
DESTAQUE: Congresso Brasileiro de Atuária - 14 e 15 de setembro.

Milliman – 22/06/2022

Abertas as inscrições para o 13CBA.

Lembrando que o primeiro lote (com maior desconto) se encerra dia 27/06.

Para maiores informações acesse o link:

[Inscrição – 13CBA – Congresso Brasileiro de Atuária | 14 e 15 de Setembro \(atuarios.org.br\)](https://atuarios.org.br)

ÍNDICE INTERATIVO

[STJ pode julgar a possibilidade de planos de saúde desligarem pessoas com doenças graves](#) - Fonte: O Globo

[MPF recomenda à ANS que esclareça planos de saúde sobre cobertura obrigatória para tratamento de autismo](#) - Fonte: Ministério Público Federal

[Os desafios da gestão da saúde suplementar no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[SIMPLO 2022 reunirá os mais importantes players do mercado odontológico do país](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Seguros Unimed aposta em expansão no segmento saúde PME](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Representantes de hospitais filantrópicos e entidades da área médica discutem a crise no IPE-Saúde](#) - Fonte: O Sul

[Número de healthtechs brasileiras cresceu 16% de 2019 a 2022](#) - Fonte: Forbes

[Após reajustes, consumidores avaliam melhores modalidades de planos de saúde](#) - Fonte: CNN Brasil

[Telemedicina no Brasil: regulamentação, tecnologia e dados](#) - Fonte: Blog Abramge

STJ PODE JULGAR A POSSIBILIDADE DE PLANOS DE SAÚDE DESLIGAREM PESSOAS COM DOENÇAS GRAVES

O Globo – 22/06/2022

Em geral, Corte vem se posicionando a favor dos usuários. Decisão que for tomada deverá ser seguida por tribunais e juízes de todo o país

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) marcou para esta quarta-feira o julgamento que discute se as operadoras podem desligar uma pessoa de um plano ou seguro de saúde coletivo ou lhe negar cobertura quando ela tem uma doença grave para tratar. Serão analisados dois recursos apresentados pela Bradesco Saúde contra decisões que beneficiaram dois usuários, mas o que for deliberado pelo STJ deverá ser seguido pelas instâncias inferiores.

Em resposta ao GLOBO, a Bradesco Saúde disse que "não comenta assuntos levados à apreciação do Poder Judiciário". Nas ações em análise no STJ, a operadora disse não haver ilegalidade no cancelamento de planos coletivos, e que a proibição de rescindir contrato durante tratamento médico ocorre apenas nos planos individuais ou familiares.

Um dos casos diz respeito a uma mulher no estado de São Paulo com câncer de mama que entrou com ação contra a operadora em razão do cancelamento unilateral do plano. O outro é de um menor de idade no Rio Grande do Sul que sofre de uma doença que pode lhe causar a morte. Em ambos os casos, houve decisões nas instâncias inferiores para garantir o custeio do tratamento.

O defensor público Sander Gomes Pereira Junior, que atua no caso, destacou que o STJ vem em geral dando decisões favoráveis aos usuários de planos de saúde em situações semelhantes. A ideia agora é que a Corte fixe uma tese sobre a questão.

— A necessidade de o STJ criar um precedente vinculante indica que as decisões nas instâncias inferiores podem não estar em consonância com a jurisprudência majoritária hoje no STJ. O tribunal quer fixar uma tese que vá vincular as

decisões das instâncias inferiores, que terão que passar a decidir conforme o entendimento do STJ. Ressalva-se, todavia, que mesmo uma decisão vinculante do STJ ainda poderia, em tese, ser revista pelo STF, no caso de alguma questão constitucional surgir — disse o defensor.

Ele destacou o julgamento pode beneficiar tanto os titulares dos planos como seus dependentes:

— Quem tem plano de saúde e os beneficiários, filhos, esposas, todos seriam beneficiados. É uma questão de direito do consumidor amplo. Qualquer pessoa que tem plano de saúde ficaria resguardada da possibilidade de o plano unilateralmente suspender o serviço.

A operadora Unimed e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fizeram pedidos para adiar o julgamento, mas, por enquanto, ele segue marcado para esta quarta-feira.

O relator é o ministro Luis Felipe Salomão. Em 2021, em decisão tomada nesses processos, ele votou para não suspender a tramitação de casos semelhantes nas instâncias inferiores enquanto o STJ não concluir o julgamento do tema. O objetivo dele foi não impedir que a Justiça analisasse processos de pessoas que buscavam garantir que o tratamento fosse bancado pelo plano de saúde, resguardando direitos em situações de emergência. O voto foi seguido pelos demais ministros.

O STJ chegou a cogitar o julgamento de outra questão relativa a planos de saúde: se uma pessoa demitida pode continuar usufruindo do plano de saúde da empresa que a despediu por mais de 24 meses — prazo máximo previsto na legislação — desde que tenha uma doença que ainda necessite de tratamento e assuma o pagamento integral do plano. Esse tema, porém, não vai ser mais analisado pela Corte

MPF RECOMENDA À ANS QUE ESCLAREÇA PLANOS DE SAÚDE SOBRE COBERTURA OBRIGATÓRIA PARA TRATAMENTO DE AUTISMO

Ministério Público Federal – 21/06/2022

Comunicado deve frisar que, conforme regulamentação da própria agência, é ilegal qualquer limitação do número de sessões com especialistas

O Ministério Público Federal (MPF) enviou à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomendação que visa assegurar o tratamento integral aos beneficiários de planos de saúde diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O documento fixa prazo de dez dias para que o órgão regulador providencie ampla divulgação e esclareça

as operadoras de saúde quanto à obrigação de arcar com número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos ou fisioterapeutas, conforme a indicação médica.

Ainda segundo a recomendação, o comunicado da ANS deve frisar que a cobertura obrigatória inclui as terapias aplicadas no ABA (Applied Behavior Analysis). Também conhecido como Análise do Comportamento Aplicada, o tratamento consiste no ensino intensivo das habilidades necessárias

para que o indivíduo diagnosticado com autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento se torne independente. O documento foi expedido nessa segunda-feira (20).

O MPF ressalta que a inaplicabilidade de limitações do número de sessões com profissionais especialistas no tratamento do autismo já foi regulamentada pela própria ANS, por meio da Resolução Normativa 469/2021 e do Comunicado no 92, ambos de julho do ano passado. Pontua, ainda, que o Código de Defesa do Consumidor garante o direito à informação clara, cristalina e adequada sobre os serviços contratados, sendo dever dos planos de saúde esclarecer os usuários sobre os tratamentos garantidos ao paciente autista.

A atuação da Câmara de Consumidor e Ordem Econômica do MPF (3CCR) tem como pano de fundo recente decisão da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que definiu pela taxatividade do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS. Segundo esse entendimento, os planos de saúde não precisam cobrir tratamentos e serviços médicos que não estiverem na lista obrigatória da agência. Na avaliação do MPF, o contexto de desinformação coletiva promovida pela divulgação de interpretação errônea do sentido e da abrangência do julgamento demanda providências da agência reguladora.

Desinformação – O MPF esclarece que a decisão da Corte Superior não é um precedente obrigatório e ressalta que, ao

analisar embargos de divergência, o relator do caso, ministro Luiz Felipe Salomão, destacou que o julgamento não abrangia questões relacionadas ao tratamento de pessoas com autismo. Além disso, a recomendação lembra que a própria decisão do STJ prevê exceções ao rol taxativo, desde que haja comprovação da eficácia do tratamento indicado e recomendações de órgãos técnicos.

Em 2016, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) do Ministério da Saúde (MS) aprovou o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do comportamento agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo que prevê, entre outras intervenções, a terapia ABA.

Histórico – O MPF acompanha a questão desde 2019, quando foi proposta a primeira ação civil pública contra a limitação do número de sessões de terapias para tratamento de autismo, em Goiás. Em seguida, foram ajuizadas ações semelhantes nos estados do Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Pará, Pernambuco e São Paulo, com inúmeras decisões favoráveis.

Em abril do ano passado, os Grupos de Trabalho Planos de Saúde e Consumidor, ambos da 3CCR, expediram recomendação à ANS cobrando a unificação do entendimento. Como resposta, a agência editou a Resolução Normativa 469/2021, ampliando o tratamento de pessoas portadoras do Transtorno do Espectro Autista em todo o território nacional.

OS DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Saúde Business – 21/06/2022

No último ano, presenciamos uma mudança no comportamento da população no que diz respeito ao cuidado com a saúde. A realidade do sistema público fez com que muitos buscassem migrar para a rede privada. Para se ter ideia, em julho de 2021, o número total de usuários de planos de saúde no país ultrapassou o número de 48 milhões. Neste ano, já são mais de 49 milhões.

Com a pandemia de covid-19, um maior senso de urgência atingiu boa parte da população brasileira que, por sua vez, entendeu a importância da prevenção à saúde. Não que o sistema público seja ineficiente, mas a alta demanda implica em dificuldades para o usuário que acaba optando pela rede privada, onde existe uma procura menor. Embora o número de beneficiários nos planos esteja crescendo, ainda não se aproxima do número de pessoas atendidas pelo SUS. Em 2020, 150 milhões dependiam do sistema.

Para se adequar ao aumento de beneficiários na carteira e para suprir a demanda pelos serviços, além de se posicionar no mercado, é fundamental melhorar a gestão da saúde. Se por um lado, o registro desse aumento aponta para um cenário positivo, baseado na preocupação legítima da população em garantir a disponibilidade de consultas, exames e outros procedimentos, por outro, mesmo diante das

possibilidades de crescimento do setor, é preciso ressaltar que o país ainda se encontra em um cenário de instabilidade econômica, que gera impactos significativos para a gestão das operadoras.

O aumento da inflação, bem como o impacto da crise no orçamento das famílias, impõe grandes desafios. Entre eles está a perda do poder de compra dos brasileiros que, cada vez mais, deixam a conta fechada e optam por eliminar gastos desnecessários. Por isso, é extremamente importante manter o nível de satisfação do usuário alto, para que se alcance um comprometimento satisfatório. Isso pode ser conquistado com o aprimoramento de processos e fortalecimento das estratégias de fidelização.

A consequência da inflação alta também reflete no aumento dos custos com a aquisição de materiais. Para minimizar os impactos no orçamento, é necessário melhorar o controle e a auditoria no processo. Nesse sentido, a gestão do alto custo se torna necessário para a sustentabilidade das operadoras no mercado.

Por fim, a relação com fornecedores e outros prestadores de serviços também exemplifica um desafio para a saúde suplementar no contexto atual. A manutenção de boas

parcerias, fundamentadas na qualidade e na transparência, são indispensáveis para assegurar uma boa assistência ao paciente, com inovação na saúde e preços justos.

A tecnologia como aliada na gestão da saúde

A tecnologia na saúde pode atuar como grande aliada para contornar os desafios. Isso dada a transformação digital, que permite otimizar processos, reduzir custos desnecessários, amenizar perdas e também a garantir a melhor personalização dos serviços oferecidos. São várias as soluções disponíveis. Entre elas, os softwares de gestão em saúde, capazes de otimizar o processo de auditoria e garantir uma melhor alocação dos recursos.

Os softwares de gestão permitem, por vezes, centralizar as informações em um só lugar, unificar a jornada do paciente e padronizar processos. Desse modo, torna-se extremamente viável a coleta de indicadores estratégicos e a conferência de inconformidades na gestão da saúde. Neste cenário, para a operadora competitiva, significa ter êxito no trabalho dos gestores na área de saúde, o que por sua vez proporciona otimização do serviço, melhora no cuidado oferecido ao paciente e, consequentemente, crescimento da reputação da operadora. Portanto, conhecer os desafios para o setor e as ferramentas capazes de solucionar as dores é uma tarefa indispensável para uma gestão da saúde eficiente. É necessário, ainda, estar atento às melhores soluções para garantir a sustentabilidade e sucesso do negócio no mercado.

SIMPLO 2022 REUNIRÁ OS MAIS IMPORTANTES PLAYERS DO MERCADO ODONTOLÓGICO DO PAÍS

Revista Cobertura – 21/06/2022

Evento será realizado nos dias 30 de junho e 1º de julho, de volta no formato presencial, em São Paulo. Além do setor, palestrantes de renome internacionais farão parte dos debates.

Nos próximos dias 30 de junho e 1º de julho São Paulo recebe a 17ª edição do SIMPLO (Simpósio dos Planos Odontológicos). Trata-se de um dos principais eventos do Brasil que discutem a gestão e os principais avanços do segmento odontológico.

Organizado pela SINOG (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), o Simpósio volta ao formato presencial após ter sido realizado nos dois últimos anos no modelo online, devido às restrições geradas pela pandemia de COVID-19. O SIMPLO será realizado no Centro de Convenções da Fecomércio, à rua Dr. Plínio Barreto, 285, no bairro Bela Vista.

“Em 2006, quando lançamos o SIMPLO, tínhamos um objetivo de criar um fórum de discussões dos temas do setor, de forma a incentivar o debate e a inovação. Felizmente atingimos essa meta, ao vermos sendo discutidos os

principais avanços de gestão e qualidade das operadoras”, avalia Roberto Cury, presidente da SINOG.

Referência para o segmento, o SIMPLO 2022 contará com uma grade exclusiva, reunindo palestrantes renomados do Brasil e do exterior, além dos mais importantes players do mercado, com os quais serão debatidos temas como o panorama político-econômico no Brasil e no mundo; transformação digital; práticas ESG no segmento odontológico; ANS e Mercado; além do futuro da Odontologia.

Para mais informações e inscrições, acesse o site <https://bit.ly/36gRJAR>.

SERVIÇO

SIMPLO 2022 (Simpósio dos Planos Odontológicos)

Local: Centro de Convenções da Fecomércio (rua Dr. Plínio Barreto, 285, no bairro Bela Vista)

Data: 30 de junho e 1º de julho

Inscrições: <https://bit.ly/36gRJAR>

SEGUROS UNIMED APOSTA EM EXPANSÃO NO SEGMENTO SAÚDE PME

Revista Cobertura – 20/06/2022

Seguradora pretende aumentar a carteira de clientes, entre as pequenas e médias empresas, em 20% ao final de 2022.

O segmento de Saúde segue aquecido no Brasil. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o montante de beneficiários de convênios médicos atingiu a marca de 49 milhões de pessoas em março de 2022, o que representa um aumento de 2,6% em relação ao mesmo período de 2021. O número tende a crescer, uma vez que, de acordo com pesquisa Vox Populi e Instituto de Saúde Suplementar (IESS) de julho de 2021, a pandemia de COVID-19 tornou o plano de saúde uma das prioridades das famílias brasileiras.

Atualmente, segundo a Confederação Nacional das Indústrias (CNI), 70% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil estão ligados a empresas e esse é um dos benefícios mais valorizados pelos funcionários, sendo procurado por 77% das pessoas em idade produtiva no país. Neste cenário, as micro e pequenas empresas, preocupadas com a retenção de talentos, representam um nicho de mercado importante para operadoras e seguradoras de saúde.

Neste ano, a Seguros Unimed, braço financeiro do maior sistema de cooperativas de trabalho médico do mundo

(Sistema Unimed), instituiu a Superintendência Comercial PME e Adesão, para elaborar soluções em saúde para o segmento das pequenas e médias empresas, entendendo e adequando o seu portfólio de produtos às necessidades desse público. O novo segmento tem por objetivo ampliar a participação da Seguros Unimed em praças como São Paulo, Salvador e Brasília, por exemplo.

“Segundo Ministério da Economia, em 2021 o Brasil registrou a abertura de 4 milhões de novas empresas, sendo oito em cada 10 destes novos empreendimentos Microempresas Individuais (MEIs). Esse dado só reforça a importância de

planos de saúde voltados para esse público e mostra a pujança deste mercado. Hoje, a Seguros Unimed tem 59,4 mil vidas entre as PMEs e pretendemos chegar ao fim de 2022 com um aumento de 20% nesta carteira”, afirma Gustavo Knupp, executivo que assumiu a área recém-criada.

Fáceis de contratar, os planos PME Seguros Unimed têm cinco categorias e estão disponíveis para empresas com, no mínimo, duas vidas, e, no máximo, 99 vidas. A rede credenciada oferece todos os principais hospitais e laboratórios nas capitais paulista, baiana e no Distrito Federal

REPRESENTANTES DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E ENTIDADES DA ÁREA MÉDICA DISCUTEM A CRISE NO IPE-SAÚDE

O Sul – 20/06/2022

Em audiência pública nesta segunda-feira (20), a Comissão de Finanças, Planejamento, Fiscalização e Controle da Assembleia Legislativa ouviu dirigentes do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), Conselho Regional de Medicina (Cremers) e da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos. Assunto: a crise no Instituto de Previdência do Estado, o IPE-Saúde.

O deputado estadual Rodrigo Lorenzoni (PL) – autor da proposta de encontro – ressaltou a importância de se buscar alternativa para superar a crise financeira que afeta 10% da população gaúcha que depende do instituto: “Um colapso repercutirá no Sistema Único de Saúde [SUS], com graves consequências”.

Ele também criticou o fato de o presidente do IPE-Saúde, Bruno Jatene, não ter comparecido à audiência. “Há omissão e falta de diálogo por parte do governo do Estado diante da gravidade da situação das finanças do plano de saúde, que tem mais de 1 milhão de beneficiários”, pontuou.

Lorenzoni também se solidarizou com os médicos e hospitais que prestam serviço por meio do IPE e reiterou que a solução depende de uma construção coletiva entre todos os setores envolvidos, além de transparência para apurar a situação das contas da instituição.

Nesse sentido, aliás, o deputado sinalizou a possibilidade de que a Assembleia forme uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar a situação das finanças no Instituto.

Federação

Pela Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Ricardo Englert contextualizou o cenário dessa instituição desde a chegada da pandemia, com represamento de ações médicas e exames tanto no âmbito do SUS quanto do próprio IPE-Saúde.

“A nova tabela de medicamentos, editada em 26 de maio, praticamente impedirá a continuidade do atendimento à demanda, uma vez que passará a dar prejuízos”, alertou. Ele

prevê a possibilidade de desassistência a esses beneficiários mas ainda aposta na negociação com governo de Estado e Instituto.

“Os atrasos nos repasses aos prestadores de serviço são registrados desde 2018, situação que tem provocado descredenciamentos e médicos atendendo mediante honorários muito abaixo do tolerável”, salientou. “O profissional está fazendo filantropia em sua atividade para atender casos graves. A diária paga pelo Ipe-Saúde aos hospitais é a mesma desde 2011.”

Por outro lado, o dirigente estima que, nesta semana, o Palácio Piratini e o Instituto devem anunciar uma proposta melhor, uma vez que há consenso sobre os números: “De parte a parte, ainda há alguns detalhes da complexidade de tabelas, mas seguramente até esta terça-feira concluiremos essa parte”.

Englert também mencionou o déficit do Instituto e refutou a sugestão de mudança na forma de pagamento, com redução da margem do lucro dos hospitais: “Isso não é aceitável e nem garante sustentabilidade”.

Ele mantém otimismo quando à contraproposta prometida pelo governo para esta semana. Informou, ainda, que durante as negociações ficou acertado que os hospitais continuariam atendendo os segurados do IPE-Saúde pelo prazo de 30 dias, encerrando-se o período em 26 de junho.

Simers

O presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, Marcos Rovinski, relatou que, desde 2019, a entidade trata dessa questão com a Comissão Estadual de Honorários Médicos, sem qualquer sinalização do IPE em várias reuniões: “Apresentamos várias propostas para reajuste dos honorários dos médicos, que não recebem reajuste desde 2011”.

“As propostas encaminhadas não obtiveram resposta”, prosseguiu. “Por essa razão, muitos médicos estão deixando de atender os segurados. Rovinski pediu que o governo

gaúcho apresente uma proposta prevendo aplicação de recursos extras para resolver a crise.

Cremers

Pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CRM-RS), Carlos Sparta reclamou que a Comissão Tripartite

da entidade para debater planos de saúde e honorários médicos não foi chamada para tratar da situação do IPE-Saúde, embora sejam parceiros na busca de uma saída para o problema.

NÚMERO DE HEALTHTECHS BRASILEIRAS CRESCEU 16% DE 2019 A 2022

Forbes – 19/06/2022

Estudo da Liga Ventures e PWC Brasil mostra que São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro são os estados com o maior número de startups ativas na área da saúde

Levantamento desenvolvido pela Liga Ventures em parceria com a PwC Brasil mostra que o número de healthtechs no país aumentou 16,11% entre 2019 e 2022. As informações fazem parte do estudo “Evolução das startups no setor de saúde”, que analisou a inovação nesse mercado com foco nas soluções de startups entre 2019 e 2022.

O estudo também traz um panorama das dificuldades encontradas por diferentes agentes que atuam nesse segmento, como por exemplo operadoras, hospitais, laboratórios farmacêuticos e centros de medicina diagnóstica, retratando as mudanças que ocorreram nos últimos tempos causadas principalmente pela pandemia.

“Nos últimos anos, tivemos um avanço muito significativo da telemedicina e um movimento maior de olhar para a prevenção e o bem-estar tanto físico quanto mental das pessoas. As tecnologias tiveram um papel fundamental nas transformações ocorridas no setor, mudando completamente

a forma como a saúde dos pacientes é pensada, o que pode ser percebido ao analisarmos os desafios enfrentados pelas healthtechs, que refletem os novos hábitos e o futuro desse segmento”, observa Raphael Augusto, sócio-diretor de Produtos e Inteligência de Mercados da Liga Ventures.

A pesquisa, realizada com 596 startups de 35 categorias, como oncologia, nutrição, planos e financiamento, autismo, bem-estar físico e mental, inteligência de dados, seniortechs, saúde no trabalho, entre outras, por meio do Startup Scanner, maior e mais oxigenada base de startups no país, aponta que os segmentos com mais empresas ativas são planos e financiamento (8,31%), seguida por gestão de processos (7,81%) e exames e diagnósticos (6,80%).

Outras informações mapeadas que também chamam atenção são relacionadas à distribuição de startups ativas por estado: entre 2019 e 2021, São Paulo teve o maior número de empresas fundadas, com 56,52%, seguido pelo Espírito Santo, com 8,70%. Já na comparação de startups ativas por estado, até março de 2022 tínhamos São Paulo liderando (50,13%), em segundo lugar Rio Grande do Sul (8,06%) e em terceiro Rio de Janeiro (7,81%).

APÓS REAJUSTES, CONSUMIDORES AVALIAM MELHORES MODALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE

CNN Brasil – 18/06/2022

Em maio, ANS aprovou reajuste de 15,5% para planos de saúde, maior aumento desde 2000

Como o gasto com planos de saúde pesa no orçamento, muitos consumidores têm migrado de operadora neste momento de reajustes de mensalidades. Além dos preços, as pessoas procuram eficiência no atendimento e serviços que se encaixem no perfil. Em maio deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou o reajuste de 15,5% dos planos individuais e familiares para o período de maio de 2022 até abril de 2023, sendo este o maior aumento desde o início da série histórica, em 2000.

Ter um plano de saúde nunca foi tão importante como hoje; a psicanalista Melissa Stranieri descobriu recentemente que está com Covid-19. Além da preocupação com o diagnóstico, ela ainda recebeu a notícia de um reajuste no convênio

médico e começou uma pesquisa para saber o que seria melhor a fazer nesse momento.

“Veio uma informação via e-mail da própria operadora avisando sobre aumento de mais de 20%, o que é absurdo, foge totalmente do orçamento que a gente imagina. E aí eu fui buscando essa alternativa, comecei a busca com alternativa de planos mais em conta, tentando buscar tanto que atendesse a região e até tentei diminuir a categoria, deixar alguns serviços tentando ver se cabe no orçamento”, afirmou.

Modalidades de planos de saúde

O plano de saúde da psicanalista é o de classe, que pode ser contratado por pessoas vinculadas a associações ou entidades. Outra modalidade é o plano coletivo, contratado por empresas destinado aos colaboradores. Outro plano é o

chamado PME: voltado para pequenas e médias empresas, contratado por meio do CNPJ, com pelo menos duas pessoas no plano.

Essas modalidades não têm valores regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), por isso, as administradoras ficam livres para decidir sobre reajustes.

Para quem está procurando alternativas, é bom ficar atento porque as operadoras não querem perder os usuários dos planos e também buscam aumentar o número de adesões. pensando nisso, algumas resolveram investir em modalidades que otimizem os atendimentos e diminuam o valor da prestação para quem contrata.

Esse serviço está dentro do chamado plano individual, que, diferentemente dos outros tem valor regulado pela ANS, e o reajuste não pode passar do teto, estabelecido em maio de 15,5% e que vale até abril do ano que vem.

A operadora Qsaúde, criada durante a pandemia, investiu nesse modelo individual e que tem um médico para fazer um atendimento antes de encaminhar para um especialista. E 45% das pessoas que fizeram a adesão não tinham nenhum plano de saúde, conforme explica a diretora-geral da operadora Vanessa Gordilho.

“O médico de família faz com que você centralize o seu cuidado, então você aqui entra em um processo em que você

tem um médico pra chamar de seu, esse médico é quem te conduz ao longo dessa jornada da saúde. Você passa por ele e faz todo um trabalho preventivo também, porque você não deve ir ao médico só quando está doente, o certo é cuidar de fato da saúde, e esse trabalho preventivo faz com que você consiga cuidar da jornada”, explica Vanessa.

“Ao longo dessa jornada você vê qual a melhor especialidade, quais são os melhores exames para serem feitos também conduzindo a saúde de uma forma diferente”, acrescenta a diretora-geral da Qsaúde.

A dica da economista Juliana Inhasz é sempre pesquisar para ver qual o plano se encaixa melhor no perfil de cada um.

“Ele tem que reparar bem na forma como os reajustes tem acontecido, na modalidade individual os reajustes são limitados pela ANS, então a ANS coloca tetos para os reajustes, o que neste momento tem sido uma boa ideia, porque os planos coletivos estão sofrendo reajustes muito maiores do que os planos individuais”, explica a economista.

“É importante que o consumidor fique de olho, porque pode ser que ao entrar em um plano coletivo, que hoje tem um valor no geral mais barato, pode ser que ao longo do tempo os reajustes façam com que esse plano fique mais caro que o plano individual”, acrescenta.

TELEMEDICINA NO BRASIL: REGULAMENTAÇÃO, TECNOLOGIA E DADOS

Blog Abramge – 15/06/2022

No último dia 5 maio, foi publicada a Resolução nº 2.314/2022 do Conselho Federal de Medicina, que expressamente autorizou e regulamentou o uso de tecnologias de comunicação para prestação de serviços médicos no país, a chamada telemedicina.

A nova regulamentação veio para suprir um importante vácuo legal vez que, com o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional anunciada pelo Ministério da Saúde em abril passado. Os serviços de telemedicina restaram regulados apenas pela antiga Resolução CFM nº 1643/2002, que restringia, e muito, esse tipo de atividade.

Ocorre que em meio a tantas mudanças que a pandemia ocasionou, a telemedicina se tornou uma prática bastante recorrente e até necessária. Em decorrência do distanciamento social e a sobrecarga do sistema de saúde, a utilização — e consequente regulação — de meios de comunicação digital entre paciente e médico tornou-se imperativa.

Foi nesse recente contexto, inclusive, que foi apresentado o Projeto de Lei nº 1.998/2020 (“PL 1.998/20”) pela deputada Adriana Ventura. O texto da proposta visa autorizar e definir a prática da telemedicina em todo o território nacional, de maneira definitiva e efetiva após a crise do coronavírus, com fundamento no amplo acesso à saúde pela população nas

áreas mais remotas e para aquela parcela que possui dificuldade de locomoção como idosos, deficientes, carcerários, entre outros grupos que já encontravam obstáculos para o atendimento médico ainda antes do contexto pandêmico.

O PL 1.998/20 foi aprovado pelo Plenário da Câmara em 27 de abril de 2022, também como resposta à lacuna legal decorrente do fim da Emergência em Saúde Pública, e aguarda apreciação do Senado.

Dada a relevância e o objeto comum da resolução CFM 2.314/22 e do PL 1.998/20, importante pontuar que os textos em questão não são conflitantes. Ambos buscam disciplinar a prática da telemedicina no território nacional, cada um em seu limite de atuação e regulação. Saliente-se, inclusive, que o PL 1.998/20 atribui expressamente ao Conselho Federal de Medicina a competência de regulamentar os procedimentos mínimos a serem observados na prática desta modalidade.

Nesse ponto, aliás, a resolução 22 não deixa a desejar. De forma prática e bastante alinhada às novas tecnologias do mundo contemporâneo, o documento aborda assuntos e estabelece regras, ainda que gerais, sobre:

— a capacitação dos médicos no uso de tecnologias digitais, de informação e comunicação, telepedagógica e bioética digital, o que os parece extremamente necessário,

principalmente diante da viralização do uso da internet. Poderíamos citar, inclusive, o uso das redes sociais como meio de propagação do assunto e a necessária atenção dos profissionais aos limites impostos por regulações já existentes;

— formato para digitalização, armazenamento e manuseio do prontuário do paciente através de sistemas informatizados, o que exigirá dos médicos, por exemplo, uma boa pesquisa sobre sistemas que cumpram os requisitos da Resolução, além da formalização de contratos/termos de responsabilidade com tais fornecedores, de modo a compartilhar as responsabilidades entre o médico e a contratada;

— a utilização de assinaturas eletrônicas e a emissão de documentos médicos eletrônicos — fato extremamente corriqueiro nos últimos dois anos, e que demonstrou inúmeros entraves em inúmeras farmácias e drogarias que não estavam aptas a receber receituários eletrônicos;

Ainda sobre o tema, cumpre ressaltar que a prática da telemedicina e seus subtipos pressupõem o tratamento de inúmeras informações de caráter pessoal dos pacientes, inclusive de dados pessoais sensíveis. Sobre o tema, tanto a resolução quanto o PL preveem a obrigatoriedade dos médicos/clínicas/hospitais que ofertarem a telemedicina como um meio alternativo da prestação de serviços médicos, em cumprir integralmente com as disposições do Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014 — “MCI”) e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 — “LGPD”).

Justamente nesse sentido, a resolução de 2022 foi precisa ao indicar como necessária adoção de protocolo rígido de segurança digital pelos agentes de tratamento que optarem pela prática; a obrigatoriedade da assinatura eletrônica do médico estar em conformidade com a Medida Provisória nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP Brasil), trazendo maior autenticidade a estas assinaturas e; a proibição do compartilhamento das informações do paciente com outros profissionais, sem consentimento livre e esclarecido deste, garantindo sua autodeterminação informativa. São as premissas da legislação de proteção de dados sendo respeitadas, mormente após sua inclusão como direito fundamental na Constituição.

Nota-se, portanto, que tanto o Poder Legislativo quanto o Conselho Federal de Medicina caminharam a passos largos nos últimos anos, diante da necessidade de se legitimar e regulamentar a telemedicina no Brasil. Em meio à pandemia ocasionada pela Covid-19, surgiu a necessidade de adaptação da área da saúde, e a ampla difusão da telemedicina foi uma das poucas benesses desse período tão conturbado. Apesar de entendermos que a prática médica presencial é e continuará sendo essencial — posicionamento inclusive presente na própria resolução —, fato é que a telemedicina facilitou e, consequentemente, ampliou o acesso à saúde pela população.

É por isso que a resolução e o PL (se assim convertido em lei) são tão importantes: ambas legitimam a telemedicina e, de forma equânime, visam proteger os dados pessoais dos pacientes, impondo limites necessários para sua prática cotidiana

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.

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)

© 2018 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.