

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

09 de outubro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Consultas preventivas infantis crescem 83%, impulsionadas por maior conscientização sobre saúde bucal](#)

– Fonte: Revista Cobertura

[ANS debate nova política de preços de planos de saúde com sociedade civil e mercado](#) – Fonte: Jota Info

[Alterado limite dos ativos garantidores e aberta consulta pública de sandbox regulatório](#) – Fonte: Mattos Filho

[Planos de saúde: ANS realiza hoje audiência pública para discutir novas regras; entenda](#) – Fonte: O Globo

[ANS quer que reajuste em planos individuais seja parcelado em até cinco anos, diz diretor-presidente](#) –

Fonte: Estadão

[ANS defende limite financeiro para a coparticipação de planos de saúde; entenda](#) – Fonte: InfoMoney

[Projeto obriga planos de saúde a ofertar cobertura diferenciada para tratamento de câncer](#) – Fonte: O documento

[Entidades questionam rapidez e legalidade de discussão revisão de planos individuais](#) – Fonte: IstoÉ

[Projeto de lei da ans desafia operadoras de planos de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Triplicam queixas de usuários que não conseguem mudar de plano de saúde](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[Projeto amplia de 30 para 180 dias validade de pedidos de exames](#) – Fonte: Senado

CONSULTAS PREVENTIVAS INFANTIS CRESCEM 83%, IMPULSIONADAS POR MAIOR CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL

Revista Cobertura – 09/10/2024

Na semana em que se celebra o Dia das Crianças, especialista reforça que a rotina de higiene deve ser adaptada para cada fase dos pequenos.

A aproximação do Dia das Crianças, em 12 de outubro, é um momento estratégico para refletir sobre a importância de cuidar da saúde dos pequenos, especialmente no que diz respeito à higiene bucal. Uma pesquisa da Odontoprev, líder em planos odontológicos na América Latina, revela que os procedimentos preventivos para o público infantil cresceram 83% em 2023. Esse aumento reflete a conscientização dos pais sobre a importância dos cuidados bucais desde os primeiros anos de vida.

O levantamento, que avaliou mais de 13 mil beneficiários em todo o Brasil, aponta que o aumento nas consultas odontológicas está relacionado principalmente à aplicação de selantes nos sulcos dentários e ao uso de carióstáticos, que ajudam a prevenir e tratar cáries iniciais. Além disso, em regiões como Norte e Nordeste, os tratamentos curativos também registraram alta significativa, com índices de 60% e 55%, respectivamente.

Doutor Emerson Nakao, dentista e consultor científico da Odontoprev, reforça que a alimentação desempenha um papel crucial na saúde bucal. “Evitar doces e alimentos ricos em carboidratos é fundamental para prevenir a cárie e inflamações gengivais. Além disso, é vital incluir as visitas ao dentista na rotina desde os primeiros meses de vida, afinal, consultas preventivas, aliadas à educação sobre cuidados com a alimentação e a higiene, são a chave para evitar problemas futuros e que as crianças cresçam com um sorriso saudável e confiante”.

Principais problemas bucais na infância

Entre os problemas bucais mais recorrentes em crianças estão as lesões de cárie, causadas por uma combinação de diferentes fatores, como má escovação e uma dieta rica em açúcares e carboidratos. A dificuldade de higienizar a boca corretamente, especialmente em bebês e crianças pequenas, aumenta a incidência da cárie, que podem surgir antes mesmo dos três anos.

Outro fator preocupante é o impacto da saúde bucal na vida escolar das crianças. Segundo especialistas, dores e desconfortos causados por problemas dentários podem prejudicar a concentração e até mesmo afastar os pequenos das aulas, comprometendo o aprendizado.

Cuidados bucais em cada fase da infância

Doutor Nakao destaca que a rotina de higiene deve ser adaptada para cada fase da criança:

- **Recém-nascidos:** amamentação no peito é importante para o desenvolvimento dos músculos e ossos da face. Não é mais recomendada a higiene bucal do bebê antes do surgimento dos primeiros dentes, por parecer existir uma vantagem em deixar os anticorpos contidos no leite materno permanecerem na boca do bebê.
- **Primeiros dentes (aproximadamente seis meses):** com o nascimento dos primeiros dentes, é recomendado o uso de uma escova infantil com cerdas macias e creme dental fluoretado (concentração maior ou igual a 1.100 ppm de flúor), na quantidade equivalente a meio grão de arroz cru. Essa quantidade pode ser aumentada para um grão de arroz cru à medida que mais dentes irrompem na cavidade oral, sempre orientando a criança a não engolir a espuma do creme dental.
- **A partir dos seis anos:** com a dentição mais completa, o uso de fio dental se torna essencial. A quantidade de creme dental pode ser aumentada para o equivalente a um grão de ervilha, garantindo uma adequada exposição ao flúor. É importante manter a supervisão dessa escovação, até que a criança tenha coordenação motora suficiente. Um dentista pode ajudar nessa orientação.

ANS DEBATE NOVA POLÍTICA DE PREÇOS DE PLANOS DE SAÚDE COM SOCIEDADE CIVIL E MERCADO

Jota Info – 08/10/2024

Padronização das cláusulas de reajuste dos contratos coletivos foi destaque nas discussões durante audiência pública.

A padronização das cláusulas de reajuste dos contratos coletivos de planos de saúde foi destaque nas discussões durante a audiência pública realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na segunda-feira (7/10), cujo tema era “Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde Privados”. Muitos participantes, incluindo representantes de consumidores e operadoras,

argumentaram que uniformizar é essencial para garantir previsibilidade e justiça nas políticas de preço. Segundo os debates, a medida também pode reduzir conflitos e insatisfações em todo o setor.

As dificuldades encontradas no diagnóstico da ANS são corroboradas pelo próprio setor, como comentou Marcos Paulo Novais, representante da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

“O interesse de toda e qualquer operadora de plano de saúde, todas as 141 operadoras associadas, é ofertar produtos e serviços de plano de saúde que sejam passíveis de serem ofertados em nosso Brasil, diante da renda das pessoas, mas que a gente tem uma dificuldade muito grande por conta de custos crescentes e de coberturas que só aumentam e volume de utilização que também só cresce”, afirmou.

Em resposta a essas reivindicações, o diretor de normas e habilitação de produtos da ANS, Alexandre Fioranelli, especificou que será aberto um processo para coletar informações, dados, opiniões e sugestões de diversos atores do setor. “Em breve nós iremos publicar a tomada de subsídios. Ela será estruturada por tema separadamente, será disponibilizada por tempo suficiente para que todos possam contribuir”, explicou.

A ideia é debater inovações em quatro pontos principais:

1. **reajuste dos planos coletivos** — com a padronização das cláusulas de reajuste e a ampliação do pool de risco para contratos coletivos;
2. **mecanismos de regulação financeira** — avaliação dos limites e vedações para coparticipação e franquia, garantindo que esses mecanismos sejam aplicados de forma justa e transparente;
3. **venda online de planos de saúde** — regulamentação da venda online para reduzir barreiras à contratação e evitar práticas de seleção de risco;
4. **revisão técnica dos planos individuais** — definição de critérios claros e transparentes para a revisão técnica dos preços dos planos individuais, visando garantir a sustentabilidade econômica do setor e a proteção dos consumidores.

Diagnóstico

Segundo diagnóstico realizado pela equipe técnica da ANS, há alguns problemas que ameaçam o setor em todos esses eixos. São eles:

- **Redução do mutualismo** — com um aumento de contratos coletivos com poucas vidas, o que reduz o mutualismo. Em 2014, 5% dos contratos coletivos tinham até cinco vidas, enquanto em 2023 esse número subiu para 16%. Isso compromete a sustentabilidade do setor, pois contratos menores diluem menos o risco;
- **Diminuição da oferta de planos individuais** — com prioridade para a comercialização de contratos coletivos pulverizados, especialmente no formato de microempreendedores individuais (MEI) e pequenas e médias empresas (PME), em detrimento dos planos individuais. Isso resultou em uma redução de 92% no número de planos individuais ativos por município;
- **Falta de transparência nas cláusulas de reajuste** — as cláusulas de reajuste dos contratos coletivos muitas vezes não são claras, objetivas ou transparentes, dificultando a negociação e a compreensão dos reajustes pelos contratantes;
- **Diferença nos reajustes de contratos agrupados** — os contratos coletivos agrupados com até 29 vidas têm apresentado reajustes médios significativamente maiores do que os contratos com mais de 30 vidas. Essa diferença tem aumentado desde 2016, indicando que a norma de 2012, que visava diluir o risco desses contratos, não está mais cumprindo seu objetivo;
- **Ausência de normas adequadas para mecanismos de regulação financeira** — coparticipação e franquia foram citadas como essenciais para manter o equilíbrio econômico do setor. Apesar disso, a norma sobre esses instrumentos data de 1998 e apresenta lacunas que precisam ser corrigidas, de acordo com os palestrantes.

ALTERADO LIMITE DOS ATIVOS GARANTIDORES E ABERTA CONSULTA PÚBLICA DE SANDBOX REGULATÓRIO

Mattos Filho – 08/10/2024

A ANS aprovou alterações na Resolução Normativa sobre os limites de alocação dos ativos garantidores e publicou uma Consulta Pública sobre o ambiente regulatório experimental.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a proposta de Resolução Normativa nº 614, de 2 de outubro de 2024, que altera a Resolução Normativa nº 521, de 29 de abril de 2022 (RN nº 521/2022), promovendo mudança nos limites de alocação de imóveis como ativos garantidores das operadoras de planos de saúde.

Isto é, os imóveis poderão ser aceitos como ativos garantidores no limite de 50%. Anteriormente o limite de alocação era de 20%. De acordo com a Diretoria de Normas

e Habilitação das Operadoras (Diop), o objetivo desta alteração é fortalecer a capacidade de gestão financeira das operadoras de planos de saúde, oferecendo maior flexibilidade na alocação de ativos garantidores.

Como resultado, vislumbra-se equilíbrio entre a exigência de ativos garantidores e a liberdade de gestão de recursos, bem como aumento da capacidade de investimento das operadoras de planos de saúde e fortalecimento de sua sustentabilidade financeira.

Sandbox regulatório

A ANS, também, aprovou a Consulta Pública nº 138 (CP), que tem como objetivo receber contribuições à proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre as regras para a constituição e o funcionamento de ambiente regulatório experimental na Agência.

A Lei Complementar nº 182, de 1º de junho de 2021, marco legal das startups e do empreendedorismo inovador, estabelece que os órgãos setoriais poderão, no âmbito de programas de ambiente regulatório experimental, afastar a incidência de normas em relação às entidades reguladas.

No âmbito desta Lei Complementar foram apresentadas pela Comissão de Valores Mobiliários, pela Superintendência de Seguros Privados e pelo Banco Central do Brasil, iniciativas de sandbox regulatório na regulação financeira, bem como foram apresentadas pelas agências reguladoras processos de adoção de ambiente regulatório experimental.

Neste contexto, por meio da CP nº 138, a ANS propõe estabelecer procedimentos necessários à seleção, aprovação e monitoramento do ambiente regulatório experimental. Isto

é, a proposta de Resolução Normativa apresenta caráter geral de regras para a constituição e o funcionamento desta ferramenta na ANS.

Para a admissão ao sandbox regulatório, os participantes se submeterão à aprovação da Diretoria Colegiada da ANS, segundo critérios de elegibilidade e mediante assinatura de Termo Específico de Admissão. Dentre as hipóteses de suspensão ou cancelamento unilateral pela ANS verificam-se falhas operacionais e riscos das atividades desempenhadas no âmbito do sandbox regulatório.

Com o sandbox regulatório na ANS pretende-se o desenvolvimento de soluções tecnológicas inovadoras na área da saúde suplementar, com a diminuição de custos e de tempo.

A CP nº 138 aceitará contribuições na página da ANS (aqui) até 25 de novembro de 2024.

Para mais informações sobre os temas e as tendências, conheça a prática de Life Sciences e saúde do Mattos Filho.

PLANOS DE SAÚDE: ANS REALIZA HOJE AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR NOVAS REGRAS; ENTENDA

O Globo – 07/10/2024

'Combo de medidas' para o setor prevê que contratos individuais e familiares possam ter reajuste extraordinário, limites para coparticipação e franquias, além de regulação de cartões de benefício.

Será realizada nesta segunda-feira uma audiência pública da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para discutir novas regras para o setor. A proposta da ANS, classificada pelo diretor de Normas e Habilitação de Produtos da agência, Alexandre Fioranelli, como um "combo" para evitar distorções com "medidas isoladas", prevê, entre outras mudanças, que planos de saúde individuais e familiares possam ter reajustes excepcionais.

Essa correção "excepcional" das mensalidades ocorreria quando a operadora em questão estivesse em dificuldade financeira. Há ainda a previsão de novas regras de reajuste para planos coletivos empresariais. E também a proposta de estabelecer limites para a cobrança de franquias e coparticipação. A ANS também quer criar regras para planos ambulatoriais, que não preveem internação, conhecidos no mercado como cartões de benefícios.

A audiência pública será realizada entre 14h e 17h, e os interessados poderão acompanhar pela internet. Entenda, abaixo, o que está em jogo.

Planos individuais

A proposta prevê uma revisão técnica de preços de planos individuais ou familiares. Segundo o órgão, seriam estabelecidos requisitos para que as operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro pudessem ter reajustes "excepcionais" — ou seja, acima do teto estabelecido pela ANS para o tipo de contrato. Esse desequilíbrio, no entanto, teria que ser caracterizado por indicadores pré-definidos.

Para Marina Pallelli, advogada do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o reajuste via revisão técnica é uma prática vedada pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC).

— Esse tipo de reajuste coloca o consumidor numa situação de extrema desvantagem e, na prática, autoriza a alteração unilateral de preço. Seria adequado pensar como as operadoras podem aprimorar a gestão das carteiras e em critérios de transparência e *compliance* para evitar desequilíbrios econômico-financeiros — analisa.

A possibilidade de um reajuste por revisão técnica já era prevista pela ANS, mas sua regulamentação estava suspensa após uma liminar do Supremo Tribunal Federal (STF).

Além de criar a possibilidade de um reajuste extra nos planos individuais, a proposta da ANS contempla novas regras para os planos coletivos, limites para reembolso e coparticipação e a regulamentação dos programas conhecidos como cartões de benefícios. Entenda abaixo os principais pontos.

Reajuste dos planos coletivos

Pela proposta, uma das medidas seria a definição de uma cláusula padrão de reajuste dos planos coletivos, o que, segundo a agência, daria ao consumidor mais transparência sobre o cálculo realizado para definição do percentual.

Hoje, os aumentos são definidos entre a operadora e a empresa contratante (ou a administradora, no caso dos contratos por adesão).

Planos para pequenas e médias empresas

O texto propõe ampliar o tamanho dos planos para pequenas e médias empresas, hoje com no máximo 29 usuários. A

ideia, segundo a ANS, seria ter uma maior “diluição do risco” e reajustes mais equilibrados.

Franquia e coparticipação

A proposta também trata das coparticipações e franquias dos planos de saúde. Está previsto a determinação de um percentual máximo de cobrança por procedimento, com limites financeiros mensais e anuais. E, ainda, a listagem de procedimentos para os quais não poderia haver cobrança.

Cartões de benefício

Outro ponto que será debatido na audiência pública são as regras de comercialização de planos exclusivamente ambulatoriais, os chamados cartões de desconto, que cobrem apenas a realização de exames e consultas, mas não a internação hospitalar.

— Sabemos que há cerca de 60 milhões de pessoas usando cartões de desconto, que são produtos baratos, sem qualquer tipo de regulação e fiscalização. É a forma como essas

pessoas encontraram de ter acesso aos serviços de saúde. A proposta de rever as regras dos planos exclusivamente ambulatoriais é dar a esses consumidores a possibilidade de ter planos de saúde com preços mais baixos, regras claras e coberturas garantidas — disse o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Venda on-line

O texto prevê criar critérios para venda on-line de planos, inclusive com a obrigatoriedade de os contratos sejam comercializados via internet “a fim de facilitar o acesso dos consumidores a diferentes opções de produtos, de forma rápida”.

Próximos passos

A proposta de mudanças foi aprovada em reunião da diretoria colegiada da ANS na última sexta-feira, e será discutida em audiência pública marcada para esta segunda-feira. Após recolher sugestões das partes interessadas, a ANS poderá levar adiante a nova regulamentação ou não.

ANS QUER QUE REAJUSTE EM PLANOS INDIVIDUAIS SEJA PARCELADO EM ATÉ CINCO ANOS, DIZ DIRETOR-PRESIDENTE

Estadão – 07/10/2024

Em entrevista ao Estadão, Paulo Rebello afirma que agência ‘jamais iria propor regra que prejudique consumidor’.

Uma das opções que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pretende pautar durante a audiência pública desta segunda-feira, 7, é que reajustes excepcionais feitos em planos individuais sejam repassados ao consumidor de forma diluída em um prazo de até cinco anos. A medida seria uma forma de evitar que o usuário seja submetido a reajustes de mensalidade que impactem em seu planejamento financeiro.

Na semana passada, a diretoria colegiada da agência aprovou um projeto para a reformulação da política de preços e reajustes dos planos de saúde, tema da audiência desta segunda. Entre as propostas da ANS, gerou críticas a possibilidade de as operadoras poderem aplicar aumentos acima do limite estabelecido pela agência caso estejam em desequilíbrio econômico-financeiro. Atualmente, os valores dos reajustes em planos de saúde individuais são determinados pela ANS e as operadoras não podem ultrapassar esse percentual.

Em entrevista ao Estadão, o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, afirma que “a agência jamais iria propor qualquer medida que viesse a prejudicar o consumidor.” Segundo ele, o órgão vai ouvir o setor e os consumidores para chegar à melhor alternativa de reformulação, mas uma das ideias é fixar que, caso haja um aumento acima da margem estabelecida pela ANS, o valor extra seja diluído.

“Se a operadora conseguir atender os requisitos (para reajuste excepcional) que nós iremos colocar, terá que fazer o repasse desse reajuste num período de dois, três, quatro, cinco anos. Não fará a aplicação daquele reajuste de forma imediata. Vai ser um reajuste diluído para que o beneficiário não sinta tanto”, explica Rebello, complementando: “Isso vai

ser apresentado para que seja repassado no prazo de cinco anos.”

Um dos exemplos citados pelo diretor-presidente da agência para justificar a permissão do reajuste excepcional nesse tipo de plano é o uso de medicamentos de alto custo em tratamentos. “Veja: 20% das cerca de 659 operadoras que nós temos no mercado não faturam por ano o valor do medicamento de alto custo. E 371 delas não faturam esse valor por mês.”

Rebello destaca, por outro lado, que as empresas terão de atender a requisitos para obter a permissão de reajuste excepcional. Nesse sentido, ele diz que está no radar da agência propor algumas condições. A ANS quer ainda estabelecer um indicador que meça a saúde financeira das operadoras, para que isso seja levado em consideração.

“Quais são as premissas que estamos colocando: a continuidade da atuação no mercado de planos individuais; e a revisão deve ser aplicada para toda a carteira de plano individual, a fim de evitar uma seleção de risco (do perfil de paciente a ser impactado pelo reajuste) e um risco de subsídio cruzado (aumentando o preço só para algumas pessoas para viabilizar um produto mais barato para outras)”, afirma.

O diretor-presidente ressalta que as sugestões da agência serão discutidas na audiência e que outras propostas vindas do setor e de instituições de defesa do consumidor devem ser incorporadas.

Planos coletivos

Outro objeto da reformulação são as regras para reajuste de planos coletivos. A ANS quer estabelecer uma cláusula padrão para que os reajustes sejam feitos de modo que os consumidores saibam qual a regra aplicada. Rebello afirma

que o modelo atual permite que os cálculos sejam complexos e de difícil identificação, e essa falta de transparência prejudica o entendimento dos beneficiários em relação ao processo de reajuste. “A ideia é trazer uma fórmula, uma regra ou um indicador específico para que, uma vez ele sendo apresentado, você consiga identificar”, diz.

Atualmente, contratos com mais de 30 beneficiários têm o reajuste acertado em uma negociação livre entre as empresas e operadoras. Já para aqueles que têm até 29 pessoas, vale a regra chamada “pool de risco”, que determina que as operadoras apliquem o mesmo percentual de reajuste a todos os contratos desse tamanho.

A proposta da ANS é aumentar a quantidade de vidas em planos que ficarão submetidos a essa regra, como forma de diluir o valor de eventuais reajustes. Uma das linhas mais fortes, segundo o diretor-presidente, é fixar esse número entre 100 e 200 beneficiários.

“Quando a gente amplia de 29 para 100, 200 (beneficiários), faz com que aumente o número de pessoas dentro daquele pool de risco e com que haja uma diluição do risco para que as pessoas paguem menos em razão daquele reajuste aplicado”, explica.

Planos ambulatoriais

No caso dos planos ambulatoriais, Rebello afirma que a ideia é definir quais atendimentos estarão disponíveis nessa modalidade. Os planos ambulatoriais, conhecidos como

“cartão de desconto”, são aqueles nos quais há oferecimento apenas de consultas e exames, sem a possibilidade de internação ou outros procedimentos mais complexos. De acordo com o diretor-presidente, cerca de 60 milhões de pessoas já utilizam essa modalidade, que atualmente não é permitida pela ANS.

“Vai ter regra clara do que é que você vai ter direito, o que vai ser coberto, quais são essas coberturas que vão ser garantidas”, afirma. “Ninguém é obrigado a contratar (*um plano ambulatorial*), mas a pessoa que quiser fazê-lo dentro de uma lógica de ter acesso a consultas e exames vai ter uma agência que autoriza que uma operadora comercialize esse produto. Aí vamos conseguir enxergar essa população.”

Além das regras discutidas pela ANS, tramita no Congresso um projeto de lei para alterar a regulação dos planos de saúde. O relatório do projeto foi apresentado pelo deputado Duarte Júnior (PSB-MA) há um ano, mas ainda não foi votado.

O diretor-presidente da ANS afirma que as propostas feitas pela agência para a audiência pública são de conhecimento de Duarte, que realizou diversas reuniões com o órgão antes de propor seu relatório. “A lógica das agências reguladoras também tem isso: uma regulação mais rápida, a tramitação e o fluxo das aprovações dos projetos são obviamente mais rápidos do que uma tramitação do Congresso”, diz.

ANS DEFENDE LIMITE FINANCEIRO PARA A COPARTICIPAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE; ENTENDA

InfoMoney – 07/10/2024

Agência reguladora vai realizar audiência pública no dia 7 de outubro para debater o tema.

Uma das propostas anunciadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) no fim da semana passada é a que prevê mecanismos financeiros de regulação, coparticipação e franquia. A agência reguladora prevê a realização de um projeto para reformular a política de preços e reajustes dos planos de saúde privados. Segundo a ANS, objetivo com a coparticipação é:

- Definição do limite financeiro do fator moderador por procedimento (percentual máximo que poderá ser cobrado por procedimento);
- Definição dos limites financeiros mensal e anual;
- Definição dos procedimentos não elegíveis (sobre os quais não poderá haver cobrança por realização).

Rogério Scarabel, sócio do M3BS Advogados e ex-presidente da ANS, avalia que a coparticipação é uma ferramenta importante para racionalizar o uso e controlar a sinistralidade e, consequentemente, manter os custos dos planos mais acessíveis.

“Isso acontece porque os beneficiários tendem a utilizar os serviços de saúde de forma mais consciente quando têm um valor a ser pago por cada procedimento”, diz Scarabel.

Ele lembra que em 2018, foi publicada a Resolução Normativa 433 em 2018, que estabeleceu critérios de proporcionalidade, criando limites máximos para a cobrança de coparticipação e franquia.

“Entretanto, por decisão do STF (*Supremo Tribunal Federal*), ao suspender os efeitos da RN 433 em 2018, acabou revogando a norma, argumentando, em linhas gerais, que a regulamentação precisaria ser mais detalhada e minuciosa para proteger de forma mais robusta os consumidores. A decisão manteve, portanto, a subjetividade da norma e os pagamentos de coparticipação dos procedimentos de alta complexidade ambulatoriais”, diz.

O advogado considera que, ao limitar o valor da coparticipação, a medida era claramente positiva para os beneficiários desses serviços, reduzindo o risco de endividamento ou de desistência do tratamento por dificuldades financeiras.

“A questão da coparticipação permanece em aberto, e vem em bom tempo a discussão, com a necessidade de um reequilíbrio entre os interesses das operadoras e a proteção financeira dos beneficiários. Uma nova regulamentação que incorpore as lições da RN 433 pode ser o caminho para

garantir um ambiente mais previsível e justo para todos os atores envolvidos”, comenta.

A especialista em defesa do consumidor do Procon-SP, Maria Lacerda, ressalta que a coparticipação tem que ser muito bem comunicada ao usuários, que terá que ter reserva financeira para arcar com este custo.

“Muitas vezes, as pessoas adquirem um plano de saúde no limite do seu orçamento. Será que essa pessoa terá uma reserva financeira para pagar a coparticipação?”, questiona Maria.

Ela lembra que em 2017 a ANS chegou a apresentar uma proposta sobre o tema. “À época, havia previsão de coparticipação de 40% do valor. Agora voltou o tema, que também vai ser discutido em audiência pública”, lembra Maria.

Para ela, os principais pontos são: saber como a informação vai chegar para o consumidor, se vai ter reserva e quanto será essa coparticipação.

PROJETO OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A OFERTAR COBERTURA DIFERENCIADA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER

O documento – 07/10/2024

O Projeto de Lei 2163/24 obriga operadoras de planos de saúde a ofertar produtos com cobertura diferenciada para o tratamento do câncer, incluindo procedimentos inovadores reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A proposta, que altera a Lei dos Planos de Saúde, está em análise na Câmara dos Deputados.

Pelo texto, os contratos com cobertura diferenciada deverão especificar quais procedimentos excedem o plano obrigatório e o valor extra a ser pago pelos beneficiários.

Autor do projeto, o deputado Lafayette de Andrada (Republicanos-MG) argumenta que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, já define as coberturas mínimas obrigatórias para os planos de saúde. Ele observa, no entanto, que a inclusão de novos tratamentos e tecnologias muitas vezes ocorre de forma lenta.

“A incorporação de tecnologias inovadoras no tratamento do câncer pode fazer uma diferença significativa na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes”, diz o autor. “Por exemplo, a imunoterapia e as terapias-alvo têm mostrado resultados promissores em vários tipos de câncer, ao aumentar a taxa de sobrevivência e reduzir os efeitos colaterais quando comparadas a tratamentos tradicionais como quimioterapia e radioterapia”, acrescenta.

Próximos passos

A proposta será analisada, em caráter conclusivo, pelas comissões de Saúde; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, a proposta precisa ser aprovada pela Câmara e pelo Senado.

ENTIDADES QUESTIONAM RAPIDEZ E LEGALIDADE DE DISCUSSÃO REVISÃO DE PLANOS INDIVIDUAIS

IstoÉ – 07/10/2024

Diversas entidades de defesa do código do consumidor se mostraram contrárias à audiência pública realizada nesta segunda-feira, 7, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), destacando que revisar os planos individuais e permitir que hajam revisões técnicas é premiar a “ineficiência” de planos que não conseguem se sustentar financeiramente.

O coordenador do programa de Saúde do Instituto brasileiro de defesa consumidor (Idec), Lucas Andrietta, afirmou há pouco durante audiência pública promovida pela ANS para discutir a política de preços e reajustes de planos de saúde que a discussão referente aos planos individuais e familiares é ilegal.

“Na prática, o que estamos discutindo como revisão é ilegal, fere o código de defesa do consumidor”, afirmou, destacando que a agência não criou condições para a participação popular em discussões de temas complexos e com riscos significativos para os consumidores, destacando a necessidade de realizar mais audiências públicas para discutir sobre preços.

Segundo Andrietta, a documentação fornecida em prazos curtos não permite uma compreensão adequada do diagnóstico e das soluções sugeridas, deixando dúvidas sobre os fatores considerados para a definição de preços e políticas de reajuste. Além disso, as soluções propostas parecem estar em desacordo com os princípios do Código de Defesa do Consumidor.

“O que se discute como revisão, na prática, pode ser considerado ilegal por violar o Código de Defesa do Consumidor, propor soluções que não levem isso em consideração pode incentivar a má gestão”, afirmou o representante do Idec, apontando que outras medidas sugeridas contrariam as opiniões técnicas apresentadas em diversas ocasiões, mostrando que a ideia de mutualismo não se concretiza em contratos que abrangem centenas de vidas. Segundo ele, aproveitar-se da flexibilidade regulatória e de créditos no setor público para violar os direitos dos consumidores e pacientes não é aceitável.

O Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon) se mostrou da mesma posição que o Idec,

destacando que é contra a revisão dos planos individuais e a discussão dos planos ambulatoriais nesta sessão. A Brasilcon criticou o fato de a audiência ter sido feita de forma rápida, com um prazo pequeno para que as instituições pudessem apontar os seus dados. "Temas complexos estão tendo de ser expostos em três minutos apenas", afirmaram representantes da entidade, também argumentando que os preços ferem o direito do consumidor.

Representantes da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também se mostraram preocupados com o quão rápida a discussão escalou, reclamando que houve um período muito curto para conseguir se posicionar sobre o assunto, apontando que pode impactar de forma considerável o orçamento das famílias. "Há insuficiência de argumentos do que foi apresentado", afirmou o superintendente de regulação, Cesar Sergio Cardim Junior.

Além de entidades, pessoas físicas também participaram do debate, apontando que as mudanças podem não só encarecer os custos e dificultar que a população tenha acesso a planos de saúde, considerando que há o temor de que os planos individuais tenham aumentos de preço tão altos como acontece com os planos coletivos e que as mudanças diminuam ainda mais a participação de pessoas nessas modalidades.

O outro lado

O superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Paulo Novais Silva, também teceu críticas a realização da audiência da forma como foi feita, destacando que a oferta de planos de saúde hoje enfrenta desafios devido ao aumento de custos,

coberturas em expansão e um volume crescente de utilização.

"Isso complica a manutenção do mutualismo, uma vez que a seleção de mercado ocorre naturalmente, com preços que tendem a selecionar quem pode aderir. Há casos de pessoas que buscam cobertura para doenças específicas no momento da contratação, o que afeta o princípio do mutualismo", afirmou durante a audiência que será realizada hoje até as 17 horas.

Quanto aos reajustes em planos coletivos, o representante da Abramge afirmou que é crucial uma avaliação criteriosa para que as adesões sejam baseadas na cobertura oferecida, e não na condição de saúde do momento. "Sugerimos manter o limite atual de até 49 vidas em planos coletivos, avaliando se uma expansão seria benéfica ou se já produziu resultados positivos", apontou.

Segundo ele, a inclusão compulsória em um grupo maior poderia evitar disputas e a manutenção de uma margem é essencial para financiar os custos mais elevados. Ele defendeu ainda que a decisão de oferecer ou não planos individuais deve passar por uma revisão técnica, apoiada por entidades independentes, para garantir a sustentabilidade e a adequação das ofertas.

A audiência pública realizada pela ANS hoje visa discutir uma proposta para criar várias novas regras para o setor. O texto da ANS, classificado pelo diretor de Normas e Habilitação de Produtos da agência, Alexandre Fioranelli, como um "combo" para evitar distorções com "medidas isoladas", prevê, entre outras mudanças, que planos de saúde individuais e familiares possam ter reajustes excepcionais.

PROJETO DE LEI DA ANS DESAFIA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 04/10/2024

Audiência pública discute novas regras de reajuste e transparência nos contratos de planos de saúde coletivos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará, no dia 7 de outubro, uma audiência pública para discutir um tema de grande relevância social: a política de preços e os reajustes nas mensalidades dos planos de saúde coletivos.

Atualmente, nos contratos coletivos (empresariais ou por adesão), a ANS apenas monitora o valor cobrado pelas operadoras, sem interferir diretamente, uma vez que esses contratos seguem o princípio da liberdade de negociação entre as partes. Assim, cabe às operadoras e aos beneficiários chegar a um entendimento sobre os reajustes.

O problema é que, frequentemente, as operadoras evitam negociar, forçando o beneficiário a buscar alternativas, como a portabilidade para outro plano ou o ingresso de uma ação judicial para reduzir os valores das mensalidades.

Entre os temas que serão debatidos está a definição de cláusulas de reajuste, um ponto que de fato necessita de revisão. Muitas vezes, os contratos contêm cláusulas com critérios incompreensíveis, faltando transparência e clareza nas informações para os beneficiários.

Outro aspecto relevante é a Revisão Técnica de Preços (RTP), que, curiosamente, as operadoras costumam atrasar ou não apresentar nos processos judiciais, mesmo quando solicitadas por peritos.

É importante garantir que tais revisões não afetem os planos individuais e familiares, uma vez que isso poderia entrar em conflito com os critérios de reajuste limitados estabelecidos anualmente pela ANS, gerando mais controvérsias. Isso seria semelhante ao que ocorre com as reclamações sobre o cancelamento unilateral de contratos coletivos, um tema que ainda demanda solução.

É fundamental preservar os critérios atuais para os planos individuais e familiares, além de incentivar o mercado de saúde suplementar a comercializar mais desses contratos, que oferecem maior segurança e clareza para os beneficiários.

No que diz respeito ao estímulo à venda de planos de segmentação ambulatorial, essa pode ser uma alternativa viável para os beneficiários que não conseguem arcar com os custos de um plano completo. Tal medida também pode contribuir para aliviar a demanda do SUS, desde que seja garantido o atendimento dentro dos parâmetros do plano-referência, conforme previsto no artigo 10 da Lei de Planos de Saúde.

Por fim, esses temas são de interesse tanto dos beneficiários quanto das operadoras. A ANS precisará de muita disposição para lidar com os empresários do setor de saúde suplementar, que atendem mais de 51 milhões de

beneficiários. Além disso, é essencial que a agência continue incentivando as operadoras a aprimorem seus serviços, oferecendo preços justos e melhorando a qualidade dos atendimentos.

TRIPPLICAM QUEIXAS DE USUÁRIOS QUE NÃO CONSEGUEM MUDAR DE PLANO DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 04/10/2024

Advogados dizem que idosos e pessoas com doenças preexistentes são os que sofrem mais entraves.

Em cinco anos, triplicou o número de reclamações na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de beneficiários com dificuldade de mudar de plano de saúde sem ter que cumprir carência.

Entre janeiro e agosto deste ano, foram 3.748 queixas referentes ao tema portabilidade de carências, contra 1.005 no mesmo período de 2019. Em relação ao primeiro semestre de 2023, com 2.091 reclamações, o salto foi de 79%.

Em nota, a ANS informou que as queixas têm como base os relatos dos beneficiários e não possuem análise de mérito sobre eventual infração da operadora de planos de saúde ou das administradoras de benefícios. "A identificação de possíveis condutas infrativas só é feita após a análise individual das demandas."

Além dessa dificuldade, advogados também relatam aumento de consumidores que sequer conseguem contratar novos planos de saúde. Em geral, nos dois casos, o perfil é o mesmo: pessoas idosas ou com doenças preexistentes ou que têm dependentes em situações críticas de saúde.

É o caso da psicóloga e advogada Caroline Pedrazani Bueno, 45, mãe do menino Erdimir, 3, que depende de cuidados médicos em casa (home care), após ter sofrido uma lesão na traqueia durante cirurgia feita aos dois meses de idade.

Caroline tem um plano SulAmérica, ofertado pela empresa onde trabalhava. Após ser desligada, manteve o direito de permanecer no contrato por 15 meses. O prazo, segundo ela, vence no próximo dia 31 de outubro.

Desde junho, ela diz que tenta, sem sucesso, a portabilidade sem carência ou mesmo a contratação de um novo plano na mesma seguradora.

"Eu entro com protocolos e tento migrar do plano empresarial para uma categoria de classe [por meio do Conselho Regional de Psicologia ou da Ordem dos Advogados do Brasil, dos quais é associada] e eles dizem que eu não posso fazer isso porque a categoria do plano é diferente."

Para Caroline, a dificuldade está relacionada às questões de saúde do filho Erdimir, seu dependente no plano. Após ter ficado um ano na UTI depois do nascimento, hoje ele precisa de traqueostomia [abertura na traqueia para levar ar até os pulmões] e de gastrostomia [procedimento para fixação de sonda alimentar].

"Precisamos desse cuidado [home care]. Ele saca a traqueia, para de respirar, é sempre muito caótico, Também precisa de

muitas terapias, insumos. É óbvio que o plano não tem interesse que eu faça essa migração."

Nesta semana, ela ingressou com ação na Justiça com um pedido de antecipação de tutela para se manter no plano e obteve liminar favorável. "Eu não tenho condição de ficar uma hora sem plano de saúde." Ela também protocolou queixa na ANS.

Em nota, a SulAmérica informou que, por se tratar de uma mudança de tipo de contratação, carteira e produto, é necessário que a beneficiária contrate o novo plano de saúde por intermédio de administradora de benefícios ou um corretor de sua preferência.

Caroline afirma que tentou a migração por meio de uma administradora de benefícios. "Na hora que a gente foi migrar, aparece a informação de que o usuário está bloqueado pela SulAmérica. Parece que estamos numa lista negra, daqueles que não valem a pena porque custam muito."

Segundo a operadora, o contrato de Caroline está vigente até 30 de abril de 2025. "A operadora segue à disposição da beneficiária para esclarecimentos", informou. Carolina, por sua vez, diz que a própria empresa onde trabalhava informou que o contrato do plano está válido até o fim deste mês.

No mês passado, o CFJ (Conselho Federal de Justiça), que funciona junto ao STJ (Superior Tribunal de Justiça), publicou um documento com 47 entendimentos que servem de parâmetro para futuras decisões judiciais de temas da saúde pública e suplementar.

Um deles, o enunciado 16, trata do tema portabilidade de carências e diz que ela é permitida de qualquer modalidade de plano de saúde para um novo contrato, inclusive nos casos de nova contratação por pessoa jurídica. Para advogados, esse entendimento se aplica no caso de Carolina.

Segundo advogada Marina Pauledli, do Idec (Instituto de Defesa do Consumidor), mesmo com essa orientação do STJ, para alguns perfis de beneficiários, a dificuldade em fazer a portabilidade persiste.

"Ou as operadoras não oferecem a portabilidade ou o ingresso dos consumidores, principalmente os idosos ou os que usam os planos com frequência, têm dificuldade de terminar a portabilidade", diz.

O advogado especializado em direito da saúde Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva, afirma que tanto a portabilidade quanto a contratação de um plano se tornou um problema enorme para os consumidores com doenças preexistentes ou idosos.

"Eles buscam um corretor que, na grande maioria das vezes, se recusa a fazer o pedido de portabilidade de carências, diz que é o próprio consumidor que tem que fazer o pedido." Em geral, isso ocorre porque o corretor não ganha comissão da operadora em casos de portabilidade.

Quando o usuário consegue fazer o pedido, explica o advogado, na maior parte das vezes, a operadora recusa, dizendo que não tem interesse, ignorando a regra de portabilidade da ANS.

Segundo Robba, nos casos de consumidores que tentam contratar um novo plano, ao declarar qualquer situação de doença preexistente, é comum as operadoras fecharem as portas. Em ambas as situações, após esgotadas as tentativas de negociação com os planos ou com as administradoras de benefícios, os usuários recorrem à Justiça e, na maioria das vezes, obtêm liminares favoráveis.

"Fazem uma seleção de risco que a própria ANS proíbe. A lei dos planos de saúde diz que nenhum consumidor vai ser

impedido de participar de plano em razão de condição de saúde ou por idade, mas o que a gente percebe é que as operadoras estão fazendo isso."

Em notas, a Fenasaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) e a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) afirmam que as operadoras associadas não fazem seleção de risco e seguem estritamente as normas estabelecidas pela ANS para a execução da portabilidade.

"São processos que levam em consideração fatores como compatibilidade de preços, modalidade de plano e prazos mínimos de permanência no plano", informa a Fenasaúde.

A ANS diz que orienta o usuário que estiver enfrentando problemas para realizar a portabilidade para que procure, inicialmente, a operadora pretendida para que ela resolva o problema.

"A ANS disponibiliza o telefone das ouvidorias dos planos em seu portal na internet. Caso a questão não seja resolvida, registre reclamação junto à ANS nos canais de atendimento."

PROJETO AMPLIA DE 30 PARA 180 DIAS VALIDADE DE PEDIDOS DE EXAMES

Senado - 03/10/2024

Usuários de planos de saúde podem ganhar mais tempo para fazer os exames pedidos pelos médicos, sem a necessidade de novas requisições. O senador Jorge Seif (PL-SC) apresentou um projeto de lei que pretende estender a validade desses pedidos de 30 para até 180 dias, propondo uma mudança na Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656, de 1998).

O projeto (PL 3.539/2024) destaca que atualmente as operadoras de planos de saúde limitam a validade dessas solicitações a 30 dias. Segundo o senador, muitas condições médicas, especialmente doenças crônicas, exigem um período maior para que os ajustes terapêuticos sejam detectáveis por meio de exames complementares. Ele argumenta que doenças como diabetes, hipotireoidismo, osteoporose e artrite reumatológica requerem monitoramento contínuo, o que torna inviável a renovação das solicitações em prazos tão curtos.

A proposta de estender a validade das solicitações dos exames complementares, como os de sangue e os de imagem, para até 180 dias a partir da data de emissão busca

facilitar a vida dos pacientes, argumenta Seif. Com a mudança, eles não precisarão renovar as prescrições com tanta frequência — o que, de acordo com o senador, pode atrapalhar a continuidade dos tratamentos.

Na justificativa do projeto, o senador menciona a regulamentação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), que, em 2022, estabeleceu o prazo de 180 dias para a validade das solicitações de exames complementares no estado. Seif ressalta que o alcance da medida é restrito ao Rio de Janeiro, e, por isso, o projeto pretende estender a regra a todo o país, transformando-a em uma norma nacional.

"A definição de regras claras para as operadoras de planos de saúde ajudará a diminuir os custos e o tempo gastos com a reemissão de solicitações de exames, beneficiando tanto os pacientes quanto o sistema de saúde suplementar como um todo", afirma o senador.

O projeto aguarda encaminhamento para análise das comissões do Senado.

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.