

## ÍNDICE INTERATIVO

[Boletim covid-19: ANS divulga dados atualizados até junho de 2022](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS concede portabilidade para clientes da operadora Oralclass](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANAB defende rol taxativo e comenta manifestação da ANS ao Supremo](#) - Fonte: Segs

[SulAmérica e Santa Casa de Santos firmam parceria](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Número de idosos em planos de saúde mais que duplica em 20 anos e atinge recorde de sete milhões de beneficiários no País](#) - Fonte: Saúde Business

[Futuro do paciente é ter mobilidade para ser tratado em qualquer lugar, afirmam especialistas](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS diz ao STF que mudar rol taxativo encareceria planos de saúde](#) - Fonte: InfoMoney

[Disponível a atualização do capital de referência](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Deliberações da 575ª Reunião da Diretoria Colegiada](#) - Fonte: GOV (ANS)

[O potencial da telemedicina para a saúde ocupacional](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Audiência Pública debate propostas de atualização no Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

# BOLETIM COVID-19: ANS DIVULGA DADOS ATUALIZADOS ATÉ JUNHO DE 2022

GOV (ANS) – 26/07/2022

Número de beneficiários alcança 49,8 milhões em planos médico-hospitalares

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira (26) a edição de julho do Boletim Covid-19 - Saúde Suplementar, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde durante a pandemia de Covid-19. A edição deste mês traz dados atualizados até junho de 2022.

O número de usuários de planos de saúde apresentou aumento de 0,50% em relação a maio de 2022, mantendo o crescimento iniciado em julho de 2020. A ocupação de leitos alocados para casos de Covid também apresentou crescimento e atingiu 49,2% do total de leitos em junho.

O boletim traz ainda as informações econômico-financeiras, pelas quais são informadas a sinistralidade de caixa no período e inadimplência, além das demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS por meio de seus canais de atendimento.

O objetivo do Boletim Covid-19 é monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde nesse período, prestando mais informações à sociedade.

[Clique aqui para acessar a edição de julho do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar.](#)

## Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica relativo a junho de 2022 segue a tendência de crescimento observada desde julho de 2020. O total de 49.789.947 beneficiários representa aumento de 0,50% em relação a maio de 2022. A taxa de adesão (entradas), considerando todos os tipos de contratações, é superior à taxa de cancelamento (saídas) nos planos médicos hospitalares. O tipo de contratação responsável por esta superioridade é o coletivo empresarial que se mantém, desde julho de 2020, com mais entradas do que saídas de beneficiários.

Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação foi positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação ao longo dos meses de março de 2020 até junho de 2022.

## Informações assistenciais

A proporção de leitos destinados para atendimento à Covid-19 nos hospitais da amostra apresentou leve aumento em junho de 2022, tanto para leitos comuns quanto para leitos de UTI. A taxa mensal geral de ocupação de leitos, que engloba

tanto atendimento à Covid-19 como demais procedimentos, ficou em 78,9% no período, apresentando queda em relação ao mês anterior.

A ocupação de leitos comuns e de UTI para casos de Covid-19 apresentou aumento em junho de 2022, passando de 38,3% para 49,2%. Já a ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos sofreu queda de aproximadamente 2,2 pontos percentuais em relação ao mês anterior, tendo ficado em 81,2% no mês de junho.

A busca por exames para apoio diagnóstico e terapêutico ficou 11% acima do patamar verificado em junho de 2021. E os atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação aumentaram novamente em relação ao patamar inicial, observado antes do início da pandemia.

O custo médio de internação para Covid-19 sem UTI manteve-se estável entre a internação clínica e cirúrgica. Enquanto o custo da diária da internação para Covid-19 com UTI sofreu queda em relação ao mês anterior.

## Exames

Os dados sobre realização de exames de detecção de Covid-19 destacam que, após o aumento expressivo observado em janeiro de 2022, os exames de RT-PCR apresentaram queda importante nos meses seguintes. Na comparação com o ano anterior, considerando os números do mês de março, o RT-PCR teve uma redução de 83,1%, e os exames de anticorpos tiveram queda de 60,5%.

## Informações econômico-financeiras

Em 2022, ao analisar os dados mensais, observa-se aumento de 6 pontos percentuais na sinistralidade de junho em relação ao mês anterior. Já a taxa de sinistralidade do 2º trimestre atingiu 87%, cinco pontos percentuais acima da sinistralidade trimestral de mesmo período de 2019. A ANS permanecerá monitorando a evolução desses dados no setor.

Sobre a inadimplência, os dados de junho de 2022 comparados com o mês anterior indicam estabilidade dentro do comportamento histórico deste indicador. Ao analisar os dados por tipo de contratação, os planos individuais e coletivos confirmam a estabilidade apresentada. Todos esses indicadores mantêm-se próximos aos seus patamares históricos.

## Demandas dos consumidores

Os dados de junho de 2022 mostram que houve uma queda de 8%, em comparação ao mês anterior, no total de reclamações que foram passíveis de intermediação pelo

instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), com maior predominância de temas de natureza assistencial. Também em junho, a ANS registrou 422 reclamações de usuários de planos de saúde relacionadas à Covid-19, 66,8% a mais que as demandas registradas em maio deste ano. O aumento de queixas acompanhou o crescimento do número de casos de Covid-19 verificado de maio para junho no Brasil.

Do total de queixas relacionadas ao coronavírus, 63% foram sobre as dificuldades relativas à realização de exames e tratamento para a doença. A intermediação de conflitos feita pela ANS, entre consumidores e operadoras, tem resolvido mais de 90% dessas reclamações. No portal da reguladora, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.

[Consulte o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.](#)

#### **Sobre os dados**

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas em uma amostra de 49 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 101 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e análise de inadimplência. Juntas, as operadoras respondentes para esses grupos de informação compreendem 75% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

## **ANS CONCEDE PORTABILIDADE PARA CLIENTES DA OPERADORA ORALCLASS**

GOV (ANS) – 26/07/2022

Informação foi publicada em 26/07 no Diário Oficial da União.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no Diário Oficial da União, em 26/07/2022, a concessão de portabilidade especial de carências para os clientes da operadora Oralclass Assistência Médica e Odontológica Ltda (Registro ANS 40.247-8). A partir dessa data, os usuários do plano têm até 60 dias para ingressar em novas operadoras.

Os beneficiários – independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura do contrato – poderão mudar de operadora sem cumprir novos períodos de carência. Aqueles que ainda estiverem cumprindo carência ou cobertura parcial temporária por doença preexistente deverão cumprir o período remanescente na nova operadora.

No [Guia ANS de Planos de Saúde](#), é possível consultar os planos disponíveis no mercado para a realização da portabilidade de carências. Depois de escolher, o beneficiário deverá gerar o relatório com o plano selecionado e entrar em contato com a operadora de destino, para a qual deverá apresentar os seguintes documentos:

- Identidade
- CPF
- Comprovante de residência

- Cópias de pelo menos três boletos pagos na operadora de origem, referentes ao período dos últimos seis meses

Em caso de dúvidas ou problemas de atendimento na operadora de destino, os consumidores têm à disposição os canais da ANS para esclarecimentos e registro de reclamações.

São eles:

Disque ANS - 0800 701 9656;

Formulário Eletrônico Fale Conosco disponível no portal da Agência ([https://www.gov.br/ans/pt-br/canais\\_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor](https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor));

Núcleos de atendimento presencial: [https://www.gov.br/ans/pt-br/canais\\_atendimento/nossos-enderecos](https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/nossos-enderecos)

Central de atendimento a deficientes auditivos: 0800 021 2105.

Confira a [Resolução Operacional nº 2.752/2022](#).

# ANAB DEFENDE ROL TAXATIVO E COMENTA MANIFESTAÇÃO DA ANS AO SUPREMO

Segs – 25/07/2022

Em setembro, o STF fará audiência pública para debater a questão da cobertura obrigatória dos planos de saúde. Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios destaca que casos excepcionais, como os de pacientes autistas, devem ser resolvidos com regulamentação da própria ANS que, como agência reguladora, tem a legitimidade para tal

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enviou esta semana ao Supremo Tribunal Federal (STF) manifestação em defesa do rol taxativo dos planos de saúde. Uma série de recursos tenta derrubar a decisão recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que definiu pela taxatividade do rol. Está previsto para o final de setembro uma audiência pública no STF para debater a questão. O presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), o advogado Alessandro Acayaba de Toledo, reforça o entendimento da agência de que o rol taxativo é a melhor opção para o país. O especialista esclarece que ao contrário deste modelo, os custos com os planos de saúde inviabilizariam o acesso da população ao benefício.

“A decisão favorável pelo rol taxativo, conforme entendimento relatado pelo ministro Luiz Felipe Salomão, o beneficiário ganha mais. Isto porque será possível que os beneficiários possam ter garantida as coberturas assistenciais mínimas para todo e qualquer tipo de plano de saúde. Fora isso, as operadoras de saúde podem manter a previsibilidade de custos e riscos decorrentes da utilização médica, o que evita aumento substancial do preço para novos produtos e torna possível evitar um grande desequilíbrio econômico-financeiro das mensalidades vigentes”, destaca o presidente da ANAB, Alessandro Acayaba de Toledo.

É preciso compreender que o plano de saúde privado no país é de saúde suplementar e não complementar ao SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, quem adquire o produto de forma individual ou coletiva deve ter condições de arcar com o tipo de contrato e benefício, ou exercer a portabilidade para encontrar um produto que atenda às suas necessidades. A competência da ANS como órgão regulador é justamente estabelecer o rol mínimo obrigatório de procedimentos para a cobertura assistencial. De acordo com as segmentações assistenciais contratadas, já que para cada tipo haverá uma composição diferente de cobertura oferecida, mas seguindo a lista estabelecida pela ANS.

O rol taxativo estabelece uma lista determinada de coberturas. No entanto, a decisão do STJ sustenta uma

“taxatividade mitigada”, que permite situações excepcionais para que os planos custeiem determinados procedimentos não previstos na lista, como por exemplo, terapêuticas com recomendação médica e amparadas nos critérios técnicos e aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

“A exemplo do que aconteceu a partir da mobilização de familiares de autistas, o caminho não pode ser liberar tudo para todos. O caminho é entender situações que merecem atenção especial - como neste caso - e resolver isso via regulamentação da própria agência. Não é possível negar a legitimidade da ANS como órgão competente para definir produtos e procedimentos médicos mínimos obrigatórios na cobertura assistencial dos planos de saúde”, reforça o advogado Alessandro Acayaba de Toledo.

Prioridade para as famílias, brasileiro tem medo de perder o plano de saúde - Recente Pesquisa ANAB de Assistência Médica analisou a relação do brasileiro com acesso à saúde, seja ela pública ou privada. Um em cada 4 brasileiros precisou acessar mais sistemas de saúde no último ano do que antes da pandemia de Covid-19, iniciada em 2020. De acordo com este estudo nacional, 83% dos brasileiros valorizam, desejam ou temem perder o benefício.

Em 2021, o plano de saúde era considerado a 3ª maior conquista do brasileiro. Na faixa etária acima de 50 anos, benefício só perde para a casa própria em importância. Para aposentados, é prioridade absoluta e supera a moradia. De acordo com pesquisa feita pela ANAB em parceria com o Instituto Bateiah.

## Sobre ANAB

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) representa as empresas que fazem a gestão e comercialização de planos de saúde coletivos, aquela em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor pertença. De acordo com a ANS, há 168 administradoras de benefícios cadastradas no país. Levantamento da ANAB aponta que, nos últimos 10 anos, quem tinha uma administradora de benefícios na gestão do plano de saúde economizou mais de R\$ 7 bilhões. Esse valor representa a diferença entre o reajuste pedido pelas operadoras anualmente e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores.

## SULAMÉRICA E SANTA CASA DE SANTOS FIRMAM PARCERIA

Revista Cobertura – 25/07/2022

Beneficiários SulAmérica passam a contar com atendimento no maior hospital da Baixada Santista

Duas companhias centenárias anunciam mais um passo para o cuidado na saúde dos brasileiros. A SulAmérica Saúde e a Santa Casa de Santos firmaram recentemente o convênio para ampliar a rede de assistência dos beneficiários de Saúde da operadora.

Por meio do novo convênio, a parceria oferece assistência do maior hospital da Baixada Santista aos clientes SulAmérica.

O atendimento aos segurados de Saúde teve início em 1º de julho.

“Estamos muito felizes com a parceria das duas companhias, que têm em comum a preocupação e o cuidado com a saúde dos brasileiros. Temos como missão melhorar a vida das pessoas, estamos sempre em busca de oferecer segurança, autonomia e apoio para nossos segurados. Com a parceria, o portfólio da SulAmérica ficou ainda mais robusto e qualificado. Que seja o início de uma duradoura aliança”, finaliza Luciano Lima, diretor comercial de SulAmérica

## NÚMERO DE IDOSOS EM PLANOS DE SAÚDE MAIS QUE DUPLICA EM 20 ANOS E ATINGE RECORDE DE SETE MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS NO PAÍS

Saúde Business – 22/07/2022

Análise do IESS aponta crescimento em todas as faixas etárias acima de 60 anos. Planos coletivos empresariais quase quadruplicaram no período

Diferentemente de faixas etárias de pessoas mais jovens, que sofreram oscilações, a quantidade de vinculados em planos médico-hospitalares direcionadas a idosos, com 60 anos ou mais, acumulam sucessivos crescimentos nos últimos 20 anos no País. Entre março de 2002 e o mesmo mês deste ano, os vínculos saltaram de 3,4 milhões para 7 milhões (número recorde), ou seja, mais que duplicaram, com alta de 107,6%. As informações são do Panorama dos Idosos Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil, desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

De acordo com o estudo, do total de beneficiários, em março de 2022, o maior volume está no grupo etário de 60 e 69 anos (52%), seguido por 70 a 79 anos (31%) e idosos com 80 anos ou mais (18%). A maior prevalência (60%) é do sexo feminino correspondente a 4,2 milhões de vínculos. Além disso, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro são os estados que têm mais idosos tanto na população (45% do total) quanto entre os beneficiários (63% do total).

Levando-se em conta a progressão nas duas décadas, a análise revela que o grupo de pessoas com 80 anos ou mais

foi o que mais cresceu (194%). A quantidade de vínculos praticamente triplicou, saindo de 422,7 mil, em março de 2002, para 1,2 milhão em março de 2022. Na sequência, aparece a faixa entre 70 e 79 anos, que dobrou o número de beneficiários, passando de 1,1 milhão para 2,2 milhões.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, houve aumento da representatividade de pessoas inseridas no grupo etário dos idosos, especialmente das pessoas com 80 anos ou mais, que acompanha o envelhecimento natural dos beneficiários da saúde suplementar. “Existe uma preocupação pela manutenção dos planos, por ser um grupo mais suscetível, que tem uma ou mais doenças crônicas, e precisam utilizar mais os serviços. E também um enorme esforço para as pessoas manterem o benefício, por se tratar de contratos com valores mais elevados”, pontua.

Observa-se também que, em relação ao tipo de contratação, houve grande alta em aquisições a planos coletivos, especialmente os empresariais. A modalidade quase quadruplicou com registro de alta de 280,5% - eram 761,2 mil vínculos em março de 2002 e atingiu 2,9 milhões em março deste ano. No caso dos coletivos por adesão, o número quase triplicou, saindo de 570,7 mil para 1,5 milhão.

[Clique aqui](#) para ver o estudo na íntegra.

## FUTURO DO PACIENTE É TER MOBILIDADE PARA SER TRATADO EM QUALQUER LUGAR, AFIRMAM ESPECIALISTAS

Saúde Business – 22/07/2022

Com avanço na inteligência artificial e análise de dados, gadgets e wearables vão conectar-se à rede de saúde; paciente será beneficiado, mas regulação e proteção de dados ainda são desafios do setor

Os IoTs (Internet das Coisas Médicas) e os wearables (aparelhos inteligentes vestíveis) estão evoluindo em precisão e integração, podendo se conectar aos sistemas de saúde privada e pública, ajudando os médicos com os

diagnósticos e os pacientes a evitar hospitalizações e até a baratear seus planos de saúde.

A previsão é de três especialistas brasileiros do segmento: Claudio Giulliano, CEO da FOLKS; Felipe Reis, gerente executivo de Tecnologia Médica e Inovação na BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo; e André Cripa, Chief Innovation e Digital Officer na CTC.

“O volume de dados coletados por esses aparelhos é imenso, então, muito provavelmente vamos caminhar para interfaces inteligentes que ajudem a processá-los e direcionem o que é relevante para os profissionais de saúde”, afirma o médico Felipe Reis, que vê esses dispositivos como parte do atendimento de telessaúde no futuro.

“Os IoMTs vão impulsionar cada vez mais o compartilhamento das informações entre os envolvidos no sistema para enxergarmos o paciente de forma integral, que é o que chamamos de interoperabilidade. Quem ganha com isso é o próprio paciente”, afirma Cripa, que é especialista em Transformação Digital na Saúde pela Harvard Medical School e Economia da Saúde pela Harvard Business School.

Segundo ele, o desafio é a regulação, necessária para a proteção dos dados dos pacientes e confirmação da acurácia dos dispositivos. É um processo complexo mas necessário, que já está na pauta da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). “Outro desafio é como transformar esse dado coletado a todo momento, com aplicativos pessoais e equipamentos médicos, em um dado clínico consistente, ou seja, em informação.”

Para os especialistas, dispositivos de medição e equipamentos vestíveis com dados cada vez mais precisos são o primeiro passo para o diagnóstico e são muito promissores na saúde digital. O segundo passo, concordam os especialistas, é a interoperabilidade desses aparelhos com

os sistemas, que precisam captar essas informações, para gerar as bases de dados da saúde.

“Esses dados vão gerar insights individuais que podem ajudar na gestão da saúde populacional”, afirma o médico Claudio Giulliano, da FOLKS. “É um potencial gigante de Inteligência Artificial usado para a saúde e em tempo real.” O médico vê avanços nessa direção a partir das bases de dados, como as de vacinação e Covid-19, criadas durante a pandemia pelos sistemas do ConecteSUS, no Brasil, e por outros pelo mundo.

### Do hábito ao cinto

Empresas de IA têm desenvolvido equipamentos surpreendentes, como um dispositivo que avalia, pelo hábito matinal, qual é a dieta ideal e o que falta em sua alimentação. Há também um cinto, produzido na Coreia, capaz de monitorar a alimentação, os batimentos e de fazer uma previsão de queda baseada no balanço na hora de andar. “Mas o cinto também é bonito, o que é mais uma motivação para o paciente usar. É a tecnologia cada vez mais voltada às pessoas”, comenta Reis.

Para André Cripa, esses avanços tecnológicos devem beneficiar o paciente, que passará menos tempo em hospitais e poderá pagar menos por um plano de saúde. “O futuro do paciente não é no hospital, é ser tratado em casa, e, para isso, os dados precisam trafegar de forma segura, inteligente e fácil de usar. A interoperabilidade é base para essa transformação”, acredita.

Baseado em hábitos de saúde, por exemplo, será possível saber seus hábitos de saúde, como alimentação e atividade física - com isso, melhorando seu rating na operadora de saúde. “Ter a informação do paciente vai ser melhor para todos os envolvidos, inclusive para o paciente. Quando isso for melhor explorado, esse jogo vai mudar”, conclui Cripa.

## ANS DIZ AO STF QUE MUDAR ROL TAXATIVO ENCARECERIA PLANOS DE SAÚDE

InfoMoney – 21/07/2022

Partidos e entidades recorreram ao Supremo contra decisão do STJ que limitou cobertura; ANS diz que ampliar rol aumentaria ‘o grau de incerteza’

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enviou ao Supremo Tribunal Federal (STF) manifestação sobre o rol taxativo de procedimentos de planos de saúde, em que diz que ampliar o leque de procedimentos médicos obrigatórios pode encarecer os produtos para o consumidor final.

Em junho, o STJ decidiu que as operadoras não são obrigadas a cobrir procedimentos que não estão no rol da ANS. [Partidos políticos e entidades recorreram ao Supremo para derrubar a decisão](#), alegando que ela prejudicava pacientes, que poderiam ter tratamentos negados e suspensos.

A Segunda Seção do STJ julgava se a lista de cobertura obrigatória definida pela agência era taxativa (e deveria ser seguida à risca, sem acréscimos) ou exemplificativa (em que novas terapias poderiam ser incluídas a partir de avanços médicos e científicos). [A decisão foi que o rol da agência é taxativo](#) (ou seja, os usuários não têm direito a exames e tratamentos que estão fora da lista, salvo algumas exceções).

Na manifestação enviada na segunda-feira (19) ao Supremo, a ANS afirmou que o eventual sucesso das ações mudará o risco dos contratos em vigor e os preços dos novos.

“A pretendida natureza declarativa do rol amplia o grau de incerteza em relação aos custos de assistência à saúde porque afeta a identificação a priori dos procedimentos obrigatórios não previstos no rol”, diz a agência. “A consequência é a elevação do nível de preços das novas

comercializações a patamares superiores à capacidade de pagamento de potenciais consumidores”.

O Supremo fará nos dias 26 e 27 de setembro uma audiência pública para debater a questão, e não há prazo para uma decisão final.

O rol da ANS (lista de procedimentos e tratamentos obrigatórios) foi criada em 1998, para estabelecer um mínimo

de cobertura que não poderia ser negada pelos planos de saúde, e desde então vem sendo atualizado desde então para incorporar novas tecnologias e avanços.

É comum que usuários de planos de saúde busquem na Justiça (e consigam) o direito de que as operadoras paguem por procedimentos ou tratamentos que ainda não estão previstos no rol da ANS, mas a decisão do STJ deve dificultar novas ações nesse sentido.

---

## DISPONÍVEL A ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL DE REFERÊNCIA

GOV (ANS) – 21/07/2022

As informações estão acessíveis no portal da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de disponibilizar a atualização do capital de referência (conforme a Resolução Normativa nº 526, de 29 de abril de 2022) a ser considerado no cálculo do Capital Base (CB), que deve ser observado pelas operadoras de planos de saúde.

Assim, considerando a variação acumulada de 11,89% do IPCA, no período entre julho/2021 e junho/2022, o capital de referência a ser observado pelas operadoras no cálculo do CB passa de R\$ R\$ 9.726.594,88 para 10.883.087,01.

[Acesse aqui](#) o histórico de atualização do capital de referência.

---

## DELIBERAÇÕES DA 575ª REUNIÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

GOV (ANS) – 21/07/2022

O vídeo da reunião está disponível no canal da ANS no YouTube

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 18/07, a 575ª Reunião da Diretoria Colegiada (DICOL). O encontro contou com a presença de Maurício Nunes (diretor-presidente substituto e diretor de Desenvolvimento Setorial), Alexandre Fioranelli (diretor de Normas e Habilitação dos Produtos), Eliane Medeiros (diretora de Fiscalização), Jorge Aquino (diretor de Normas e Habilitação das Operadoras), e do procurador-geral federal junto à ANS, Daniel Tostes. Paulo Rebello (presidente e diretor de Gestão e de Normas e Habilitação das Operadoras) não esteve presente à reunião por motivo de férias.

O evento virtual foi transmitido ao vivo pela página da ANS no YouTube, e pode ser assistido [clikando aqui](#).

Ao abrir a reunião, o diretor-presidente substituto e diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS pautou a aprovação das minutas das atas da 574ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada e da 14ª e da 15ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, ocorridas em 24/06/2022, 23/06/2022 e 04/07/2022, respectivamente, tendo sido aprovadas integralmente pelos diretores.

**ITEM EXTRAPAUTA DIPRO** – A gerente de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde Marly Corrêa Peixoto fez a abertura do item da pauta sobre a regulamentação do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ela apresentou a evolução normativa do Rol e ressaltou que a RN nº 439, editada em 2018, foi a primeira resolução a normatizar a

atualização periódica rol, posteriormente substituída pela RN 470/2021, que aprimorou o processo tornando-o mais célere.

Após a explanação, foi apreciada a proposta de RN que consolida todo rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A proposta de norma, se aprovada, substituirá a RN nº 470/2021 e a RN nº 474/2021 (que dispõe sobre a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar - Cosaúde, criada por lei para auxiliar a ANS na avaliação das propostas de incorporação de novas tecnologias à lista de coberturas obrigatórias). A proposta de resolução normativa será submetida à participação social, por meio de consulta pública, a ser realizada no período de 21/07 a 03/09/2022.

A gerente explicou que, desde a publicação da RN nº 470, já foram promovidas 11 atualizações na lista de cobertura obrigatórias, com a incorporação de 10 tecnologias originárias da aprovação da Conitec, 14 pelo FormRol, além de uma incorporação extraordinária e quatro expansões de cobertura por meio da exclusão de nove diretrizes de utilização. Em 2022, foram realizadas sete reuniões técnicas da Cosaúde, seis consultas públicas e quatro audiências públicas relacionadas à atualização do Rol.

**ITEM DIOPE** – O assessor da Diope, Alexandre Fiori, apresentou a proposta de consolidação das normas de Provisões Técnicas, que revoga a RN nº 393, de 09/12/2015, a RN nº 442, de 20/12/2018, e a RN nº 476, de 23/12/2021, com posterior remessa dos autos à Procuradoria Federal na ANS (PROGE) para parecer jurídico. Após breve explicação, apresentou, para aprovação, o relatório da Consulta Pública nº 93 sobre as alterações para os planos de saúde que foram

atendidas na RN 476/21 em razão da Covid-19. Os diretores aprovaram as propostas

**ITEM DIOPE** – O especialista em Regulação de Saúde Suplementar e assessor, Samir Martins, apresentou a proposta de Resolução Normativa Conjunta ANS/PREVIC, que estabelece critérios para a execução das atribuições legais da Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc) e da ANS, relacionadas às operações de planos privados de assistência à saúde realizadas pelas entidades fechadas de previdência complementar. Samir explicou que a nova RN visa disciplinar a cooperação entre os dois reguladores e, desta forma, evitar conflitos de competência ou vazios regulatórios. Os diretores aprovaram a proposta.

**ITEM DIDES** – Em relação à proposta de alteração dos indicadores do Mapeamento do Risco Assistencial e suas respectivas fichas técnicas, o diretor Maurício Nunes da Silva, mencionou seu voto complementar, feito na 574ª Reunião Ordinária da Dicol. Na ocasião, o diretor havia assinalado a importância de se estabelecer reuniões técnicas entre a Dipro e a Dides para apresentação de proposta conjunta capaz de proporcionar convergência entre o programa de Mapeamento do Risco Assistencial, com indicadores relativos à qualificação de operadoras para quem estimular as boas práticas de gestão assistencial induzidas pela Agência. Os diretores aprovaram a proposta.

**ITEM DIFIS** – A diretora Eliane Medeiros apresentou a proposta de celebração de Acordo de Cooperação Técnica com o Tribunal de Justiça do Mato Grosso, no âmbito do programa Parceiros da Cidadania, com o objetivo de estreitar laços, aprimorar canais de comunicação e promover o intercâmbio de informações técnicas que envolvem a regulação da saúde suplementar. A diretora explicou que o acordo tem vigência de 36 meses e não implica transferência de recursos financeiros para sua execução. Os diretores aprovaram a proposta.

**ITEM DIFIS** – Como no item anterior, a diretora Eliane Medeiros apresentou proposta de celebração de Acordo de Cooperação Técnica com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, também no âmbito do programa Parceiros da Cidadania. Assim como nas demais cooperações, sua execução não implica transferência de recursos e o prazo de execução é de 36 meses. A proposta foi aprovada pelos diretores.

**ITEM DIFIS** – A proposta foi apresentada pela diretora Eliane Medeiros e segue os dois itens anteriores sobre celebração de Acordo de Cooperação Técnica com o Procon Carioca, relativo ao programa Parceiros da Cidadania, tendo sido aprovada pelos diretores. A diretora esclareceu que esse termo em particular terá prazo de 24 meses.

**ITEM DIFIS** – A diretora colocou para apreciação a proposta de declaração de descumprimento de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta entre a ANS e Santa Rita Sistema de Saude Ltda, relativo ao envio irregular

de informações TISS pela operadora. Eliane explicou que, uma vez chegada ao fim a vigência do TCAC, e ultimadas as ações de fiscalização para o seu cumprimento, verificou-se que a operadora cumpriu a cláusula quarta, mas deixou de cumprir a obrigação prevista na cláusula terceira. Assim, orientou seu voto pela declaração do descumprimento do Termo, com a consequente revogação da suspensão do curso dos atos objeto de apuração arrolados, aplicação de multa de R\$ 12.320,00 e a vedação de celebração de novo acordo pelo prazo de dois anos, a contar de 17 de abril de 2022. Os diretores aprovaram a decisão.

**ITEM DIFIS** – Outra proposta de declaração de descumprimento de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta firmado com a ANS foi apresentada pela diretora Eliane Medeiros. Trata-se de TCAC celebrado com a Associação de Securidade Social dos Servidores Públicos Nacionais (Assena), que havia assumido a obrigação de deixar de exercer a atividade de operadora de planos de saúde privado sem autorização de funcionamento. Verificou-se que foram cumpridas as cláusulas terceira, quinta, sexta e sétima, mas a operadora deixou de cumprir no prazo regular a obrigação prevista na cláusula quarta, relativa às alterações no seu estatuto. Assim, orientou seu voto pela declaração do descumprimento do Termo, com a consequente revogação da suspensão do curso dos atos objeto de apuração arrolados, aplicação de multa de R\$ 40 mil e a vedação de celebração de novo acordo pelo prazo de dois anos. A proposta foi aprovada pelos diretores.

**ITEM DIFIS** – A diretora Eliane Medeiros apresentou a proposta de declaração de cumprimento de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta entre a ANS e Becarpe Corretora de Seguros Ltda, para que deixasse de exercer a atividade de operadora de plano de saúde privada sem autorização para funcionamento. Após o fim do termo e efetuada a fiscalização pela ANS, foi verificado que a operadora cumpriu todas as obrigações pactuadas. Assim, orientou seu voto pela declaração do cumprimento do Termo, com a consequente extinção dos atos objeto de apuração nele arrolados. A proposta foi aprovada pelos diretores.

**ITEM DIFIS** – A diretora Eliane Medeiros apresentou a proposta de celebração de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta entre a ANS e o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, tendo por objeto o artigo 35 da RN nº 124/2006. De acordo com o pactuado na minuta de TCAC, o hospital deverá corrigir a conduta referente ao envio irregular de informações, mais precisamente relativos ao sistema de informações de beneficiários (SIBE). A diretora explicou que a minuta de proposta recebeu manifestação favorável da Procuradoria Federal. Os diretores aprovaram a proposta.

**BLOCÃO** - A Diretoria Colegiada deliberou, ainda, sobre 533 processos administrativos, sendo 105 processos sancionadores, 420 processos de ressarcimento ao SUS, dois processos de anuência de lesão pré-existente, dois processos de taxas de saúde suplementar e quatro processos de parcelamento de ressarcimento ao SUS.

# O POTENCIAL DA TELEMEDICINA PARA A SAÚDE OCUPACIONAL

Revista Cobertura – 21/07/2022

Levantamento realizado pela healthtech Saúde da Gente mostra que a teleconsulta voltada para o mercado de trabalho pode gerar uma economia para o setor de R\$1,3 bilhões

A **Saúde da Gente**, hub de soluções pioneira no segmento de saúde digital, aposta na telemedicina voltada para o setor de saúde ocupacional. A prática regulamentada em definitivo para fins de saúde (Resolução nº 2.314/2022), tem o potencial de agilizar e facilitar os atendimentos também no âmbito profissional e evitar, por exemplo, que profissionais percam dias de trabalho e tenham que se deslocar para um atendimento presencial em clínicas. A decisão que estabelece o uso desta ferramenta para o atendimento médico à distância, pode gerar uma economia equivalente a R\$ 1,3 bilhões, tanto para trabalhadores quanto para empregadores.

“A telemedicina voltada para a saúde ocupacional para pessoas de risco 1, ou seja, aquelas que precisam apenas de avaliação clínica e não necessitam realizar exames complementares”, traz inúmeros benefícios, explica Luís Alexandre Chicani, CEO da Saúde da Gente. Segundo o executivo, “o atendimento em saúde ocupacional agiliza os processos para as empresas, uma vez que não é necessário marcar horário, se deslocar até uma clínica e, às vezes, perder um dia de trabalho para realizar exames admissionais, periódicos ou demissionais”, completa.

Os números apontam nesta mesma direção, é o que demonstra um cruzamento de dados realizado pela healthtech que mostra uma economia de R\$ 1,3 bilhões para as empresas e para os trabalhadores, a considerar exames admissionais, periódicos e demissionais, e 1,7 bilhões em ganho de produtividade.

A ferramenta voltada para a medicina do trabalho, traz também algo antes inimaginável, o atestado (ASO) em tempo real, disponibilizado para as empresas no momento da consulta médica. “Isso é algo que até hoje não existe e poderá ser incorporado pela telemedicina ocupacional. Isso representa mais praticidade, economia e eficiência nos processos que são cada vez mais digitais”, ressalta Chicani, fundador das empresas Saúde da Gente e BenCorp.

No âmbito empresarial, “a resposta para esse novo desafio passa pela formação de ecossistemas. Cada vez mais desenvolvemos soluções integradas que viabilizam enxergar todos os aspectos relacionados à saúde de cada indivíduo para fazer a efetiva coordenação dos cuidados de forma bem dinâmica”, explica Cesar Ciongoli, CEO da BenCorp. “O que vimos na prática com a telemedicina, é que trabalhar com dados evita desperdícios, otimiza tempo e é, de fato, bastante efetivo”, ressalta Ciongoli.

“As empresas voltadas para a saúde ocupacional estão implantando programas cada vez mais efetivos em gestão da saúde ou até mesmo liderando ações que apontam para esta direção. Isso representa um forte indicativo de sucesso nos programas de gestão de saúde corporativa”, afirma o CEO da BenCorp.

“A telemedicina nos possibilitou garantir uma resolutividade clínica em 85% dos casos atendidos ao longo desses anos de pandemia, voltar essa ferramenta para a medicina do trabalho será um novo divisor de águas”, finaliza Chicani, fundador do , da qual fazem parte as duas empresas.

[Dados e Cálculos.xlsx \(1\) \(1\)](#)

## AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATE PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO NO ROL

GOV (ANS) – 20/07/2022

Gravação da reunião está disponível na página da Agência no Youtube.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 13/07, a Audiência Pública nº 23, para debater a recomendação preliminar de não incorporação no Rol dos seguintes procedimentos: implante subdérmico etonogestrel para contracepção referente a unidade técnica (UAT 24) e radioembulção hepática para câncer colorretal metastático (UAT 35). O evento teve como objetivo receber contribuições para subsidiar a ANS na tomada de decisão sobre as propostas de não incorporação destes procedimentos ao Rol de Procedimentos em Saúde.

A audiência virtual foi realizada por meio da plataforma Microsoft Teams e disponibilizada na página da Agência no YouTube, onde pode ser assistida na íntegra. Participaram do

evento, representantes da área da saúde, de prestadores de serviços de saúde, operadoras de planos de saúde, entidades da sociedade civil, beneficiários e interessadas no tema.

A coordenadora de apoio à gestão da Gerência Geral de Regulação Assistencial (GGRAS) ANS, Renata de Campos Lopes Silva, deu início ao encontro, agradecendo a participação de todos e explicado as regras de como se processaria a audiência pública, desejando um bom evento.

Em seguida, a gerente geral de regulação assistencial da ANS, Ana Cristina Martins, apresentou os dados das propostas de incorporação, indicações de uso e motivação da Agência para a recomendação de não incorporação para as tecnologias em pauta:

1. Implante subdérmico etonogestrel para contracepção referente a unidade técnica (UAT 24);

2. radioembulzação hepática para câncer colorretal metastático (UAT 35)

Cabe ressaltar que também está aberta, até o dia 24/07, a Consulta Pública nº 98 para o recebimento de manifestações da sociedade sobre um conjunto de seis tecnologias em saúde, incluindo essas duas.

As recomendações ainda possuem caráter preliminar. Após a etapa de participação social, composta pela Consulta Pública e pela Audiência Pública já realizada, a ANS fará a análise de

todas as contribuições e irá elaborar as recomendações finais sobre as tecnologias em questão. Participe da CP 98: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/publica-cp-no-98-tem-como-objetivo-receber-contribuicoes-para-a-revisao-da-lista-de-coberturas-dos-planos-de-saude>

A audiência Pública pode ser vista no YouTube, através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=p3qo14Fuwjw>

---

**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](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.