

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

19 de fevereiro de 2025



EVENTO RECOMENDADO

VIII ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS

Tema: Estratégias para enfrentar as mudanças no mercado de saúde.

O encontro ocorrerá nos dias 10 e 11 de abril de 2025 e tem como objetivos:

Identificar e discutir os desafios do segmento de saúde suplementar, através da experiência de especialistas, bem como as estratégias diante do aumento da longevidade da população e o tratamento da TEA - Transtorno do Espectro Autista..

As inscrições deverão ser realizadas por e-mail:

julcemarragnini@hotmail.com

ou pelos telefones: (49) 9 99891603, com o valor de R\$ 300,00 por pessoa.

ÍNDICE INTERATIVO

[Mudanças no cálculo das NIPs: um novo desafio para operadoras](#) - Fonte: CQCS

[Novo plano de saúde pode gerar até R\\$ 1 bilhão em receitas](#) - Fonte: CQCS

[Nova legislação resultou em piora na judicialização da saúde](#) - Fonte: O Globo

[Planos de saúde em 2025: o que pode mudar na cobertura e nos reajustes](#) - Fonte: InfoMoney

[ANS divulga retificação de fichas dos indicadores do IDSS](#) - Fonte: GOV (ANS)

['Operação Restitutio' investiga esquema milionário de fraudes em pedidos de reembolsos a planos de saúde](#) - Fonte: Folha do Estado

[Plano de saúde: 'para urgência e emergência esse paciente continua SUS dependente', diz diretor da ANS sobre nova modalidade](#) - Fonte: O Globo

[Barroso dá 10 dias para ANS se manifestar em ação contra rol exemplificativo para planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

MUDANÇAS NO CÁLCULO DAS NIPS: UM NOVO DESAFIO PARA OPERADORAS

CQCS – 19/02/2025

Notificações de Intermediação Preliminar são um dos principais insumos regulatórios da ANS.

A recente revisão do cálculo de monitoramento das Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) gerou significativa preocupação entre as operadoras de saúde. Este artigo aborda a natureza dessas alterações, suas implicações e como as operadoras podem se adaptar de forma eficaz.

A NIP, reclamação proposta pelos beneficiários junto à ANS, consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e operadoras. Ela é um dos principais insumos regulatórios utilizados para detectar problemas assistenciais das operadoras.

Após o recebimento da reclamação, a operadora elabora e encaminha sua resposta, e os beneficiários têm a oportunidade de informar se estão ou não satisfeitos com o retorno recebido. Caso o beneficiário não se mostre satisfeito, a ANS avalia a resposta e a tratativa dada, podendo instaurar um processo administrativo que, a depender da avaliação, resulta em multas significativas à operadora.

As multas às quais as operadoras estão sujeitas podem variar, mas a média está em torno de R\$ 80 mil para cada NIP relacionada à ausência de cobertura assistencial, a reclamação mais comum no mercado. Contudo, as multas não são a única preocupação do mercado. Existem diversos índices de monitoramento que avaliam a conformidade das operadoras com a regulamentação da ANS.

O índice mais relevante é o monitoramento da garantia de atendimento. Anteriormente, esse monitoramento era realizado com base nas NIPs avaliadas previamente pelos fiscais da ANS. Porém, foi identificado que esse método não capturava adequadamente o risco associado ao alto volume de reclamações, resultando na recente reestruturação do cálculo.

Na 608ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada (DICOL) da ANS, realizada em 1º de julho de 2024, deliberou-se uma nova metodologia para o cálculo do monitoramento. Agora, serão consideradas 50% das NIPs classificadas como “não resolvidas” pelos beneficiários.

Antes da mudança, as respostas das operadoras passavam por um filtro prévio de um fiscal da ANS para verificar a procedência da demanda. Com a nova metodologia, esse filtro prévio foi removido, fazendo com que 50% das NIPs consideradas como “não resolvidas” pelos beneficiários entrem diretamente no cálculo.

Por essa razão, as operadoras devem ficar atentas, pois estarão mais sujeitas ao julgamento do beneficiário. Se este não ficar satisfeito com a tratativa dada à sua reclamação, ela será automaticamente computada no índice de monitoramento.

Essa mudança terá vigência em fevereiro de 2025, com o processamento do ciclo de avaliação correspondente ao 4º trimestre de 2024.

Outro impacto significativo da alteração do cálculo é a potencial aceleração na instauração de programas de acompanhamento dos fiscais nas operadoras, como o Prass (Plano de Recuperação Assistencial). Referido programa leva em conta os índices da operadora no mercado, em especial o novo cálculo do monitoramento. A implementação do Prass pode resultar em medidas corretivas e intensivas para as operadoras que apresentarem índices preocupantes, podendo afetar sua operação e reputação no mercado.

Mas as preocupações não param por aí. Caso a operadora não cumpra o Prass, a ANS pode, para além das medidas punitivas e corretivas, estabelecer uma intervenção direta na gestão da operadora ou até mesmo a determinação de transferência compulsória de sua carteira de beneficiários para outras operadoras, a fim de garantir a continuidade e qualidade do atendimento aos usuários.

Além disso, outra consequência relevante para as operadoras é a possibilidade de suspensão da comercialização de seus produtos, impactando diretamente sua sustentabilidade e crescimento no mercado. Essas medidas visam assegurar que os direitos dos consumidores sejam protegidos e que as operadoras operem de acordo com os padrões regulatórios determinados, mantendo assim a estabilidade e a confiabilidade do sistema de saúde suplementar.

Para enfrentar esse novo desafio regulatório, é essencial que as operadoras priorizem a satisfação do beneficiário nas tratativas de NIP e, sempre que possível, evitem a propositura desse tipo de demanda, resolvendo as reclamações por meio de seus canais de atendimento antes que escalonem.

Portanto, tratar corretamente as reclamações dos beneficiários não é apenas uma questão de cumprir regulamentações, mas também uma estratégia essencial para manter a confiança e a satisfação dos clientes, mitigando riscos regulatórios e operacionais.

Uma gestão eficaz das reclamações reflete diretamente na qualidade do serviço oferecido, influenciando a percepção do consumidor sobre a operadora. Além disso, é imprescindível que as operadoras intensifiquem o olhar para a satisfação e o sentimento do beneficiário, não apenas sob a ótica técnica regulatória, mas também na experiência real do consumidor. Isso pode prevenir a escalada de reclamações para a ANS, evitando multas e medidas corretivas severas como o Prass.

Recomenda-se que as operadoras considerem implementar um programa de autorregulação. Este programa não apenas garante a conformidade com as diretrizes da ANS, mas também promove uma gestão mais eficaz e responsável.

NOVO PLANO DE SAÚDE PODE GERAR ATÉ R\$ 1 BILHÃO EM RECEITAS

CQCS – 18/02/2025

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abrirá, na próxima terça-feira (18), uma consulta pública para que toda a sociedade possa se manifestar sobre a proposta de implementação de um ambiente regulatório experimental (sandbox) no setor, que vai gerar um novo modelo de plano de saúde, no formato coletivo por adesão, tendo um limite de 30% de coparticipação e com cobertura para consultas estritamente eletivas e exames. Há a estimativa de que esse novo produto poderá gerar uma receita de até R\$ 1 bilhão. Isso porque a própria ANS acredita que aproximadamente dez milhões de pessoas deverão aderir a esses planos. Já o preço inicial desse novo modelo será semelhante aos dos planos exclusivamente ambulatoriais, segundo revelou o diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Alexandre Fioranelli, em entrevista ao jornal O Globo. “A gente provavelmente está falando de menos de R\$ 100,00. Aí o mercado que vai se autorregular”, frisou.

De acordo com o diretor da ANS, a proposta tem como cerne a dificuldade de acesso à saúde suplementar, o que, na visão dele, “está diretamente relacionado à capacidade do brasileiro de pagamento do plano de saúde”.

Para ele, esse gargalo é resultado da baixa oferta de planos de saúde, de regras de elegibilidade mais restritivas para contratação de planos coletivos definidos por lei; e das diferenças regulatórias entre planos individuais e coletivos, também definidos por lei. “Tudo isso leva a uma dificuldade de acesso ao plano. E isso causa uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS)”, pontuou Fioranelli.

Ele assegurou que, no novo plano, o consumidor estará protegido pela lei e pelas regras da ANS e vai ter, por exemplo, a garantia de consulta em até 14 dias. “O consumidor vai ter uma linha de cuidado. Nós vamos ter uma integração com dados de SUS, vai ter uma gama violenta de exames”, salientou.

O diretor da ANS disse ainda que o que se discute é o atendimento a pessoas que têm algum recurso financeiro, como idosos trabalhando, autônomos, empregados domésticos, mão de obra informal, motoristas de aplicativo. “Nós estamos propondo um tipo de plano de saúde mais simples, mais acessível, com cobertura total para consultas e exames. Esse produto vai garantir uma atenção primária e secundária, de acordo com a diretriz do SUS”, acentuou.

OBJETIVO

Como o CQCS noticiou, o objetivo dessas novas regras é ampliar e simplificar o acesso dos brasileiros aos planos de saúde, aumentando a oferta e a diversidade de produtos na saúde suplementar e ampliando o alcance desses planos em todo o país.

As operadoras que quiserem participar desse sandbox da saúde complementar terão que criar e registrar um novo plano, seguindo as diretrizes propostas pela agência.

Além disso, deverão oferecer bônus aos beneficiários que participarem de programas de cuidado e permanecerem no plano após o período de testes, que será de dois anos.

Depois desse período, a ANS fará uma avaliação para decidir se o modelo pode continuar ou se será descontinuado.

Caso a experiência não seja bem-sucedida e esses produtos mais simples forem descontinuados, os beneficiários terão o direito à portabilidade extraordinária de carências para trocar por um plano que os atenda. “Se o consumidor ingressou de algum plano regulado, poderá voltar ao seu plano de origem. E se a ANS aprovar a continuidade do plano, as operadoras deverão manter sua comercialização nas condições definidas no início do teste ou com as alterações que o experimento demonstrou necessárias”, explica a agência.

A consulta pública prosseguirá até 04 de abril. Haverá ainda uma audiência pública, no dia 25 de fevereiro.

NOVA LEGISLAÇÃO RESULTOU EM PIORA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Globo – 17/02/2025

Lei deve ser cumprida, mas não pode tornar as operadoras financeiramente inviáveis.

Em três anos, o volume de ações judiciais contra operadoras de planos de saúde mais que dobrou. Foram, em 2024, 300 mil novos casos. A judicialização é perniciososa para todos. Para as famílias, que gastam com advogados, e para os planos, quase sempre punidos pela Justiça, onde prevalece a aplicação indiscriminada do direito universal à saúde inscrito na Constituição. Faltam equilíbrio e racionalidade ao debate.

Esperava-se que a decisão do Superior Tribunal de Justiça determinando que os planos não teriam obrigação de pagar por exames e procedimentos não previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) — exceto quando não

houvesse tratamento similar na lista — atenuaria a corrida de clientes à Justiça. Não foi o que aconteceu. Logo depois da decisão, o Congresso aprovou em 2022 uma lei estabelecendo que o rol da ANS serve apenas como referência. Tratamentos fora da lista, diz a lei, deverão ser fornecidos, desde que sua eficácia médica esteja comprovada e que sejam recomendados pelas autoridades sanitárias.

O resultado era previsível: temendo arcar com custos explosivos, os planos de saúde passaram a recusar ou expulsar clientes. Nos primeiros quatro meses de 2024, ocorreram 5.648 reclamações judiciais contra rescisões, 31% a mais que o verificado no mesmo período de 2023. O então presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), negociou um acordo provisório com as operadoras, mas os problemas

persistem. A Justiça continua a ser o caminho mais fácil quando há recusa de tratamentos. De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a judicialização resultou, entre 2019 e 2023, num custo de R\$ 17,1 bilhões às operadoras. É inevitável que essa conta seja repassada a todos os clientes.

Na maioria dos casos, diz Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge, o autor da reclamação não tem direito ao que pede. Muitas vezes se discutem nos tribunais tratamentos caríssimos, fora do rol da ANS. A diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar, Vera Valente, cita o exemplo do Zolgensma, considerado o remédio mais caro do mundo, prescrito para atrofia muscular espinhal. Ele foi incluído na lista da ANS em 2023 — quando cada dose custava R\$ 6 milhões — para bebês de até seis meses que

estivessem entubados. Adultos tentam obtê-lo na Justiça. A nova lei pode ser interpretada de modo a garantir o tratamento. É o tipo de situação que incentiva as operadoras a negar tratamentos, pois sabem que nem todos recorrerão à Justiça.

Existe uma indústria de advogados especializados em processar planos de saúde. O Conselho Nacional de Justiça e a ANS assinaram um acordo para oferecer aos juízes acesso a um banco de dados científico desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Quanto mais informações disponíveis, melhores serão as sentenças. A ANS, que costuma ser acionada antes da Justiça, também deveria ser capaz de resolver mais conflitos. A lei precisa ser cumprida, mas não deve levar a uma situação que torne os planos inviáveis financeiramente.

PLANOS DE SAÚDE EM 2025: O QUE PODE MUDAR NA COBERTURA E NOS REAJUSTES

InfoMoney – 14/02/2025

Especialista explica ainda as discussões em torno de mudanças na coparticipação e na oferta de planos ambulatoriais.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamenta e fiscaliza os planos de saúde privados no país, discute mudanças que podem impactar diretamente os mais de 51 milhões de brasileiros que contam com o produto em 2025.

Entre as propostas está a padronização das regras de reajuste de preços para planos coletivos, que hoje não seguem um teto máximo como os individuais.

De acordo com Stefano Ribeiro Ferri, advogado especialista em direito do consumidor e saúde, falta transparência na conta que as operadoras fazem para determinar o reajuste dos planos coletivos.

“Elas acabam usando métricas para chegar numa conta que muitas vezes o consumidor não sabe o método utilizado. A operadora usa o aumento dos custos médicos, o aumento do uso por parte das pessoas [sinistralidade] e a inflação. É uma conta bem obscura”, diz o advogado durante participação no Tá Seguro, videocast do InfoMoney que traduz o universo dos seguros.

Hoje, os planos individuais têm um reajuste máximo regulado pela ANS, enquanto os coletivos seguem critérios das operadoras, podendo ter aumentos acima de 20%. A proposta em debate busca trazer mais transparência, exigindo uma fórmula padronizada para os reajustes e limitando as justificativas para aumentos.

Outro ponto de atenção são as mudanças nas regras de substituição de hospitais na rede credenciada. Caso uma operadora decida remover um hospital, precisará notificar os beneficiários com antecedência e, se o estabelecimento representar mais de 80% das internações na região, será obrigada a substituí-lo por outro equivalente.

“Isso evita que o consumidor descubra na porta do hospital que seu plano não cobre mais aquela unidade”, explica Ferri.

A ANS também discute mudanças na coparticipação – a cobrança extra que alguns consumidores pagam ao utilizar serviços. A ideia é limitar essa taxa a 30% do valor do atendimento e isentar pacientes com doenças graves ou crônicas.

Segundo o especialista, a coparticipação pode ser um recurso útil para equilibrar custos, mas não pode inviabilizar o acesso ao tratamento.

Outro tema polêmico é a oferta de planos ambulatoriais, que cobrem apenas consultas e exames, sem internações ou cirurgias. Embora possam ser mais baratos, esses planos levantam preocupações sobre a redução da cobertura dos consumidores – como o risco de o mercado direcionar os clientes para esses planos, tornando os completos cada vez mais caros e inacessíveis.

O aumento da venda online de planos de saúde também está em discussão. Apesar da praticidade, especialistas temem que consumidores acabem contratando planos sem entender todas as condições.

“O problema não é vender online, mas garantir que o consumidor saiba exatamente o que está contratando”, pontua o advogado. Ele ressalta que o formato de contratação também impossibilita qualquer tipo de negociação de preço.

Além dessas mudanças em debate, o setor enfrenta uma onda de processos administrativos. No final de 2024, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) abriu investigações contra operadoras por cancelamentos abusivos de planos de saúde, especialmente de idosos e pessoas com doenças graves.

Ferri lembra que cancelamentos unilaterais sem justificativa plausível ferem o Código de Defesa do Consumidor e precisam ser coibidos.

Diante desse cenário, a recomendação é de cautela antes de aceitar propostas de migração de plano. Muitas operadoras oferecem benefícios temporários para incentivar a troca de um plano individual – que tem mais proteções – por um

coletivo por adesão, que pode ser cancelado com mais facilidade. “Sempre que a vantagem for exagerada, desconfie”, orienta Ferri.

Os próximos meses serão decisivos para definir quais dessas mudanças sairão do papel, já que a ANS tem realizado audiências públicas para ouvir tanto as operadoras quanto representantes dos consumidores.

Para quem tem plano de saúde, acompanhar essas discussões pode ser essencial para evitar surpresas no futuro.

ANS DIVULGA RETIFICAÇÃO DE FICHAS DOS INDICADORES DO IDSS

GOV (ANS)– 14/02/2025

Nova versão do conjunto de fichas referentes aos anos-base 2024 e 2025 está disponível.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que o conjunto de fichas dos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2025 e 2026, referentes aos anos-base 2024 e 2025, do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) foram republicadas em função da necessidade de modificações nos arquivos disponibilizados no portal em 2024.

As fichas técnicas contêm ajustes em três indicadores, sem prejuízos ao setor. As alterações foram aprovadas na 618ª

Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada (DICOL), realizada em 10/2/2025.

Os indicadores de consultas ambulatoriais com médicos generalistas para idosos passarão a contabilizar as consultas realizadas em domicílio; e o indicador Razão TISS/DIOPS passará a considerar as contas de receitas na apuração do denominador, já no ano-base 2024.

Os arquivos corrigidos encontram-se disponíveis nos links abaixo:

[Fichas IDSS ano-base 2024](#)

[Fichas IDSS ano-base 2025](#)

'OPERAÇÃO RESTITUTIO' INVESTIGA ESQUEMA MILIONÁRIO DE FRAUDES EM PEDIDOS DE REEMBOLSOS A PLANOS DE SAÚDE

Folha do Estado – 14/02/2025

Seis mandados de busca e apreensão em endereços residenciais e comerciais das pessoas investigadas pelo MPBA.

O Ministério Público da Bahia, por meio do Grupo de Atuação de Combate às Organizações Criminosas e Investigações Criminais (Gaeco), deflagrou na manhã desta quinta-feira, dia 13, a 'Operação Restitutio', para desarticular esquema de fraudes envolvendo pedidos de reembolso de serviços médicos e de fisioterapia, apresentados por profissionais e empresas não integrantes da rede de credenciados das operadoras de saúde.

Foram cumpridos, em Salvador, seis mandados de busca e apreensão em endereços residenciais e comerciais das pessoas investigadas pelo MPBA, em razão da possível prática dos crimes de estelionato, falsificação de documento particular, falsidade ideológica e uso de documento falso. O material apreendido será submetido a conferência e análise pelos promotores de Justiça e, posteriormente, encaminhado aos órgãos competentes para adoção das medidas cabíveis.

A pedido do MP, a 2ª Vara Criminal Especializada da Comarca de Salvador também determinou a indisponibilidade bens e ativos dos investigados, que chegam a totalizar mais R\$ 5 milhões. A operação contou com o apoio do

Departamento Especializado de Investigações Criminais (Deic), da Polícia Civil.

Somente um dos investigados teria realizado, entre 2021 e 2024, mais de 500 pedidos de reembolsos, com solicitações médicas inautênticas, que resultaram em ganhos indevidos superiores a R\$ 1 milhão.

Esquema

O direito ao reembolso ocorre quando o segurado realiza serviços com prestadores não referenciados pela operadora, mediante prévio desembolso e comprovação da despesa. No entanto, as investigações apontam que os pedidos foram formulados com documentos falsificados, incluindo notas fiscais adulteradas, solicitações médicas forjadas e registros de atendimentos inexistentes

As fraudes identificadas teriam ocorrido por meio da apresentação de comprovantes financeiros fictícios para justificar despesas que não foram realizadas. Além disso, foram detectadas requisições médicas fraudadas e manipulação dos registros de atendimento, com a inclusão de consultas e procedimentos em volume superior ao que seria possível realizar dentro do seu tempo médio de duração. Há também indícios de irregularidades tributárias, como o cancelamento de notas fiscais logo após a liberação dos pagamentos indevidos.

PLANO DE SAÚDE: 'PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ESSE PACIENTE CONTINUA SUS DEPENDENTE', DIZ DIRETOR DA ANS SOBRE NOVA MODALIDADE

O Globo – 13/02/2025

ANS vai colocar em discussão novo modelo de plano de saúde com cobertura restrita a consultas médicas e exames.

Plano de saúde acessível, popular, simplificado. A ideia de um plano com cobertura apenas par consultas e exames, sem terapias ou internação, já teve muitos nomes e é um projeto acalentado há mais de uma década pelas empresas do mercado como uma forma de colocar mais gente para dentro da saúde suplementar e controlar custos. Em 2016, o então ministro da Saúde, Ricardo Campos, chegou a defender essa proposta, num cenário em que o setor tinha perdido em 12 meses mais de 1,6 milhão de usuários. A ideia acabou arquivada, diante da mobilização da sociedade e das críticas feitas pelo corpo técnico da Agência Nacional de Saúde (ANS). O assunto voltou aos holofotes esta semana com a proposta trazida pela ANS de uma nova modalidade, restrita a consultas e exames, a ser viabilizada em projeto-piloto, por dois anos, via um sandbox, uma inovação regulatória.

Em entrevista exclusiva ao blog, Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, apresentou o projeto como uma "solução para a saúde de um país". Fazendo coro ao discurso uníssono do setor, que mantém há uma década uma campanha permanente para um plano restrito, Fioranelli afirma que a nova modalidade pode desafogar o SUS, tese que é muito contestada por especialistas. O diretor da agência diz que faltam planos individuais, o que dificulta o acesso da população à saúde suplementar, mas a nova modalidade não vai suprir essa lacuna, o novo plano vai ser de adesão. Além disso, não vai ter reajuste limitado pela ANS. A mensalidade, estima a reguladora, ficará abaixo dos R\$ 100.

No entanto, para urgência e emergência, assim como para qualquer tratamento ou terapia, o usuário desse novo modelo "continuará SUS dependente", diz Fioranelli, que não vê nenhum ponto negativo na proposta. Ele afirma que haverá uma integração com SUS que vai garantir que a agilidade que será ganha no diagnóstico com o novo modelo será repassado ao acesso ao sistema público, no entanto, o projeto ainda não foi apresentado ao Ministério da Saúde.

Desde 2016, o projeto de um plano acessível, de consultas e exames, vem e volta ao debate. Até aqui sempre a ideia acabou sendo descartada, porque trazer essa proposta agora?

Alexandre Fioranelli: Antes de qualquer coisa eu queria me apresentar, sou cirurgião vascular, há mais de 30 anos atendendo na Santa Casa de São Paulo, que é uma que é um hospital que atende 100% pacientes SUS. Eu conheço todo o funcionamento, toda virtude e todos os desafios que existem dentro de um hospital que atende pacientes SUS. Além disso, conheço também os desafios, a dor dos pacientes desde a entrada no pronto socorro à espera de um ambulatório para passar consulta comigo, a espera da realização do exame. Eu faço essa introdução porque esse projeto é diferente daquele (de 2016). É um projeto que a gente conversa sobre saúde de um país, não é sobre um simples nicho de

população, então, por isso, da magnitude da importância dele.

Antes do ponto da motivação, queria deixar claro que essa proposta está completamente de acordo com RN 621, que dispõe sobre as regras para constituição e funcionamento do ambiente regulatório experimental dentro da agência e também está de acordo com a regra, com guia referencial do sandbox regulatório da própria AGU.

Essa proposta tem como cerne a dificuldade de acesso ao plano de saúde por pessoa natural. O acesso a planos de saúde está diretamente relacionado à capacidade do brasileiro de pagamento do plano de saúde. O leve esse problema é a baixa oferta de planos de saúde, as regras de elegibilidade mais restritivas para contratação de planos coletivos definidos por lei; as diferenças regulatórias entre planos individuais e coletivos, também definidos por lei. Tudo isso leva a uma dificuldade de acesso ao plano. E isso causa uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS).

O que temos visto é incremento, cada vez maior, de contratação de planos coletivos com poucas vidas e a expansão do mercado não regulado, que são os cartões de descontos clínicas populares que comprovam que uma demanda reprimida por planos de saúde.

No Brasil, existem dois sistemas de saúde, o SUS que é para todos, e o privado pago com desembolso direto do consumidor ou pelos planos de saúde. Eu sou um defensor e sempre serei do SUS. Entendo a importância, a magnitude, e o quão bom o é SUS. Entretanto, o SUS tem limitação. E essa limitação está relacionada à capacidade financeira do sistema e reverbera por todo o tecido social deste país.

Se a gente for fazer uma análise do ponto de vista de moedas, de dinheiro, a saúde suplementar gasta o dobro per capita do que o SUS gasta. Para que a gente consiga resolver o problema de atendimento do SUS para os 150 milhões de brasileiros, a gente precisaria, há trabalhos escritos sobre isso, teria que injetar R\$ 4 trilhões no SUS para resolver. Hoje o SUS não consegue cobrir as metas de atendimento primário e secundário da população brasileira. Existem vazios assistenciais.

Mas onde tem vazio assistencial, onde o SUS não chega, muito menos chega a saúde privada, não?

Alexandre Fioranelli: Esse vazio assistencial não está relacionado a ter ou não ter (estrutura local) apenas, mas ter a capacidade de conseguir atender. É disso que eu estou falando. A Santa Casa em São Paulo está lá para atender, mas ela tem condição de atender a todo mundo? É desse vazio que estou falando.

Isso é tão claro que, em função da necessidade da população e essa capacidade limitada de atendimento do SUS, consolidou o mercado paralelo.

Esse mercado paralelo que não tem regulação, que são os cartões de desconto e clínicas populares, e que a gente resolveu denominar no setor como uma terceira via de saúde.

Pessoa que não consegue atendimento no SUS, que não tem plano de saúde, mas que tem condição de pagar por alguns serviços privados, mas não tem condição de pagar um plano de saúde.

A ideia desse consumidor é antecipar um prazo de atendimento, não ter que pegar uma fila de espera no SUS para consulta e exames.

O senhor diz que esse mercado não tem regulação, mas o STJ já indicou que isso poderia ser feito pela ANS. Não seria, então, o caso de regular esses serviços que fazem aquilo que essa nova modalidade de planos iria fazer? Afinal, o cerne da clínica popular é exame e consulta

Alexandre Fioranelli: É completamente diferente do que nós estamos propondo.

Qual é a diferença básica em termos de assistência?

Alexandre Fioranelli: A gente está discutindo sobre pessoas que têm algum recurso financeiro, idosos trabalhando, autônomos, empregados domésticos, mão de obra informal, motorista, aplicativo. Nós estamos propondo um tipo de plano de saúde mais simples, mais acessível, com cobertura total para consultas e exames.

Esse produto vai garantir uma atenção primária e secundária, de acordo com a diretriz do SUS.

Eu tinha entendido que era um plano de atenção primária, qual seria o atendimento secundário? O foco não é restrito a consultas e exames? Não tem terapia, não tem tratamento, certo?

Alexandre Fioranelli: Qual é o objetivo no SUS? É o mesmo que nós estamos propondo (com essa nova modalidade)

promoção, prevenção de saúde, acesso facilitado, coordenação de cuidado.

Nesse tipo de atenção, de cuidado, a gente vai promover cuidados contínuos preventivos, reduzir doenças evitáveis, prevenir e diminuir a incidência de doenças como diabetes, hipertensão, que o SUS não consegue lidar. Vamos prevenir doenças infectocontagiosas e até alguns tipos de câncer com e fazer um acompanhamento do ponto de vista da atenção primária.

Como isso funcionaria?

Alexandre Fioranelli: O consumidor terá cinco médicos de entrada: clínico, ginecologista, pediatra, ortopedista e geriatria, tem os exames de baixa complexidade que estão incluídos aqui, laboratório, raio x, eletro, coisa rápida para fazer acompanhamento dessas doenças crônicas, atuando com educação e coordenação do cuidado. Tudo isso é atenção primária.

O que que a tensão secundária, médico que vai definir e vai encaminhar para consulta com especialistas. Hoje tem uma dificuldade gigante para você conseguir marcar uma consulta com o especialista no sistema público. Exames diagnósticos de média complexidade, tomografia, mamografia, ressonância, exames endoscópicos, isso está tudo incluso.

Então, tem diagnóstico com anatomia patológica. Não está excluída a atenção à saúde mental, à saúde da mulher, ambulatório para doenças crônicas isso está tudo incluído.

Mas tem algum tratamento previsto nesta nova modalidade de plano?

Alexandre Fioranelli: Não.

Então como se trata saúde mental, tem terapia?

Alexandre Fioranelli: Terapia não está no escopo.

BARROSO DÁ 10 DIAS PARA ANS SE MANIFESTAR EM AÇÃO CONTRA ROL EXEMPLIFICATIVO PARA PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 13/02/2025

O objeto da discussão é a lei que obriga planos de saúde a cobrir tratamentos que estão fora da lista de procedimentos estabelecida pela agência.

O ministro Luís Roberto Barroso, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), pediu manifestação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a ação que questiona o caráter exemplificativo do rol da ANS. O prazo é de 10 dias. O objeto da discussão é a lei de 2022 que obriga planos de saúde a cobrir tratamentos que estão fora da lista de procedimentos estabelecida pela agência.

“Diante da relevância e complexidade da matéria, intime-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos do art. 9º, § 1º da Lei nº 9.868/1999, para que se manifeste acerca da matéria tratada na presente ação, no prazo de 10 dias”, diz o despacho publicado ontem.

A ação foi ajuizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que argumenta que as obrigações criadas na lei estão além do que as seguradoras podem suportar. “A taxatividade do rol busca justamente garantir tanto a saúde e a vida do beneficiário (ao impedir que sejam cobertos procedimentos experimentais que ocasionem riscos à sua saúde) quanto a saúde de todo o sistema de saúde suplementar (garantindo o equilíbrio dos contratos de seguros/planos de saúde por meio da previsibilidade dos eventos cobertos)”, sustentou a entidade na petição apresentada em 2022.

A Procuradoria-Geral da República (PGR), por sua vez, já se manifestou a favor da lei. Para o órgão, a definição mais ou menos restritiva do rol da ANS cabe ao Legislativo e a opção adotada está dentro dos parâmetros constitucionais.

“O rol estabelecido pela ANS é importante para garantir análise técnica criteriosa quanto ao que é oferecido ao usuário, mas não pode importar restrição de seu direito à saúde, retirando-lhe previamente o acesso a outros possíveis

tratamentos que não estejam ali elencados”, diz a manifestação assinada pelo então PGR Augusto Aras em 2023.

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.