

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

16 de outubro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS incorpora novas tecnologias ao Rol](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Fraude nos planos de saúde: uma conta que todos pagam](#) – Fonte: Estadão

[ANS estuda parcelar em 5 anos reajustes excepcionais de planos de saúde individuais](#) – Fonte: CQCS

[Saúde suplementar: a necessidade de maior regulação](#) – Fonte: Correio do Brasil

[ANS lança chamamento público para prestadores de serviços diagnósticos](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Cresce o número de exames de retina na saúde suplementar](#) – Fonte: Saúde Business

[Prevenir ou remediar: nova proposta da ANS para planos de saúde gera receio em beneficiários](#) – Fonte: Metro1

[Planos de saúde: “combo de preço” é alvo de críticas de Procon e especialistas do setor; saiba mais](#) – Fonte: E investidor

[A alarmante relação entre saúde e ataques cibernéticos](#) – Fonte: Saúde Debate

[Polícia do Rio prende suspeita de fraude de R\\$ 11 milhões contra plano de saúde](#) – Fonte: O Globo

[Presidente da ANS diz que 'quer um pouco mais de transparência' no reajuste dos planos coletivos](#) – Fonte: O Globo

ANS INCORPORA NOVAS TECNOLOGIAS AO ROL

(GOV) ANS – 16/10/2024

Tratamentos para câncer de próstata, osteoporose na pós-menopausa e citomegalovírus passam a ter cobertura na saúde suplementar.

Em Reunião realizada no dia 14/10, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a inclusão ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde das seguintes tecnologias:

- Ganciclovir, medicamento para tratar infecções causadas por citomegalovírus (CMV) em indivíduos imunossuprimidos pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), por meio da atualização da diretriz de utilização (DUT) 158 do procedimento “Terapia medicamentosa injetável ambulatorial (com diretriz de utilização)”;

- Abiraterona, em associação ou não ao docetaxel, para tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm), por meio da atualização da DUT 64 do procedimento “Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer (com diretriz de utilização)”;

- Romosozumabe, terapia imunobiológica para mulheres com osteoporose na pós-menopausa e que falharam ao tratamento medicamentoso, que tiveram duas ou mais

fraturas, por meio da atualização da DUT 65.15 do procedimento “Terapia imunobiológica endovenosa, intramuscular ou subcutânea (com diretriz de utilização)”. Essa tecnologia já constava no Rol, tendo sido ampliada a sua cobertura, por meio da retirada da faixa etária para a qual estava anteriormente indicada.

As incorporações seguiram o que determina a Lei 14.307/2022, para que, após a recomendação positiva pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) para inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS), as tecnologias sejam incluídas no Rol da Agência. Assim, elas passam a ter cobertura obrigatória na saúde suplementar, de acordo com suas diretrizes de utilização, a partir de 22/10.

Sobre o Rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conta com tecnologias disponíveis aos beneficiários entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias, atendendo às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

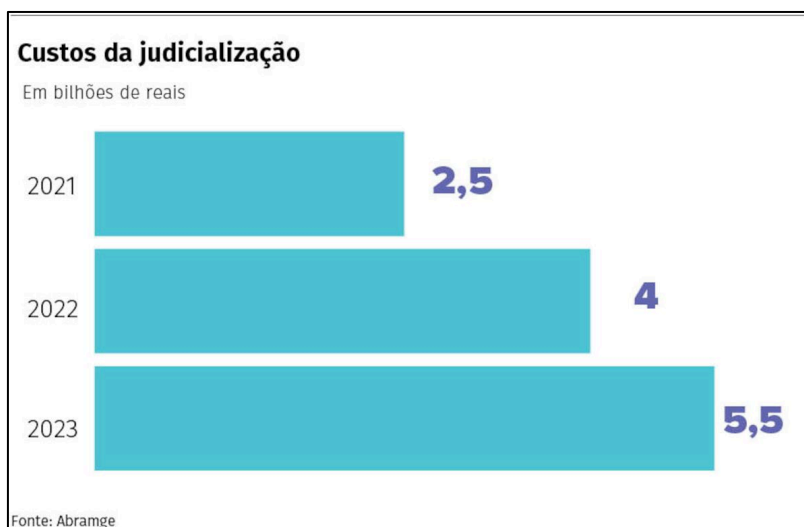
FRAUDE NOS PLANOS DE SAÚDE: UMA CONTA QUE TODOS PAGAM

Estadão – 16/10/2024

Atitudes como pedidos de reembolso de serviços que não foram prestados elevam as despesas das operadoras e geram custos que acabam cobertos pelo conjunto de beneficiários

As fraudes contra o sistema privado de saúde no Brasil custam às operadoras cerca de R\$ 20 bilhões anuais, de acordo com projeção feita pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Não se trata de um número exato, já que, muitas vezes, há uma fronteira tênue entre as fraudes deliberadas e o mau uso dos recursos do sistema, como a repetição desnecessária de exames. O IESS estima que pelo menos mais de R\$ 14 bilhões anuais decorrentes de desperdícios não sejam necessariamente motivados por má-fé.

Quando se fala em ações fraudulentas, há tanto as executadas por quadrilhas criminosas externas ao sistema quanto as realizadas por integrantes do próprio sistema”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS. “Elas podem acontecer, por exemplo, por meio de superfaturamento ou da comunicação de eventos desnecessários”, descreve. Os próprios beneficiários muitas vezes acabam contribuindo para o problema, ao fornecer a senha de acesso a prestadores de serviço que se propõem a “facilitar” o processo de pedido de reembolso. Com isso, perde-se o controle sobre os pedidos feitos e abre-se a porta para ações mal-intencionadas.



A principal orientação aos beneficiários é jamais passar o login e a senha a quem quer que seja”, diz Cássio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge. “Se a gente não faz isso com a senha do nosso banco ou do nosso e-mail, por que faríamos com o plano de saúde?”, questiona. Quem compartilhou esses dados em algum momento deve mudar a senha imediatamente e checar se não houve pedidos de reembolso por serviços inexistentes ou até mesmo alterações cadastrais. Quando o beneficiário percebe que algo estranho está ocorrendo, um grande estrago já pode ter sido feito.

Não há fraude tolerável

O diretor técnico-médico da associação que representa planos de saúde trabalha com regulação médica há três décadas e diz que as fraudes sempre existiram na saúde suplementar, envolvendo todas as etapas do processo – desde a composição do grupo que contrata o plano até a cobrança de procedimentos. Ele lembra, por exemplo, da “máfia das próteses”, organização criminosa que levou à condenação de várias pessoas envolvidas no superfaturamento de órteses e próteses usadas na realização de cirurgias sem necessidade e na utilização de produtos de baixa qualidade nessas cirurgias, enquanto o paciente pagava pelas alternativas mais caras.

A grande mudança, afirma Alves, é que as fraudes deixaram de ser analógicas e agora são digitais, com um potencial muito maior de velocidade e de alcance. “Valorizamos as vantagens propiciadas pela digitalização, especialmente a facilidade e a agilidade para os beneficiários em processos como pedidos de reembolso, mas essa mesma tecnologia abriu a possibilidade para novos tipos de fraude”, lembra. Empenhadas no combate às fraudes digitais, as operadoras

têm investido cada vez mais em tecnologia da informação, incluindo recursos de inteligência artificial.

Há fortes indícios, no entanto, de que as fraudes continuam ocorrendo amplamente no processo de pedidos de reembolso. “Em 2022, o crescimento das despesas por reembolso foi 25,3 pontos percentuais maior do que a despesa assistencial, quando o esperado seria que a variação dos dois números andasse mais ou menos lado a lado. Se observados os últimos cinco anos, entre 2019 e 2023, a diferença foi ainda maior: de 60 pontos percentuais”, diz Alves.

Há alguns tipos de fraude que foram de certa forma “incorporados” pela sociedade e, infelizmente, também são ações que desequilibram o mercado e oneram o conjunto de beneficiários. Os dois exemplos mais comuns são os pedidos de reembolso com serviços diferentes daqueles que foram efetivamente prestados, pois não possuem cobertura do plano de saúde, e a divisão do valor da consulta ou do procedimento em vários recibos, para que o beneficiário possa fazer mais de um pedido de reembolso. “Um dos aspectos que influenciam o cálculo atuarial dos planos de saúde é o número de sinistros. Se um sinistro é transformado em três ou quatro, isso contribui para aumentar os valores dos planos, e mais uma vez todo o conjunto de beneficiários paga essa conta”, observa Alves.

O diretor técnico-médico da Abramge ressalta que muitas fraudes são flagradas por auditorias e outros processos, resultando em processos judiciais contra os autores. “Mesmo no mundo digital, os responsáveis costumam ser identificados. O setor tem investido muito em tecnologia.”

ANS ESTUDA PARCELAR EM 5 ANOS REAJUSTES EXCEPCIONAIS DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

CQCS – 15/10/2024

Diretor-presidente prevê possibilidade de aumentos diluídos em caso de desequilíbrio nos contratos.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) não vai criar nenhuma medida com o objetivo de prejudicar os beneficiários de planos de saúde no país, afirma o diretor-presidente do órgão regulador, Paulo Rebello, em entrevista à Folha.

A declaração é uma resposta às críticas que a agência recebeu nos últimos dias por colocar em debate um pacote de ações que abre margem para mudanças na política de preços dos serviços.

Um dos pontos mais contestados por representantes dos consumidores é a possibilidade de planos individuais e familiares terem reajustes excepcionais mediante a comprovação de desequilíbrio econômico-financeiro nos contratos.

Caso a proposta avance, Rebello diz defender a fixação de “ciclos” para que as operadoras possam pedir a revisão técnica. Os “ciclos”, segundo ele, podem chegar a cinco anos.

Durante o período, as empresas ficariam impossibilitadas de obter mais de uma revisão em um mesmo contrato. “São questões que a gente precisa ainda estudar, mas defendo isso. Ou seja, não seria a cada ano apresentar uma revisão técnica”, afirma o diretor-presidente.

Ele também defende a ideia de que os reajustes excepcionais, se aprovados, sejam parcelados —ou diluídos— ao longo do prazo. A intenção seria atenuar o impacto para as famílias.

“Esses cinco anos seriam o tempo em que haveria a diluição [do aumento] caso a agência venha a autorizar o reajuste da revisão técnica.”

A possibilidade estaria condicionada à definição de requisitos que caracterizam ameaça ao equilíbrio das operadoras. “Você [empresa] precisa justificar e demonstrar perante a agência qual foi o motivo desse desequilíbrio”, aponta Rebello.

Em agosto, a ANS contabilizou quase 8,8 milhões de beneficiários de planos de saúde individuais e familiares no país. O contingente equivale a 17,1% do total de 51,4 milhões de consumidores de planos de assistência médica —a maioria é atendida por contratos coletivos (42,6 milhões).

No caso dos planos individuais ou familiares, a ANS aprova, anualmente, um limite para os reajustes. Neste ano, o índice máximo autorizado foi de 6,91%. Já o aumento médio dos planos coletivos foi de 13,8%.

Mudanças em planos coletivos

A ANS também propõe mudanças nas modalidades coletivas.

Uma delas é a definição de uma cláusula padrão que trate dos critérios dos reajustes. O objetivo seria dar ao consumidor maior transparência sobre o cálculo realizado para a definição dos percentuais.

Ainda nos planos coletivos, outra medida levada para a discussão é a ampliação de agrupamentos, hoje compostos por contratos com até 29 beneficiários. O objetivo seria diluir riscos e obter aumentos “mais equilibrados”.

“Nos contratos coletivos acima de 29 vidas, a gente via um comportamento um pouco mais homogêneo com relação ao reajuste divulgado pelo setor, enquanto esses contratos de até 29 vidas tinham uma certa discrepância”, afirma Rebello.

“Obviamente, com um grupo menor e talvez uma situação de medicamento com custo ou tratamento mais caro em algum desses pacientes, você acaba tendo um repasse maior no valor da mensalidade”, acrescenta.

Críticas de consumidores

O pacote de possíveis alterações foi tema de audiência pública no dia 7 de outubro. O evento online foi marcado por uma série de críticas de beneficiários e representantes dos consumidores.

Eles reclamaram dos serviços prestados por operadoras no país e da forma como as mudanças foram colocadas em discussão pela ANS.

Uma das queixas envolveu a suposta pressa na condução do processo. A agência anunciou em 27 de setembro a aprovação do projeto de reformulação da política de preços e a realização da audiência pública no início de outubro.

Rebello diz que o tema já vinha no radar do órgão, mas afirma que o debate ainda está em fase inicial.

Segundo ele, a intenção é assegurar que o beneficiário “não sofra” com a paralisação de serviços em caso de dificuldades financeiras e falência de operadoras.

“Obviamente, a agência em nenhum momento vai estar criando qualquer medida que seja com o intuito de prejudicar o consumidor, muito longe disso”, declara.

Leia mais

Ainda não há uma data definida para a conclusão das discussões. A próxima etapa do processo, conforme o diretor-presidente, é a tomada pública de subsídios.

Nessa fase, interessados poderão enviar sugestões e críticas por meio de um formulário no site da ANS. A expectativa é

divulgar o documento a partir de quarta-feira (16), segundo Rebello.

“Estamos abertos ainda a esse processo de transparência, para que as pessoas possam apresentar as suas razões e as suas opiniões relacionadas à proposta que a gente está colocando”, diz.

Uma das entidades que criticaram a ANS foi o Idec (Instituto de Defesa de Consumidores). Em nota, o coordenador do programa de saúde do Idec, Lucas Andrietta, disse que o conjunto de propostas atende apenas a interesses do setor regulado, não incorporando nenhuma reivindicação relevante e historicamente defendida pela sociedade civil.

“Distorce prioridades e falha em demonstrar a causalidade entre problemas e soluções”, afirmou.

O instituto também disse considerar inapropriado discutir em uma mesma audiência “temas tão complexos e com grande potencial negativo às pessoas consumidoras”.

Na visão da entidade, a iniciativa abre brechas para “abusividades” contra os usuários.

Veja as propostas de mudanças da ANS

Revisão técnica de preços de planos individuais/familiares: estabelecer requisitos para que operadoras possam ter reajustes excepcionais para o conjunto da carteira individual em razão de desequilíbrio econômico-financeiro em determinado contrato.

Reajuste de planos coletivos: ampliar tamanho dos agrupamentos, hoje compostos por contratos com até 29 beneficiários, para maior diluição do risco e obtenção de reajustes mais equilibrados; dar ao consumidor maior transparência sobre o cálculo realizado para a definição do percentual de reajuste.

Coparticipação e franquia: definição do 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).

Venda online: obrigatoriedade da venda de planos via internet, a fim de facilitar o acesso dos consumidores a diferentes opções de produtos, de forma rápida.

Planos exclusivamente ambulatoriais: revisão das regras atuais a fim de incentivar a venda de planos com cobertura para realização de consultas e exames de forma segura para o consumidor.

SAÚDE SUPLEMENTAR: A NECESSIDADE DE MAIOR REGULAÇÃO

Correio do Brasil – 15/10/2024

A sustentabilidade da Saúde Suplementar no Brasil exige ajustes urgentes para garantir o equilíbrio entre os interesses dos usuários, operadoras e profissionais do setor.

Um quarto da população brasileira depende dele. Mais de 51 milhões de pessoas. Saúde Suplementar, setor estratégico que permite, entre outras coisas, manter o atendimento do Sistema Único de Saúde- SUS.

SUS, um dos mais eficientes, eu diria, sistemas de atendimento universalizado à população no mundo. Sem a

Saúde Suplementar seria quase inviável economicamente manter funcionando na qualidade atual, mesmo com suas deficiências. Para permitir que essa complementaridade se mantenha, necessário fazer ajustes e evitar a inviabilização para grande parte dos usuários dos planos de saúde.

O Conselho Regional de Medicina de Pernambuco criou a primeira Câmara Temática do País para discutir o assunto. Representantes dos diferentes segmentos se fazem presentes. 18 participantes, desde profissionais da saúde, representantes de Operadoras de Planos de Saúde e de

Administradoras de apólices dos planos, associações de profissionais envolvidos no tema, entre outros. Fui convidado para representar os usuários e lá me faço presente.

Com todas as reclamações dos grupos empresariais do setor, os resultados que o setor alcança têm sido muito significativos. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o lucro líquido do setor no primeiro semestre de 2024 foi superior a 5,1 bilhões de reais, um aumento de mais de 250% em relação ao mesmo período de 2023. Uma fantástica recuperação dos dois anos de pandemia, 2021 e 2022, onde houve excesso de demanda e sinistralidade alta. Desse valor de 2024, 3,3 bilhões foram os lucros das operadoras médico-hospitalares, principalmente as de grande porte.

Nesse mercado, estratégico e fundamental para o país, faz-se importante entender como a ANS o regula e as características peculiares de seu funcionamento. Evidentemente, que num artigo como este, não pretendemos aprofundar a legislação, muito menos o modo operante que caracteriza o segmento, apenas alertar para questões que podem e devem ser enfrentadas para permitir uma melhor estruturação do segmento.

Jogo de confronto

Nessa direção, fundamental entender as lógicas que motivam os usuários, as administradoras de apólices, os operadores dos planos e os profissionais envolvidos nos serviços prestados. Jamais pode ser um jogo de confronto, mas, como interessa a todos manter o sistema funcionando adequadamente, fundamental procurar entendimento que faça com que se chegue a acordos viáveis.

Do lado dos usuários as dificuldades são enormes. Tenho procurado fazer um levantamento com aqueles a que tenho acesso. Um ponto crucial é a questão do preço.

Existem Planos Individuais ou Familiares e Coletivos, por Adesão ou Empresariais. A ANS regula apenas os planos individuais e familiares no que tange à taxa de reajuste. Tendo em vista esse aspecto regulatório, estes planos praticamente não são mais oferecidos. Quando são, têm preços impeditivos.

Nos planos coletivos, os reajustes são por negociação direta que deve levar em consideração a sinistralidade e os custos operacionais. Acontece que os usuários são representados, em geral, pelas administradoras de apólices de seguro, as quais nem sempre conhecem as dificuldades reais do segmento.

Um simples levantamento dos aumentos dos últimos cinco anos, frente à inflação ou mesmo aos reajustes salariais médios conseguidos, mostra números astronômicos, nos Planos Coletivos, em desfavor dos usuários. Mostra a inviabilização crescente dos grupos existentes e a quase expulsão dos usuários dos planos.

Na tentativa de não perder participantes, são oferecidos novos planos, sempre coletivos, com os mesmos benefícios, sem carência, àqueles que interessam. No caso de idosos, um problema sério, pois seus custos aumentam e isto parece ser claro para as operadoras. Eles dificilmente recebem essas ofertas para migrar para planos a preços mais vantajosos com o mesmo atendimento.

Fico assustado ao ir a uma farmácia e pedir um remédio e ser notificado que terei um desconto por ter um determinado plano de saúde. Evidentemente, isso pode permitir, caso se tenha a informação, um mapeamento do perfil do indivíduo e conseqüentemente do potencial da sinistralidade, o que, além de invadir a privacidade, pode enfraquecer qualquer negociação.

Um problema sério é a possibilidade de desligamento dos idosos do plano. Dificilmente se encontrará um novo plano adequado que o aceite. Houve recentemente casos como esse em Pernambuco. Mesmo que a vida toda tenha contribuído e usado pouquíssimo o plano, isso não é levado em consideração. A judicialização dos casos tem sido o caminho, o que leva a desgastes e torna a relação sempre conflituosa.

Planos coletivos

Com esse quadro, é fundamental que a ANS participe do processo e defina um regramento que possa diminuir ou mesmo eliminar esses problemas. Definir um teto de reajuste para os planos coletivos pode ser fundamental, a participação do orçamento público para parcelas vulneráveis na medida em que é prioridade manter um bom funcionamento deste segmento prioritário para a população, outro caminho, deixar com a livre negociação atual, um desastre prenunciado.

Não se deve deixar de analisar os interesses empresariais também envolvidos. As contas têm que fechar, obviamente com margens de lucro bem menores que as atuais. Propor apenas legislações que onerem em muito o sistema com uma visão populista pouco ajuda.

Tem-se claro que a saúde passa por processos de modernização acelerados, o que onera o sistema bastante. Nessa direção, um sistema de financiamento que leve em consideração essa realidade faz-se necessário.

Além disso, fundamental ter um modelo eficiente de evitar fraudes. Os exemplos são vários e constrangedores. Usos indevidos dos planos, superfaturamentos, cobranças de procedimentos e consultas inexistentes são usuais e oneram em demasia os grupos dos planos aumentando em muito a taxa de sinistralidade e conseqüentemente os reajustes aplicados. Uma prática que deve ser combatida com muito rigor.

Ainda, deve ser analisado o lado dos profissionais que trabalham no setor da saúde. Eles são fundamentais para manter a qualidade dos serviços. Nos últimos anos, muitos profissionais têm se desligado dos planos. Há alegações de remunerações não condizentes, além de que os planos não dão suporte com equipamentos e materiais adequados, o que leva a comprometer a qualidade dos procedimentos profissionais. Acordos têm sido tentados, nem sempre implantados. Uma mediação que não fragilize o atendimento faz-se necessária. Nessa, os Conselhos Regionais de Medicina passam a ter papel importantíssimo.

Enfim, problema complexo que exige soluções e propostas inventivas e elaboradas.

Parabenizo o CREMEPE pela iniciativa.

ANS LANÇA CHAMAMENTO PÚBLICO PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS

(GOV) ANS – 15/10/2024

Estão abertas as inscrições para a nova etapa do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de lançar um edital de chamamento público para selecionar entidades jurídicas de direito público ou organizações da sociedade civil atuantes no segmento de Serviços Diagnósticos na Saúde Suplementar para a celebração de termos de cooperação técnica. O objetivo é estimular a participação desses integrantes do setor na nova fase do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS). As inscrições podem ser feitas de 15/10/2024 a 29/11/2024, por meio do envio dos documentos solicitados no edital para o endereço chamamento.qualiss@ans.gov.br

Confira o Edital e as principais informações sobre as inscrições [aqui](#).

De acordo com o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, a iniciativa é uma etapa fundamental para o avanço dos programas de monitoramento da qualidade da ANS: "A avaliação da qualidade dos serviços de medicina diagnóstica é altamente relevante para o setor de

saúde suplementar. As entidades escolhidas nos ajudarão a implementar, na prática, este novo projeto e o consumidor será o principal beneficiado, com maior poder de avaliação e escolha de onde realizar os procedimentos de saúde necessários", destacou.

O edital busca estabelecer parcerias com instituições que tenham capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços Diagnósticos na Saúde Suplementar. Vale ressaltar que a cooperação técnica não contempla repasse de verbas.

O Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar, como hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, e aumentar a disponibilidade de informações sobre a qualidade desses prestadores. A nova etapa irá monitorar, avaliar e divulgar os resultados dos indicadores de qualidade de serviços de medicina diagnóstica. Para saber mais, [clique aqui](#).

CRESCER O NÚMERO DE EXAMES DE RETINA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 14/10/2024

Estudo do IESS aponta alta expressiva na realização de mapeamento de retina durante a pandemia, enquanto consultas oftalmológicas tiveram queda no mesmo período.

Os cuidados com a visão e a prevenção de problemas oculares são essenciais para garantir uma boa qualidade de vida. Entre 2019 e 2023, o número de beneficiários de planos de saúde que realizaram exames de mapeamento de retina cresceu de maneira expressiva no Brasil, passando de 4,1 milhões para 7 milhões. Esses dados constam no Texto para Discussão nº 107 – "Análise da Saúde Ocular na Saúde Suplementar: Desafios e Perspectivas", elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O exame, também conhecido como fundoscopia ou exame de fundo de olho, é um procedimento oftalmológico que avalia a saúde da retina, do nervo óptico e dos vasos sanguíneos. Durante a pandemia de Covid-19 em 2020, o número de exames aumentou, em contraste com a queda observada em outros procedimentos. O total passou de 4,1 milhões em 2019 para 4,6 milhões em 2020. Nos anos seguintes, o crescimento foi ainda mais acentuado, com 5,7 milhões em 2021, 6,6 milhões em 2022 e, finalmente, 7 milhões em 2023.

A análise, baseada no Painel de Dados do TISS (D-TISS), também destaca o aumento das cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas, realizadas no tratamento do glaucoma. Entre 2015 e 2023, esses procedimentos subiram de 8,1 mil para 12,7 mil.

"É crucial estar atento à saúde ocular. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 2,2 bilhões de pessoas em todo o mundo convivem com cegueira ou deficiência visual, sendo que metade desses casos poderiam ser evitados ou tratados. A prevenção é o melhor caminho, já que a deficiência visual impacta significativamente a qualidade de vida", ressalta o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

Outro estudo do IESS, intitulado "Número de Consultas na Saúde Suplementar: Evolução entre 2019 e 2022", revelou uma queda de 5,7% no volume de consultas oftalmológicas no período, passando de 15,7 milhões para 14,8 milhões. Mesmo assim, a oftalmologia permaneceu como a terceira especialidade mais demandada, atrás apenas de clínica médica e obstetrícia.

Para conferir o estudo na íntegra, acesse o [site do IESS](#).

PREVENIR OU REMEDIAR: NOVA PROPOSTA DA ANS PARA PLANOS DE SAÚDE GERA RECEIO EM BENEFICIÁRIOS

Metro1 – 14/10/2024

Proposta prevê que planos de saúde individual ultrapassem o teto de reajuste da ANS caso operadoras declararem dificuldade financeira.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está propondo novas regras para os planos de saúde e uma delas, em especial, tem sido alvo de críticas de insitutos defensores

dos consumidores e de preocupação por parte dos beneficiários. A medida em questão pode autorizar a revisão para reajustes excepcionais de planos individuais, permitindo um aumento acima do teto delimitado pela própria agência.

Em entrevista ao Jornal Metropole, o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, explicou a nova regra. De acordo com ele, caso as operadoras declarem dificuldade financeira, poderão ser repassados ao usuário um valor que ultrapasse o teto de reajuste imposto a esse tipo de plano. O valor pode ser “diluído num prazo de 2, 3 ou 4 anos”, segundo Rebello. Atualmente, os planos empresariais não têm limite no reajuste anual, enquanto os individuais precisam obedecer o teto estipulado pela ANS - nesta ano, por exemplo, o teto foi de 6,91%.

Ainda de acordo com o diretor-presidente, as questões para definição dos reajustes devem vir após a audiência pública que foi realizada na segunda-feira (7), com a participação popular. A equipe de comunicação da ANS, no entanto, informou que ainda não há data para que a área técnica finalize a análise das contribuições, pois foi uma reunião muito extensa.

Apreensão dos beneficiários

Enquanto isso, a população segue aflita com a possibilidade de que a proposta de reajuste seja aprovada. O estudante Arthur Teodoro, de 25 anos, por exemplo, já mostra preocupação. Para ele, mesmo com o teto da ANS, arcar com o plano de saúde já é um desafio. “Tenho que trabalhar e me

virar nos 30’ para conseguir pagar R\$420 de plano. Conto com a ajuda da minha mãe e da minha tia para isso, porque sem a ajuda delas, eu não iria conseguir de forma alguma. Cada mês é um desafio. Eu penso em cancelar, porém é algo essencial, tenho que fazer minha terapia, eu tenho que fazer meus exames, porque tenho problemas nos joelhos”, contou o estudante.

Há, pelo menos, três tipos de reajustes nos planos de saúde: o anual, aplicado no aniversário do contrato e que tem o teto imposto pela ANS para os planos individuais; reajuste por mudança de faixa etária; e ainda reajuste por sinistralidade, que é quando as operadoras alegam que o número de atendimentos cobertos foi maior do que o previsto. As queixas sobre esses reajustes têm levado muitos beneficiários à Justiça. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), só em 2024, 4.535 novos processos chegaram ao Tribunal de Justiça da Bahia envolvendo a Saúde Suplementar.

O aposentado Virgílio Andrade é um dos beneficiários que recorreu ao Judiciário por conta dos reajustes. Abordado pela equipe do Repórter Metropole na rua, ele contou que já recebeu cobrança questionável e que precisou recorrer juridicamente. “Eu estou indo para a Justiça resolver agora. Dá reajuste no meio e no final do ano. É muito alto. Eu pagava com minha esposa em torno de R\$900 e passou para R\$2.110. Altíssimo”, disse o gerente de banco aposentado, relatando que estava indo encontrar com sua advogada e que iria recorrer ao Procon.

PLANOS DE SAÚDE: “COMBO DE PREÇO” É ALVO DE CRÍTICAS DE PROCON E ESPECIALISTAS DO SETOR; SAIBA MAIS

Em investidor – 14/10/2024

Entidades de saúde se mostraram contrárias ao reajuste dos planos individuais, podendo aumentar planos desequilibrados.

As propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para reduzir os custos dos planos de saúde conhecidas como “combo de preço”, que entraram em consulta pública na semana passada, não foram bem aceitas pelos órgãos de defesa do consumidor e de especialistas do setor de saúde.

Entidades como o Instituto de Defesa de Consumidores (Idec), a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon) e o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon) se mostraram contrários ao reajuste dos planos individuais, alegando que isso pode resultar em aumentos adicionais em planos já desequilibrados, apontando que houve pressa e falta de transparência na convocação da audiência, o que traz preocupações sobre os direitos do consumidor e a efetividade da regulação.

Especialistas afirmaram ao Broadcast que permitir que haja revisões técnicas nos planos individuais é premiar a “ineficiência” de operadores que não conseguem se sustentar financeiramente. Além disso, as reclamações se estenderam também à mistura de temáticas, com questões de diferentes maturações sendo discutidas em uma única audiência, sem que elas, de fato, se correlacionem.

Maria Feitosa, do Procon-SP, defendeu que os assuntos, que foram desde o reajuste de planos coletivos, os mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia), vendas

on-line até revisão técnica de preços de planos individuais/familiares, precisam de prazos diferentes e não deveriam ter sido debatidos ao mesmo tempo. “A audiência deveria ser convocada com mais antecedência, dando tempo suficiente para que as entidades se preparem e se posicionem. A acumulação é variada e desigual. Franquia e coparticipação não possuem o mesmo desenvolvimento técnico que a revisão de preços e devem evoluir em momentos distintos”, disse, apontando que o tempo era muito curto para que fossem abordados.

Para o coordenador do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Lucas Andrietta, a audiência de hoje demonstrou que a ANS criou condições precárias de participação social e compromete a legitimidade de qualquer encaminhamento prático. Considerando a complexidade das temáticas, a expectativa do Idec é de que a ANS reveja a condução deste processo e garanta rodadas de participação social com temas bem delimitados, com tempo adequado, inclusão e sensibilidade à presença de todos os grupos afetados. Harold Takahashi, sócio da Fortezza Partners, aponta que a audiência deixou várias dúvidas e foi inconclusiva.

Segundo ele, pontos como a discussão dos planos ambulatoriais não contém ainda análise de impacto na rede pública. Outro exemplo é a imposição de limites de reajuste de preços para planos coletivos, que devem acarretar situações semelhantes aos planos individuais, com judicialização e expulsão de produtos no setor. “Não parece provável que as propostas avancem de forma imediata, até

porque a gestão da ANS está prevista para mudar no final do ano, o que deve atrasar ainda mais qualquer implementação”, aponta Takahashi, destacando que a audiência deixou claro que há muitos pontos de divergência e uma série de análises de impacto que precisam ser aprofundadas, principalmente em relação aos planos ambulatoriais na rede pública e a viabilidade dos reajustes propostos.

Operadoras

Para o analista de equity Research da Perfin, Davi Malvieira, não deve haver nenhuma grande mudança para as companhias de capital aberto no curto prazo, considerando que o debate de hoje é apenas o início de uma discussão que ainda deve se estender nos próximos meses. “Podemos resumir que, de um lado está a Abramge, que deseja restabelecer o equilíbrio dos seus planos individuais enquanto o Idec tenta evitar reajuste abusivos para o consumidor. Assim, a solução deve ser algo no meio do caminho”, aponta o analista. Para ele, houve impacto nas ações, considerando Rede D’Or (RDOR3) e Hapvida

(HAPV3), por exemplo, passaram a cair a partir do início da audiência.

A queda, segundo Malvieira, é resultado do fato de o debate não ter trazido indicações de qual seria a sinistralidade alvo, algo que o mercado esperava. Além disso, analistas são céticos sobre uma mudança real que contemple empresas e beneficiários. “Dado o histórico da ANS, é difícil acreditar em mudanças significativas no ambiente regulatório do setor. O potencial reajuste extraordinário de planos individuais pode até amenizar as perdas de operadoras que apostaram no produto no passado, mas dificilmente será suficiente para o incentivo de criação de novos planos da categoria em questão”, avalia o sócio-líder de Health Sciences & Wellness da EY Brasil, Leandro Berbert.

Ele lembra que a maior parte das grandes operadoras de mercado abandonou a oferta de produtos de planos de saúde individuais no início na década de 2010, ao projetarem perdas relevantes com o descompasso entre o aumento da receita e o do custo assistencial, cenário que ele não vê se alterando com as mudanças propostas agora pela ANS.

A ALARMANTE RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ATAQUES CIBERNÉTICOS

Saúde Debate – 14/10/2024

Você pode ou não saber que o setor de Healthcare paga o preço mais alto para ataques cibernéticos em comparação com qualquer outro setor – com a indústria relatando uma perda média impressionante de US\$ 10,93 milhões por violação em 2023. Isso é quase o dobro da próxima “vítima” mais pagadora, o setor financeiro, que teve uma perda média de US\$ 5,9 milhões por violação.

A saúde é um alvo principal devido à abundância de dados pessoais e sensíveis que o setor trata, o que significa haver menos margem para ajustes. Um exemplo recente de um ataque inclui o suposto pagamento de cerca de US\$ 22 milhões em bitcoin pela UnitedHealth – multinacional americana diversificada de cuidados de saúde e bem-estar – ao grupo de ransomware denominado Blackcat (também conhecido como ALPHV) após uma grande violação de dados.

Os ataques cibernéticos na área da saúde tiveram um aumento acentuado durante a pandemia da Covid-19. Uma pesquisa em grande escala de 2021 nos Estados Unidos viu aproximadamente 43% dos entrevistados relatar que foram submetidos a dois ataques de ransomware nos dois anos anteriores. De acordo com um relatório separado, em novembro de 2023, quase 60% das organizações de saúde em todo o mundo sofreram um ataque cibernético nos últimos 12 meses. Desses 60%, os cibercriminosos tiveram o poder de criptografar com sucesso quase 75% dos dados em ataques de ransomware.

O mercado de saúde no Brasil viu um rápido crescimento e mudanças durante a pandemia de Covid-19. Antes da crise sanitária global, a indústria gerava mais de US\$ 117 milhões por ano. O impacto do novo coronavírus na assistência à saúde aumentou a busca por soluções tecnológicas que possam proporcionar mais agilidade, qualidade e suporte ao tratamento.

Segundo um levantamento da Kaspersky, com 483 mil detecções de ransomware no Brasil em 2023, além dos 106 mil de 2024 (foram 800 bloqueios de ataques diários em 2024, que totalizam mais de 106 mil tentativas de golpe desde

janeiro) apontam o foco para os setores de ataque do cibercrime, que se modificaram desde o ano anterior não só no país, mas também na América Latina – com o setor da saúde em terceiro entre os mais atacados de 2024 na região. Nos Estados Unidos, esse mesmo setor se mantém em primeiro lugar desde 2023.

O aumento dos ataques também foi acompanhado por uma diminuição acentuada da confiança que muitas organizações têm na sua capacidade de lidar com as consequências de um ataque. Um relatório da Organização Mundial de Saúde afirmou que “curiosamente”, a proporção de inquiridos que não tinham confiança na capacidade da sua organização para gerir os riscos associados a ataques de ransomware aumentou durante 2020-2021 para 61%, contra 55% antes da pandemia.

Com este aumento dos crimes cibernéticos e a queda dos níveis de confiança, é mais importante do que nunca que as organizações compreendam os impactos que os ataques podem ter e o que podem fazer para mitigar os riscos, especialmente no setor da saúde.

Os ciberataques nos cuidados de saúde podem afetar diretamente os serviços prestados aos doentes. Além disso, uma vez comprometidos os dados, estes podem ser divulgados na dark web. Devido à natureza sensível destes dados, estes ataques podem conduzir a violações de privacidade extremas, nas quais os dados relacionados com os cuidados de saúde são comprometidos e divulgados ao público.

Os fatores que contribuem para essas vulnerabilidades incluem uma má compreensão dos riscos no ambiente, falta de “educação tecnológica” para os usuários e, em alguns casos, falta de financiamento e experiência para lidar com essas vulnerabilidades. As principais atividades de mitigação incluem a compreensão adequada dos principais riscos cibernéticos, o financiamento adequado sendo disponibilizado e uma forte cultura de segurança cibernética sendo colocada por meio de boa educação e treinamento do usuário.

A introdução da Inteligência Artificial (IA) também criou mais rotas para os malfetores atacarem e violarem. Estes variam desde o uso de IA criado deep fakes para obter credenciais de login até o uso de IA para verificar vulnerabilidades e direcioná-los para ser explorada.

O custo substancial de violações de dados, interrupção dos serviços e risco potencial para os pacientes sublinham a necessidade urgente de medidas de segurança cibernética aprimoradas. Os ataques hackers vêm exigindo mudanças rápidas na área da saúde: elas envolvem investimento pesado em cibersegurança, com a criação de camadas de proteção e vigilância contínua.

Em todo o mundo, as exigências de compliance são numerosas. Nos Estados Unidos, a Lei de Portabilidade e

Responsabilidade do Seguro Médico (HIPAA), de 1996, é talvez a mais proeminente, estabelecendo várias diretrizes e requisitos de proteção. Na Europa, o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) se estende ao setor de saúde. Já no Brasil, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) entrou em vigor em 2020 para regulamentar a coleta e o tratamento das informações fornecidas pela população na internet. A multa por infração às regras pode chegar a R\$ 50 milhões.

Ao implementar uma educação robusta do usuário, implantar soluções tecnológicas confiáveis e aderir às regulamentações de privacidade de dados, as organizações de saúde podem reduzir significativamente sua vulnerabilidade e proteger informações confidenciais dos pacientes.

POLÍCIA DO RIO PRENDE SUSPEITA DE FRAUDE DE R\$ 11 MILHÕES CONTRA PLANO DE SAÚDE

O Globo – 14/10/2024

Esquema envolveu 800 vínculos empregatícios falsos em dez empresas de fachada. Investigadores apuram golpe contra outras operadoras.

Uma mulher foi presa nesta segunda-feira numa operação da Polícia Civil do Rio contra fraudes contra a Porto Saúde. O prejuízo estimado é de cerca de R\$ 11 milhões num esquema que simulou mais de 800 vínculos empregatícios em dez empresas de fachada criadas exclusivamente para a contratação de planos de saúde coletivos empresariais.

A investigação começou após a própria operadora identificar o golpe e buscar as autoridades. Segundo a polícia, depois de criar os CNPJs falsos, a quadrilha vendia indevidamente os planos coletivos a pessoas físicas interessadas. Além do pagamento da mensalidade, taxas de até R\$ 4 mil eram cobradas dos usuários, sob a justificativa de ter isenção na carência.

As investigações apontam Adriana Neves Castro como líder da organização, que também atuava em São Paulo. Em nome dela eram feitos os pagamentos, tanto das taxas quanto das mensalidades dos planos. Ela foi presa em casa, na cidade de Itaguaí. À TV Globo, ela negou as acusações.

A abordagem aos consumidores acontecia numa clínica médica no município da Região Metropolitana do Rio. A empresa, segundo as investigações, pertence a Adriana.

Alguns beneficiários dos planos chegaram a ser ouvidos pelos investigadores. Em depoimento, eles relataram que participaram da transação em busca de procedimentos que não seriam cobertos por planos em razão do período de carência, como cirurgias bariátricas, partos e até remoção de um tumor cerebral.

Além de Adriana, também estão envolvidos no esquema o filho dela – que recebia os valores numa conta bancária –, pessoas que "captavam" clientes em locais de grande movimentação e ainda um contador. Segundo a polícia, conforme a seguradora detectava irregularidades no contrato com as empresas, o contador abria um novo CNPJ e migrava os supostos "funcionários".

Também há a suspeita de participação de um médico, responsável por diversas cirurgias bariátricas, que indicava seus pacientes para contratação desses planos de saúde para a realização imediata de consultas e da própria cirurgia.

– Sabemos que outras operadoras também foram fraudadas, mas ainda não conseguimos dimensionar os prejuízos – afirma o delegado da 12ª DP (Copacabana), Ângelo Lages, responsável pelas investigações.

Em nota, a Porto Saúde afirmou que tem investido no combate a fraudes e que continua à disposição para colaborar com as autoridades.

"A abertura de empresas com falsos vínculos empregatícios para a contratação de planos de saúde coletivos é uma prática ilegal e que causa prejuízos não somente às operadoras, mas também aos consumidores que dependem legitimamente do sistema privado de saúde", diz o texto.

Aumento de custos

Fraudes a planos de saúde não são casos isolados. No ano passado, um levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), com a consultoria EY, mostrou que as perdas totais no setor decorrentes de fraudes e desperdícios foram estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões em 2022 — o equivalente a algo entre 11,1% e 12,7% da receita total da saúde suplementar.

A SulAmérica, por exemplo, identificou irregularidades praticadas por um beneficiário que fraudava documentos para solicitar até 123 reembolsos e conseguiu garantir o bloqueio de valores na casa dos R\$ 82 mil. Segundo a empresa, todos os médicos que tinham seus nomes envolvidos nos pedidos de reembolso foram procurados e negaram ter realizado os atendimentos.

Já a Seguros Unimed conseguiu uma decisão favorável da 10ª Vara Cível de São Paulo contra um grupo de clínicas estéticas que fraudava a empresa. Elas ofereciam ressarcimento total por tratamentos a clientes cujos contratos não incluíam essa cobertura. As duas ordens judiciais foram expedidas na semana passada.

– As fraudes prejudicam todos os beneficiários de planos de saúde porque encarecem os seus custos e todos acabam pagando por isso. As operadoras vão se manter firmes nesse combate porque é preciso estar consciente de que fraudes desse tipo podem trazer consequências graves para quem as pratica, como vemos agora – afirma Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as maiores operadoras do país.

PRESIDENTE DA ANS DIZ QUE 'QUER UM POUCO MAIS DE TRANSPARÊNCIA' NO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

O Globo – 12/10/2024

Regulador quer que operadoras detalhem critérios de reajuste dos planos coletivos. Ao propor política que permite aumento extra para equilibrar contas, agência diz que repasse pode ser diluído em até 5 anos.

A nova política de preços dos planos de saúde, proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e discutida em audiência pública no último dia 7, deve trazer mais transparência no cálculo de reajuste dos planos coletivos, que são “difíceis até para a agência reguladora compreender”, na avaliação do diretor-presidente do órgão, Paulo Rebello.

Em entrevista ao GLOBO, ele afirmou que a proposta não é definir uma fórmula padrão, mas exigir que os contratos deixem claro quais indicadores são considerados na definição do aumento. Rebello também destacou que, caso aprovada, a revisão técnica dos planos individuais “não será corriqueira”.

Concedido a operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro, o mecanismo autoriza reajustes excepcionais nos contratos, além do aumento anual, que tem percentuais limitados pela agência. A ideia, diz, é que o aumento extra seja repassado aos usuários de maneira gradual, diluído em até cinco anos, e sem uma reincidência anual pelas operadoras.

A necessidade de as operadoras terem que expandir a venda de planos individuais, cada vez mais escassos, também pode ser um dos requisitos para o reajuste técnico.

Um dos temas mais sensíveis no pacote proposto pela ANS é a revisão técnica dos planos individuais. O que a agência propõe como requisitos para as operadoras que pedirem revisão?

Travamos essa discussão dentro da agência desde 2015, em três macrotemas: sustentabilidade, transparência e concorrência. E, dentro disso, está a revisão técnica. Pensamos se já estabeleceríamos uma proposta de norma, mas optamos por uma diretriz para o mercado apresentar soluções.

O que já discutimos é que, para submeter um pedido, a operadora precisa estar vendendo plano individual. Além disso, a revisão precisa ser aplicada em toda a carteira dos individuais, sem seleção. São alguns dos requisitos e que podem servir como norte. Vamos agora colher informações com o setor e estruturar uma norma.

A ideia foi deixar aberto para que a sociedade apresente aquilo que concorda ou não, e estamos abertos para ouvir essas propostas, uma vez que na audiência pública não vimos nenhuma proposta.

Mas o que vemos no mercado é cada vez menos planos individuais, e usuários indo para planos coletivos por adesão, muitos como MEI. Aumento de oferta de individuais é uma opção de requisito para a revisão?

É uma opção. Hoje a maioria das operadoras vende plano individual. As grandes, nos grandes centros, não têm esse apetite, obviamente pela impossibilidade de rescisão unilateral do contrato e também da agência ser responsável por estabelecer o reajuste máximo. Quando a gente busca

revisão técnica, o intuito é estimular a venda dos individuais e melhorar o acesso.

Desequilíbrio econômico-financeiro é uma reclamação comum do setor. A regulamentação da revisão técnica não pode abrir margem para uma corrida de pedidos de aumento além do teto anual?

Já começamos a ver uma retomada (econômica pós-pandemia), tanto que no primeiro e no segundo trimestres tivemos um resultado operacional positivo em torno de R\$ 2,4 bilhões. E a sinistralidade (uso do plano) também está caindo.

Dito isso, não é só o fato de a operadora apresentar um pedido de revisão técnica que a agência vai autorizar. Vamos obviamente observar requisitos específicos. Então, não será uma situação de todas as operadoras estarem submetendo à agência um pedido de revisão técnica, não vai ser assim.

O reajuste técnico seria repassado em até quanto tempo aos consumidores?

Não será uma situação corriqueira, de todo ano a operadora solicitar, nem de todas as operadoras estarem submetendo à agência uma revisão técnica. Não vai ser assim. Acho que terão que ser estabelecidos ciclos. E tem que ter uma diluição desse repasse para o consumidor e, durante esse período, a operadora não pode solicitar uma nova revisão técnica. Estabelecer um prazo de três a cinco anos seria, a meu ver, o adequado para que a gente pudesse apresentar ao mercado. É uma defesa minha.

E em relação aos coletivos? Qual modelo de fórmula de reajuste a ANS vai propor?

O que queremos é um pouco mais de transparência, com uma cláusula em que seja possível entender quais são os indicadores adotados pela operadora no cálculo. Quando olhamos os contratos, as informações são difíceis até para a agência reguladora compreender.

Por exemplo: há contratos que estabelecem uma taxa estimada de ampliação do rol de procedimentos, ou seja, uma lógica de subjetividade que dá margem para, talvez, a operadora incluir situações específicas que não são possíveis de prever. Nos individuais, temos uma fórmula de reajuste em que, antes da agência divulgar, as operadoras já têm uma ideia do percentual.

Depois da audiência pública, quais são os próximos passos? Precisa de mudança legal?

Teremos a tomada pública de subsídios, acredito que a partir de quarta-feira, para que a sociedade possa apresentar suas contribuições, críticas, num prazo de 15 dias. Vamos estudar o que for apresentado e, caso entendamos que deva avançar, estabelecer uma norma, que precisa passar por consulta pública antes de ser analisada pela Advocacia-Geral da União (AGU) e ser votada na diretoria colegiada.

Seu mandato termina neste ano. O senhor quer aprovar o pacote até o fim do ano?

Pelos prazos que a gente precisa cumprir, acredito que não vou conseguir aprovar. A última reunião da diretoria colegiada é no dia 16 de dezembro, e eu saio no dia 21.

O senhor tem sido firme nas discussões sobre a regulação pela ANS dos cartões de desconto, que atendem cerca de 60 milhões de pessoas, como já comentou anteriormente. As grandes operadoras estão interessadas em atuar nesse mercado?

Não sei, não conversei com as operadoras. Minha ideia é abrir o debate. Temos uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que determina que a agência faça a regulação desse produto. Apresentamos um embargo de declaração, mas é um recurso frágil diante do andar da carruagem. E plano ambulatorial está previsto em lei.

Tem uma parcela da população que não tem condições de ter um plano de saúde, tem dificuldade no sistema público, mas que consegue ter um produto que não tem serviços como internação e cirurgia, mas em que é possível antecipar o diagnóstico de uma possível doença. Não adianta querer fechar os olhos.

Falam que seria uma dificuldade grande, que teria que ter uma integração do público e privado, porque se essa pessoa é diagnosticada com câncer, por exemplo, ela vai ter que

voltar para o final da fila do SUS. Mas se ela não tiver um plano de saúde, ela vai entrar na fila do mesmo jeito. E se eu conseguir antecipar esse diagnóstico, adiantar o processo, dar celeridade?

Estamos caminhando junto ao Ministério da Saúde com relação à integração de dados. Além disso, as pessoas têm direito de ter um produto específico, no qual você sabe o que você vai comprar. Não é gato por lebre. Estive recentemente com algumas clínicas e perguntei o percentual de judicialização. (Um empresário) disse que atende dois milhões de pessoas e não tem judicialização, porque sabem o que está sendo ofertado.

Tramita no Congresso um projeto de lei para alterar a regulação, com relatório do deputado Duarte Júnior (PSB-MA). A ANS participa das discussões? Os temas do pacote foram levados ao deputado?

Sim. Participamos de todas as discussões, em todas as regiões do país. Uma das propostas que ele incorporou, inclusive, é uma matéria que seria regulatória, tratada aqui na agência, que é a expansão do pool de risco dos planos coletivos com até 29 vidas.

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.