

## ÍNDICE INTERATIVO

[ROL da ANS: Análise de novos medicamentos deve ser feita em até 180 dias](#) - Fonte: Jota Info

[Glosas Médicas: O que pode estar errado com os processos internos?](#) - Fonte: Saúde Business

[Custo de internação aumentou com a pandemia, diz pesquisa](#) - Fonte: Veja Abril

[Plano de Saúde: ANS avalia rever reajuste para incentivar venda de contrato individual](#) - Fonte: O Globo

[Amil manda novo pedido para liberar venda de carteira de planos individuais](#) - Fonte: Uol Economia

[Crescimento dos Planos odontológicos gera oportunidade para o mercado](#) - Fonte: Revista Apólice

[Câmara de Saúde Suplementar tem novo regimento interno](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Open Health: Proposta é vista com cautela e setores aguardam mais informações](#) - Fonte: Blog Abramge

[Healthtech recebe aporte de R\\$ 20 milhões para reduzir custo de plano de saúde corporativo](#) - Fonte: Startupi

# ROL DA ANS: ANÁLISE DE NOVOS MEDICAMENTOS DEVE SER FEITA EM ATÉ 180 DIAS

Jota Info – 23/03/2022

Lei também determina que quimioterápicos orais sejam analisados em até 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias.

O presidente Jair Bolsonaro sancionou, no último dia 4 de março, a Lei 14.307/22 que diminui o prazo de análise para incorporação de novas tecnologias e viabiliza a inclusão de quimioterápicos orais no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A norma foi sancionada a partir da Medida Provisória 1067/21. Com a lei, a ANS terá 180 dias, que poderão ser prorrogados por mais 90 dias, para analisar novos medicamentos e procedimentos a serem incluídos no rol de cobertura dos planos de saúde. Caso a análise não seja concluída no prazo previsto, o medicamento ou procedimento será incorporado ao rol automaticamente.

Para a deputada federal Silvia Cristina (PDT-RO), relatora da MP na Câmara dos Deputados, a diminuição dos prazos de análise “foi um ganho”. “A ANS estava acostumada a analisar a incorporação de novos medicamentos por dois ou três anos”, disse a parlamentar, em entrevista ao JOTA.

Com relação a inclusão dos quimioterápicos orais e domiciliares na cobertura dos planos, a lei determinou que a análise seja feita em 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias. Segundo deputada, a ANS alegou durante as discussões que não possuía técnicos o suficiente para que as análises fossem realizadas nos novos prazos. “Existem muitos medicamentos que já deveriam estar nas prateleiras e no rol da ANS. O Brasil tem pressa, precisamos acrescentar”, afirmou ela.

A lei também define que medicamentos avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no

Sistema Único de Saúde (Conitec) e incluídos na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser incorporados no rol da ANS em até 60 dias.

A norma ainda cria uma comissão técnica, como a do SUS, para apoiar a assessoria da ANS na análise de novos medicamentos e tecnologias de alta complexidade. O texto garante que a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar seja composta por: um representante indicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), um representante dos consumidores de planos de saúde, um representante dos prestadores de saúde suplementar, entre outros especialistas.

A MP foi apresentada pelo governo após o presidente vetar o Projeto de Lei 6330/2019 que previa a obrigatoriedade do fornecimento dos quimioterápicos orais em até 48 horas após a prescrição médica. O veto de Bolsonaro chegou a ser derrubado no Senado, porém foi mantido na Câmara. A deputada explicou que o PL poderia gerar mais judicialização dos medicamentos. “Nós nos reunimos com todos os pares porque queríamos chegar a um consenso para que a MP passasse sem vetos”, afirmou.

Segundo Cristina, questionou-se, nas discussões, se a inclusão dos medicamentos para quimioterapia oral e domiciliar não aumentariam os preços dos planos, porém a deputada ressaltou que “esses reajustes acontecem uma vez por ano, mas não podem ser abusivos. “Os planos de saúde tem total condição de cobrir medicamentos quimioterápicos, é lei, e eles terão que cumprir”, concluiu.

## GLOSAS MÉDICAS: O QUE PODE ESTAR ERRADO COM OS PROCESSOS INTERNOS?

Saúde Business – 22/03/2022

Para reduzir os índices de glosas é preciso tomar medidas que envolvem triagem minuciosa nas operações da empresa de Saúde e modernização nos sistemas de gestão

As glosas são capazes de atingir negativamente a saúde financeira de hospitais, clínicas e laboratórios. Elas podem ser definidas como o não pagamento, por parte das operadoras, de inúmeros procedimentos, como atendimentos, internações e exames, entre outros, realizados pelas prestadoras de serviços de saúde.

Além dos prejuízos financeiros, representando, inclusive, um risco de falência da empresa, as glosas médicas geram trabalho duplo e perda de tempo para os setores administrativo e financeiro, que precisam justificar e corrigir os itens glosados e ainda ter de esperar, em média, 60 dias para receber o que ainda não foi pago.

Existem três tipos de glosas, aos quais as instituições de Saúde devem ficar atentas:

\* Administrativas: são as mais comuns e fáceis de resolver. Elas podem ser causadas pela comunicação ineficiente entre

o prestador e o plano de saúde; falta de informações ou de documentos exigidos pelas operadoras; erros de digitação ou de escrita em datas, códigos ou valores em desacordo com o convênio; registro das guias de autorização médico-hospitalares feito de modo inadequado.

\* Técnicas: acontecem com mais frequência no ambiente hospitalar, durante internações, por conta de ausência ou descrição incompleta de procedimentos no prontuário do paciente; problemas de cadastro do paciente; desatenção no registro de medicamentos utilizados e falta de checagem com o nome e registro do profissional responsável pelo atendimento.

\* Lineares: trata-se de uma glosa referente às regras de cada convênio. Nesse contexto, a atenção deve ser redobrada quanto aos processos de pagamento, indicadores operacionais e sistemas de faturamento para evitar as glosas lineares, que nem sempre são fáceis de serem resolvidas.

## 5 formas de evitar o problema

A perda de faturamento é o principal impacto negativo causado pelas glosas. Por isso, é fundamental reduzir seu número ao mínimo possível para evitar problemas financeiros.

### 1. Organize os dados

“Cada operadora tem suas próprias regras. Por isso, é importante checar todas as informações de cada etapa do atendimento, antes de enviar o faturamento para a operadora”, explica Ivan Matos, diretor da Plataforma Lever. Uma boa solução para organizar os dados é criar e manter atualizada uma tabela digital, na qual serão incluídas as regras gerais e específicas de cada operadora e os mecanismos que deverão ser utilizados para cada caso de glosa.

### 2. Atualize o sistema de gestão

Outra maneira de evitar as glosas é investir em tecnologia, buscando uma empresa especializada em softwares que ofereçam um sistema de gestão integrado. Digitalizar processos administrativos ajudará a reduzir falhas operacionais que podem dar origem às glosas, além de tornar o trabalho mais ágil e eficiente. Existem diversas opções no mercado, basta encontrar a que seja mais adequada às necessidades da instituição.

### 3. Invista em capacitação de funcionários

Um bom sistema pode ajudar a melhorar os índices de produtividade e reduzir o número de glosas, mas, por melhor e mais completo que seja, não será capaz de antecipar, nem resolver o problema se o hospital ou clínica não tiver funcionários capacitados para usá-lo corretamente. Por isso, é importante oferecer treinamentos periódicos aos colaboradores. Dessa forma, cada um entenderá melhor quais são suas funções, em vez de apenas executá-las automaticamente, além de ganharem uma ampla visão de todos os processos que envolvem um atendimento hospitalar, reduzindo, assim, o número de glosas.

### 4. Intensifique as auditorias internas

É importante manter auditorias internas regulares para verificar os prontuários médicos e processos internos, com a finalidade de se certificar que os valores orçados estão de acordo com os procedimentos que foram realizados. Assim, caso haja erros, será mais fácil localizar suas origens e resolver o problema de forma eficaz.

### 5. Fique de olho nos indicadores e histórico de glosas

Desenvolver e acompanhar indicadores de desempenho, produtividade e financeiros são requisitos essenciais para garantir um monitoramento de ações que possam causar glosas. Lucas Cobra, gerente executivo financeiro da empresa Special, elaborou um plano para equacionar melhor os procedimentos envolvidos na prestação de serviços e, assim, diminuir o problema. “Para atingir esse objetivo, foi feito um amplo estudo de tudo o que foi glosado nos faturamentos da empresa. Depois do mapeamento pronto, funcionários de vários setores elaboraram um plano de ação integrado para reduzir ao máximo o número de glosas. O resultado foi excelente”, conclui Lucas Cobra.

A implementação de melhorias no processo de faturamento é a melhor solução para a questão das glosas. No entanto, como essas atividades levam alguns meses para surtirem efeito sobre o caixa da empresa, uma alternativa é a antecipação de recebíveis das operadoras de saúde. A plataforma Lever faz essa operação inovadora que usa as remessas de serviços prestados e entregues para avaliação da operadora de saúde como garantia para a operação, sendo uma alternativa prática para quem precisa de dinheiro.

## CUSTO DE INTERNAÇÃO AUMENTOU COM A PANDEMIA, DIZ PESQUISA

Veja Abril – 21/03/2022

Levantamento da Unidas mostrou que operadoras de saúde gastaram em média R\$ 20 mil por paciente internado no ano passado

A pandemia de Covid-19 fez crescer o gasto dos planos de saúde com a internação dos pacientes. Segundo

levantamento da Unidas, associação que reúne operadoras de saúde, as empresas gastaram em média no ano passado 20.504 reais por paciente internado.

Em 2020, esse valor era de 18.460 reais. A máxima histórica registrada anteriormente era de 17.067 reais em 2017. Antes

de eclodir a pandemia, em 2019, o dado estava em 15.652 reais. Entre 2019 e 2021, o crescimento do indicador foi de 17%, acima da inflação do período.

Segundo a Unidas, os gastos com hospitais são as maiores despesas das operadoras de saúde, tendo sido responsáveis por 52,5% dos custos dos planos no ano passado. O

levantamento da entidade mostrou ainda que a Covid-19 aumentou o tempo de permanência na internação.

Em 2019, pacientes ficaram, em média, 5,73 dias internados. Em 2021, esse dado atingiu 7,04 dias, com maiores taxas nas idades avançadas, acometidas de forma mais grave pelo coronavírus, especialmente em 2020.

## PLANO DE SAÚDE: ANS AVALIA REVER REAJUSTE PARA INCENTIVAR VENDA DE CONTRATO INDIVIDUAL

O Globo – 20/03/2022

Para Paulo Rebello, estimular concorrência é dever do regulador, assim como aumentar transparência

Para destravar a venda dos planos individuais, artigo raro na prateleira das operadoras, Paulo Roberto Rebello Filho, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), topa discutir um assunto caro para o consumidor: a limitação de reajuste destes contratos.

Sem dar detalhes, diz que não se trata de uma liberação geral, mas que é preciso abrir uma discussão que permita que esses planos voltem a ser ofertados.

Para Rebello, uma das missões da agência é estimular a concorrência. Mas teme que o debate sobre um modelo de Open Health, compartilhamento de dados entre empresas de planos nos moldes do Open Banking, possa criar uma seleção adversa, excluindo do setor quem mais precisa. Confira trechos da entrevista.

### Expectativa para o aumento de 2022

"Há um aumento de Custo Brasil, insumos encarecendo, há aumento na sinistralidade (uso do plano), mas não é comparável ao que andam dizendo (empresas falam em reajuste recorde). Este ano, vai ter reajuste positivo. Se fala em período eleitoral, mas a ANS é uma agência de Estado e não de governo."

"A minha maior defesa é a aplicação da fórmula, a mesma que deu resultado negativo em 2021 (queda de 8,19%, a primeira redução já registrada). O dado encontrado será o divulgado."

"A ANS tem avançado em razão da transparência nos cálculos de reajustes e valores que são apresentados pelas empresas."

"Temos um olhar especial aos hipossuficientes, que são os contratos individuais e os que têm até 30 usuários, e monitoramos os coletivos, mas não há pretensão de estabelecer um percentual de reajuste para esses contratos. Mas coibir abusos, nós já fazemos."

### Oferta de planos individuais

"A agência tem que estimular cada vez mais a concorrência. A gente precisa entender quais são os entraves do plano individual, de que forma podemos estimular a venda. Uma coisa de que não abro mão é do veto à rescisão unilateral do contrato, não se pode dar essa possibilidade (de cancelar) à operadora."

"Até sobre o reajuste a gente pode conversar. Não estou dizendo que vou liberar o reajuste do individual, as pessoas vão me matar. Mas não se vai obrigar a vender plano individual por decreto. A agência tem que estar aberta a esse tipo de discussão."

### Julgamento sobre cobertura obrigatória

"Na visão da ANS, o rol sempre foi taxativo (só prevê cobertura obrigatória para o que está listado). Caso seja considerado (em julgamento pelo STJ) exemplificativo (que pode se estender de acordo com futuras interpretações) será um retrocesso muito grande. "

"Voltaríamos à época anterior à regulação. Como estimar riscos que serão cobertos por uma operadora? Qual o preço que vai ser de cada produto? Isso vai aumentar a judicialização, e a ANS não vai ter precisão de suas ações regulatórias. Havia a crítica de demora na incorporação de procedimentos, mas a ANS vem modernizando o rol, reduzindo prazos de atualização, mantendo análise permanente. É um ponto que pode sensibilizar os ministros do STJ que estão para decidir esse caso."

### O que motiva a judicialização no setor

"Tem duas situações: aquele beneficiário que procura o Judiciário em razão do descumprimento de alguma previsão contratual, e aí tem que brigar mesmo e procurar a agência, e tem o consumidor querendo alguma tecnologia ou procedimento extra rol."

"O fato é que ninguém se debruçou para fazer uma análise mais aprofundada sobre os dados dos tribunais para que a gente pudesse saber o que de fato está acontecendo e atuar. É um ponto em que quero avançar."

## Transferência da carteira da Amil para APS

"O primeiro movimento feito no fim do ano passado foi a transferência (dos planos individuais) da Amil para a APS, que é do grupo, e ela cumpriu todo o fluxo."

"Ao longo desse processo, no entanto, foi divulgado na imprensa que a UnitedHealth sairia do país, houve alguns movimentos na rede credenciada e aumentaram as reclamações. Mandamos um ofício para saber a capacidade da APS e um outro, mais incisivo, pedindo informação sobre o UnitedHealth e aí veio resposta vaga, dizendo que havia sigilo."

"Para regulador não existe sigilo. Em razão disso suspendemos a transferência de cotas na Junta Comercial de São Paulo, que estava em vias de acontecer. Os documentos só foram entregues nesta terça-feira e estamos analisando."

## Debate sobre adoção do Open Health

"Dentro da agência a gente já tem algo parecido que é o Guia ANS de planos. Desde 2009, essa ferramenta permite que o consumidor verifique a possibilidade de fazer portabilidade baseada em seus dados cadastrais e compare os planos das operadoras."

"Essa iniciativa (Open Health) veio do laboratório de inovações do BC, e a lógica bancária é diferente da de saúde, tem uma cabeça que se pode oferecer uma mensalidade menor a quem está bem de saúde e isso não dá, pois haveria seleção adversa, expulsão de idosos e doentes crônicos. Da forma como está sendo feita não tem como, precisamos sentar à mesa e avançar."

## Impacto da pandemia para operadoras

"Em março de 2020, ninguém conseguia saber qual seria o impacto da pandemia no setor. Com o lockdown, a redução de renda, achava-se que a inadimplência ia aumentar, haveria saída em massa para o SUS."

"A agência trabalha com monitoramento, mas estava enxergando, em março, informações de 2019, os dados ainda estavam por chegar. Começamos a solicitar informações mais simples, baseadas no fluxo de caixa das operadoras, para entender o reflexo da pandemia nas empresas e tomar decisões."

"Cobrava-se muito que liberássemos ativos garantidores, fizéssemos flexão de prazos, acabamos sendo conservadores. E hoje a história demonstra que estávamos certos. As pessoas deixaram de procurar os prestadores (hospitais e laboratórios) e caiu o uso, as operadoras ganharam quase dois milhões de novas vidas, houve um

número maior de portabilidade para planos mais baratos, mas a inadimplência se manteve na série histórica. O cenário que foi pintado não se concretizou."

## Informações mensais sobre a Covid no país

"A ANS sai fortalecida e muito mais transparente. Foi uma virada de chave, já tinha um processo de transparência na agência, mas o Boletim Covid (que traz informações mensais sobre a pandemia) foi um grande incentivador para que pegássemos os nossos dados e transformássemos em painéis dinâmicos que podem ser consultados pelo consumidor, fazendo com que os usuários fiquem mais empoderados, possam tomar melhores decisões e promovendo concorrência."

## Segmentação de planos

"Está dentro da agenda regulatória a questão do acesso, a agência está disponível para discutir o assunto, mas a gente tem que amadurecer melhor essa ideia."

"Na Constituição diz que o beneficiário precisa ter a prevenção, promoção e a recuperação, todo e qualquer produto que for ofertado tem que estar de olho na linha de cuidado do paciente. Ele não pode ser deixado perdido nessa jornada. Todos que vierem nesse escopo eu aceito discutir."

## Custo do setor

"Tem desafios estruturais nesse setor. Há um aumento frequente de custos, determinado por novas tecnologias, a própria mudança da estrutura etária da população."

"Hoje a lógica do setor é centrada na doença e é preciso mudar esse modelo. A operadora precisa deixar de ser uma intermediadora financeira e passar a compreender que a sua função é ser a gestora do cuidado do beneficiário. Não adianta segmentar se não mudar a perspectiva de gestão."

## Concentração de mercado

"Embora haja um movimento de concentração, o Brasil ainda é o país com o maior número de players no mercado comparado com qualquer país do mundo."

"A concentração em si, eu acho que a gente tem que olhar caso a caso, porque há benefícios, ganho de escala, ganho de eficiência, há benefícios que acontecem. Temos olhado essa questão, estamos analisando, mas de fato a concentração pela concentração a meu ver não é ruim. O movimento que deve perdurar por algum tempo, tem espaço para haver esse movimento até o momento sem prejuízo do consumidor final. "

# AMIL MANDA NOVO PEDIDO PARA LIBERAR VENDA DE CARTEIRA DE PLANOS INDIVIDUAIS

Uol Economia – 18/03/2022

Terminou na quinta-feira (17) o prazo de 30 dias para os donos da Amil explicarem à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a tentativa de venda de seus planos individuais de saúde. O conglomerado quer passar a outros empresários sua operadora APS (Assistência Personalizada à Saúde), responsável por convênios individuais e familiares da Amil, mas a ANS suspendeu o negócio, pedindo mais informações. A Amil e a APS pertencem atualmente ao grupo UHG (Grupo United Health).

A ANS mandou 23 perguntas sobre o acordo e alertou que cobraria R\$ 100 mil por dia em caso de atraso. Segundo a ANS, a Amil enviou a documentação na terça-feira (15). A Amil diz não ter novidades.

Questionada pelo UOL, a agência não disse quanto tempo levará para analisar os documentos e quais são os próximos passos se as respostas não forem suficientes. A ANS disse que o processo corre em sigilo. “Não será possível, até que a análise seja concluída, fornecer mais detalhes sobre o assunto no momento”, informa, em nota. Planos individuais têm reajustes menores

A negociação está travada desde 8 de fevereiro, após a ANS suspender a troca de comando (veja o histórico abaixo). Enquanto a agência reguladora examina os papéis, os clientes da APS continuam sendo atendidos pela operadora. Especialistas ouvidos pela reportagem acreditam que o Grupo United Health tem interesse em se livrar dessa carteira com rapidez porque os planos de saúde individuais são menos rentáveis. Seus reajustes anuais são regulados pela ANS. Os planos coletivos não têm essa limitação e podem ser reajustados sem restrições.

Uma fonte ouvida pelo UOL e que tem conhecimento do processo, mas pediu para não ser identificada, afirmou que todas as operadoras de saúde e os futuros sócios responderam a questões técnicas e burocráticas.

“A documentação está na mão da ANS, e o processo caminha dentro do planejado”, diz a fonte.

De acordo com essa fonte, o levantamento de dúvidas da agência reguladora era objetivo e tinha a finalidade de entender como se dá a relação entre Amil, APS e os futuros donos nessa transição.

## Entenda o caso

A APS assumiu em janeiro deste ano a carteira de planos individuais e familiares da Amil, após a ANS aprovar a mudança. APS e Amil atualmente são do mesmo grupo empresarial.

Essa transição tem sido acompanhada de reclamações de usuários, como dificuldade no tratamento de doenças graves e perda de hospitais e laboratórios credenciados. O site da ANS recebeu mais de 2.700 registros de críticas somente em janeiro, de acordo com a Folha de S.Paulo.

Antes de assumir a gestão da carteira da Amil, a APS tinha cerca de 11 mil clientes.

No início de fevereiro, a ANS levantou 23 dúvidas que justificaram a sua decisão de interromper temporariamente a entrada dos empresários. Exigiu, por exemplo, documentos que comprovem o conteúdo das transações que levaram à assinatura do contrato entre a Amil e os sócios.

Também demandou o envio de informações que comprovem a capacidade financeira dos empresários que pretendem assumir essa carteira de clientes, a descrição dos serviços prestados hoje pela APS e daqueles que poderão ser realizados por terceiros, entre outros.

Já no dia 16 de fevereiro, em meio ao crescimento de reclamações dos usuários, executivos da Amil participaram de uma reunião com a ANS e apresentaram um plano de ações para os clientes que hoje são atendidos pela APS. Sócio diz que negócio é viável

Em conversa com o UOL, Henning von Koss, um dos executivos envolvidos na negociação, afirma que uma eventual aprovação do negócio será benéfica para o nicho de planos individuais. A carteira de 337 mil clientes da APS é composta majoritariamente por pessoas de meia-idade e idosos.

Ele pontua que as operadoras priorizam os convênios empresariais, mais rentáveis e cujos reajustes não são regidos pela ANS.

“Vamos mostrar ao mercado que o plano individual é viável. É muito simples deixá-lo de canto e colocá-lo como ‘patinho feio’. Acreditamos no plano [individual] desde que exista uma empresa dedicada a ele”, afirmou.

Mesmo com a confirmação da ANS, o UHG disse em nota que não há novidades sobre o caso.

Von Koss, que já foi diretor de empresas do setor como Medial, Hapvida e a própria Amil, integra uma sociedade composta por duas empresas. São elas: Fiord Capital, gestora de investimentos fundada pelo empresário sérvio Nikola Lukic, e Seferin & Coelho, de investimentos em saúde privada e dona da rede de hospitais e clínicas Life Plus.

Na proposta de composição de capital, Fiord e Seferin & Coelho ficam com 45% de participação cada uma e Von Koss garante uma fatia de 10%. O acordo prevê um aporte de R\$ 2,34 bilhões da Amil na APS.

O executivo diz que os clientes só se lembram dos convênios quando têm algum problema de saúde, e garante que não

será assim caso seja responsável por essas vidas. Ele promete um serviço baseado em três pilares: dedicação, foco e exclusividade. “Nossos clientes serão surpreendidos positivamente.”

## CRESCIMENTO DOS PLANOS ODONTOLÓGICOS GERA OPORTUNIDADE PARA O MERCADO

Revista Apólice – 17/03/2022

De acordo com dados da ANS, em 2021 houve um aumento de 2,56 milhões de pessoas atendidas pela odontologia suplementar

“As pessoas estão dando cada vez mais importância para a saúde bucal e os planos odontológicos”. Essa afirmação foi feita por Roberto Cury, presidente da SINOG (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), entidade que representa 71,5% do mercado em número de beneficiários. De acordo com dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em 2021 houve um aumento de 2,56 milhões de pessoas atendidas pelos planos, o que representa um crescimento de 9,61%.

Atualmente 29,3 milhões de brasileiros contam com um plano odontológico. A região que mais se destacou ano passado foi a Sul, que cresceu 18,11%. A região Norte vem logo a seguir, com uma evolução de 11,98%. O Sudeste e o Nordeste aumentaram sua base de beneficiários em 8,77% e 8,74%, respectivamente. O Centro-Oeste foi o que menos cresceu em 2021, atingindo uma expansão de 5,01%.

“Para nós, que representamos o segmento, é importante esse reconhecimento. Aos poucos, o brasileiro vai compreendendo o quanto é prejudicial para ele mesmo aquele movimento que víamos no passado, de entrar e sair do plano odontológico. É mais caro, menos eficiente e, quando mais precisa, não se tem acesso aos serviços. Esse crescimento no número de beneficiários é reflexo de uma busca por qualidade de vida, além das empresas que vendem planos terem aumentado seus canais de distribuição”, diz Cury.

Segundo o mesmo balanço da ANS, o perfil de contratação que puxou esse crescimento foi o de planos individuais ou familiares, com expansão de 13,31% (eram 4.540.053 em dezembro de 2020 e 5.144.499 em dezembro de 2021). “A maioria das grandes empresas tem dentro da sua política a contratação do plano odontológico, mas isso não é uma realidade nas PME’S, o que leva muita gente a contratar um plano individual”, ressalta Cury.

Apesar do crescimento do mercado, a mais recente pesquisa realizada pelo IBGE, feita em 2019 e divulgada em 2020, constatou que apenas 12,9% dos brasileiros têm um plano odontológico. Cury afirma que além do setor investir em campanhas de conscientização da população, os corretores de seguros são fundamentais para que o segmento continue se expandindo. “O corretor é uma figura central importante na questão do mutualismo, isso tanto para os planos empresariais quanto individuais. Ele leva a visão de saúde bucal ao longo prazo e ajuda as pessoas a permanecerem por mais tempo no plano, o que é importante na fidelização do cliente”.

Para o presidente da SINOG, a principal luta do setor deverá ser atendida nesse ano. Trata-se da retomada do Projeto de Lei Nº 7419, de 2006, que pretende revisar toda a legislação dos planos de saúde. A reivindicação é pela diferenciação entre o modelo médico-hospitalar e odontológico. “O ticket médio dos planos odontológicos é muito menor. Nas contratações coletivas e por adesão, a depender da faixa etária, o valor é de R\$ 405,00 por mês de um plano médico-hospitalar, enquanto que um plano odontológico com cobertura abrangente do rol da ANS a média é de R\$ 18,00 mensais. Não podemos ser tratados como de maneira igual”.

## CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR TEM NOVO REGIMENTO INTERNO

GOV (ANS) – 17/03/2022

Órgão de caráter permanente e consultivo tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem novo Regimento Interno. A Resolução Normativa nº 482 foi publicada nesta quinta-feira (17/03) com vigência a partir de 1/04/2022.

As mudanças implementadas na nova norma têm os objetivos de manter os regimentos da ANS atualizados, de contribuir para o alcance efetivo da finalidade da CAMSS e, conseqüentemente, de ampliar a participação social.

Entre as principais alterações, estão: a adequação da nomenclatura de algumas entidades representativas; previsão da realização de Edital para convocação de membros da CAMSS, especificamente, para

entidades/órgãos dos segmentos de consumidores, pessoa com deficiência e patologias especiais; alterações no cronograma e formato das reuniões, prevendo a possibilidade de reuniões virtuais e presenciais, além de sua transmissão em tempo real, via plataforma de compartilhamento de vídeos na rede mundial de computadores.

“Revisões como essa são muito importantes para o ambiente regulatório e refletem o constante cuidado da ANS de ter suas normas atualizadas, em conformidade com as necessidades da sociedade. Também buscamos inovar positivamente na organização da CAMSS, que é um importante ambiente de

diálogo amplo, legalmente constituído”, avalia o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

O novo regimento interno da CAMSS foi elaborado após ampla participação da sociedade e dos membros da CAMSS, tendo sido tema da Consulta Pública nº 90, que esteve disponível para contribuições no período de 11/11/2021 a 25/12/2021.

[Clique aqui](#) e saiba mais sobre as atividades da CAMSS

[Confira a composição da CAMSS.](#)

## OPEN HEALTH: PROPOSTA É VISTA COM CAUTELA E SETORES AGUARDAM MAIS INFORMAÇÕES

Blog Abramge – 17/03/2022

Proposto pelo ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, o open health pretende aumentar a concorrência e facilitar o compartilhamento de dados pelos planos de saúde. Associações observam com cautela a proposta e aguardam por mais informações.

No começo de 2022 o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, anunciou em entrevista ao Valor Econômico que o Governo Federal avalia redigir uma medida provisória para criar o open health, um sistema de compartilhamento de dados dos usuários de operadoras de planos de saúde. De acordo com o ministro, a ideia é ampliar a concorrência.

A inspiração de Queiroga é o Open Banking, plataforma criada em 2021 pelo Banco Central para compartilhamento de informações dos clientes pelas instituições financeiras e bancos, a partir da autorização do correntista. Dessa forma, o processo de aprovação de crédito se torna mais fácil e gera uma concorrência maior entre os bancos.

O ministro ainda afirma que a proposta é baseada na experiência da Austrália, com o “My Health Record”. Cerca de 90% dos australianos compartilham seus dados com a plataforma, que pode ser acessada por serviços de saúde, registrados como envolvidos nos cuidados com aquele paciente. Histórico, prescrições, medicamentos, exames, entre outras informações ficam disponíveis e podem ser acessadas, inclusive pelo próprio paciente. Os dados ainda podem ser utilizados para pesquisas e construção de políticas públicas.

Apesar da experiência australiana parecer promissora se implementada aqui, Queiroga focou na parte relacionada à concorrência dos planos de saúde, o que gerou certo receio por parte de alguns setores. Mesmo os planos e associações ligadas às operadoras, que seriam os principais beneficiados, observam cautelosos a movimentação.

### Primeiros degraus

Renato Casarotti, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), vê com bons olhos a proposta, mas alerta que é preciso realizar uma ação anterior.

“A VIABILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ÚNICO É O PRIMEIRO PASSO FUNDAMENTAL PARA SE PENSAR NO COMPARTILHAMENTO DE DADOS QUE TENHA UM VALOR EFETIVO NA MELHORIA E NO CUIDADO EM SAÚDE”, AFIRMA.

A ideia de se criar um cadastro unificado é uma demanda antiga da saúde. Isso porque muitas vezes, caso o paciente realize um procedimento em um hospital, e depois seja atendido por outra unidade, os dados e resultados de exames, procedimentos, cirurgias, entre outros, não são compartilhados entre elas. O plano de saúde também não tem acesso, apenas à solicitação. Nesse caso, um modelo semelhante ao “My Health Records” poderia trazer benefícios à população, já que cria o histórico de saúde do paciente, e assim ele próprio poderia liberar esses dados aos médicos.

Por outro lado, o presidente da Abramge não vê como essa proposta de open health poderia contribuir com a concorrência ou o surgimento de novas operadoras. “A ideia de que o acesso à informação vai permitir criar um preço customizado para uma pessoa não funciona. O plano não pode fazer essa seleção individualizada”, explica. Hoje, os preços do plano variam de acordo com a faixa etária, a região e a rede credenciada.

Outro ponto levantado por Casarotti para esse impasse é que 80% das pessoas com planos de saúde no Brasil são coletivos, seja por benefício da empresa ou por adesão. Os planos individuais estão sumindo do mercado, já que as operadoras consideram o custo alto para se manter pessoas físicas, e que as normas para reajustes e contratos são mais rígidas. Mesmo que o open health fosse uma probabilidade para aumentar a concorrência desses planos, há uma escassez no mercado.

Acelerar a portabilidade também não parece ser uma grande vantagem da proposta, já que hoje ela é feita em até 10 dias e o usuário não precisa cumprir novamente a carência para a utilização do plano. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que entre janeiro e abril de 2021, 122.678 protocolos de consultas sobre portabilidade de carências.

Nos últimos anos, novos modelos de operadoras, como a Alice e a Sami, surgiram e começaram a mexer com o mercado. O ministro da Saúde afirmou que novos planos poderiam se beneficiar desse compartilhamento de dados proposto, mas não explicou exatamente como. “Os modelos dos novos planos de saúde funcionam independente de um open health. A minha impressão, limitada pelas informações disponíveis, é que essa proposta isoladamente não favorece o surgimento de novos planos”, aponta o presidente da Abramge.

A revisão da cobertura mínima do plano de saúde, ou ainda, a possibilidade de negociar planos mais individualizados com apenas alguns serviços, poderiam ser algumas possibilidades para que a interoperabilidade dos dados crie uma concorrência entre os planos, mas são questões que precisam ser debatidas e analisadas antes de serem implementadas.

### **Risco ao usuário**

Um dos pontos delicados da ideia de um open health é a exatamente a o que faz dela uma ideia inovadora: a abertura de dados de saúde. Garantir a segurança das informações dos pacientes, para que elas não sejam vazadas ou utilizadas de forma a prejudicar a população, é essencial para se pensar em um sistema nesse sentido.

José Antonio Sestelo, pesquisador da área de Economia da Saúde e representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) na Câmara Intersetorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde (CISS/CNS), tem uma visão mais pessimista sobre essa proposta.

“Os planos de saúde poderão fazer uma seleção de risco, cortando aqueles clientes que não são interessantes, do ponto de vista comercial, com histórico de grandes despesas médicas e hospitalares”, defende Sestelo. Ele aponta que, antes de mais nada, a ideia deveria ser proposta pelo Congresso, para haver debate e discussões sobre o tema.

Mesmo que não seja possível negar a contratação de um plano, o pesquisador também levanta a questão da escassez dos planos individuais, pela baixa rentabilidade. Recentemente, a Amil, uma das maiores operadoras do país, pagou R\$3 bilhões para que a Fiord Capital levasse sua carteira dessa modalidade, com mais de 300 mil beneficiários. Atualmente o processo está barrado pela ANS por falta de transparência na transação.

“A maioria dos contratos é coletivo e o indivíduo tem o plano por conta da empresa ou por adesão de um grupo. Existem

intermediários que fazem esse meio de campo entre os coletivos e os planos, e ao fazer esses contratos, há uma inspeção prévia dos riscos. Ele não vai oferecer à operadora um coletivo com um alto gasto, por exemplo. Com o open health esse trabalho vai ser facilitado”, afirma o representante da Abrasco.

Do ponto de vista da população, caso não se concretize uma proposta de prontuário único atrelado ao open health, não há grandes benefícios nesse compartilhamento de dados, aponta o pesquisador. “O Estado deveria estar zelando pela segurança dos dados que foram cedidos às empresas, e não fazendo ao contrário, diminuindo a segurança, e em tese, criando condições propícias para essas empresas favorecerem seus interesses corporativos”, aponta o pesquisador.

### **“OS PLANOS DE SAÚDE NÃO SÃO UM ASSUNTO DA ESFERA PRIVADA EXCLUSIVAMENTE”**

#### **Inconstitucionalidade**

A opinião de Rafael Robba, advogado especialista em direito à saúde e sócio do escritório Vilhena Silva Advogados, vai no mesmo sentido do representante da Abrasco. Além da preocupação com os dados dos pacientes e o risco de se criar uma disparidade na assistência, Robba defende que a ideia é inconstitucional.

“É uma informação que faz parte da privacidade e da garantia constitucional do Direito à Intimidade, e a própria Lei Geral de Proteção de Dados proíbe o uso de dados relacionados à saúde pelas operadoras para fins de avaliar uma contratação ou inclusão de um beneficiário”, afirma o advogado.

No caso do open banking, o correntista precisa concordar com o compartilhamento dos seus dados. O mesmo vale para o My Health Records, mas os dados não são utilizados para proposta de planos, nem podem ser visualizados por operadoras que não estejam autorizadas e envolvidas nos cuidados do paciente. Rafael acredita que, caso a proposta seja incluída como medida provisória, deve ser barrada pelo judiciário ou pelo próprio Congresso, já que seria preciso revogar outras leis antes.

O advogado ainda alerta para o risco de criar uma “seleção velada”. “Hoje o consumidor já sofre discriminação sem um open health. Qualquer pessoa que tem uma doença prévia ou idoso tem muita dificuldade de acessar um plano de saúde. As operadoras criam dificuldades e muitas vezes só são aceitos por ordem judicial”, explica.

A ideia de se criar planos menores e mais baratos, com serviços indicados de acordo com o usuário, não é nova e divide especialistas do setor. Para o especialista em direito à saúde, o risco de uma proposta assim é que o SUS acabaria sendo um “resseguro” dos planos de saúde, já que essa modalidade dos planos não atenderia de forma integral.

“SE A GENTE QUER UM PLANO DE SAÚDE SÓ PARA GENTE SADIA E JOVEM, QUE NÃO VAI UTILIZAR, A SOCIEDADE TEM QUE REPENSAR PARA QUE ELE

SERVE. ELE ESTÁ NO MERCADO PARA ASSUMIR TAMBÉM OS RISCOS SOCIAIS DE SAÚDE QUE EXISTEM”, CONCLUÍ

## HEALTHTECH RECEBE APORTE DE R\$ 20 MILHÕES PARA REDUZIR CUSTO DE PLANO DE SAÚDE CORPORATIVO

Startupi – 16/03/2022

A Alinea Health, startup especializada em soluções para a saúde corporativa, recebeu um aporte de R\$ 20 milhões, liderado pelo Founders Fund, além do fundo General Catalyst, que possuem em seu portfólio grandes empresas como Facebook, SpaceX e Airbnb.

Essa é a primeira vez que o Founders Fund lidera um investimento em saúde no Brasil. Fundada em 2021, a startup nasceu com o objetivo de reduzir custos de saúde das empresas e elevar a qualidade da assistência médica recebida pelos beneficiários.

A rodada contou também com outros investidores, entre eles a Norte Ventures, Latitud Fund e Glen Tullman, CEO e fundador do unicórnio Transcarent (benchmark americano da Alinea Health) e ex-CEO e fundador da Livongo, healthtech avaliada em US\$ 18,5 bilhões quando realizou sua fusão com Teladoc Health. Até então, a Alinea Health havia recebido em uma rodada pre-seed de R\$ 1,3 milhão, por meio do Latitud Fund e diversos anjos, incluindo experts da indústria de saúde e fundadores de alguns dos maiores unicórnios da América Latina.

“Temos a missão de radicalmente reduzir o custo das empresas e elevar a qualidade da assistência médica aos seus colaboradores. Nesse contexto, buscamos dois dos mais icônicos e inovadores investidores do mundo: o Founders Fund e General Catalyst. Esses fundos apoiam as healthtechs que revolucionaram as principais verticais da saúde norte-americanas, como a Livongo, Cedar e Oscar (avaliadas coletivamente em mais de US\$ 25 bilhões). Adicionalmente, são os principais investidores dos nossos benchmarks americanos – Transcarent e Garner Health – e, portanto, entendem profundamente nossa proposta de valor e podem contribuir significativamente para o nosso crescimento”, declara Fernando Ribeiro, CEO e fundador da Alinea Health.

A Alinea Health tem como público-alvo empresas que oferecem plano de saúde aos seus colaboradores e dependentes, atendendo desde PMEs até empresas com mais de 70 mil vidas. A healthtech utiliza grandes volumes de dados e algoritmos proprietários para guiar os beneficiários da empresa-cliente na navegação de seus planos de saúde, oferecendo orientações personalizadas e imparciais, recomendações dos mais eficazes médicos na rede credenciada, e conveniência como, por exemplo, no agendamento de consultas e exames.

A empresa entrega uma camada de experiência ao consumidor de saúde, que pode ser acessada via app ou WhatsApp. O objetivo é centralizar a jornada do beneficiário, que atualmente é fragmentada e desassistida, tornando-a mais conveniente e

eficiente ao focar em dois pilares: (1) Conveniência: serviço concierge que permite agendamento de serviços em dois toques, além de sanar dúvidas e ajudar a navegar o labirinto da jornada de saúde, e (2) Cuidado integrado: cria-se um plano de cuidado personalizado ao beneficiário, com acesso a um time de saúde que acompanha o paciente através de sua jornada.

“O novo aporte acelera significativamente o crescimento do nosso time (pretendemos contratar mais de 70 pessoas nos próximos meses) e a evolução contínua das nossas soluções, para que possamos ajudar mais empresas a reduzirem seus custos e mais beneficiários a navegarem suas jornadas com transparência e conveniência”, afirma Ribeiro.

### A solução que atraiu o investimento

O diferencial da Alinea Health está na utilização de grandes volumes de dados e de algoritmos proprietários para traçar perfis e personalizar os serviços, garantindo um atendimento diferenciado e de qualidade, evitando desperdícios e promovendo redução de custo para as empresas.

“Não substituímos as seguradoras ou operadoras de plano de saúde. Pelo contrário, somos a porta de entrada e o guia imparcial que converte os recursos da operadora em uma experiência integrada, indicando o atendimento certo, à pessoa certa, na hora certa e com o profissional certo. Nosso objetivo é atuar de forma preventiva e evitar fraudes e desperdícios em saúde”, completa Fernando.

Para o diretor do Founders Fund, Everett Randle, o aporte na Alinea Health vai ajudar a elevar a qualidade do serviço de saúde prestado no Brasil. “A healthtech está aproveitando o poder dos dados para identificar os melhores provedores de saúde no Brasil em termos de custo e qualidade de atendimento. O time está construindo um produto que vai permitir a todos os empregadores brasileiros uma otimização de seus gastos de saúde, oferecendo o melhor para seus funcionários. Investir nisso foi uma grande oportunidade de mercado e acreditamos que o Fernando e o Willian são os fundadores que podem tornar essa visão ambiciosa em uma realidade”, analisa Randle.

De acordo com Brian Requarth, cofundador da Latitud e um dos investidores da healthtech, a empresa chega para mudar o cenário do setor no País. “Conhecemos o Fernando quando ele ingressou na Latitud Fellowship no início de 2021, logo após retornar do trabalho na Bridgewater Associates, em Nova York. Nos meses que se seguiram, Fernando fez parceria com Willian Menegali, hoje cofundador da Alinea Health, e, juntos, surpreenderam nossa equipe com a rapidez com que eles

ganharam impulso. Temos orgulho de ter sido os primeiros investidores na startup. Os desalinhamentos de incentivos no setor de saúde geram um enorme desperdício de recursos, que não apenas apresenta uma enorme oportunidade de negócios, mas também o potencial de melhorar os resultados para os pacientes”, comenta Requarth.

Para Glen Tullman, CEO e fundador do unicórnio americano Transcarent, navegar pelo sistema de saúde brasileiro é tão confuso e custoso quanto nos Estados Unidos. “Vejo um potencial significativo na Alinea Health e fico muito feliz de contribuir na construção da próxima Transcarent da América Latina”, finaliza Tullman

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o 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](http://milliman.com)