

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

29 de janeiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS: novas regras para cancelamento de planos de saúde valem a partir de 1º de fevereiro](#) – Fonte: Brasil 61

[Planos de saúde vão contra mudanças no reajuste dos coletivos e dizem que limite a coparticipação vai elevar preços](#) – Fonte: O Globo

[ANS reúne entidades médicas para esclarecer dúvidas sobre a consulta pública 144](#) – Fonte: (GOV) ANS

[A “insurgência” de operadoras contra propostas da ANS para planos de saúde](#) – Fonte: Revista Veja

[Planos de saúde: Idec pede maior debate e crítica abordagem da ans em mudanças regulatórias](#) – Fonte: Brasil 247

[Câncer colorretal cresce 80% no Brasil em 8 anos, aponta estudo](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS lança painel de rede e vazios assistenciais na saúde suplementar](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Senado determina que plano de saúde pague despesa de acompanhante no parto](#) – Fonte: Senado

[ANS recebe contribuições relacionadas ao tratamento de asma](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Esclarecimento sobre cobertura assistencial e certificação em atenção oncológica](#) – Fonte: (GOV) ANS

ANS: NOVAS REGRAS PARA CANCELAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE VALEM A PARTIR DE 1º DE FEVEREIRO

Brasil 61 – 29/01/2025

Novidades previstas pela RN 593/2023 referem-se à inadimplência de planos individuais ou familiares e coletivos empresariais.

As novas regras da Agência Nacional de Saúde (ANS) para quem deixar de pagar planos de saúde começam a valer a partir do dia 1º de fevereiro. As novidades previstas pela resolução normativa (RN 593/2023), alterada pela RN 617/2024, referem-se à inadimplência de planos individuais ou familiares e coletivos empresariais. Os dispositivos permitem o cancelamento de planos de saúde por inadimplência de duas mensalidades – sejam elas consecutivas ou não – no período de 12 meses, desde que o beneficiário seja notificado do cancelamento.

Pela resolução, a pessoa inadimplente deve ser notificada pela operadora até o 50º dia do não pagamento do plano. Essa ação é pré-requisito para exclusão, suspensão ou rescisão unilateral do contrato pela operadora. Após a notificação, o beneficiário tem o prazo de 10 dias para efetuar o pagamento do débito sem prejuízos ao contrato.

A especialista em Direito da Saúde e sócia do escritório Lara Martins Advogados, Nycolle Soares, explica que as novas regras irão trazer mais transparência nos processos das operadoras com a atualização dos meios de notificação da dívida.

“O impacto é trazer clareza e tentar ajustar cada vez mais os procedimentos que as operadoras de saúde precisam adotar para ter uma relação menos ruidosa com esse beneficiário. É importante lembrar que a legislação dos planos de saúde tem mais de 30 anos. Além disso, nós tivemos um salto tecnológico muito grande nos últimos anos. Então, contar simplesmente com os meios de notificação que nós tínhamos há 10, 15, 20 anos atrás não tem sido mais eficiente”, avalia Soares.

A alteração da legislação, segundo a especialista, garantirá que o beneficiário tenha ciência da sua inadimplência e não seja pego de surpresa sobre a dívida em aberto.

“Pode até parecer algo contraditório a pessoa não ter ciência da sua inadimplência, mas a gente precisa lembrar que muitas pessoas podem fazer pagamentos programados, podem receber um boleto na residência e podem ter se mudado, e isso acaba ocasionando problemas operacionais”, pontua Soares.

Para garantir que não sejam feitas cobranças indevidas, a RN esclarece que caso a mensalidade do plano de saúde deixar de ser cobrada por algum erro da operadora, seja com ausência da cobrança em folha ou em débito na conta corrente do beneficiário, ou não disponibilizar o boleto para pagamento, o período de inadimplência não será considerado válido para fins de exclusão, suspensão ou rescisão unilateral do contrato pela operadora.

Comunicação pelas operadoras

A comunicação de cancelamento aos beneficiários inadimplentes poderá ser feita de várias formas, confira:

- e-mail com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;
- ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor;
- carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios.

Ambos os tipos de comunicação garantem que o usuário do plano de saúde tenha conhecimento da notificação. A norma estabelece que a notificação realizada por SMS ou aplicativo de mensagens para celulares só será válida se o destinatário responder a notificação confirmando o seu conhecimento.

“A não-confirmação do recebimento por si só não é algo que vai eximir do pagamento, porque nós estamos falando de meios de notificação que não necessariamente dependem apenas da confirmação de recebimento desse beneficiário”, destaca Soares.

Conteúdo da notificação

Pela RN, as operadoras devem especificar na notificação por inadimplência informações como o período do não-pagamento, incluindo as mensalidades em aberto, o número de dias de atraso e o valor exato e atualizado do débito. Além disso, a notificação deve informar a forma e o prazo para pagamento da dívida, bem como os canais de atendimento da operadora para o esclarecimento de dúvidas.

Com relação à cobrança de mensalidade em atraso, pode haver multa de, no máximo, 2% sobre o valor do débito em atraso e/ou juros de mora de, no máximo, 1% (um por cento) ao mês pelos dias em atraso, sem prejuízo da correção monetária, desde que previstos em contrato.

Como evitar cancelamento de contrato?

A especialista em direito da saúde, Nycolle Soares, dá algumas dicas para evitar problemas com a inadimplência nos planos. Confira:

- Estar atento à atualização de informações no cadastro junto à operadora de saúde (endereço, telefone, e-mail);
- Checar eventuais comunicações por e-mail, WhatsApp e cartas da empresa;
- Em caso de pagamento em débito automático, conferir se está realmente sendo debitado.

PLANOS DE SAÚDE VÃO CONTRA MUDANÇAS NO REAJUSTE DOS COLETIVOS E DIZEM QUE LIMITE A COPARTICIPAÇÃO VAI ELEVAR PREÇOS

O Globo – 28/01/2025

ANS fez audiência pública para debater com o setor propostas que incluem, entre outros pontos, sinistralidade mínima de 75% e coparticipação e franquia de no máximo 30% da mensalidade.

Em mais um capítulo para aprovação do pacote de medidas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que mudam a política de preços dos planos de saúde, operadoras se manifestaram contra as propostas da reguladora durante audiência pública nesta terça-feira. O projeto inclui itens como a criação de regras para o aumento dos contratos coletivos e limites para cobrança de coparticipação e franquia.

Cesar Sergio Cardim Junior, superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 12 grandes grupos de planos de saúde do país, disse que a tramitação do projeto da ANS acontece "em ritmo acelerado" e que os prazos de cada etapa do processo foram insuficientes para que as operadoras calculassem os impactos das propostas.

O executivo também destacou que faltam dados e estudos técnicos, por parte da ANS, sobre o impacto financeiro e operacional do projeto nas operadoras.

— O tempo é exíguo para que a gente trate de assuntos que são estruturantes, muito relevantes e de muito impacto para a saúde suplementar. Tivemos que realizar estudos técnicos para entender a abrangência das propostas — afirmou.

O combo de medidas foi proposto no início de outubro pela agência reguladora. Depois de passar por audiência pública, a pauta foi aberta para receber contribuições de operadoras, consumidores e instituições da sociedade civil. Em meados de dezembro, os diretores do órgão regulador aprovaram um relatório preliminar com o detalhamento das medidas.

Uma das propostas prevê que a chamada sinistralidade — a fatia da receita da operadora que é usada para custear a assistência médica dos usuários — tenha uma meta mínima de 75%. Para as operadoras, porém, o estabelecimento de um percentual mínimo de receita a ser destinada ao uso em si dos planos não deve acontecer.

— Ao fazer isso, a minuta nos faz entender que há uma desconsideração do perfil dos contratantes, tamanho dos contratos, regras de comissionamento, porte e perfil das operadoras, entre outros pontos — opinou Cardim Junior. — Isso pode atingir o equilíbrio dos contratos, cercear a liberdade das empresas, impactar o modelo de negócios e ocasionar na falta de interesse na oferta de produtos.

Reajuste dos coletivos

Outra proposta trazida pela ANS é a proibição do acúmulo de índices (financeiro e sinistralidade) para o cálculo do reajuste dos planos coletivos. Diferente dos individuais, os planos coletivos não têm um percentual máximo de aumento definido pela ANS, e a correção anual é negociada entre a operadora e a empresa contratante.

— Defendemos a aplicação dos dois índices porque cada um tem uma função específica e mede diferentes aspectos, e a impossibilidade de aplicação de um ou outro implica em desequilíbrio econômico-financeiro — defendeu o representante da FenaSaúde.

A Unimed do Brasil, que representa as 270 Unimed, argumentou que 169 operadoras brasileiras têm despesas não-assistenciais acima de 25% de suas receitas.

— Ou seja, essas operadoras não conseguiriam sobreviver a essa sinistralidade meta proposta. O sistema de saúde suplementar não existe só nas capitais, mas também no interior, e é formado por empresas de pequeno, médio e grande porte. Esse pacote de mudanças de reajuste dos planos coletivos pode vir a destruir as pequenas e médias operadoras e sobrecarregar o SUS — afirmou o representante da empresa, Daniel Infante.

Coparticipação limitada

Outro ponto previsto pela ANS no pacote de medidas limita a 30% a cobrança de coparticipação por procedimento. O total de coparticipações também não poderia passar de 30% da mensalidade. Pelo projeto, coparticipação e franquia também ficariam proibidas numa lista de procedimentos, principalmente aqueles relacionados a terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos.

Atualmente, cerca de 60% do total de beneficiários de planos médico-hospitalares estão em contratos com coparticipação e franquia. No entanto, não há regras que limitam as cobranças pelas operadoras, seja por procedimento ou pelo total de cobranças ao mês.

Segundo Daniele Rodrigues Campos, gerente econômico-financeiro da ANS, há problema na cobrança de valores excessivamente altos e até em medicamentos e materiais ou procedimentos que não deveriam ter cobrança de coparticipação e franquia, como aqueles que não são da escolha do consumidor fazer ou não fazer.

— É importante que se diga que o instrumento de financiamento de plano de saúde é a mensalidade. Onerar o consumidor com coparticipação excessivamente alto pode se tornar financiamento do produto — disse.

Superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), Marcos Novais argumentou que a proposta praticamente equipararia a cobrança dos planos com coparticipação e franquia aos contratos sem cobranças extras, o que, em sua opinião, pode elevar preços e reduzir o acesso dos beneficiários aos planos de saúde.

— Se a proposta for implementada, o modelo com coparticipação deixa de existir. E isso traz pra gente a questão do impacto no acesso. A própria análise da agência diz que um dos efeitos é o aumento de preço na entrada. Isso tem impacto na inflação e no próprio setor público, porque vai reduzir acesso e aumentar no SUS — afirmou.

Para o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), estipular um limite percentual para coparticipação e franquia dificulta a compreensão e o acesso a informação pelos usuários dos planos. O instituto sugeriu que a ANS considere, em vez de percentual, um valor fixo "em patamar módico ao consumidor".

— A função central desses mecanismos não é o financiamento dos serviços, tampouco a sustentabilidade das carteiras e operadoras. Por isso, eles jamais podem impedir ou encarecer o uso do plano de saúde — observou a advogada Marina Pauleli, do programa de Saúde do Idec.

ANS REÚNE ENTIDADES MÉDICAS PARA ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE A CONSULTA PÚBLICA 144

(GOV) ANS – 27/01/2025

Diretor da Agência enfatiza que proposta de Certificação Oncológica não altera cobertura por parte das operadoras de planos de saúde.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Mauricio Nunes, e a equipe técnica de sua diretoria se reuniram, na tarde desta segunda-feira (27/01), com representantes de sociedades e entidades médicas para esclarecer os principais pontos da Consulta Pública 144. Nos últimos dias, houve várias manifestações contrárias a um dos critérios de pontuação sugeridos pela ANS para o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica – OncoRede, que trata da proposta de rastreamento populacional para o câncer de mama.

A Consulta Pública 144 foi realizada entre os dias 10/12/2024 e 24/01/2025, com o objetivo de obter contribuições para o Manual de Boas Práticas em Atenção Oncológica – OncoRede, que será parte do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. A consulta pública contou com a participação de operadoras de planos de saúde, especialistas na área e outros interessados, e recebeu mais de 63 mil contribuições. A ANS vai analisar todas as propostas recebidas.

Mauricio Nunes iniciou a reunião esclarecendo que não haverá alteração na cobertura de mamografia por parte dos planos de saúde. "Trata-se de um projeto de certificação. Não é impositivo, a operadora pode aderir ou não. Estamos no momento de debates para a construção dessa proposta. Até o momento, não existe nenhuma norma que estabeleça o rastreamento na saúde suplementar", afirmou. De acordo com o diretor, a ANS propõe a realização de rastreamentos organizados, ou seja, com a estruturação de dados e ações que convocam as mulheres na faixa etária-alvo para a realização de exames periódicos. "Esse modelo inclui o acompanhamento das pacientes e garante controle de qualidade, seguimento oportuno e monitoramento em todas as etapas do processo. O rastreamento organizado apresenta evidências de melhores resultados em termos de detecção precoce, além de menores custos associados ao tratamento", explicou.

O encontro contou com a presença do diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Roberto de Almeida Gil, que reforçou os estudos que embasam a recomendação de rastreamento populacional para o câncer de mama nas

mulheres de 50 a 69 anos. Ele detalhou que essa faixa etária foi definida com base em protocolos nacionais e internacionais e em estudos científicos consolidados. A gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, também apresentou os estudos técnicos que embasaram a escolha da idade para o rastreamento populacional e detalhou a proposta de certificação.

Representantes das entidades médicas elogiaram a iniciativa da ANS de promover um rastreamento organizado, mas sugeriram que a Agência inclua também as mulheres com idades de 40 a 49 anos no programa, com base nos estudos a serem apresentados pelas entidades. Considerando o apelo das entidades, a ANS concedeu um prazo de 30 dias para que as instituições apresentem os estudos científicos e dados técnicos, bem como sugestões de aprimoramento da norma em complemento aos que já foram enviados durante a Consulta Pública.

Angelica Carvalho, diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial, destacou que não há uma norma específica sobre rastreamento populacional na saúde suplementar e que a norma se constitui como um avanço significativo de ampliação de acesso ao diagnóstico de câncer se alinhando a política pública recomendada pelo Inca. Angélica ponderou também sobre a importância da obtenção pela ANS dos dados dos diagnósticos na saúde suplementar, por meio do padrão TISS. A diretora-adjunta reforçou que a Agência vem buscando junto ao CREMERJ e Conselho Federal de Medicina o acordo de entendimentos sobre a questão em virtude do impedimento atual de receber tais dados nas Guias de serviço auxiliar diagnóstico no padrão TISS, o que impede a Agência de realizar análises epidemiológicas e proceder estudos de vida real, que subsidiassem a tomada de decisão com corte específico para a saúde suplementar e que seria importante o apoio das entidades nesta pauta.

A reunião contou com a participação das seguintes entidades: CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia), SBM (Sociedade Brasileira de Mastologia), FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), FEMAMA (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama), SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a equipe técnica da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS.

A “INSURGÊNCIA” DE OPERADORAS CONTRA PROPOSTAS DA ANS PARA PLANOS DE SAÚDE

Revista Veja – 24/01/2025

Por que as empresas do setor de saúde suplementar estão em alerta com as mudanças que a agência propõe em políticas de reajustes e de coparticipação.

As operadoras de planos de saúde estão se insurgindo contra propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para mudar uma série de regras consideradas estruturantes para o setor, entre elas os critérios para o cálculo de reajustes e a porcentagem máxima de coparticipação.

Uma das minutas que o órgão colocou em consulta pública obrigaria empresas a agrupar contratos de até 1.000 beneficiários no mesmo cálculo de reajuste, para diluir o risco. Hoje, são agrupados no chamado “pool de risco” apenas os contratos de até 29 beneficiários.

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Gustavo Ribeiro, diz que vai levar a preocupação do setor com as propostas da ANS ao Ministério da Fazenda.

“É um tema que tem um impacto brutal na inflação não só do setor médico e da saúde, mas na inflação nominal”, afirma o executivo. Desde dezembro, a Abramge pediu à ANS a suspensão e, depois, uma prorrogação do prazo da consulta pública, mas o órgão manteve a data final para contribuições em 3 de fevereiro.

A “insurgência” das operadoras de planos de saúde contra as normas colocadas em consulta pública, explica Ribeiro, deve-

se a um “cavalo de pau” no discurso da ANS, que, segundo ele, ao longo do ano passado, havia sinalizado às empresas que deixaria o mercado “respirar” de acordo com as próprias dinâmicas, com menor ingerência estatal.

“Esse pacote da ANS mexe em temas fundantes do setor”, diz o presidente da Abramge. “Desconheço, no mundo, você juntar quatro, cinco, seis pontos cruciais e fazer essa discussão num bloco só.”

O advogado Silvio Guidi, sócio do SPLAW, alerta que, se as propostas virarem resoluções normativas da ANS, as operadoras podem tornar o acesso a alguns produtos “inviável”. Ele defende outro foco para 2025: que o Congresso atualize o marco regulatório do setor como um todo, já que a atual Lei dos Planos de Saúde é de 1998.

“O que a ANS está dizendo para as operadoras é ‘você não vai perder dinheiro, porque vai ser compensado com eventuais lucros que você teve em contratos que não foram deficitários’”, explica o advogado.

“O problema começa a ser que isso tira o estímulo de a operadora prestar um bom serviço, olhar com cuidado aquelas carteiras e fazer uma boa gestão. A ANS argumenta que não está tirando esse estímulo, e, sim, diminuindo as chances de as empresas manterem contratos por 12 meses e depois rescindirem”, acrescenta.

PLANOS DE SAÚDE: IDEC PEDE MAIOR DEBATE E CRÍTICA ABORDAGEM DA ANS EM MUDANÇAS REGULATÓRIAS

Brasil 247 – 24/01/2025

Entidade alerta para retrocessos nas propostas, incluindo reajustes, cancelamentos e franquias, e cobra transparência e participação social efetiva.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) manifestou preocupação com o pacote de mudanças regulatórias proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos de saúde. Em entrevista ao Brasil247, Marina Pauledli, advogada do programa de Saúde do Idec, apontou que as medidas, embora tragam avanços pontuais, representam riscos de retrocesso para os consumidores, especialmente devido à complexidade e à forma de discussão das propostas.

A ANS apresentou os resultados sobre a política de preços e reajustes dos planos de saúde em dezembro de 2024, como parte da sua Agenda Regulatória 2023-2025, incluindo temas como reajustes de planos coletivos, revisão técnica de preços para planos individuais e familiares, mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia) e venda on-line de planos de saúde. Segundo a agência, as mudanças visam à sustentabilidade do setor e à proteção dos beneficiários. No entanto, o Idec questiona a forma como esses temas estão

sendo discutidos e sua efetividade na defesa dos consumidores.

Reajustes e cancelamento de planos coletivos - Uma das principais críticas do Idec é a falta de atenção à regulação dos planos coletivos, que representam a maior parte dos contratos de planos de saúde no país. Atualmente, esses planos não possuem teto para reajustes anuais, diferentemente dos planos individuais, e enfrentam cancelamentos unilaterais sem garantias expressas de proteção.

De acordo com Marina Pauledli, “os reajustes dos planos coletivos são historicamente superiores, em patamares muito altos, como 20%, 15%, e além disso não há uma vedação expressa contra o cancelamento unilateral. Então, há muitos anos, o Idec pede um avanço na regulação de planos coletivos, justamente para equiparar a regulação de planos coletivos minimamente aos planos individuais”.

A advogada destacou a necessidade de avançar na proposição de medidas como a fixação de um teto para reajustes, o agrupamento de contratos para diluir custos e a ampliação das proteções contra cancelamentos.

As propostas da ANS incluem a ampliação do tamanho dos agrupamentos de planos coletivos empresariais e por adesão, bem como a proibição de acumulação de índices de reajuste financeiro e por sinistralidade. Contudo, Paullelli afirma que a agência “poderia ter ido além” e lamenta que esses temas não sejam discutidos de forma isolada, dado seu impacto e complexidade.

Preocupação com os planos individuais - Outra proposta da ANS que preocupa o Idec é a introdução de um mecanismo de revisão técnica para os planos individuais e familiares, permitindo reajustes acima do teto estabelecido pela agência em situações específicas. Para o Idec, essa medida é ilegal, pois fere o Código de Defesa do Consumidor e pune os usuários pela má gestão das operadoras.

“É inadmissível que a ANS crie mais uma modalidade de aumento de mensalidade para os planos individuais e familiares, ao lado do reajuste anual e do reajuste por mudança de faixa etária, porque isso fere a proteção conferida aos planos individuais e pune consumidores por gestão econômico-financeira das carteiras, que é uma função que cabe às operadoras, porque elas não podem repassar o risco do negócio aos usuários”, afirmou.

“A franquia e coparticipação são cláusulas que se justificam pra moderar a demanda espontânea por serviço – ou seja, para afastar o que se chama de risco moral e para afastar a sobreutilização do plano – e não como instrumento para garantir o equilíbrio econômico-financeiro de determinado contrato”, explicou a advogada.

Coparticipação e franquias: riscos velados aos consumidores - O Idec também alertou para os riscos de abusos nos mecanismos financeiros de regulação, como coparticipação e franquia, que, segundo a ANS, serão

limitados a 30% do valor de cada procedimento e até 3,6 vezes o valor da mensalidade anual. Embora a agência afirme que essas regras visam moderar a utilização dos serviços, Paullelli pondera que “a ANS deveria pensar em como evitar que essas regras sejam usadas de forma abusiva e para que não sirvam na prática como forma velada de aumentar as receitas ou expulsar consumidores das carteiras”.

Falta de participação social efetiva - Uma das críticas mais contundentes do Idec é sobre a forma como a ANS tem conduzido o debate. Segundo Paullelli, a discussão simultânea de temas tão complexos fragiliza a participação social, dificultando que consumidores e entidades de defesa contribuam adequadamente.

A ANS realizou uma tomada pública de subsídios e uma audiência pública em 2024, mas o Idec avalia que os processos não foram suficientes para garantir um debate aprofundado. Para a advogada, a agência precisa priorizar a transparência e segmentar os temas: “para essa audiência pública que vai acontecer [em janeiro], o ideal seria que tivesse um foco na regulação de planos coletivos, que temas tão complexos não fossem discutidos juntos. Parte do que vai ser discutido nesse tema em específico é bastante interessante ao consumidor: aumentar o agrupamento de contratos, fixar limites aos reajustes e aumentar a proteção contra o cancelamento são itens necessários”.

Próximos passos - A ANS informou que uma nova audiência pública está prevista para janeiro de 2025, antes da definição final das regras, que deverão vigorar em 2026. O Idec espera que a agência leve em consideração as críticas e propostas feitas pelas entidades de defesa do consumidor, priorizando a proteção dos usuários e evitando retrocessos nas conquistas regulatórias dos planos de saúde.

CÂNCER COLORRETAL CRESCE 80% NO BRASIL EM 8 ANOS, APONTA ESTUDO

Saúde Business – 24/01/2025

Pesquisa do IESS aponta alta expressiva nos casos entre beneficiários de planos de saúde e destaca a importância do diagnóstico precoce.

Os casos de câncer colorretal, o terceiro tipo mais letal da doença, aumentaram 80,3% no Brasil entre 2015 e 2023, segundo uma análise do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O levantamento, que utilizou dados de diagnósticos e atendimentos realizados por planos de saúde, revela um cenário preocupante para os 51,5 milhões de brasileiros que contavam com assistência privada em novembro de 2024.

O estudo, intitulado “Câncer Colorretal Na Saúde Suplementar: Tendências e Desafios”, alerta para a necessidade de campanhas de conscientização e programas de rastreamento como medidas essenciais para reduzir a incidência e a mortalidade da doença no país.

Dados que preocupam

O relatório destaca os principais números da evolução do câncer colorretal entre beneficiários de planos de saúde:

- **Casos totais:** Em 2015, foram registrados 1.954 diagnósticos; já em 2023, esse número saltou para 4.465, um aumento de 80,3%.
- **Incidência por 100 mil beneficiários:** Passou de 5 casos, em 2015, para 8,8, em 2023.
- **Faixa etária:** Apesar de mais prevalente em pessoas acima de 60 anos, houve crescimento significativo entre jovens de 20 a 39 anos e adultos de 40 a 59 anos.
- **Gênero:** Em números absolutos, as mulheres foram mais diagnosticadas, mas, proporcionalmente, a incidência é maior entre os homens.

Cenário global e projeções

O aumento da incidência de câncer colorretal no Brasil acompanha uma tendência mundial. Em 2022, foram registrados 1,92 milhão de casos no mundo, com o Brasil ocupando a sétima posição no ranking global, somando 60,11 mil novos diagnósticos.

A projeção da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) indica que, até 2040, o número de novos casos globais pode ultrapassar 3,2 milhões ao ano, um aumento superior a 50%.

Importância do diagnóstico precoce

A detecção precoce é o fator mais determinante para o sucesso do tratamento do câncer colorretal. Quando identificado em estágios iniciais, as chances de cura são significativamente maiores. Exames como a colonoscopia e a pesquisa de sangue oculto nas fezes desempenham papel essencial na identificação de lesões iniciais.

O tratamento varia conforme o estágio da doença e pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapias mais modernas, como imunoterapia e terapias direcionadas. Avanços na medicina têm proporcionado abordagens menos invasivas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Para acessar o estudo completo, acesse o [site do IESS](#).

ANS LANÇA PAINEL DE REDE E VAZIOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

(GOV) ANS – 23/01/2025

Ferramenta permite a pesquisa por profissionais e estabelecimentos de saúde em todo o Brasil.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou, durante a 617ª Reunião de Diretoria Colegiada, realizada nesta quarta-feira, 22/1, o [Painel de Rede e Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar](#), uma ferramenta inédita que permite o mapeamento detalhado da disponibilidade de profissionais e estabelecimentos de saúde que atendem beneficiários de planos de saúde em todo o Brasil.

Entre os principais benefícios do painel está a possibilidade de consulta sobre a disponibilidade de prestadores de serviços, como médicos de diferentes especialidades e cirurgião-dentista, além de estabelecimentos que atendem urgência, internação e realizam procedimentos de alta complexidade, como hemodiálise, quimioterapia e radioterapia. A pesquisa pode ser feita através de buscas por municípios, Unidades Federativas (UF), regiões de saúde e regiões do país. Atualmente, todos os municípios brasileiros possuem beneficiários de planos de saúde.

Segundo o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli, o lançamento do painel representa um marco para o setor. "Além de contribuir para a disseminação de dados no setor privado de saúde, a ferramenta viabilizará avanços no monitoramento de rede assistencial, bem como a promoção de ações regulatórias em prol da garantia de acesso na saúde suplementar", destacou.

Desenvolvido a partir de estudos que analisaram as três maiores bases de dados de prestadores de serviços de saúde do país, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS/MS), o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS/ANS) e o Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS/ANS), o novo painel oferece um panorama abrangente, que vai desde a existência de serviços essenciais, como atendimentos de urgência e internações, até vazios assistenciais, ou seja, a falta de profissionais e serviços de saúde em determinadas regiões. Portanto, trata-se de uma pesquisa inédita, com interseção de dados e expansão da análise do estudo, que irá permitir, no futuro,

servir como instrumento de pesquisa, análise e comparação com outras bases de dados, representando um ganho para sociedade, Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, gestores e acadêmicos.

Confira a relação de profissionais e serviços que podem ser consultados no painel:

Profissionais de saúde: médico cirurgião geral, médico clínico geral, médico ginecologista e obstetra, médico pediatra e cirurgião-dentista;

Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT): estabelecimentos que prestam atendimento para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) hemodiálise, quimioterapia e radioterapia;

Internação: estabelecimentos que prestam serviço de internação; e

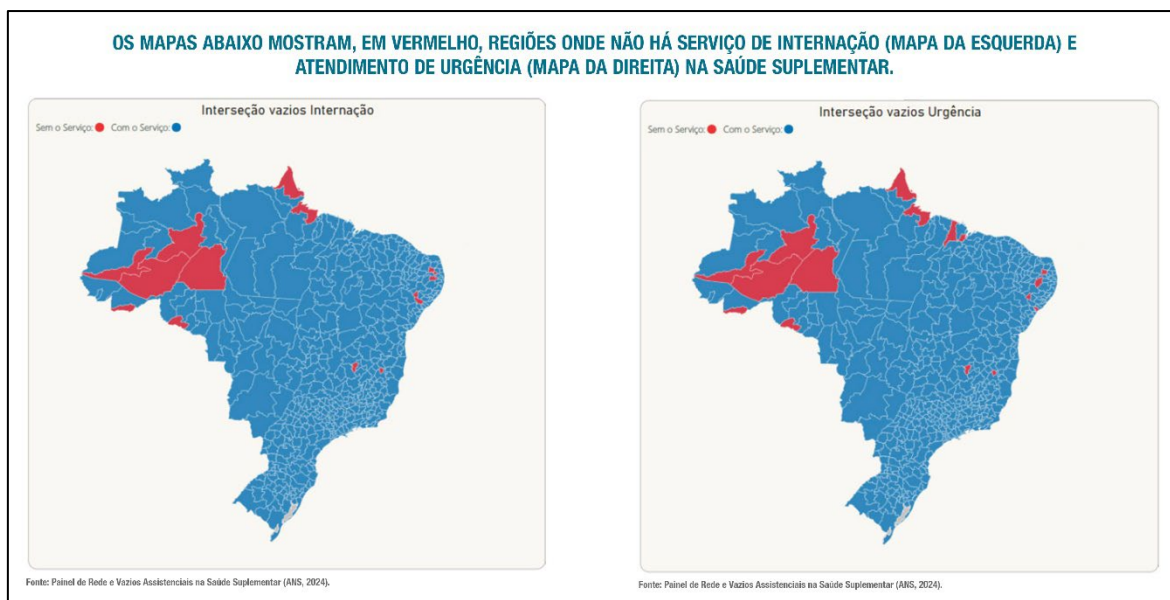
Urgência: estabelecimentos que prestam atendimento de urgência.

A partir do painel de Rede e Vazios Assistenciais será possível avaliar a existência ou inexistência dos profissionais e serviços acima descritos, segundo:

- O cadastro no CNES;
- A utilização no TISS;
- A contratação no RPS; e
- O "vazio absoluto" quando da inexistência nas três bases de dados acima.

Para o setor, os benefícios do novo painel incluirão a utilização dos dados para planejamento e oferta de produtos e serviços, garantindo melhor cobertura assistencial. A própria reguladora poderá extrair informações para direcionar ações regulatórias focadas na garantia de acesso.

Confira abaixo a situação de vazios assistenciais em internação e serviços de urgência no Brasil.

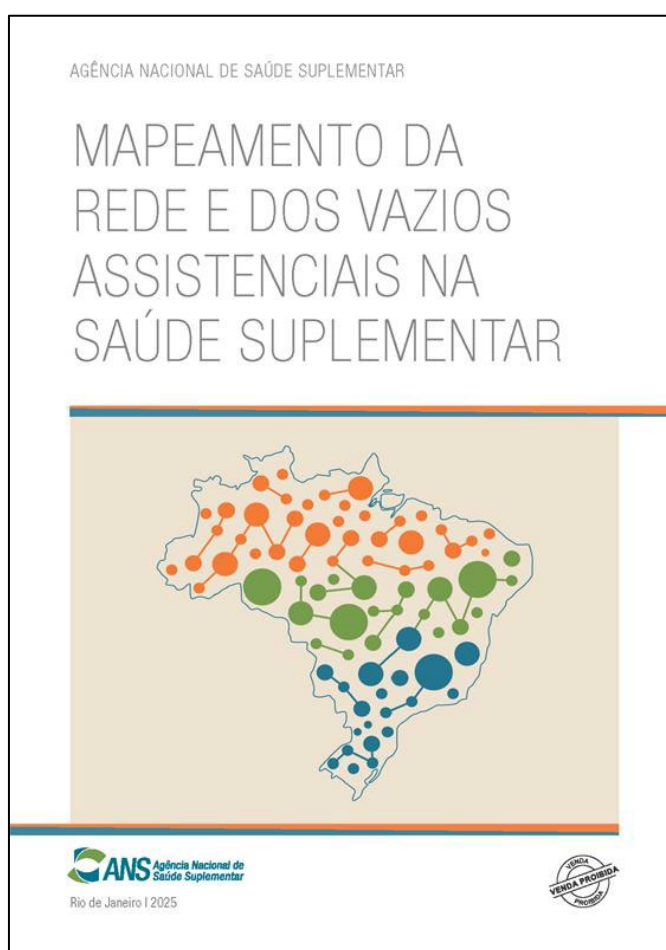


Os mapas acima mostram que 15 regiões de saúde apresentaram vazios assistenciais para internação nas três bases de dados estudadas, o que equivale a aproximadamente 3% do número total de regiões de saúde do país. Além disso, 16 regiões de saúde apresentaram vazios assistenciais para atendimento de urgência nos três estudos, o correspondente a 4% do mapa.

Com base nas informações disponíveis no painel, também é possível perceber os elevados percentuais de regiões de

saúde que apresentaram vazios assistenciais para os grupos estudados, como Hemodiálise (34%), Quimioterapia (50%) e Radioterapia (72%).

Além de inúmeras possibilidades de análises trazidas pelo painel lançado, é possível encontrar uma publicação digital com uma descrição dos vazios assistenciais verificados para os profissionais e serviços acima em cada base de dados e na interseção entre elas.



Acesse aqui a publicação [Mapeamento da Rede e dos Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar](#), que apresenta a metodologia e os resultados dos estudos realizados com as regiões de saúde do país e as bases de dados sobre prestadores de serviços de saúde do país CNES/DATASUS/MS, TISS/ANS e RPS/ANS.

De acordo com Fioranelli, o objetivo do estudo foi avaliar a presença ou ausência do serviço e não fazer uma análise quantitativa. "Reconhecer e identificar os vazios assistenciais na saúde suplementar subsidiará a formulação de Políticas Públicas, principalmente na garantia de acesso, no reconhecimento de casos de inexistência e alternativas futuras. Os vazios assistenciais terem sido evidenciados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, ressalta a desigualdade na distribuição de serviços de saúde privados no país. É preciso encontrar soluções para atender todos os públicos do setor", pondera o diretor da ANS.

O [Painel de Rede e Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar](#) está disponível no portal da ANS e será atualizado periodicamente, o que irá permitir a inserção de

novas variáveis do estudo, como novos serviços e profissionais de saúde.

Sobre o projeto Rede e Vazios Assistenciais na saúde suplementar

O trabalho que deu origem ao novo painel foi realizado no âmbito da Agenda Regulatória 2023-2025, com o objetivo de atualizar o estudo "Rede Assistencial e Garantia de Acesso na Saúde Suplementar", feito pela Agência em 2015, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O atual projeto ampliou e inovou a pesquisa sobre disponibilidade de rede e de vazios assistenciais no setor de saúde suplementar no Brasil, com a inclusão de novas bases de dados, variáveis e formas de análise.

A atualização dos Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar, além de ser uma demanda do setor, é uma necessidade da ANS para avançar em ações regulatórias sobre organização das redes assistenciais e acesso. Dessa forma, a Agenda Regulatória em vigor, definida para o período 2023-2025, incluiu a atualização do estudo sobre o tema.

SENADO DETERMINA QUE PLANO DE SAÚDE PAGUE DESPESA DE ACOMPANHANTE NO PARTO

Senado – 22/01/2024

A Comissão de Assuntos Sociais aprovou o projeto que obriga os planos de saúde a custearem as despesas com a acompanhante escolhida pela gestante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato (PL 2570/2022). Encaminhada para análise da Câmara dos Deputados, a proposta ainda exige que a renúncia da mulher ao direito à acompanhante deverá ser formalizada em documento, após ser orientada pela unidade de saúde, quanto a essa prerrogativa.

A Comissão de Assuntos Sociais aprovou o projeto que obriga os planos de saúde a custearem as despesas com a acompanhante escolhida pela gestante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.

A proposta ainda exige que eventual renúncia ao direito de ter uma acompanhante deverá ser feita por escrito, após a mulher ser orientada quanto a essa prerrogativa. Se deixar de prestar tais informações, inclusive em linguagem adequada para as mulheres indígenas, o estabelecimento estará sujeito a penalizações por infração sanitária, como a de interdição ou o de cancelamento de autorização e alvará de funcionamento.

Ao ler o relatório da senadora Jussara Lima, do PSD do Piauí, a senadora Leila Barros, do PDT do Distrito Federal, lembrou que a lei já garante o direito de um acompanhante para as mulheres durante o atendimento médico. Mas, segundo ela, o projeto é meritório, ao deixar claro que a medida valerá

durante o parto e ao prever punições ao estabelecimento que não prestar as devidas informações sobre esse direito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e durante o parto, já que há vasta evidência científica de que essa medida melhora os desfechos da assistência à gestante e no período perinatal - inclusive reduz o uso de medicamentos e de intervenções médicas -, bem como aumenta a satisfação da mulher com os serviços de saúde.

O senador Doutor Hiran, do Progressistas de Roraima, que é médico, considera importante que o acompanhante esteja preparado para desempenhar sua função.

por exemplo, às vezes a gente está operando um olho e tem uma pessoa que acompanha - tem muitas pessoas que pedem para acompanhar, e a gente deixa acompanhar. Aí dá um pequeno sangramento na cirurgia. O paciente está ouvindo, a cirurgia é feita com anestesia local. Uma exclamação de alguém que está acompanhando assim: "Nossa, por que está sangrando tanto?". Imaginem quem está lá embaixo cobertinho só com um olho e uma luz intensa nesse olho. A pessoa que está lá embaixo também vai ficar completamente apavorada do que está acontecendo. Então, às vezes é bom que a gente sempre prepare com cuidado aquele que vai acompanhar nesses procedimentos.

A proposta seguiu para análise da Câmara dos Deputados. Da Rádio Senado, Alexandre Campos.

ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES RELACIONADAS AO TRATAMENTO DE ASMA

(GOV) ANS – 22/01/2025

Consulta Pública 148 receberá dados e comentários da sociedade até 10/02.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta quarta-feira, 22/1, a Consulta Pública 148, com o objetivo de obter contribuições sobre a proposta de atualização de diretrizes de utilização (DUT) relacionadas ao tratamento da asma grave não controlada. A ideia é receber contribuições para a compatibilização entre os critérios de elegibilidade do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde e os da reguladora.

As DUTs em questão são a 65.9, referente à asma eosinofílica grave, e a 65.10, relativa à asma alérgica grave, que constam no Anexo II da [Resolução Normativa 465/2021](#), vinculadas ao procedimento “Terapia imunobiológica endovenosa, intramuscular ou subcutânea” do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Embora haja semelhança entre os critérios para utilização dos imunobiológicos disponibilizados no tratamento da doença

pelo SUS e pela saúde suplementar, a Agência verificou que diferenças entre o PCDT e as duas DUTs têm gerado questionamentos sobre a compatibilização das coberturas.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 10/02 no próprio site da ANS, pelo qual também estão disponíveis os documentos relacionados às propostas durante o período de consulta. Para se informar e participar, [clique aqui](#).

O Rol tem sido constantemente atualizado por meio de um processo dinâmico, que conta com ampla participação social, no qual a análise das tecnologias é feita a partir de metodologia de avaliação de tecnologias em saúde e nos princípios da saúde baseada em evidências, utilizados em diversos países ao redor do mundo.

Suspensão e reabertura

Em 25/09/2024, foi publicada a Consulta Pública 137 que tratava do mesmo tema, mas foi preciso suspendê-la para realizar ajustes no sistema do formulário e assim melhorar a experiência do usuário.

ESCLARECIMENTO SOBRE COBERTURA ASSISTENCIAL E CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO ONCOLÓGICA

(GOV) ANS – 22/01/2025

Assistência garantida pelo Rol não teve qualquer alteração. Confira as informações da ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está realizando a Consulta Pública 144, que tem como objetivo receber contribuições para a alteração da Resolução Normativa 506, de 30 de março de 2022, que trata do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, especificamente, no que diz respeito à Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica – OncoRede.

Na proposta de norma ora em discussão, para fins de certificação, é sugerido como um dos critérios de pontuação a realização de rastreamento populacional do câncer de mama bianualmente com mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, conforme métrica utilizada pelo Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde, que preconiza que o rastreamento do câncer deve ser direcionado às mulheres na faixa etária e periodicidade em que há evidência conclusiva sobre redução da mortalidade por câncer de mama e que o balanço entre benefícios e possíveis danos à saúde dessa prática seja mais favorável. Dessa forma, o rastreamento do câncer de mama deve ser realizado bianualmente com mamografia, em mulheres de 50 a 69 anos (INCA, 2021).

É preciso esclarecer, então:

1 – Que a consulta pública 144 propõe como um dos critérios a serem avaliados para fins de certificação de boas práticas em oncologia a realização de rastreamento populacional do câncer de mama, por meio de contato proativo realizado pelas operadoras de planos de saúde com suas beneficiárias em idades entre 50 e 69 anos, conforme metodologia de estudo utilizada pelo Inca, instituto que é referência no país no tratamento de câncer. Atualmente, há 18,9 milhões de mulheres com plano de saúde nessa faixa etária;

2 – Que a proposta não tem relação e não altera a cobertura assistencial garantida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que dá direito ao exame do câncer de mama com mamografia bilateral para mulheres de qualquer idade, conforme indicação médica, e com mamografia digital para mulheres de 40 a 69 anos.

Sendo assim, a certificação oncológica tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes oncológicos. As operadoras certificadas oferecerão um serviço diferenciado, incluindo o rastreamento de mamografias em suas carteiras para identificar precocemente o câncer, ajudando a salvar vidas de mulheres. Vale ressaltar ainda que o processo de certificação é voluntário, ou seja, não é obrigatório. Para se certificar, a operadora deverá cumprir os requisitos do Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica e ser avaliada por uma entidade acreditadora de saúde, escolhida entre as homologadas pela ANS.

Feito o esclarecimento, a ANS destaca que a Consulta Pública 144 segue em andamento e os interessados no tema podem enviar contribuições por meio do formulário

da [Consulta Pública nº 144](#), disponível no portal da ANS, até a próxima sexta-feira, 24/01/2025.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.br.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.