

### **ÍNDICE INTERATIVO**

[ANS aprova transferência do controle da Amil para o novo dono, José Seripieri Filho](#) - Fonte: O Globo

[Impactos da Reforma Tributária na área da saúde](#) - Fonte: Migalhas

[Qual é a perspectiva para os planos odontológicos em 2024?](#) - Fonte: Jornal Estadão Mato Grosso

[Número de hemodiálises realizadas na saúde suplementar cresceu três vezes mais do que usuários do SUS](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: Interesse pela portabilidade de carências cresceu 13,5% em 2023](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Os horizontes da saúde em 2024](#) - Fonte: Saúde Business

[TRF1: Reajuste de plano de saúde coletivo é regido por contrato, e não pela ANS](#) - Fonte: Jota Info

# ANS APROVA TRANSFERÊNCIA DO CONTROLE DA AMIL PARA O NOVO DONO, JOSÉ SERIPIERI FILHO

O GLOBO – 17/01/2024

A ANS autorizou hoje a transferência do controle da Amil a José Seripieri Filho, o Júnior, que adquiriu a operadora de planos de saúde no fim de dezembro.

Ontem, o Cade já havia avalizado a operação, restando pendente, assim, apenas a posição da agência de saúde suplementar.

Antes de Júnior, a UnitedHealth Group (UHG) era a responsável pelo controle da Amil, que tem mais de 350 mil usuários em planos de saúde individuais, além dos corporativos, e, em 2022, registrou prejuízo na casa dos R\$ 2 bilhões (o mesmo valor que Júnior pagou pela empresa, assumindo ainda um passivo de R\$ 11 bi).

## IMPACTOS DA REFORMA TRIBUTÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE

Migalhas – 16/01/2024

A Reforma Tributária transformará totalmente a forma de apuração e arrecadação de tributos indiretos no país e impactará diretamente todos os contribuintes. Apesar de promover a simplificação do sistema, existe a preocupação em relação ao possível incremento da carga tributária, especialmente para prestadores de serviços, incluindo a área da saúde.

Dentre os temas que mais ocuparam as manchetes de política no ano de 2023 está a Reforma Tributária, que foi promulgada em 20 de dezembro, após anos de trâmite na Câmara e no Senado. A demora decorreu especialmente por ter sido promovida por meio de uma emenda à constituição, exigindo a aprovação do texto final nas duas casas do Parlamento, com quórum qualificado. A PEC 45/19, portanto, produziu a Emenda Constitucional 132, de 20 de dezembro de 2023.

Com objetivo primordial de simplificar a apuração e a arrecadação de tributos das empresas, a Reforma Tributária promoverá grandes mudanças, afetando diretamente a operação de todas elas, sejam da indústria, do comércio ou prestação de serviços, incluindo as que atuam na área da saúde.

O texto da Emenda Constitucional prevê a criação de novos tributos, denominados Contribuição sobre Bens e Serviços - CBS e Imposto sobre Bens e Serviços - IBS, que substituirão os atuais PIS, COFINS, IPI, ICMS e ISS, incidentes sobre a circulação de bens e a prestação de serviços.

Enquanto a CBS será arrecadada em âmbito federal, o IBS será de competência das esferas estaduais e municipais. Em algumas situações, incidirá também o Imposto Seletivo - IS que será adicionado a produtos considerados nocivos à saúde ou ao meio ambiente, como cigarros, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

As empresas que prestam serviços na área da saúde, que atualmente apuram e recolhem Imposto sobre Serviços - ISSQN deverão realizar a apuração da CBS e do IBS, que serão incidentes não necessariamente sobre a totalidade do valor apurado, mas ao valor agregado - IVA. No entanto, a forma exata de como o cálculo dos referidos tributos será realizado deverá ser especificada posteriormente, por leis infraconstitucionais.

A principal inovação trazida pela reforma consiste em fazer com que as empresas que importam, produzem e comercializam produtos de qualquer natureza também

apuram e recolham os mesmos dois tributos - CBS e IBS. Isso não acontece atualmente, sendo a sistemática tributária muito mais complexa e laboriosa, diante da existência concomitante de PIS, COFINS, IPI, ICMS e ISS.

Caso a simplificação da apuração e arrecadação se concretize, permitirá que as empresas se beneficiem inclusive financeiramente com a redução da extraordinária complexidade atual. Porém, como a emenda constitucional apresenta premissas genéricas, a efetivação desta promessa só se concretizará após promulgadas as demais leis e normas, hierarquicamente inferiores, que edificam todo o sistema tributário.

Se a desburocratização é almejada por todos, ainda paira no ar o temor do indesejado aumento na carga tributária. Afinal, uma das premissas da mudança é que a arrecadação, no mínimo, se mantenha no montante atualmente alcançado pelos entes federados.

Ainda não se sabe quais alíquotas serão aplicadas, mas estudos divulgados pelo Ministério da Fazenda estimam que a alíquota base do IBS e da CBS deverá ser de 25,45% a 27% sobre o faturamento, a fim de se manter a arrecadação atual<sup>1</sup>. Se estes percentuais se efetivarem, haverá um real aumento de carga tributária, especialmente para os prestadores de serviço, que atualmente contribuem com aproximadamente 10% do faturamento, na somatória dos tributos indiretos incidentes.

Felizmente para uma pequena parcela dos contribuintes, alguns órgãos de classe se organizaram, durante todo o processo de trâmite da PEC, com a intenção de impedir este aumento expressivo de tributos. Por meio de articulações políticas, um pequeno número conseguiu a isenção ou a possibilidade de redução na base de cálculo dos tributos.

Para alívio dos prestadores de serviços de saúde, consta do texto da Emenda Constitucional uma disposição no sentido de que a lei complementar que instituir o IBS e o CBS, "poderá prever regimes diferenciados de tributação", que pode chegar a uma redução de 60% da alíquota incidente sobre os serviços de saúde<sup>2</sup>. Contudo, a leitura atenta em relação ao verbo empregado na norma - poderá - exige cautela nas comemorações, visto que o benefício ainda não pode ser dado como certo.

O processo da reforma tributária ainda levará alguns meses, quiçá anos, dependendo ainda da elaboração das referidas leis complementares, ordinárias e demais normas

necessárias para construção desse novo sistema. A transição do modelo, por sua vez, ocorrerá em pelo menos dez anos, a partir de 2029, com a entrada gradativa dos novos tributos e a extinção dos antigos (atuais).

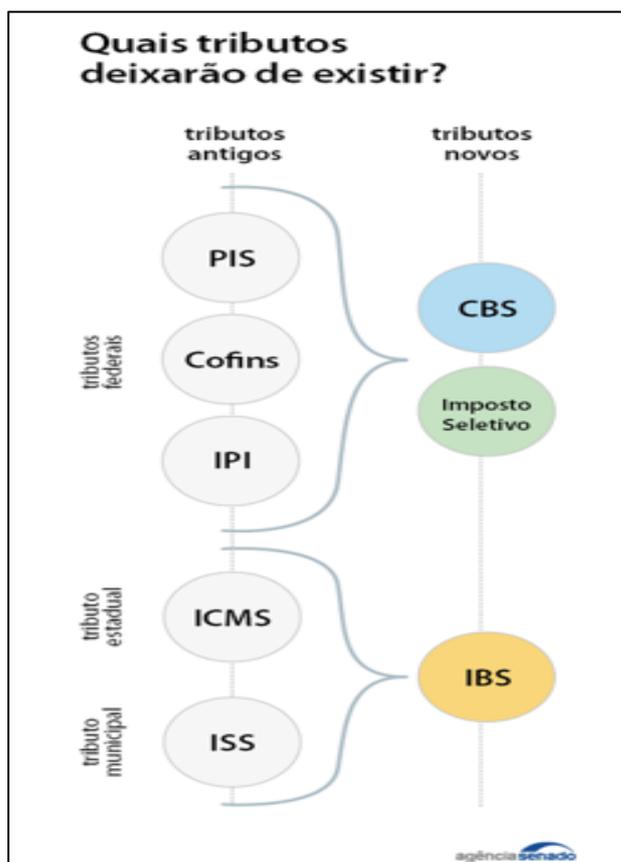
Vale ressaltar que outros tributos também foram objeto de alteração pela PEC, como o IPVA, que passará a ter progressividade na alíquota, levando em consideração o tipo, o valor, a utilização e o impacto ambiental causado pelo veículo automotor.

Além disso, o ITCMD, incidente sobre heranças e doações, passará a ter necessariamente alíquotas progressivas e poderá incidir na transmissão de bens situados no exterior, na forma a ser regulada por normas infraconstitucionais.

É importante ressaltar que alguns regimes tributários, como o Simples Nacional, não serão impactados por esta primeira

fase da reforma tributária. Espera-se que, nos próximos meses, a segunda fase seja incluída na pauta do Congresso, com o objetivo de modificar o sistema de arrecadação dos impostos incidentes sobre a renda, tanto das pessoas físicas quanto das pessoas jurídicas. Isso certamente suscitará ainda mais debate, em razão do impacto a ser causado nas operações das sociedades e no orçamento doméstico das famílias.

Embora muito almejado, talvez seja ainda difícil imaginar o cenário em que o sistema tributário brasileiro se torne verdadeiramente simples e moderno. Se "no Brasil até o passado é incerto"<sup>3</sup>, por cautela, durante todo o processo de implementação da Reforma Tributária, é fundamental que se permaneça atento e bem-informado em relação às mudanças serão efetivamente realizadas. Isso é particularmente importante para planejar operações futuras e manter a saúde financeira das organizações.



Fonte da imagem: Agência Senado<sup>4</sup>

## QUAL É A PERSPECTIVA PARA OS PLANOS ODONTOLÓGICOS EM 2024?

Jornal Estadão Mato Grosso – 13/01/2024

O Brasil é considerado referência em odontologia, porém a taxa da população que faz consultas periódicas ainda está aquém do necessário, principalmente quando falamos em Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso dos planos odontológicos, segundo estudo do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), o país conta 32,2 milhões de beneficiários, o que representa 16,5% da população. São 328 operadoras odontológicas ativas, com média de 42% de sinistralidade, o que resulta em um

faturamento de R\$ 3,9 bilhões (dados referentes ao quarto trimestre de 2022).

Assim como o segmento de planos de saúde, o de planos odontológicos tem suas categorias. Nesse caso, as medicinas de grupo representam 34,3% do mercado, as seguradoras, 7,4%; as cooperativas, 1,7%; e as autogestões, 0,3%. Em termos de receita, no segundo trimestre de 2023, os planos exclusivamente odontológicos arrecadaram R\$ 1,9 bilhões, e as medicinas de grupo representaram 78% da receita total, ou seja, R\$ 1,55 bilhão, enquanto a cooperativa

odontológica ficou com 22% do mercado, o equivalente a R\$ 430 milhões.

Em relação aos produtos disponíveis, os coletivos representam 73% do mercado, os individuais, 17%, e os de adesão, 10%. Segundo levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que regula o setor, os planos exclusivamente odontológicos registraram 32,18 milhões de beneficiários no final de outubro, com uma trajetória de crescimento a partir de janeiro de 2022, época em que eram aproximadamente 2,7 milhões de beneficiários.

Mesmo com o salto significativo, as principais empresas do setor ainda veem espaço para crescimento nos próximos anos, já que esse número de usuários representa apenas 15% da população brasileira. A expectativa é positiva e de crescimento, considerando o maior acesso a tal produto representado pelo menor ticket, assim como a existência de um mercado maior de planos de saúde já desbravado.

De outro lado, há uma questão que é extremamente relevante e que impacta o desempenho – e o desenvolvimento – do setor de forma geral. O órgão regulador infelizmente deixa a desejar quando se fala em dar a devida atenção aos planos exclusivamente odontológicos. Nesse sentido, é essencial que a agência empreenda mais esforços para o segmento odontológico para permitir que a regulação evolua, construindo uma legislação mais adequada à realidade das empresas/cooperativas e outros players que oferecem planos exclusivamente odontológicos, já que, nem de longe, podem ser tratados como operadoras de planos de assistência médica.

O cenário para os próximos anos segue desafiador. A proposta de uma agenda regulatória efetiva para a odontologia junto à ANS é impositiva, porém, não de forma genérica.

É imprescindível que esse processo aconteça a partir da discussão pautada por temas objetivos com embasamento técnico, respaldado pelos impactos regulatórios e econômicos. Uma das premissas que fundamenta essa

discussão é a Resolução Normativa 475 (RN/ANS 475), que tem, entre seus objetivos, a simplificação e o incentivo à concorrência no setor. A medida trata da classificação das operadoras de planos de saúde para fins de aplicação proporcional da regulação prudencial, e é essencial para que se obtenha, por exemplo, maior flexibilização de regras de garantias financeiras e provisões. Além disso, prevê a modulação de normativos justos e equilibrados, a aplicação equitativa da regulação, acabando com a desproporcionalidade das multas, além da exigência de controles diversos/simplificado para operadoras odontológicas de pequeno e médio porte. Por fim, a normativa prevê, ainda, o ajuste da regulamentação de acordo com as categorias estabelecidas, com alteração de critérios de exigência de controles do atual “número de vidas” para o “critério de faturamento”.

Em outra frente, as fraudes também são um problema, em menor proporção quando comparado aos planos de saúde, por conta do número de beneficiários. Mas, é uma questão a ser discutida e, principalmente, combatida. Seja junto à rede de prestadores, por meio de melhores controles; aos beneficiários, por meio de conscientização; e ao regulador, nas interações e divulgação de dados e indicadores para que as operadoras não sejam penalizadas por demandas viciadas.

É necessário combater a aplicação de multas exorbitantes por parte do regulador perante à judicialização, tanto para exercer o direito de defesa como para chamar atenção para a necessidade de alteração e aperfeiçoamento da regulação. Alterar o conceito de que não compensa impugnar irregularidades praticadas por ofensores devido ao baixo preço médio do ticket ou mesmo diante do temor histórico do regulador.

O mercado dos planos odontológicos encontrou seu lugar, e, considerando que o regulador evoluiu junto da saúde suplementar, as oportunidades são reais, o crescimento do mercado é fato. Logo, é preciso maturidade e deixar no passado a mentalidade dos planos odontológicos serem o “patinho feio” da saúde suplementar.

## NÚMERO DE HEMODIÁLISES REALIZADAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR CRESCERAM TRÊS VEZES MAIS DO QUE USUÁRIOS DO SUS

Saúde Business – 12/01/2024

A Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante desenvolveu um estudo inédito para avaliar como está o acesso aos serviços de terapia renal substitutiva nos últimos onze anos.

A Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) desenvolveu um estudo inédito – Observatório Nacional dos Dados de Diálise – para avaliar como está o acesso aos serviços de terapia renal substitutiva nas diversas regiões do país, nos últimos onze anos. Encontrou diferenças que apontam para a necessidade de políticas públicas mais específicas e direcionadas para solucionar gargalos.

Um dos dados que chama a atenção é a diferença do crescimento de pacientes e procedimentos realizados no âmbito do SUS e na rede privada. Há onze anos, o SUS atendia a cerca de 78 mil pacientes - que realizavam 12

milhões de procedimentos anuais e a rede privada tinha 7,3 mil pacientes, com 1,3 milhão de sessões de diálise por ano. De lá pra cá, houve crescimento de 33% no SUS, chegando a 17,5 milhões de procedimentos para quase 104 mil pacientes. Já na rede privada o incremento foi de 108%, passando para cerca de 2 milhões de procedimentos em quase 15 mil pacientes até o ano de 2021. No ano de 2022 ainda não há o número de procedimentos realizados na rede particular e o percentual pode ser um pouco maior.

A ABCDT representa as clínicas que atendem pacientes renais custeados tanto pelo SUS quanto por convênios privados. É uma diferença que merece mais estudos para entender o que pode estar ocorrendo, considerando que o universo de beneficiários de planos de saúde cresceu apenas 5% nesse período. A população brasileira cresceu 8%, então era de se esperar um volume bem maior de procedimentos

hoje pelo SUS. Pode estar ocorrendo falta de diagnóstico precoce de doença renal entre a população que depende dos serviços públicos de saúde. Hipertensão e diabetes provocam doenças renais e nós temos alta incidência no país. Sem descobrir a doença a tempo de tratá-la, as pessoas podem ir a óbito por infarto, acidente vascular, entre outras complicações. Então muitas mortes que hoje ocorrem por doenças cardíacas talvez fossem evitadas cuidando-se dos rins previamente. O grande problema da doença renal é que ela é silenciosa, nem sempre surgem sinais. Seria necessário aumentar o acesso aos diagnósticos, que podem ser feitos por exames simples de sangue e urina.

A hemodiálise ambulatorial é um serviço essencialmente prestado por empresas privadas com ou sem fins lucrativos em todas as regiões do país, chegando a responder, em média, pelo atendimento de 95% dos pacientes. A única exceção é na Região Norte, onde 27,6% dos atendimentos são feitos diretamente por unidades de saúde pública. “O motivo é por ser um serviço altamente técnico, especializado e complexo, que demanda constante modernização e aquisição de equipamentos e insumos altos investimentos. Essa parceria da iniciativa privada com o SUS é louvável, mas o grande problema desse modelo de atendimento hoje é que o SUS não tem mantido reajustes anuais da Tabela SUS e os repasses estão defasados em ao menos 39%. É louvável que tenha havido uma pequena recuperação em 2023, porém é insuficiente. Muitas clínicas estão endividadadas, muitas outras já fecharam e existe um risco real de pacientes ficarem desassistidos. Tem sido comum clínicas não aceitarem mais novos pacientes do SUS. Aumentam-se as vagas para convênios, mas para o SUS não mais.

Aumento de cateteres em vez de fístulas - Para que a hemodiálise seja realizada, é preciso que o paciente tenha um acesso vascular. Num cenário adequado, o paciente inicia o tratamento com fístula arteriovenosa – que fica permanente. Mas o estudo da ABCDT aponta um dado preocupante: a quantidade de pacientes que faz diálise utilizando usando um cateter de curta e longa permanência, em vez de fístula, vem crescendo de forma inadequada. Na região Sudeste, realiza-se mais procedimentos de confecção de fístula do que nos estados do Norte e Nordeste juntos, provavelmente por falta de cirurgia vascular. A fístula é a mais segura para quem está em tratamento dialítico. Os cateteres, mesmo os de longa permanência, oferecem maior risco de infecção e devem ser utilizados em situações específicas. Acreditamos que uma das causas para esse cenário é a desigualdade demográfica de especialistas, como nefrologistas e cirurgiões vasculares, que poderiam confeccionar a fístula nessas regiões.

De fato, de acordo com dados da Associação Médica Brasileira, o número de profissionais médicos na especialidade de nefrologia é de 5.494 (em 2020 eram 5.779), sendo que o Sudeste concentra 50,3% e Nordeste 20,3%. E na especialidade de cirurgia vascular são 5.741 médicos, com 51,9% no Sudeste e 18,6% no Nordeste. No Nordeste estão 28,7% dos renais crônicos. O Sudeste concentra 45%.

Diálise peritoneal não avança e até diminui - A diálise peritoneal, um tipo de terapia que pode ser feita até mesmo frequentemente em casa, em vez de crescer, vem perdendo espaço. Em 2012, 6,83% dos pacientes recebiam essa modalidade e em 2022, foram apenas 4,2%. Entre 2012 e 2022, 19 municípios deixaram de ofertar essa modalidade. “A diálise peritoneal (DP) no país sempre teve baixa representatividade e de 2015 em diante iniciou um declínio relacionado a uma série de fatores não ligados à terapia em si, mas a custos não suportados mais pelos prestadores de serviços e dificuldades logísticas. Em outros países, a diálise peritoneal chega a ser realizada por até 12% dos pacientes renais crônicos.

Tabela SUS defasada ameaça continuidade de clínicas - O estudo da ABCDT confirma mais uma vez, além de outros levantamentos anteriores, que os reajustes continuados na Tabela SUS são essenciais para manter a prestação de serviços dos centros de diálise e o atendimento dos pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde. Outro levantamento da entidade aponta que nos últimos 6 anos, 46 clínicas de atendimento ambulatorial fecharam as portas em todo o país por insolvência financeira e outras 43 novas unidades de diálise foram criadas, ou seja, não houve aumento da rede. A tabela SUS chegou a ficar 5 anos sem reajuste para hemodiálise tradicional e na modalidade pediátrica, após 8 anos congelada, teve apenas em torno de 2% de aumento esse ano. A hemodiálise pediátrica ambulatorial começou no SUS em 2014 em 54 cidades, com 133 pacientes e hoje apenas 44 continuam com o serviço. O número de pacientes cresceu em 40% e chegou a 187 em 2021. Entre 2012 e 2021, 10 municípios deixaram de ofertar a modalidade, sobrecarregando os municípios que permaneceram realizando o tratamento.

Discrepâncias regionais - Entre as unidades de serviços de diálise existentes em cada região, a divisão entre serviços executados pelo SUS, por empresas privadas prestadoras de serviços de diálise ou por instituições privadas sem fins lucrativos se difere. No Centro-Oeste, 87,6% dos serviços são feitos por empresas privadas e 6,71% dos atendimentos são realizados em unidades da rede privada sem fins lucrativos. No Sudeste, são 59,49% por privadas e 35,39%, sem fins lucrativos. No Sul, 63,8% são privadas e 32,64% sem fins lucrativos e no Nordeste, 85,44% são privadas e 9,5% sem fins lucrativos. Já no Norte, 56,35% são privadas, 16,02% sem fins lucrativos e 27,63% são diretamente em unidades do SUS. É a única região do país com esse percentual. Em média, no país, unidades 100% do SUS correspondem a apenas 4% dos centros de diálise. Outros dados mostram que os estados do Nordeste (76,35%) têm mais empresas privadas prestadoras de serviços em diálise peritoneal; os estados do Sudeste (41,09%) têm mais empresas privadas prestadoras de serviços de diálise pediátrica e os estados do Norte não têm qualquer prestador de serviço privado nessa modalidade. Já no Norte, 56,35% são privadas, 16,02% sem fins lucrativos e 27,63% são feitas diretamente em unidades do SUS e não privadas.

Transplantes caem - Em 10 anos, o número de transplantes de rins entre falecidos e vivos no Brasil reduziu em 130 procedimentos, embora a expressão de aumentos vinha se sustentando de 2012 a 2019. Desde o início do período pandêmico, há uma progressiva redução. O Estado do Sudeste responde por 55,5% dos transplantes realizados no Brasil e aumenta o número de procedimentos realizados a partir de 2021, mas ainda realizada menos do que o recorde de 2.902 procedimentos em 2019. Ano passado, foram 2.540 transplantes. Já na Região Norte a recuperação é bem mais discreta, porém três vezes mais do que na sua pior marca em 2020, quando foram feitos apenas 14 cirurgias. Ano passado, foram 35, mas em 2012, chegou a ser 112, uma queda de 69% em onze anos. É crucial retomar o caminho do

crescimento sustentado. Os nefrologistas do país seguem preocupados com a saúde renal dos brasileiros. Hoje existem mais de 2 mil pessoas internadas em hospitais apenas para receber a diálise, porque não há vagas em clínicas para atendê-las.

Há muitos impasses e desafios que dependem de soluções imediatas, como o cofinanciamento anunciado essa semana pela prefeitura de São Paulo e que precisa ser implementado em outros estados da federação, até que uma política de financiamento atualize os valores praticados e seja anualmente reajustado sob amparo de um bom indicador que mensure a inflação dos serviços de saúde.

## PLANOS DE SAÚDE: INTERESSE PELA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS CRESCERAM 13,5% EM 2023

GOV (ANS) – 11/01/2024

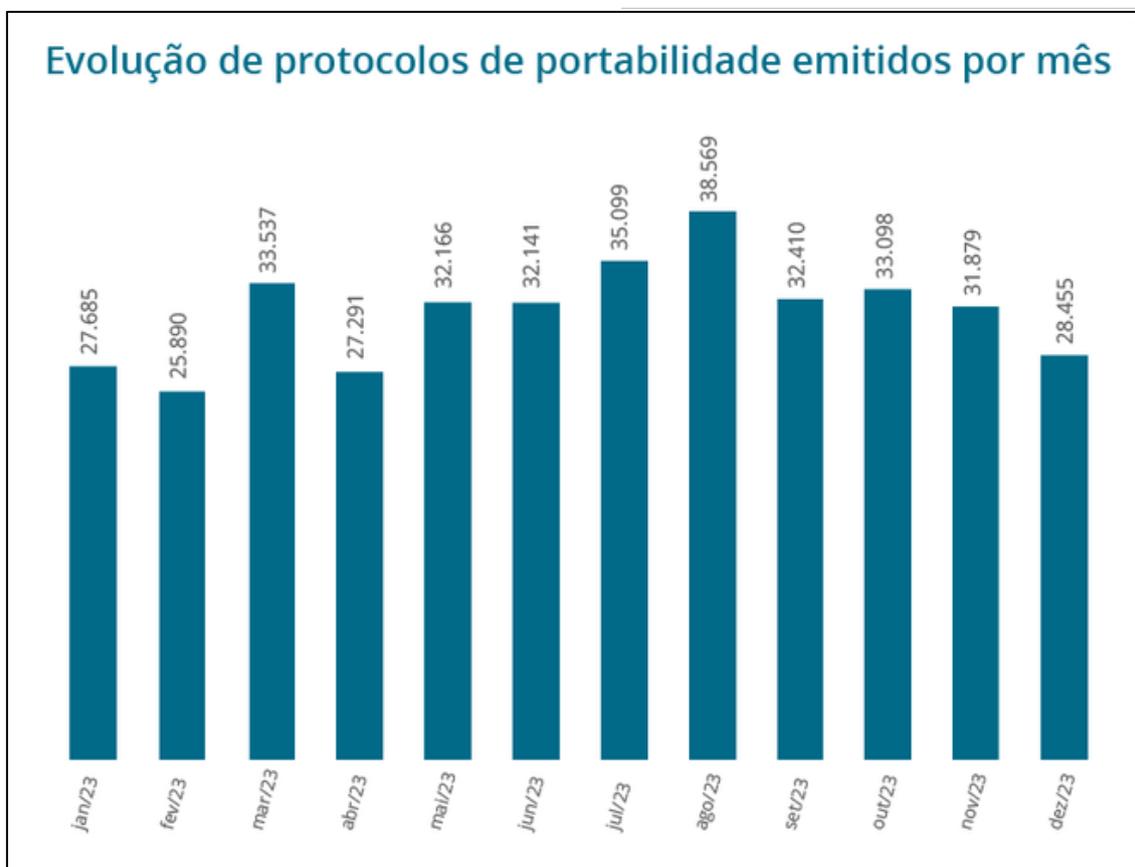
Principal motivo foi a busca por um plano de saúde mais barato, seguido por qualidade de rede e cancelamento de contrato.

O interesse pela portabilidade de carências – que é quando o beneficiário muda de plano de saúde sem a obrigatoriedade de cumprir novas carências – aumentou 13,5% de dezembro de 2022 a dezembro de 2023. É o que aponta o relatório de acompanhamento de protocolos de portabilidade emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta de consulta

da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a contratação e troca de planos de saúde.

Ao longo de todo o ano de 2023, foram gerados 378.220 protocolos de consultas sobre portabilidade de carências, 45.087 a mais que os registrados em 2022 (333.133).

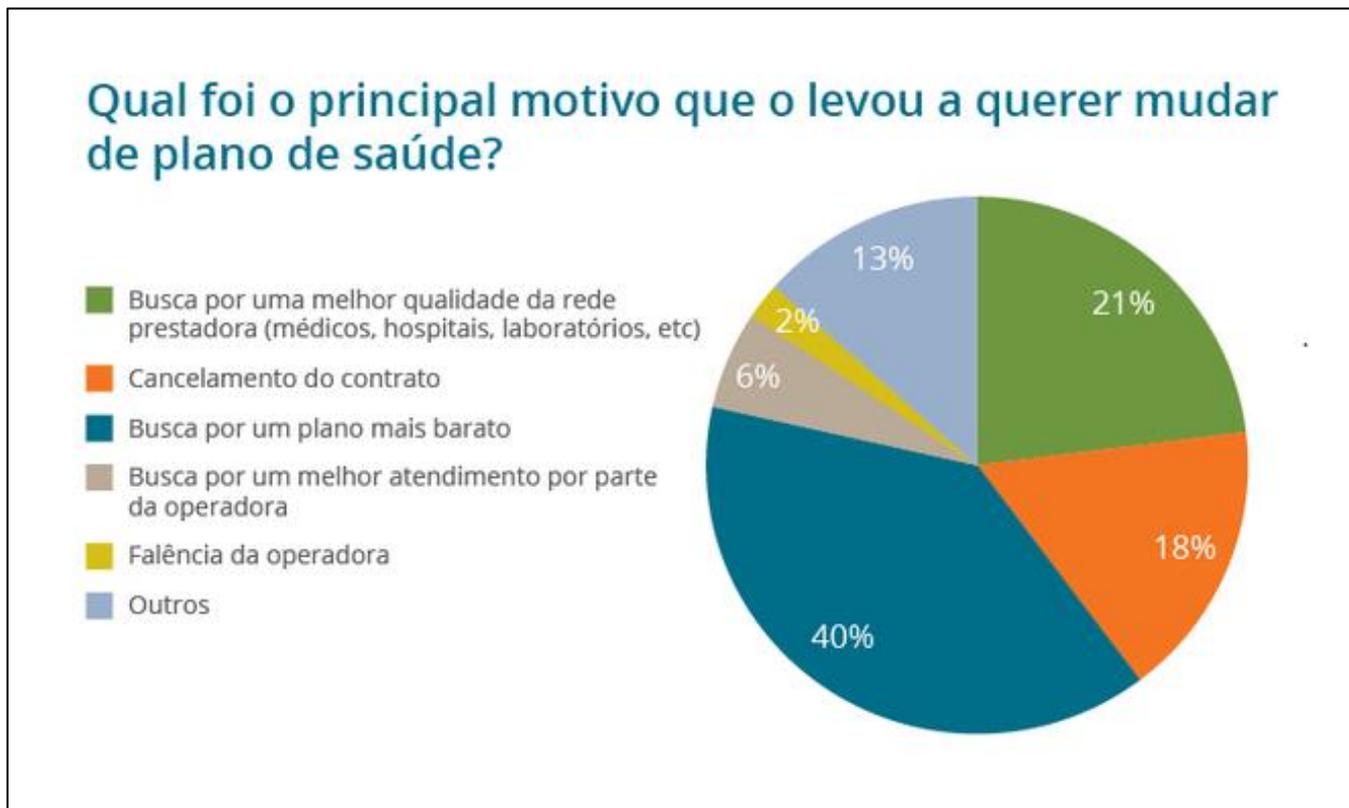
Vale frisar que o número de protocolos emitidos representa o total de consultas finalizadas no Guia ANS e não o número de portabilidades de carência efetivadas.



## Motivação para mudança de plano

Considerando os 12 meses de 2023, os principais motivos informados pelos beneficiários quanto ao interesse na

portabilidade de carências foram: a busca por um plano mais barato (40%), a procura por melhor qualidade da rede prestadora (21%) e cancelamento de contrato (18%), como pode ser visto no gráfico abaixo.



De janeiro a dezembro de 2023

## Percepção dos usuários sobre o Guia de Planos da ANS

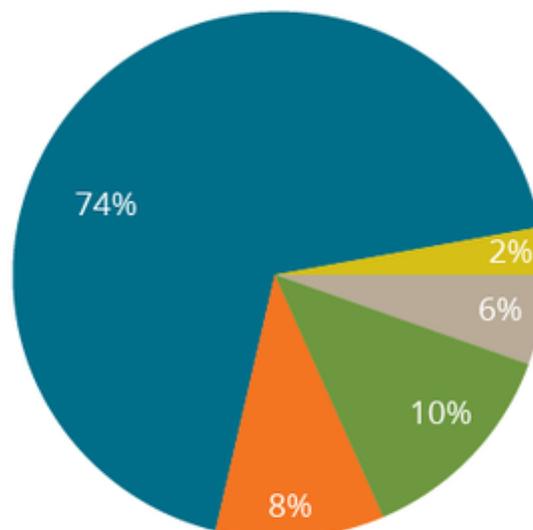
Já a percepção dos usuários sobre o Guia de Planos da ANS tem sido mensurada pela ANS com o objetivo de aprimorar, de forma permanente, a ferramenta. Dessa maneira, após o

relatório ter sido gerado, é feita uma pesquisa com os usuários.

No período de janeiro a dezembro de 2023, 74% das pessoas que acessaram o Guia não tiveram dificuldades, enquanto 10% informaram dificuldade de encontrar planos disponíveis na região de seu interesse. Já 8% informaram que tiveram dificuldades com os termos técnicos utilizados no sistema.

## Você teve alguma dificuldade para usar o Guia ANS de Planos de Saúde?

- Tive dificuldades com as informações do meu plano
- Tive dificuldades em encontrar planos disponíveis
- Tive dificuldades com os termos técnicos
- Não tive dificuldades
- Outros



De janeiro a dezembro de 2023.

Veja como fazer a portabilidade de carências:

A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à [Lei nº 9.656/98](#). Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos seguintes requisitos gerais:

- O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)
- O plano de destino deve ter faixa de preço compatível com o plano atual
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades
- O beneficiário deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano:

1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos

caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

A ANS disponibiliza aos beneficiários uma cartilha com informações completas sobre o tema para orientar sobre prazos e critérios para realização da portabilidade. [Clique e confira aqui](#).

### Guia ANS

Para consultar os planos disponíveis no mercado e compatíveis para fins de portabilidade, o beneficiário deve consultar o [Guia ANS de Planos de Saúde](#). Depois de preencher as informações requisitadas sobre o plano de origem e sobre os critérios desejados na contratação do novo plano, ao final da consulta serão retornados os planos disponíveis para portabilidade.

O beneficiário deve escolher o plano que mais lhe convier e emitir o protocolo de Relatório de Compatibilidade. Depois de escolher o novo plano ao qual deseja aderir, deve procurar a operadora munido da documentação exigida e solicitar a proposta de adesão. A operadora do plano de destino tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

Há ainda situações específicas, em que não é exigida a compatibilidade de preço ou o cumprimento do prazo de permanência no plano ([veja situações específicas de portabilidade](#)), são os casos em que o beneficiário tem que mudar de plano por motivos alheios à sua vontade, como, por

exemplo, morte do titular, cancelamento do contrato e falência da operadora.

Situações em que há carência no novo plano contratado:

Caso o beneficiário exerça portabilidade para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, estará sujeito ao cumprimento de carências, mas somente para as novas coberturas. Por exemplo: um beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar cumprindo carências apenas para a cobertura hospitalar.

“O Guia ANS permite que o beneficiário encontre um plano de saúde que atenda suas necessidades, sem cumprir carências para as coberturas que já tenha cumprido, preservando, por outro lado, o equilíbrio do setor, ao manter a lógica prevista em lei de exigência de carências para as novas coberturas”, explica Alexandre Fioranelli, Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência.

[Clique aqui e saiba mais sobre portabilidade.](#)

## OS HORIZONTES DA SAÚDE EM 2024

Saúde Business – 10/01/2024

O ano de 2023 foi bastante desafiador, com a demanda repimida pela pandemia, aumentos de doenças, escalada de custos e aumento de sinistros. O que vem por aí?

Nosso setor atravessou um período bastante desafiador em 2023 - o primeiro ano pós-pandemia, de fato - com a retomada da demanda reprimida pela crise sanitária, e um natural aumento de enfermidades em estágios mais críticos, assim como a escalada de custos do setor e o aumento da sinistralidade.

Por outro lado, assistimos um avanço significativo na transformação digital, como a consolidação e ampliação da telemedicina, incorporação de Inteligência Artificial em diversas etapas da cadeia de cuidado - do diagnóstico à gestão - incluindo o uso do metaverso, da bioimpressão e da impressão 3D.

Começando um novo ano, nos cabe refletir sobre o panorama que se apresenta em várias dimensões da nossa área. Em 2024, o cenário deverá continuar imerso na transformação digital, um movimento que permeia tanto a esfera pública quanto a privada. A ascensão da saúde digital se destaca como uma peça fundamental nos projetos de expansão de acesso, impulsionando a otimização dos processos, aprimorando a prestação de serviços e, principalmente, colaborando para fortalecer a sustentabilidade. Investir fortemente na medicina preventiva é uma peça-chave para obter melhores desfechos e avaliar a eficácia da incorporação de tecnologias. Exemplos, como a utilização de IA na aceleração do diagnóstico do câncer de mama, evidenciam o potencial transformador dessas inovações.

### Regulação e incorporação

O debate sobre a incorporação de tecnologias na saúde assume um papel crucial diante do horizonte que aponta para redução lenta da sinistralidade, segundo o relatório Setor de Saúde no Brasil – Perspectiva 2024 (lenta recuperação da

rentabilidade em 2024) da Fitch Ratings<sup>1</sup>, e o envelhecimento populacional projetado pelas pesquisas demográficas. A discussão sobre a interoperabilidade dos dados dos pacientes ganha relevância, alinhada à incorporação da inteligência artificial em um espectro mais amplo do que o atual. A regulação do seu uso permanece em pauta, evidenciando a necessidade de diretrizes claras para seu emprego no setor.

### Sustentabilidade e governança

A equidade no acesso, a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, bem como a sustentabilidade dos sistemas, dependem da transformação digital em todas as esferas: clínicas, assistenciais, educacionais e de gestão da cadeia de valor. A governança clínica surge como o ponto de convergência para acelerar essa mudança, refletindo o propósito daqueles que se dedicam à saúde em todos os níveis da sociedade. A adoção de parâmetros claros e transparentes para avaliar a governança também será uma das dimensões relevantes no debate neste ano que começa. Para aprimorar a gestão, a superação da fragmentação de processos se torna uma necessidade premente. A adoção simultânea de sínteses de evidências pelas instâncias reguladoras do setor público e da saúde suplementar emerge como uma estratégia para agilizar a avaliação de novas tecnologias, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz. Reforço novamente a importância de indicadores de segurança, qualidade e desfecho compartilhados por todos os stakeholders.

O panorama de 2024 no setor de saúde brasileiro é delineado pela convergência entre a transformação digital, a busca pela sustentabilidade e a melhoria contínua na prestação de serviços, onde a incorporação inteligente de tecnologias e o aprimoramento da governança são pilares fundamentais para atender às demandas crescentes e complexas desse cenário em constante evolução.

# TRF1: REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO É REGIDO POR CONTRATO, E NÃO PELA ANS

Jota Info – 10/01/2024

Desembargadores decidiram, em ação de entidade que apontou para aumento 'exorbitante', que índice da ANS para planos individuais não se aplica neste caso.

Por unanimidade, a 10ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) negou o pedido do Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia que solicitava a aplicação percentual de 13,57% como reajuste do plano de saúde coletivo nos termos previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos planos individuais, com emissão do boleto no valor atualizado, considerando este percentual, bem como sua aplicação aos meses subsequentes.

Relator do caso, o desembargador Rafael Paulo Soares Pinto analisou que o Conselho não questionou o erro na metodologia utilizada para aferição do índice de atualização aplicado ao contrato em discussão, e que a argumentação usada se baseia apenas no que se refere à suposta onerosidade do índice, pelo simples fato de ter extrapolado o percentual de 13,57%, previsto pela ANS nos planos individuais.

Na apelação, o Conselho alega que o reajuste abusivo e exorbitante foi estabelecido unilateralmente, sem qualquer aviso prévio, de modo que foi surpreendido com a situação no momento do recebimento da fatura, pelo que houve um desequilíbrio contratual em razão do aumento desproporcional na fatura do plano de saúde, considerando que o reajuste extrapolou os "mais altos índices de correção monetária".

O desembargador observou que o plano de saúde coletivo é regido pelas cláusulas do contrato firmado e o valor da mensalidade é estabelecido por meio de parâmetros atuariais do grupo atendido pelos serviços, podendo sofrer reajuste tanto pela mudança de faixa etária quanto pela sinistralidade do contrato, apurado na data de "aniversário" do ajuste. Já o plano individual, por sua vez, por não ser destinado a um grupo específico de pessoas, mas a toda a população, segue os critérios de reajuste estabelecidos pela ANS.

Assim, ele frisou que o reajuste dos planos de saúde coletivos é feito com base na livre negociação entre as partes contratantes, cabendo à ANS apenas monitorá-los, mas não definir um índice como teto.

Além disso, pontuou que o contrato realizado entre as partes tinha cláusulas que previam que o valor mensal do benefício poderia sofrer reajustes legais e contratuais, ressaltando que, por se tratar de planos coletivos, a aplicação dos índices aprovados pela ANS é restrita aos contratos individuais.

"Logo, é incabível submeter o reajuste de plano coletivo aos índices estabelecidos pela ANS para os planos individuais, pois destinado a um grupo determinado, com características específicas, cujo preço é fixado de acordo com avaliação atuarial do conjunto de pessoas", concluiu.

O processo tramita com o número 0000721-91.2017.4.01.3200.

---

**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](mailto: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.