologias de IA, como enfatizou o especialista.

"Com o potencial de transformar o acesso à informação, a tomada de decisões baseadas em dados e a interação com os pacientes, o uso do ChatGPT na saúde, juntamente com outras tecnologias de IA, está se tornando mais evidente e necessário. Portanto, é essencial garantir que esses materiais sejam adequadamente protegidos e utilizados de

forma ética, seguindo as diretrizes de consentimento informado e anonimização dos dados", afirmou o especialista.

Como evitar que decisões discriminatórias sejam tomadas?

Em outra perspectiva, o professor Bermejo explicou que os algoritmos de IA são tão bons quanto os dados que os alimentam, de modo que se as informações usadas para treinar esses sistemas forem tendenciosas ou não representativas da diversidade da população, isso pode resultar em decisões discriminatórias ou em desigualdades na prestação de cuidados de saúde. "Para evitar danos, é fundamental garantir que os sistemas de IA sejam desenvolvidos e testados levando em consideração a equidade e a inclusão", destacou o professor.

Outro ponto observado pelo especialista diz respeito à transparência. Para ele, os sistemas de IA devem ser claros e honestos quanto ao seu funcionamento e às decisões tomadas. "Idealmente, os profissionais de saúde e os pacientes devem ser capazes não apenas de compreender os mecanismos, mas também de questionar as recomendações e resultados fornecidos pelos algoritmos. A responsabilidade por erros e decisões baseadas nas informações trazidas pela IA é um aspecto igualmente importante a ser considerado", disse.

Momento de transição

Paulo Bermejo enfatizou que estamos em um momento de transição para a utilização da inteligência artificial na saúde, não se trata apenas de adotar uma nova tecnologia, mas de promover adaptações e ajustes para essa nova cultura de cuidados. "Esse contexto requer colaboração entre profissionais da área, pesquisadores, desenvolvedores de IA e reguladores", afirmou.

Para isso, alguns elementos devem ser levados em consideração. As instituições de saúde precisam de políticas

de privacidade bem definidas e atualizadas regularmente para se adequar às novas tecnologias e regulamentações. Tais políticas devem abranger não apenas o armazenamento de dados, mas também a coleta, uso e compartilhamento de informações médicas e de identificação, conforme ressaltado pelo docente.

"Uma forma eficaz de proteger a privacidade dos pacientes é a anonimização de dados. Assim, ao remover ou modificar informações que possam identificar uma pessoa, a IA pode utilizar os dados para alimentar o modelo sem comprometer a privacidade do paciente", revelou.

Segurança cibernética e educação: pilares para o futuro da IA na saúde

Em outra frente do problema, as ameaças cibernéticas são uma preocupação constante, sendo crucial garantir que os sistemas de IA estejam protegidos contra possíveis ataques. "Isso inclui, por exemplo, o uso de firewalls, criptografia para proteção de dados e auditorias de segurança frequentes. Além disso, apenas indivíduos autorizados devem ter acesso

aos dados de saúde, e esse acesso deve ser restrito no que diz respeito a informações sensíveis", conforme apontado pelo professor.

Educação e treinamento também desempenham um papel crucial nesse processo. Assim, tanto profissionais de saúde quanto pacientes devem ser educados sobre a importância da privacidade de dados na saúde e como a IA está sendo utilizada. "Isso não só promove transparência, mas capacita os usuários a tomar decisões sobre seus próprios dados", explicou o professor. Ele acrescentou que é essencial haver mecanismos para rastrear e auditar o uso da IA na saúde, permitindo identificar rapidamente erros ou problemas e determinar a responsabilidade.

À medida que a IA continua a evoluir e se expandir, novas oportunidades e desafios inevitavelmente surgirão. "Precisamos de um acompanhamento contínuo e de uma abordagem cuidadosa para maximizar os benefícios e minimizar os riscos, visando aprimorar a vida e o bem-estar dos pacientes e os avanços na medicina", concluiu o especialista

JUDICIALIZAÇÃO CONTRA PLANOS DE SAÚDE SALTA 50% EM 3 ANOS; ENTENDA O PROBLEMA

Info Money – 15/07/2024

Nos últimos 5 anos, custo das operadoras com processos na Justiça chegou a R\$ 17 bilhões.

As reclamações contra os planos de saúde têm aumentado a cada ano. De acordo com dados do Procon-SP, ao longo de 2022, foram registradas 9.537 queixas de consumidores no órgão. No ano passado este número saltou para 13.230, alta de 38% no período. A insatisfação contra os serviços prestados pelas operadoras tem levado também ao aumento no número de processos judiciais.

De acordo com último levantamento do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), entre 2020 e 2023, a quantidade de novos processos de usuários contra os planos de saúde nos tribunais brasileiros saltou mais de 50%, saindo de 80,7 mil novas ações para atingir 122,2 mil casos novos. Para se ter uma ideia, só nos primeiros 4 meses deste ano, o CNJ já contabilizou 4 mil novas ações.

Quantidade de casos novos por ano

ANO	QUANTIDADE DE AÇÕES
2020	80.760
2021	82.370
2022	93.360
2023	122.250
2024*	4.050

Fonte: CNJ (Conselho Nacional de Justiça) *Até abril

O advogado sanitário e professor de direito médico da USP e da PUCPR, Silvio Guidi, considera que dois pontos são fundamentais para entender a alta judicialização da saúde suplementar no Brasil.

“O primeiro deles é o enorme hiato entre a expectativa do consumidor, quando contrata um plano de saúde, e aquilo que é efetivamente ofertado pela operadora. A principal razão que leva alguém a contratar um plano de saúde é o medo de depender exclusivamente do SUS [Sistema Único de Saúde]. A percepção da sociedade em relação ao SUS é de insegurança, com enorme receio de simplesmente não conseguir atendimento”, avalia.

Diante disso, quando há a contratação do plano de saúde, o consumidor passa a acreditar que todas as suas necessidades de saúde serão atendidas em toda e qualquer circunstância. “Mas um produto assim, com esse perfil universal e infinito, simplesmente não existe. Nem no Brasil nem em nenhum lugar do mundo. As operadoras oferecem, sim, uma cobertura para todas as doenças e agravos de saúde”, comenta o professor ao destacar que a forma de assistência às necessidades segue uma lista predefinida de procedimentos e tecnologias (o famoso rol da ANS).

Resumindo: nem tudo que está disponível no mercado, tampouco o que ainda está no ambiente de experimentação, é coberto pelas operadoras.

“Mas o consumidor só vai se deparar com essa realidade quando a necessidade de saúde efetivamente chega. Dessa forma, em um momento bem sensível da vida, o consumidor terá uma expectativa frustrada. Essa enorme frustração é tradicionalmente direcionada ao Judiciário”, comenta.

O segundo ponto, diz ele, tem a ver com o aumento das discussões sobre o assunto na sociedade. “Isso faz chegar ao consumidor a informação de que essas negativas de cobertura são levadas ao Poder Judiciário, que, com enorme frequência, julga a causa em favor do consumidor”, diz.

Importante destacar que a discussão judicial entre operadoras e consumidores sempre foi conhecida, mas ganhou destaque em 2022. Naquele ano, houve a discussão no STJ sobre a extensão do rol de procedimentos da ANS.

Anatomia da Judicialização

Caio Henrique Fernandes, sócio do Vilhena Silva Advogados, especializado em direito à saúde, considera que alguns fatores contribuem para que o usuário de plano de saúde busque a Justiça.

“Um deles é a falta de regulamentação da ANS, principalmente nos planos coletivos, por adesão ou empresariais. Esses planos apresentam falhas de regulação, deixando na mão das operadoras alguns pontos cruciais para a relação de consumo”, diz Fernandes ao lembrar que dois

exemplos comuns são a abusividade no reajuste dos contratos e o cancelamento unilateral do convênio médico. “Uma das formas encontradas para ter o direito à saúde garantido é buscar a Justiça”, considera o advogado.

Os motivos que mais levam os consumidores à Justiça são muitos, mas Fernandes destaca alguns:

reajuste de mensalidade, sem que a operadora consiga comprovar a real necessidade de aplicação do índice elevado, muitas vezes acima do valor determinado pela ANS para planos individuais;

cancelamentos de contratos;

negativas de tratamento, pois as operadoras não acompanham a evolução da medicina, que se desenvolve de forma muito rápida para apresentar soluções mais eficazes às doenças.

“Os dados objetivos do CNJ apresentam-se estonteantes por configurar um recorde na série histórica e só evidencia um nível de litigiosidade jamais visto em qualquer outro país do mundo no setor”, comenta Gabriel de Brito Silva, advogado especializado em direito do consumidor.

Ele destaca que tal volume faz com que as demandas judiciais se tornem excessivamente morosas, o que é péssimo para as causas de saúde urgentes, pois a demora pode ser o marco divisor entre a vida e a morte. “A permanência de um conflito de interesse não pacificado no seio social representa, não só um prejuízo à paz, mas também a toda economia das operadoras de saúde, considerando a provisão de capital que deve permanecer sendo destacada para determinado processo”, afirma.

Impacto ao setor

O advogado Henderson Fürst, sócio do escritório CGV Advogados, comenta que os números da judicialização da saúde (pública ou suplementar) no Brasil não possuem equivalência em outros sistemas de saúde no mundo.

“Dentro desses números, encontram-se tanto problemas relacionados a falhas do setor – algo que também ocorre em outros segmentos econômicos regulados – como também pedidos que fogem da lógica do sistema de saúde suplementar, e acabam desequilibrando o sistema e implicando em novas falhas e inflação do setor que o torna insustentável. É um ciclo vicioso que precisa de esforços coordenados para ser revertido”, avalia o advogado.

De acordo com levantamento da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), realizado com base nos dados da ANS, as despesas judiciais das operadoras alcançaram R\$ 5,5 bilhões em 2023, aumento de 37,6% em comparação ao ano anterior. Nos últimos 5 anos, o custo com a judicialização foi de R\$ 17 bilhões.

Despesas judiciais pagas pelas operadoras de planos de saúde (em bilhões R\$)

ANO	VALOR
2016	1,3
2017	1,8
2018	2,0
2019	2,4
2020	2,7
2021	2,5
2022	4,0
2023	5,5

Fonte: Portal de Dados Abertos ANS/Abramge

Para o advogado Bruno Boris, sócio e fundador do escritório Bruno Boris Advogados, a responsabilidade da judicialização não é apenas das operadoras de plano de saúde. “Algumas, de fato, descumprem leis e normas regulamentadoras da ANS, mas muitas, inclusive as que cumprem seus contratos são surpreendidas por decisões judiciais que acabam, muitas vezes, subvertendo a lógica do contrato de seguro-saúde, como se houvesse uma cláusula aberta no contrato para obrigar a operadora a custear todo e qualquer procedimento”, avalia Boris. “Existem exclusões no contrato que, sendo legais, devem ser cumpridas”, complementa.

Leo Rosenbaum, sócio do Rosenbaum Advogados, considera que a crescente judicialização dos planos de saúde é uma tendência preocupante que tem se intensificado nos últimos anos. Para ele, o aumento no número de processos judiciais envolvendo planos de saúde pode ser atribuído, em grande parte, à necessidade de cobertura de tratamentos e medicamentos cada vez mais caros, os quais os planos de saúde muitas vezes relutam em autorizar, mesmo quando os usuários têm direito à cobertura.

“A questão das margens de lucro das operadoras de planos de saúde é um fator crítico a ser considerado. Com o aumento dos custos dos serviços médicos, as operadoras enfrentam desafios significativos para manter suas margens de lucro. Isso resulta na criação de obstáculos para a autorização de tratamentos e procedimentos necessários, forçando os pacientes a recorrerem ao Judiciário para garantir o acesso aos cuidados de saúde”, afirma Rosenbaum.

O que diz o setor?

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) ressalta, por meio de nota oficial, que o crescimento das demandas judiciais é uma preocupação tanto no setor público quanto na saúde suplementar. “No caso dos planos de saúde, uma das razões é a instabilidade das regras. Em 2022, houve mudanças radicais e inesperadas nas leis do setor, contribuindo para a alta da judicialização”, diz a entidade.

Nesse contexto, continua a nota oficial, vale ressaltar os resultados do recente estudo sobre a Judicialização da Saúde Suplementar, coordenado pelo professor Daniel Wang (FGV/SP), com recorte no Estado de São Paulo, que analisou todas as decisões de 1ª e 2ª instância do TJSP relativas a planos de saúde proferidas entre 2018 e 2021.

“Nesse período, o TJSP proferiu 205 mil decisões relativas a planos de saúde na 1ª e 2ª instâncias [média de 50 mil decisões por ano], versando a maioria sobre cobertura assistencial. Em 80% das demandas judiciais de primeira instância, relativas à cobertura assistencial, os pedidos são deferidos, enquanto nas ações envolvendo questões contratuais esse índice cai para 60%, e fica em 41% nos casos sobre reajuste.”

Ainda segundo a entidade, na segunda instância, em apenas 3 de 599 casos há informação de que foi realizada perícia judicial; em 9, o Tribunal informa que a perícia deveria ocorrer; e em nenhum há menção a parecer de Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), que é a principal fonte de informações técnicas disponível aos julgadores e independente das partes. Em decisões de segunda instância

relacionadas à negativa de cobertura e reajuste o TJSP fundamenta suas decisões, sobretudo, na sua própria jurisprudência (56%) e no Código do Consumidor (CDC) (42%), mais do que na Lei nº 9.656/1998 (23%).

"A judicialização é a forma mais injusta de acesso à saúde, pois beneficia apenas aqueles que têm informação e recursos financeiros para recorrer aos tribunais, deixando desassistida

a grande maioria dos beneficiários dos planos de saúde", afirma a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Por fim, a federação enfatiza que medidas que visam reduzir a judicialização na saúde, como estratégias de mediação, conciliação e canais de ouvidoria, são fundamentais para garantir a manutenção da sustentabilidade do sistema.

REFORMA TRIBUTÁRIA ISENTA PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO DE IBS E CBS

Saúde Business – 15/07/2024

Medida beneficia planos de saúde sem fins lucrativos e entidades de previdência complementar fechadas, aliviando a carga tributária e promovendo a equidade no setor.

Na semana passada, o deputado Reginaldo Lopes (PT-MG), relator da regulamentação da reforma tributária, incluiu em seu texto a isenção dos tributos IBS (Imposto sobre Bens e Serviços) e CBS (Contribuição sobre Bens e Serviços) para planos de saúde no modelo de autogestão e entidades de previdência complementar fechadas. Anderson Mendes, presidente da UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, comemorou a medida, destacando que as autogestões são planos de saúde sem fins lucrativos que desempenham um papel social significativo na sociedade, preservando suas isenções tributárias, uma vez que não visam lucro.

"Não faz sentido que uma operação que não busca dividir lucros, não repassa ganhos para acionistas e não paga dividendos, não receba um tratamento diferenciado do órgão fazendário e da legislação tributária", afirmou Mendes.

A aprovação da última versão do texto, que isenta as autogestões, assim como os fundos de pensão fechados - ambos entidades sem fins lucrativos - da tributação, é sensacional. As autogestões são as operadoras de planos de saúde mais inclusivas, contando com mais de 30% de idosos entre seus beneficiários. Este tratamento diferenciado mostra equidade e a sensibilidade do legislador e do governo que propôs a reforma, reconhecendo a importância do setor de saúde e buscando aliviar ao máximo sua carga tributária. Uma carga excessiva resultaria na perda de beneficiários e, conseqüentemente, no aumento de pessoas dependentes do SUS", conclui.

NORDESTE APRESENTA O MAIOR CRESCIMENTO TRIMESTRAL EM EMPREGOS NA CADEIA DA SAÚDE

IESS – 12/07/2024

Divulgamos recentemente o Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde (RECS) nº 71, que traz dados importantes do setor. A publicação foi reformulada e agora apresenta uma análise especial.

Nesta edição traz alguns destaques sobre o Nordeste, que apresentou o maior crescimento de contratações (2,2%), no setor privado, entre fevereiro e maio deste ano. No último mês, inclusive, a região representava 16,5% dos vínculos empregatícios na economia brasileira. Já a cadeia de saúde

suplementar correspondia a 0,9% do total de trabalhadores empregados no Nordeste.

Importante destacar que a cadeia produtiva da saúde, que considera os setores público, privado e empregos diretos e indiretos, encerrou o mês de maio com 4 milhões e 967 mil empregos no País, volume que representa crescimento de 1% no trimestre.

Para acessar o relatório na íntegra, [clique aqui](#).

SENACON PEDE MAIS ESCLARECIMENTOS A OPERADORAS SOBRE CANCELAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 12/07/2024

Primeiras informações foram solicitadas em maio, antes do acordo verbal costurado por Arthur Lira (PP-AL) para suspender o rompimento unilateral de contratos.

A Senacon (Secretaria Nacional do Consumidor), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, solicitou esclarecimentos adicionais a 17 operadoras de saúde e quatro associações sobre o cancelamento unilateral de planos. As primeiras informações foram solicitadas em maio, antes do acordo verbal costurado pelo presidente da Câmara

dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL) para suspender o cancelamento unilateral de contratos.

A investigação da Senacon continua independente do compromisso firmado por Lira (PP-AL). Na ocasião, quatro dias depois da primeira solicitação da secretaria, o presidente da Câmara se reuniu com representantes de empresas – como Bradesco Saúde, Amil e Unimed – e estabeleceu o acordo. O deputado Duarte Jr. (PSB-MA), que é relator do

projeto da nova lei dos planos de saúde, também compareceu.

O Ministério da Justiça disse, em nota, que as informações adicionais são importantes porque muitas empresas não forneceram dados suficientes para uma análise completa. A primeira solicitação foi feita quatro dias antes do acordo com Lira, em maio deste ano. Os questionamentos incluem o número de cancelamentos e rescisões contratuais unilaterais realizados pela operadora em 2023 e 2024, os motivos alegados para justificar tais procedimentos e o número de beneficiários que estavam em tratamento, entre outros pontos.

O que dizem as operadoras de saúde

Em resposta à notificação inicial, as empresas destacaram a legalidade dos cancelamentos unilaterais em contratos coletivos empresariais ou por adesão, bem como em situações de inadimplência nos contratos. Os planos negam que os cancelamentos tenham ocorrido de forma discriminatória.

A MedSênior, por exemplo, argumenta que os cancelamentos foram realizados de acordo com a legislação vigente. Afirma, ainda, que as rescisões e os cancelamentos ocorreram somente após tentativas de renegociação de débitos e prévia notificação aos clientes.

Omint e Prevent Sênior negaram ter realizado cancelamentos unilaterais imotivados. A Bradesco Saúde destacou que as rescisões contratuais obedecem estritamente às condições das apólices coletivas, garantindo comunicação antecipada e motivada aos segurados.

Já Hapvida e Notredame Médica mencionaram seguir as normativas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) quanto à comunicação e à portabilidade de planos.

Entre as operadoras que confirmaram os cancelamentos, a Assim Saúde relatou a rescisão de 41 contratos devido à inadimplência contratual. A rescisão afeta 2.652 beneficiários, dentre eles, pacientes em tratamento contínuo, idosos e pessoas com transtornos globais de desenvolvimento.

ANS ATUALIZA FERRAMENTA DE ENVIO DE PROPOSTAS PARA ATUALIZAÇÃO DO ROL DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS

GOV (ANS) – 11/07/2024

Nova versão permite encaminhamento de planilhas de avaliação econômica e de análise de impacto orçamentário em novo formato e tamanho.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de atualizar a ferramenta para o envio de propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o FormRol Web. Nesta nova versão, é possível encaminhar planilhas de avaliação econômica e de análise de impacto orçamentário em novo formato e tamanho. A atualização faz parte do aprimoramento constante do processo de incorporação de tecnologias ao rol.

Agora, é possível que proponentes encaminhem também planilhas em formato XLS contendo macros. Isto é, arquivos com uma série de comandos para automatizar tarefas e que podem ser executados durante sua utilização. Esses arquivos passam a ser recepcionados com o tamanho máximo de 85

MB, uma expansão substancial com relação ao tamanho anteriormente praticado.

As funcionalidades já estão disponíveis e o [manual do sistema FormRol](#) pode ser encontrado no portal da ANS.

Beneficiários por gênero e idade

A planilha com a quantidade de beneficiários da saúde suplementar por gênero e idade também foi atualizada com dados de dezembro de 2023, o que servirá de apoio para a apresentação dos cálculos populacionais utilizados nos estudos econômicos.

Mais informações sobre o FormRol e a planilha de quantidade de beneficiários estão disponíveis no portal da ANS. Clique aqui e confira.

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.