

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde devem ter reajuste na mensalidade de pelo menos 6,6%](#) - Fonte: Estado de Minas

[Obesidade: custos podem atingir R\\$ 3,1 mil por beneficiário em 2030](#)- Fonte: IESS

[ONU: pandemia reduz expectativa de vida em 3 anos na América Latina](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS acaba com limites de cobertura de quatro categorias profissionais](#) - Fonte: GOV (ANS)

['Órfãos' dos planos de saúde recorrem a healthtechs, que dobram no Brasil](#)- Fonte: Exame

[IPCA acelera alta a 0,67% em junho sob peso de alimentos e planos de saúde](#) - Fonte: Forbes

[SulAmérica \(SULA11\) diz que negócios com D'Or seguem em análise na ANS](#) - Fonte: Estadão E-Investidor

[ANS atualiza painéis contábeis da saúde suplementar](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Após rol da ANS taxativo, justiça mantém decisões favoráveis aos consumidores](#) - Fonte: Segs

[Rol exemplificativo levaria sistema a colapso em três anos, diz presidente da Abramge](#) - Fonte: Jota Info

[Regulamentação da telessaúde avança com restrições a planos privados](#) - Fonte: Segs

[ANS atualiza rol de procedimentos](#) - Fonte: GOV (ANS)

PLANOS DE SAÚDE DEVEM TER REAJUSTE NA MENSALIDADE DE PELO MENOS 6,6%

Estado de Minas – 12/07/2022

Segundo entidade que representa hospitais e clínicas, aplicação do piso salarial da enfermagem no cálculo vai impactar nos preços

A Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) estima aumento de pelo menos 6,6% nas mensalidades dos planos de saúde com a aplicação do piso salarial da enfermagem, que também impactaria em R\$ 6,3 bilhões as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos no Brasil. A Proposta de Emenda Constitucional (PEC 11/22) que estabelece o piso está na agenda de votação do Plenário da Câmara dos Deputados da tarde desta terça-feira.

A PEC, de autoria da senadora Eliziane Gama (Cidadania-MA), visa corrigir suposto "vício de iniciativa" — quando um dos Poderes não possui competência para determinada ação — e evitar a suspensão, na Justiça, do piso definido pelo Projeto de Lei 2564/20, já aprovado, inserindo a garantia na Constituição. A PEC fixa o piso salarial de enfermeiros em R\$ 4.750,00 e o de técnicos de enfermagem em R\$ 3.325,00. Auxiliares de enfermagem e parteiras receberiam R\$ 2.375,00.

A CNSaúde estima um aumento médio de 84,8%, no país, para enfermeiros e técnicos de enfermagem, com custo anual de R\$ 11,4 bilhões para os planos de saúde. "Isso vai chegar ao bolso do consumidor muito rápido. Sendo um aumento tão alto, a solução é simples: ou repassa o aumento ou quebra", afirmou Bruno Sobral, secretário-executivo da entidade.

Atualmente, atuam no país 44,8 mil auxiliares de enfermagem, 1,5 milhão de técnicos e 661,9 mil enfermeiros,

de acordo com dados do CNSaúde. O secretário da CNS explicou, ainda, que 292 mil famílias que têm integrantes com necessidade de atendimento domiciliar também serão afetadas. Procurado, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) não respondeu ao Correio.

A Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB) avalia que o novo piso salarial da enfermagem poderá ter impacto financeiro de R\$ 6,3 bilhões para as afiliadas e critica a falta de fonte de financiamento da nova despesa. "As Santas Casas e hospitais filantrópicos requerem R\$ 17,2 bilhões, anualmente, em caráter urgentíssimo, como única alternativa de assunção das obrigações trabalhistas decorrentes do Projeto de Lei 2.564/20", afirmou o presidente da CMB, Mirocles Veras.

"A CMB frisa que não é contrária ao projeto. Os hospitais valorizam todos os profissionais de saúde e somam esforços com as categorias na busca por receita que possibilite remunerações mais justas. Mas a realidade das instituições filantrópicas torna o cumprimento desse projeto insustentável", diz nota da CMB. Nos últimos seis anos, 315 hospitais filantrópicos fecharam as portas, reduzindo mais de 7 mil leitos no SUS.

De acordo com o pesquisador e professor Giacomino Balbinotto, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o tema requer atenção. "O piso é justo para os trabalhadores, mas o impacto nos setores privado e público de saúde será significativo. A médio prazo, muitos hospitais vão fechar, pois terão sua margem média passando de 9,7% para -3,4%", disse o pesquisador

OBESIDADE: CUSTOS PODEM ATINGIR R\$ 3,1 MIL POR BENEFICIÁRIO EM 2030

IESS – 12/07/2022

O valor médio de gastos assistenciais com obesidade por beneficiário em 12 meses – estimado em R\$ 2,2 mil em 2020 – pode atingir R\$ 3,1 mil em 2030. A quantia, que considera um cenário com ausência de políticas públicas ou privadas efetivas, representa um aumento de 42% em 10 anos, enquanto o PIB deve aumentar apenas 7,7% no período.

As informações fazem parte do estudo "Como o aumento da prevalência da obesidade entre beneficiários pode impactar a sustentabilidade da saúde suplementar". O material foi apresentado no dia 22 de junho, durante o Seminário IESS: Obesidade no Brasil: Impactos sociais e econômicos - clique aqui para assistir o evento na íntegra.

A análise considera valores no período de 2001 a 2020, que foram corrigidos aos preços de dezembro de 2010, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

(IPCA). Para não perder graus de liberdade para as projeções, os pesquisadores transformaram as despesas anuais em trimestrais via interpolação.

As despesas assistenciais por beneficiário iniciam a série, em 2001, com R\$ 965,30 (valor médio de gasto em 12 meses) e atingem R\$ 2,2 mil em 2020, uma alta real de 128,44% no período. Também é importante ressaltar que, no Brasil, a taxa de obesidade de 2003 a 2019 saltou de 12,20% para 26,80%, um crescimento de 119,67% no período, ou um acréscimo equivalente a 5,04% ao ano.

Em outro cenário avaliado, consideram-se intervenções bem-sucedidas, visando a prevalência da obesidade à metade em 2030, para 13,4% em vez de 46%. Nessa situação, a taxa de prevalência da obesidade se reduziria a 3,7% ao ano nesse período. Neste caso, o valor total pago pelo beneficiário

diminuiria para R\$ 1,4 mil e a despesa para os tratamentos da condição passam a representar cerca de 4,70% do total.

Para acessar o estudo na íntegra, [clique aqui](#).

ONU: PANDEMIA REDUZ EXPECTATIVA DE VIDA EM 3 ANOS NA AMÉRICA LATINA

Agência Brasil – 11/07/2022

Na média global, a estimativa caiu de 72,8 para 71 anos

A expectativa de vida global ao nascer caiu para 71 anos em 2021, abaixo dos 72,8 em 2019, interrompendo uma sequência de cinco décadas de crescimento. A informação foi divulgada nesta segunda-feira (11), data em que se celebra o Dia Mundial da População, em relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as perspectivas populacionais em 2022.

A redução foi causada pelo impacto da pandemia de covid-19. Segundo o relatório, o impacto variou entre regiões e países. No centro e sul da Ásia e na América Latina e Caribe, por exemplo, a expectativa de vida ao nascer caiu quase 3 anos entre 2019 e 2021. Para Bolívia, Botsuana, Líbano, México, Omã e Rússia, as estimativas caíram mais de 4 anos entre 2019 e 2021.

Por outro lado, a população combinada da Austrália e Nova Zelândia ganhou 1,2 anos, devido a menores riscos de mortalidade durante a pandemia para algumas outras causas de morte. A pandemia também "restringiu severamente" todas as formas de mobilidade humana, incluindo migração internacional. "A magnitude do impacto da pandemia nas tendências migratórias é difícil de determinar devido a limitações de dados", diz o relatório.

Neste ano, a população mundial também atingirá a marca de 8 bilhões de pessoas, projeção prevista para ocorrer em novembro. As últimas projeções das Nações Unidas também sugerem que a população global pode crescer para cerca de 8,5 bilhões em 2030, 9,7 bilhões em 2050 e 10,4 bilhões em 2100.

crescimento populacional é possível, em parte, pelo declínio dos níveis de mortalidade, como refletido no aumento níveis de esperança de vida ao nascer. Segundo a ONU, globalmente, a expectativa de vida atingiu 72,8 anos em 2019, um aumento de quase 9 anos desde 1990. Prevê-se que novas reduções na mortalidade resultem em uma longevidade média mundial de cerca de 77,2 anos em 2050.

A expectativa de vida ao nascer para as mulheres excedeu a dos homens em 5,4 anos em todo o mundo, situando-se em 73,8 e 68,4, respectivamente. "Uma vantagem de sobrevivência feminina é observada em todas as regiões e países, variando de 7 anos na América Latina e no Caribe a 2,9 anos na Austrália e Nova Zelândia", diz o relatório da ONU.

Crescimento

Após queda na mortalidade, o crescimento populacional continuará ocorrendo enquanto a fecundidade permanecer em níveis altos. Quando a fertilidade começar a cair, a taxa anual de crescimento populacional também cairá.

Em 2021, a fecundidade média da população mundial foi de 2,3 nascimentos por mulher ao longo de uma vida, tendo caído de cerca de 5 nascimentos por mulher em 1950. A fecundidade global é projetada para diminuir para 2,1 nascimentos por mulher até 2050.

Em 2020, a taxa de crescimento global caiu abaixo de 1% ao ano pela primeira vez desde 1950. A população mundial deverá atingir um pico de cerca de 10,4 bilhões de pessoas durante a década de 2080 e permanecer nesse nível até 2100

ANS ACABA COM LIMITES DE COBERTURA DE QUATRO CATEGORIAS PROFISSIONAIS

GOV (ANS) – 11/07/2022

Fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia passam a ter cobertura ilimitada para os usuários de planos de saúde

Em reunião extraordinária realizada nesta segunda-feira, 11/07, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou o fim da limitação do número de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. A medida vale para os usuários de planos de saúde com qualquer doença ou condição de saúde listada pela Organização Mundial de Saúde, como, por exemplo, paralisia cerebral, síndrome de Down e esquizofrenia.

A decisão de hoje foi tomada com o objetivo de promover a igualdade de direitos aos usuários da saúde suplementar e padronizar o formato dos procedimentos atualmente assegurados, relativos a essas categorias profissionais. Dessa forma, foram excluídas as Diretrizes de Utilização (condições exigidas para determinadas coberturas) para as consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, e o atendimento passará a considerar a prescrição do médico assistente.

No último dia 1º de julho, a ANS já havia tornado obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento (saiba mais aqui).

Com a alteração aprovada hoje, o fim do limite de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas passa a ser válido para pacientes com qualquer diagnóstico, de acordo com a indicação do médico assistente.

A nova resolução normativa passará a valer a partir de 1º de agosto de 2022 para todos os planos regulamentados

(contratados após a Lei nº 9.656/1998 ou adaptados à Lei) que tiverem cobertura ambulatorial (consultas e exames). Os contratos em período de carência para consultas/sessões terão que aguardar o término da carência para ter direito à assistência.

Veja [aqui](#) a publicação no Diário Oficial da União

'ÓRFÃOS' DOS PLANOS DE SAÚDE RECORREM A HEALTHTECHS, QUE DOBRAM NO BRASIL

Exame – 11/07/2022

O número de startups que oferecem o serviço no Brasil praticamente dobrou nos últimos quatro anos, segundo levantamento da plataforma de inovação Distrito

Após perder o plano de saúde por causa do desemprego ou das altas mensalidades, clientes encaram as healthtechs como alternativa ao Sistema Único de Saúde (SUS). O número de startups que oferecem o serviço no Brasil praticamente dobrou nos últimos quatro anos, segundo levantamento da plataforma de inovação Distrito.

Pacientes traumatizados por experiências ruins na relação com médicos e operadoras tradicionais vêm elogiando o acolhimento dos prestadores de serviço das healthtechs, o intenso uso de tecnologia e os preços mais baixos. Mas nem todos os clientes se adaptam ao novo modelo e há, entre especialistas, dúvidas sobre o futuro financeiro das empresas.

Até o fim de junho, havia 34 healthtechs desse tipo em operação no País. No fim de 2018, eram 18. Segundo algumas das principais empresas do setor (QSaúde, Sami, Alice e Kipp Saúde, do Grupo Omint), houve alta da procura e da efetivação dos contratos nos últimos dois anos. Muitos dos clientes dessas empresas estavam sem cobertura de saúde suplementar antes de contratá-las. De quase 9 mil clientes da Sami, mais de 75% não tinham plano. Quase metade (45%) dos cerca de 13 mil clientes da QSaúde estava na mesma situação.

"A procura dos consumidores por healthtechs tem aumentado, assim como a familiaridade e a satisfação com esse tipo de empresa digital", diz o médico Vitor Asseituno, presidente e co-fundador da Sami. Lá, 75% dos atendimentos feitos pelos times de saúde (formados por médico de família, enfermeiro e coordenador de cuidado) são na via digital.

Sob o conceito de atenção primária, cuja lógica é acompanhar clientes para prevenir e evitar o agravamento de doenças e, assim, reduzir custos, elas representam concorrência saudável a operadoras convencionais e causam mudança de práticas da saúde suplementar.

O total de clientes da operadora Alice cresceu dez vezes de dezembro de 2020 a dezembro de 2021, diz a empresa. De 674 membros para 6 mil. Hoje, tem cerca de 10 mil membros.

"Buscamos promover a saúde de maneira mais humana e eficiente para nossos membros", diz André Florence, CEO e co-fundador da empresa. O modelo da Alice tem quatro pilares: foco em atenção primária e coordenação de cuidado; acompanhamento próximo de todas as necessidades de saúde do cliente; intenso uso de tecnologia e remuneração dos prestadores conforme a satisfação do cliente e o desfecho clínico alcançado.

Após pedir demissão da empresa onde trabalhou por 20 anos e abrir mão de plano, carro e outros benefícios, a empresária Charmene de Cara, de 38 anos, pesquisou as propostas das startups e escolheu a Alice. "Desconfio de convênios porque tenho doenças crônicas e sofri muito com a saúde suplementar", diz. "Acho que os médicos da Alice fazem 'intensivão' em empatia. Nunca me senti tão acolhida e vi minha saúde ser cuidada de forma global. O plano aceitou até incluir na mensalidade a assessoria de corrida que eu pagava à parte", afirma.

Segundo Vanessa Gordilho, diretora-geral da QSaúde, um desafio tem sido apresentar ao público o modelo. "Enquanto planos tradicionais pouco ou nada sabem sobre seus clientes, apenas pagam despesas e depois repassam gastos para o reajuste anual, acompanhamos o prontuário de cada cliente para cuidar efetivamente da sua saúde." Lançada em outubro de 2020, auge da pandemia, a QSaúde alcançou cerca de 13 mil clientes, em 2022, cerca de mil novas vidas por mês.

"Ter plano de saúde está no topo dos benefícios mais desejados pelos brasileiros. A Kipp Saúde foi planejada para pessoas que buscam atendimento efetivo, mais tecnológico e facilitado", diz Cícero Barreto, diretor comercial e de marketing do Grupo Omint.

Para quem exige acesso direto a médicos especialistas e uma lista com muitos hospitais e laboratórios, startups podem não ser boa opção. Em geral, elas têm contratos com número limitado de prestadores de serviço e algumas dão remuneração atrativa a especialistas que aceitam atender clientes delas com exclusividade. Assim, garantem que o médico prescreva medicamentos conforme lista combinada previamente (em geral, remédio de bons resultados de saúde a preço aceitável) e não pedem exames em excesso e procedimentos desnecessários.

Para especialistas, é impossível exercer esse controle se um plano oferece dezenas de hospitais e centenas de médicos. "Healthtechs têm redes enxutas, mas não é necessariamente ruim. É o futuro", diz Gustavo Gusso, da Faculdade de Medicina da USP. "Em 10 anos, provavelmente as grandes operadoras também oferecerão poucos prestadores. Do contrário, os planos serão inviáveis. Precisamos nos acostumar com essa mudança."

Apesar da boa impressão inicial relatada por clientes, há dúvidas sobre o modelo de negócio. A Sami demitiu 75 funcionários (15% do quadro) em junho. A base da saúde suplementar é o mutualismo, assim como na seguridade social. Planos coletam dinheiro dos saudáveis e usam para pagar a conta dos doentes. É bem difícil ter mutualidade com menos de 30 mil clientes (marca que nenhuma healthtech atingiu).

Se um plano tem 300 pessoas e uma delas sofre acidente e fica longo tempo na UTI, o reajuste será elevadíssimo porque o custo do tratamento será rateado entre os membros desse pequeno grupo. Não se sabe também se a necessidade de passar pela equipe de atenção primária representará um filtro tão fechado a ponto de o paciente não chegar aos especialistas, caso adoeça e precise de recursos dispendiosos.

Cliente da Sami, a fisioterapeuta Alana Pereira Bastos, de 26 anos diz estar satisfeita com o atendimento, os agendamentos pelo celular e o acesso a bons hospitais, mas aconselha avaliar bem. "Como não tenho doença que exija tratamento longo e dispendioso, achei que valia a pena a mensalidade baixa e correr o risco de a empresa não dar certo e os clientes ficarem sem assistência", diz. "Para a pessoa com doença grave, é preciso refletir bem e avaliar prós e contras."

IPCA ACELERA ALTA A 0,67% EM JUNHO SOB PESO DE ALIMENTOS E PLANOS DE SAÚDE

Forbes – 08/07/2022

Inflação acumulada em 12 meses foi a 11,89%, quase duas vezes e meia o teto da meta oficial para este ano

Os alimentos e o reajuste dos planos de saúde fizeram com que a inflação nacional voltasse a acelerar em junho, embora o IPCA ainda permaneça abaixo de 12% no acumulado em 12 meses.

O Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acelerou a alta a 0,67% em junho, de 0,47% em maio, depois de dois meses seguidos de alívio na pressão.

A expectativa em pesquisa da Reuters para o dado divulgado hoje (8) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era uma de alta de 0,70%.

Com isso, o IPCA acumulado em 12 meses foi a 11,89%, depois de ter ficado em 11,73% no mês anterior e contra projeção de 11,90%.

O resultado representa quase duas vezes e meia o teto da meta oficial para a inflação este ano, que é de 3,5%, com margem de 1,5 ponto percentual para mais ou menos – já abandonada pelo Banco Central.

Com a inflação no Brasil não apenas alta como também bastante disseminada, o BC elevou a taxa básica de juros Selic em 0,5 ponto percentual, a 13,25% ao ano, e disse que antevê um novo ajuste, de igual ou menor magnitude, na reunião de agosto, em movimento que busca esfriar a atividade e a demanda.

Em junho, os preços do grupo Alimentação e bebidas, que tem grande peso no índice geral e no bolso dos consumidores, subiram 0,80%, acelerando ante taxa de 0,48% no mês anterior.

"O resultado foi influenciado pelo aumento nos preços dos alimentos para consumo fora do domicílio (1,26%), com destaque para a refeição (0,95%) e o lanche (2,21%)", explicou o gerente da pesquisa, Pedro Kislánov.

"Assim como outros serviços que tiveram a demanda reprimida na pandemia, há também uma retomada na busca pela refeição fora de casa. Isso é refletido nos preços", completou.

Já os preços dos planos de saúde saltaram 2,99% em junho depois de ter sido autorizado reajuste de até 15,5% em seus valores, exercendo o maior impacto individual no IPCA do mês.

Isso levou o grupo Saúde e cuidados pessoais a acelerar a alta a 1,24% em junho, de 1,01% em maio.

Por sua vez, os custos de Transportes, grupo de maior peso no índice geral, desaceleraram o avanço a 0,57% em junho, ante 1,34% no mês anterior, diante da queda de 1,20% nos combustíveis.

Os preços da gasolina caíram 0,72%, enquanto os do etanol recuaram 6,41% e os do óleo diesel subiram 3,82%.

"No primeiro trimestre do ano, o destaque foi a alta dos produtos alimentícios. Em março e abril, houve o aumento nos preços da gasolina e também dos produtos farmacêuticos. Nesse segundo trimestre, observamos a redução do patamar do índice geral, que estava acima de 1%", resumiu Kislánov.

Apesar do nível elevado, a inflação no Brasil pode já ter chegado ao pico, de acordo com o presidente do BC, Roberto Campos Neto. Ele afirmou na semana passada que o pior

momento da inflação no Brasil já passou e que o país está muito perto de finalizar todo o trabalho de elevação de juros para domar a alta de preços.

Um ponto que pode ajudar a conter a alta dos preços, embora os efeitos não sejam duradouros, é a lei que estabelece um teto para as alíquotas de ICMS sobre os setores de

combustíveis, gás, energia, comunicações e transporte coletivo.

As mais recentes projeções do BC apontam para um IPCA de 8,8% ao final deste ano e de 4,0% em 2023, com a autoridade monetária já sinalizando que tentará levar a inflação a um patamar em torno da meta, não exatamente em cima do alvo.

SULAMÉRICA (SULA11) DIZ QUE NEGÓCIOS COM D'OR SEGUEM EM ANÁLISE NA ANS

Estadão E-Investidor – 08/07/2022

A operadora diz que não há qualquer posicionamento até agora do Cade em relação ao mérito concorrencial

A SulAmérica enviou nesta sexta-feira (08) um esclarecimento à CVM sobre a informação divulgada na imprensa, que aponta que a fusão da operadora com a Rede D'Or foi alvo de críticas por concorrentes. A reportagem do Valor econômico afirma que grandes hospitais entraram como terceiros interessados no Conselho Administrativo de Defesa Econômico (Cade) questionando o negócio e uma das diretorias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) emitiu parecer contra a transação.

De acordo com a SulAmérica, o processo de aprovação prévia da combinação de negócios entre as empresas segue seu trâmite de apreciação pela ANS, “sendo que a manifestação mencionada na referida matéria jornalística representa posição técnica preliminar e sujeita à decisão das

instâncias decisórias superiores da Agência, inclusive à luz dos esclarecimentos e fundamentos já levados a conhecimento da ANS após a emissão da manifestação inicial”.

A operadora diz que não há qualquer posicionamento até agora do Cade em relação ao mérito concorrencial. “Conforme o rito processual previsto na lei aplicável, e como é usual ocorrer em processos deste porte, foram recebidas manifestações de terceiros acerca da operação, cuja legitimidade para intervir no processo e cujo conteúdo ainda será apreciado pelo Cade”, afirma.

O comunicado ao mercado destaca ainda que o “tratamento minucioso dispensado pelos órgãos reguladores aos respectivos processos de aprovação” é esperado e natural, como ocorre em qualquer análise regulatória sobre operações de porte similar.

ANS ATUALIZA PAINÉIS CONTÁBEIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

GOV (ANS) – 08/07/2022

Dados referentes ao 1º trimestre de 2022 estão disponíveis para consultas

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a atualização do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e do Painel Contábil da Saúde Suplementar. Ambos os painéis apresentam dados econômico-financeiros do setor.

O Prisma é dividido em três grandes grupos: Dados Consolidados do Setor de Saúde Suplementar, Ativos Garantidores e Provisões Técnicas e Indicadores Econômico-Financeiros (ponderados e não ponderados). Apresenta a evolução dos dados econômico-financeiros do setor de forma consolidada e por modalidade de operadoras de planos de saúde. O Prisma é atualizado com dados trimestrais das operadoras; e apresenta agora os dados relativos ao 1º

trimestre de 2022. [Confira aqui o Prisma Econômico-Financeiro.](#)

No caso do Painel Contábil, o principal objetivo é apresentar os dados contábeis já divulgados no portal da ANS e no Portal Brasileiro de Dados Abertos, com as informações enviadas pelas operadoras à Agência. O painel é atualizado com dados trimestrais das operadoras; e apresenta agora os dados relativos ao 1º trimestre de 2022. Acesse o Painel Contábil da Saúde Suplementar.

Os dados que constam nos painéis incluem também as demais competências desde 2018 e são extraídos de Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), do Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP) e do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

APÓS ROL DA ANS TAXATIVO, JUSTIÇA MANTÉM DECISÕES FAVORÁVEIS AOS CONSUMIDORES

Segs – 08/07/2022

Decisão do STJ sobre o rol da ANS ser de natureza taxativa cria dificuldades, mas não tem impedido que a Justiça continue decidindo casos em favor de consumidores

Não estando no rol de procedimentos da ANS, continua cabendo à Justiça analisar o caso. Ao juiz competirá sempre diferenciar o uso do abuso

Um mês após o Superior Tribunal de Justiça (STJ) entender que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui natureza, em regra, taxativa, tribunais em todo Brasil têm mantido condenações às operadoras de saúde, enquadrando casos de consumidores dentro das exceções legais estabelecidas na decisão.

Isso porque o STJ estabeleceu que o rol de procedimentos da ANS poderá ser superado quando não existe “para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol” e quando tal tratamento tiver eficácia comprovada à luz da medicina baseada em evidências, o que traz requisitos que até então não eram exigidos nas decisões judiciais.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, por exemplo, em julgamentos recentes, manteve as decisões favoráveis aos consumidores. Em algumas delas, enquadrou os casos dentro das exceções estabelecidas, afirmando que os contratos devem preservar a vida e a saúde dos beneficiários. E, em outras, afirmou que a decisão do STJ não possui caráter vinculante, ou seja, não obriga que os demais juízes sigam tal orientação. Ademais, segundo o tribunal, em muitos dos casos levados à Justiça não existe tratamento similar que possa substituir aquele indicado pelo médico.

O advogado especialista em plano de saúde Elton Fernandes, professor da pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar da USP de Ribeirão Preto, afirma continuar acreditando que os tribunais seguirão concedendo decisões favoráveis aos consumidores. “Se houvesse no rol de procedimentos da ANS tratamento tão eficaz e seguro ao paciente quanto aquele recomendado pelo médico, os consumidores jamais ingressariam com ação judicial buscando outro tratamento. Fosse mesmo um rol taxativo, o tribunal não precisaria ter criado exceções e, na prática, significará dizer que a lista elaborada pela ANS deve ser entendida como a prioridade na cobertura”, destaca.

O Congresso mudou neste ano a forma de atualização do rol de procedimentos da ANS, exigindo que seja mais constantemente revisado. A mudança na legislação ocorreu após forte pressão social diante do veto pelo presidente da República quanto à lei que igualava o acesso a

medicamentos para câncer usados de forma oral daqueles utilizados em ambiente hospitalar. Ante o risco de derrubada do veto, houve acordo a fim mantê-lo, mas com alterações na lei dos planos de saúde. A mudança na legislação exigindo maior constância na atualização na listagem da foi citada pelos ministros do STJ como ponto importante para que a Justiça revisse o posicionamento de que o rol de procedimentos da ANS era mera referência para cobertura mínima obrigatória pelas operadoras. Na prática, a ANS continua detendo a palavra final acerca da incorporação ou não de um tratamento ou medicamento, o que preocupa consumidores.

Segundo profissionais da área, a mudança no entendimento traz algumas barreiras, mas não impede que um juiz determine tratamento fora do que a ANS prevê. “Não estando no rol de procedimentos da ANS, continua cabendo à Justiça analisar o caso. Ao juiz competirá sempre diferenciar o uso do abuso, o essencial do supérfluo, pois, na decisão do STJ, o objetivo foi apenas afastar da cobertura procedimentos sem base científica e tratamentos que possuam outro similar no rol com a mesma eficácia, mas, jamais, o consumidor poderá ficar simplesmente desassistido”, explica Elton Fernandes.

Nas redes sociais consumidores fizeram campanha contra o rol de procedimentos taxativo e, liderados pelo apresentador Marcos Mion, famosos divulgaram apoio à causa, sobretudo a crianças com autismo que poderiam ser impactadas em razão do entendimento. Sobre o tema, poucos dias depois, a ANS publicou que todos os métodos de tratamento cientificamente reconhecidos devem ser cobertos pelos planos de saúde aos pacientes diagnosticados com transtornos globais do desenvolvimento, o que inclui autismo.

Apesar de desde 1998 a lei estabelecer que todas as doenças possuem cobertura obrigatória, o rol de procedimentos da ANS deixou diversas enfermidades sem tratamento direto previsto na listagem pelos planos de saúde, o que faz com que consumidores questionem a atuação da agência reguladora. “Ao selecionar as doenças que o plano de saúde tratará, a agência contraria a lei e a conduta da operadora pode ser revista pela Justiça”, ressalta Fernandes.

Na última semana, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso, abriu uma consulta pública para tratar acerca da decisão sobre o rol de procedimentos da ANS, o que poderá reacender o debate sobre o caso. Há a expectativa de que o tema possa ser reanalisado pela Justiça. Mas, até tal decisão, consumidores continuam podendo buscar a Justiça para questionar seu direito. E, havendo urgência, o consumidor poderá pleitear decisão provisória a fim de pleitear que a Justiça conceda o direito.

ROL EXEMPLIFICATIVO LEVARIA SISTEMA A COLAPSO EM TRÊS ANOS, DIZ PRESIDENTE DA ABRAMGE

Jota Info - 07/07/2022

Proposta é analisada por grupo de trabalho da Câmara dos Deputados

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Renato Casarotti, fez uma previsão sombria ao JOTA sobre uma eventual mudança da extensão do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). “Caso a lista seja considerada exemplificativa, muitas das empresas não vão suportar. E isso não levará muito tempo. Em três anos os efeitos já serão sentidos. Pode haver um colapso”, afirmou Casarotti em entrevista nesta quarta-feira (6/7).

Desde a semana passada, um grupo de trabalho (GT) criado na Câmara dos Deputados discute regras relacionadas a planos de saúde. A iniciativa é uma resposta do Legislativo ao julgamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que considerou no início de junho o rol de procedimentos como taxativo, com algumas exceções.

Inicialmente, o prazo para entrega de relatório do GT era de 90 dias. Na primeira reunião, realizada semana passada, no entanto, ficou claro que a pressão da sociedade falaria mais alto. Grupos ligados a pacientes insistem para que o resultado do GT fique pronto em 10 dias.

Ontem, uma proposta foi preparada, mas descartada pelo grupo. A expectativa é a de que em um novo encontro ainda nesta quarta-feira (06/07) uma nova minuta seja apresentada.

Casarotti afirma que a Abramge pediu para participar do debate, mas não foi atendida. “Recebemos em resposta a sugestão de que enviássemos os dados para o grupo”, contou.

O GT tem um ponto essencial: a classificação da lista de procedimentos obrigatórios. Outros temas podem até mesmo ser discutidos, mas de forma secundária.

“Há uma grande pressão para que o rol seja considerado exemplificativo. O que mostraríamos para o grupo é que não há como um setor trabalhar se não houver previsão de custos. Um rol exemplificativo seria o mesmo que uma companhia aérea ter de atuar, sem saber se seus aviões fariam trajetos para o Japão, para o Rio ou para os Estados Unidos. Como estabelecer tarifas sem dados mínimos?”, questionou.

Casarotti traça alguns cenários, caso o rol exemplificativo seja aprovado. Empresas de menor porte tenderiam a manter preços, na esperança de receber novos clientes. Essa estratégia, no entanto, não se sustentaria. “Em dois, três anos, os custos vão aumentar e as receitas não. Muitas empresas não vão conseguir se manter no mercado.”

Um outro cenário seria de empresas de maior porte. Nesses casos, para poder lidar com custos mais altos, mensalidades seriam fixadas já em valores muito altos. E o resultado é evidente: um número menor de clientes para um sistema que necessita de novas pessoas ingressando.

No caso dos planos que já estão em vigor, a previsão também é clara. Em 2023, os reajustes seriam mais altos e em 2024, seriam muito expressivos. “Pode haver uma reação do Congresso, tentando barrar o reajuste, a exemplo do que ocorreu no último mês. Essa movimentação, este ano, perdeu força. Mas para reajustes no futuro mais altos, há possibilidade, sim, de uma reação dessa se concretizar. E isso traria como consequência o fim de alguns planos.”

Casarotti explica as razões para prever uma reação no setor de saúde suplementar tão rápida. Ele afirma que muitas das empresas já estão em situação ruim. Segundo o presidente da Abramge, ano passado, o prejuízo do setor foi de R\$ 980 milhões. “O sistema está apertado, foram muitas as oscilações. Os custos aumentaram em virtude das novas tecnologias, da variação cambial e a capacidade de pagamento está estrangulada.”

O presidente da Abramge avalia que o impacto do rol exemplificativo extrapolaria, por exemplo, a oferta de medicamentos de custo muito alto. “É sempre nisso que as pessoas pensam. Mas há muito mais. Um médico associado a uma clínica de diagnóstico de imagem, por exemplo, pode deixar de pedir uma radiografia e tornar praxe a ressonância magnética. Uma cirurgia por laparoscopia pode ser substituída, de forma constante, por outra que emprega robótica. E nem sempre em benefício do paciente.”

Casarotti afirma ainda não haver, por parte de associações de fabricantes de medicamentos, uma preocupação com esse tema, o que ele lamenta. “Em reuniões fechadas, muitos parlamentares concordam com nossos argumentos. Mas estamos às vésperas de eleições e muitos temem que isso possa ter um efeito nas urnas. A pressão nas redes sociais é grande.”

Se o rol exemplificativo se tornar realidade, Casarotti avalia que o estrangulamento será tamanho dentro de alguns anos que um freio de arrumação será indispensável. “Minha comparação é com a Previdência. Chegará um momento que tudo terá de ser revisto, uma reforma será urgente. E quando isso acontecer, vão perguntar: como chegamos a isso? Aí vamos nos lembrar de uma discussão apressada, feita durante um momento em que havia uma grande pressão, às vésperas das eleições.”

REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE AVANÇA COM RESTRIÇÕES A PLANOS PRIVADOS

SEGS – 06/07/2022

A Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou nesta terça-feira (05 de julho) projeto que define regras e princípios para os serviços de telessaúde (antes conhecida como telemedicina) oferecidos tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto por planos privados de assistência médica ou seguro. O texto veda aos planos de saúde impedir ou dificultar o acesso ao atendimento presencial, caso este seja a opção do profissional de saúde ou do usuário. A proposta segue, agora, para o Plenário.

Segundo o Senado, o texto aprovado é um substitutivo do relator, Veneziano Vital do Rêgo (MDB-PB), ao PL 1.998/20, que veio da Câmara dos Deputados. “A busca atual por regulamentação da telessaúde justifica-se pelo vazio legal criado com a decretação do fim da pandemia e pelo fato de haver temores de que novas normas infralegais sobre o tema possam impor maiores restrições a essa prática no Brasil”, alega o relator.

Ele acrescenta que também causam preocupação a restrição de acesso por parte das operadoras de planos de saúde, além de recentes posicionamentos do CFM [Conselho Federal de Medicina] como, por exemplo, “a exigência de consultas presenciais em determinadas circunstâncias”.

Autor de projeto apensado, o senador Esperidião Amin (PP-SC) afirma que o projeto servirá como “um marco zero” da telessaúde. “A velocidade com que essa tática de tratamento vai evoluir vai disparar uma série de novas demandas de aperfeiçoamento da lei”, aponta o senador.

Já o senador Marcelo Castro (MDB-PI) diz que o atendimento por meio da internet é inevitável e que a proposta pode aumentar o acesso à saúde. “Essa é a marcha irrefreável da ciência. Quem ficar contra a telemedicina o ensino a distância a robotização vai ficar para trás, vai ser atropelado. A telessaúde vai baratear e facilitar o acesso”, argumenta o parlamentar.

O texto define telessaúde como a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, mediante a transmissão segura de dados e informações de saúde. Ao profissional de saúde são asseguradas liberdade e independência para decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, podendo indicar o atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário.

O texto prevê que “qualquer ato normativo que restrinja a prestação de serviço de telessaúde somente poderá ser praticado se demonstrado imprescindível para evitar danos à saúde dos pacientes”.

Os convênios médicos poderão oferecer também a modalidade da telessaúde. Nesse caso, os padrões normativos e éticos serão os mesmos do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira, que não poderá ser inferior à do serviço presencial.

ANS ATUALIZA ROL DE PROCEDIMENTOS

GOV (ANS) – 06/07/2022

Medicamento para leucemia é incluído à lista de coberturas obrigatórias.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a recomendação final do medicamento hemifumarato de gilteritinibe, para tratamento de pacientes adultos com leucemia mieloide aguda (LMA), recidivada ou refratária com mutação gene FLT3, para inclusão ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A decisão foi tomada nessa segunda-feira, 04 de julho, durante a 15ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL) de 2022.

A tecnologia teve sua recomendação final após discussão na última reunião técnica da Cosaúde, ocorrida em junho, e após ter passado por consulta pública que contou com mais de 50 contribuições. [Clique aqui](#) para saber mais.

Assim, o rol passa a contar com 3.368 procedimentos e eventos em saúde, tendo havido neste ano, até o momento, 24 incorporações à lista de coberturas obrigatórias pelas operadoras.

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.