

ÍNDICE INTERATIVO

[Projeto que obriga planos a cobrir tratamentos fora do rol da ans será votado no dia 29, diz Pacheco](#) - Fonte: G1

[Resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Rede D'Or, Hapvida e Sulamérica disparam até de 6%; entenda](#) - Fonte: Exame

[Junho: assistência médica totaliza 49,8 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Sanção do piso da enfermagem aumentará planos de saúde em 12%, diz CNSaúde](#) - Fonte: O Tempo

[Deliberações da 17ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada de 2022](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Nota da ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Despesas com clientes consomem 89% do faturamento de operadoras de saúde, diz pesquisa](#) - Fonte: CNN Brasil

[Defensoria classifica restrição em planos de saúde como inconstitucional](#) - Fonte: Folha UOL

[Brasil vive impasse entre universalização da saúde e financiamento do SUS](#) - Fonte: Capitólio

PROJETO QUE OBRIGA PLANOS A COBRIR TRATAMENTOS FORA DO ROL DA ANS SERÁ VOTADO NO DIA 29, DIZ PACHECO

G1 – 09/08/2022

O texto, já aprovado pela Câmara, derruba restrição imposta pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). O presidente do Senado também informou que Romário (PL-RJ) será o relator da proposta.

O presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (PSD-MG), informou nesta terça-feira (9) que o projeto que obriga planos de saúde a cobrir tratamentos e procedimentos fora da lista estabelecida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) será votado em 29 de agosto.

A proposta foi aprovada pela Câmara dos Deputados no início do mês e, de acordo com o presidente da Casa Arthur Lira (PP-AL), havia um acordo com o Senado para que o texto fosse votado já nesta terça.

No entanto, em nota, Pacheco informou que será realizada uma sessão dedicada a debater o tema no dia 23 de agosto, com votação prevista para a semana seguinte. O presidente do Senado designou o senador Romário (PL-RJ) para elaborar o relatório sobre o projeto.

“A Presidência informa que será realizada sessão de debates temáticos, no dia 23 de agosto, para debater o Projeto de Lei 2033/2022, da Câmara dos Deputados, que trata sobre o rol taxativo da ANS. Após o debate, a matéria será pauta no Plenário do Senado Federal, no dia 29 de agosto, sob a relatoria do senador Romário”, diz a nota.

Em junho, Romário foi um dos senadores que assinou pedido de urgência para votação de outra proposta, apresentada no Senado, com conteúdo similar ao texto sobre o rol taxativo da ANS aprovado pela Câmara.

Na justificativa, os senadores ressaltaram o “impacto negativo sobre milhões de brasileiros” da decisão tomada em junho pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Entenda o projeto

De autoria de diversos deputados, o projeto derruba a restrição imposta por uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que entendeu como taxativa a lista de tratamentos que devem ser cobertos pelos planos de saúde.

Pela decisão do STJ, os planos ficaram desobrigados de cobrir procedimentos fora da lista – que atualmente é composta por 3.368 itens.

A proposta aprovada pela Câmara diz que as operadoras deverão autorizar os planos de saúde a cobrirem tratamento ou procedimento prescrito por médico ou dentista que não

estejam no rol da ANS, desde que haja um dos seguintes critérios:

- eficácia comprovada;
- recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS ou;
- autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou;
- recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que estes tenham aprovado o mesmo tratamento para seus cidadãos.

Entre as entidades “de renome” citadas no projeto, estão: Food and Drug Administration, União Europeia da Saúde, Scottish Medicines Consortium (SMC); National Institute for Health and Care Excellence (Nice); Canada’s Drug and Health Technology Assessment (CADTH); Pharmaceutical benefits scheme (PBS); e Medical Services Advisory Committee (MSAC).

“O marco legal dos planos de saúde trouxe segurança jurídica aos contratos de planos de saúde. Ocorre que se por um lado, passou a prever condições legais para a atividade de saúde suplementar, por outro discussões acerca da taxatividade ou exemplificação da lista permearam o judiciário”, diz a justificativa do projeto.

Decisão do STJ

O STJ alterou em junho o entendimento sobre o rol de procedimentos listados pela ANS para a cobertura dos planos de saúde.

A Corte entendeu que o rol que define o que deve ser coberto pelos planos de saúde é taxativo, ou seja, o que não está nesta lista preliminar da ANS não precisa ter cobertura das operadoras.

Antes da decisão, a lista da ANS era considerada exemplificativa pela maior parte do Judiciário. Isso significa que pacientes que tivessem negados procedimentos, exames, cirurgias e medicamentos que não constassem na lista poderiam recorrer à Justiça e conseguir essa cobertura.

Isso porque o rol era considerado o mínimo que o plano deveria oferecer. Os planos, assim, deveriam cobrir outros tratamentos que não estão na lista, mas que tenham sido prescritos pelo médico, tenham justificativa e não sejam experimentais.

RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 08/08/2022

Informações relativas ao 1º trimestre de 2022 estão disponíveis para consulta

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível para consulta o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2022. A operadora poderá acessar seus dados no documento Prontuário de Resultados - Mapeamento do Risco Assistencial, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

Importante destacar que o prontuário de resultados sofreu alterações decorrentes do início de vigência dos novos normativos que regulamentam o Monitoramento do Risco Assistencial e Mapeamento do Risco Assistencial: Resolução Normativa – RN nº 479/2022 e da Instrução Normativa DIPRO – IN nº 58/2022.

As fichas técnicas dos indicadores podem ser [acessadas aqui](#). Vale lembrar que a partir de 2022, o Mapeamento do Risco Assistencial passou a ser composto por indicadores distribuídos em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos.

Conforme previsto no art. 11 da IN DIPRO nº 58/2022, os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados impreterivelmente até o dia 23/08/2022, não havendo prorrogação. O envio deve ser feito via protocolo eletrônico de acordo com as orientações abaixo.

Como utilizar o Protocolo Eletrônico

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática. Lembrando que o representante legal é o único usuário que

possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”; e
- Seguir as orientações de preenchimento.
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

Aviso importante

Para evitar que o representante legal tenha de acessar o “ADMP Operadora” toda vez que precisar conceder o acesso a um usuário, é possível delegar essa atribuição a quem já tenha acesso ao sistema “ADMP Operadora”.

REDE D'OR, HAPVIDA E SULAMÉRICA DISPARAM ATÉ DE 6%; ENTENDA

Exame – 08/08/2022

Dados de beneficiários de junho apresentados pela ANS aumentam expectativas com resultados das empresas

Ações de empresas de saúde dispararam mais de 6% nesta segunda-feira, 8, liderando os ganhos do pregão.

Os papéis reagem aos dados de beneficiários de junho apresentados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), mostrando que os planos de saúde adicionaram 248 mil membros no último mês.

A divulgação aumentou a expectativa dos investidores pelos balanços das empresas do setor. Rede D'Or (RDOR3),

Hapvida (HAPV3) e SulaAmérica (SULA11) apresentam seu resultado após o fechamento do pregão na quinta-feira, 11.

- Rede D'Or (RDOR3): + 6,61%
- SulAmérica (SULA11): + 6,47%
- Hapvida (HAPV3): + 5,89%

Dados da Hapvida estão entre os destaques divulgados pela ANS. No trimestre, a empresa adicionou 164 mil novos clientes em assistência médica, alta de 1,8%, e 269 mil em assistência odontológica, alta de 4,3%.

Analistas do BTG Pactual, no entanto, que o segundo e terceiro trimestres são os trimestres mais fortes do ano em termos de vendas para o setor. “Sinalizamos que os dados da ANS podem ser enganosos (como vimos nos casos de Odontoprev e Bradesco Saúde neste trimestre)”, afirmam em relatório.

O banco mantém preferência setorial para os papéis de Rede D’Or, SulAmérica, Hapvida, Viveo e Mater Dei, “pois parecem bem posicionados para jogar a tendência de crescimento e consolidação do mercado no setor de saúde”.

JUNHO: ASSISTÊNCIA MÉDICA TOTALIZA 49,8 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 05/08/2022

Os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a junho de 2022 estão disponíveis na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No período, o setor totalizou 49.789.947 usuários em planos de assistência médica e 29.894.874 em planos exclusivamente odontológicos.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.650.293 beneficiários – o equivalente 3,43% de aumento em relação a junho de 2021. No comparativo de junho de 2022 com maio de 2022, o crescimento foi de 248.639 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.414.293 beneficiários em um ano – o que representa 8,79% de crescimento no período – e 248.639 na comparação de junho de 2022 com maio de 2022.

Nos estados, no comparativo com junho de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
jun/22	34.443.513	6.288.234	386	9.008.982	48.832	49.789.947
mai/22	34.234.425	6.275.703	386	8.981.830	48.964	49.541.308
abr/22	34.052.982	6.277.272	386	8.933.729	49.126	49.313.495
mar/22	33.880.232	6.269.483	382	8.909.826	49.452	49.109.375
fev/22	33.814.006	6.270.503	386	8.900.937	49.756	49.035.588
jan/22	33.733.175	6.265.046	386	8.903.900	51.840	48.954.347

dez/21	33.677.834	6.291.585	388	8.903.534	52.221	48.925.562
nov/21	33.430.838	6.291.728	389	8.890.022	53.475	48.666.452
out/21	33.338.455	6.277.963	389	8.901.642	54.336	48.572.785
set/21	33.299.562	6.273.523	392	8.899.946	53.243	48.526.666
ago/21	33.133.896	6.261.837	392	8.908.644	53.541	48.358.310
jul/21	33.003.949	6.269.537	392	8.933.076	53.849	48.260.803
jun/21	32.859.617	6.271.019	392	8.954.432	54.194	48.139.654

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
jun/22	21.772.247	2.873.872	1.629	5.242.806	4.320	29.894.874
mai/22	21.498.564	2.852.940	1.631	5.210.241	4.346	29.567.722
abr/22	21.331.597	2.829.005	1.632	5.160.170	4.374	29.326.778
mar/22	21.177.688	2.797.274	1.637	5.110.802	4.409	29.091.810
fev/22	21.056.408	2.776.525	1.640	5.073.232	5.153	28.912.958
jan/22	21.031.046	2.779.603	1.646	5.066.345	5.188	28.883.828

dez/21	21018.766	2.795.216	1648	5.065.131	5.204	28.885.965
nov/21	20.792.487	2.784.844	1653	5.038.261	5.212	28.622.457
out/21	20.667.282	2.782.218	1653	5.025.991	5.230	28.482.374
set/21	20.596.014	2.768.761	1679	4.993.240	6.631	28.366.325
ago/21	20.300.103	2.754.813	1690	4.956.160	6.648	28.019.414
jul/21	20.066.135	2.751.732	1695	4.877.840	6.777	27.704.179
jun/21	19.947.962	2.761.750	1700	4.762.364	6.805	27.480.581

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jun/21	jun/22	jun/21	jun/22
Acre	43.176	43.132	16.345	17.986
Alagoas	372.367	381.516	283.075	297.461
Amapá	59.014	61.947	50.706	50.184
Amazonas	551.760	580.780	469.148	511.895
Bahia	1.593.299	1.630.601	1.510.167	1.621.217
Ceará	1.266.184	1.325.727	1.016.803	1.091.690
Distrito Federal	923.950	934.719	622.049	633.098
Espírito Santo	1.166.936	1.234.805	594.233	656.635
Goiás	1.269.835	1.309.408	737.359	788.837

Maranhão	463.382	488.546	233.471	266.203
Mato Grosso	601.504	644.693	227.953	254.222
Mato Grosso do Sul	608.793	634.623	159.148	175.252
Minas Gerais	5.296.512	5.503.793	2.348.590	2.680.862
Pará	835.039	839.031	485.575	530.170
Paraíba	427.536	446.247	406.409	447.658
Paraná	2.910.364	3.003.053	1.420.631	1.572.876
Pernambuco	1.361.333	1.382.259	1.076.672	1.185.913
Piauí	356.310	376.443	114.449	140.810
Rio de Janeiro	5.333.472	5.433.995	3.328.183	3.535.756
Rio Grande do Norte	547.400	586.332	393.829	473.002
Rio Grande do Sul	2.547.361	2.627.041	815.828	851.476
Rondônia	152.910	156.500	108.524	115.675
Roraima	30.341	31.256	11.673	12.243
Santa Catarina	1.510.510	1.608.077	659.693	789.504
São Paulo	17.441.262	18.035.339	10.039.486	10.834.895
Sergipe	314.461	330.164	208.268	217.520
Tocantins	112.619	117.164	129.067	129.953

SANÇÃO DO PISO DA ENFERMAGEM AUMENTARÁ PLANOS DE SAÚDE EM 12%, DIZ CNSAÚDE

O Tempo – 05/08/2022

Após aprovação da lei que estabelece o piso salarial para a categoria, entidades do setor começam a avaliar os possíveis impactos para consumidores e toda a rede

Entidades da área da saúde começam a avaliar os possíveis impactos provocados pela aprovação da lei que estabelece um piso salarial para a enfermagem. Nessa quinta-feira (4), o presidente Jair Bolsonaro (PL) sancionou o projeto que fixa em R\$ 4.750 a remuneração mínima para os enfermeiros, R\$ 3.325 para técnicos de enfermagem e em R\$ 2.375 para auxiliares de enfermagem e parteiras.

O ministro da Saúde Marcelo Queiroga, porém, afirmou que o chefe do Executivo vetou o trecho que previa o reajuste anual pela inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), do valor mínimo a ser pago a essas categorias.

A aprovação começa a preocupar entidades públicas e privadas do setor da saúde em razão da possibilidade de grande impacto financeiro, que pode, dentre muitas outras coisas, implicar na diminuição da capacidade de atendimento aos pacientes.

A Confederação Nacional Saúde (CNSaúde) afirmou que a sanção aumentará os custos para famílias que precisam de assistência domiciliar, podendo até inviabilizar esses serviços. Também destacou que a medida ampliará as dificuldades de hospitais filantrópicos manterem as portas abertas e causará um aumento de 12% no preço dos planos de saúde.

De acordo com Breno Monteiro, presidente da CNSaúde, em vez de valorizar os profissionais de enfermagem, o projeto será “devastador” para os serviços de saúde, principalmente para as 292 mil famílias que dependem de enfermeiros para acompanhar parentes doentes em casa. “A conta vai chegar ao cidadão porque a criação do piso pode, em muitos casos, inviabilizar esses serviços dentro do orçamento familiar,” afirmou.

O presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), chegou a adiar a votação do projeto por meses para tentar calcular o real impacto da proposta para hospitais privados e públicos. Após o levantamento, a Casa afirmou que seria uma despesa extra de R\$ 16 bilhões.

Monteiro ressaltou que a proposta do piso é inviável. “Esse projeto não tem viabilidade de execução. Muito se falou de encontrar fontes para fazer frente aos impactos e surgiram algumas ideias, mas até agora nada concreto”, destacou.

Efeitos cascata

Segundo a confederação, os impactos atingirão os consumidores e produzirão reflexos de forma gradual, atingindo toda a cadeia. “Poderá ocorrer o fechamento de uma centena de estabelecimentos em locais onde não há como repassar os custos. Além disso, pode aumentar ainda mais a dificuldade para os 1,8 mil hospitais filantrópicos que já sofrem hoje com altas dívidas e uma tabela defasada de repasse pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”, evidenciou Breno.

Monteiro também chamou a atenção para a possibilidade de que outras categorias comecem a pressionar por aumentos. “Em alguns locais, o cargo de técnico (em enfermagem) será melhor remunerado do que um cargo de nível superior, como nutricionista, psicólogo, por exemplo”, afirmou.

Pressão de municípios e governos

Desde o momento que Bolsonaro vinha indicando que iria sancionar o projeto, prefeitos e governadores iniciaram uma onda contrária à medida. A razão principal é porque, a maioria dos profissionais da área são vinculados a estados e municípios, logo o impacto financeiro recairá diretamente sobre eles.

O presidente da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), Paulo Zukowski, chegou a ter uma reunião com o chefe do Executivo em julho para pedir apoio a uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que vetaria o governo federal de criar novas despesas aos outros entes da federação. Zukowski, diz que Bolsonaro até comprometeu em apoiar a proposta no parlamento, porém, o piso da enfermagem não foi abrangido porque já estava aprovado na época.

Cofen comemora

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) celebrou a sanção da [lei 14.434/22](#). “Essa conquista vai ficar registrada na história como o resultado de uma mobilização sem precedentes. O movimento da Enfermagem brasileira por direitos é um exemplo para os trabalhadores da saúde em todo o mundo. A partir de agora, temos um dispositivo constitucional que nos permitirá lutar para erradicar os salários miseráveis e, assim, estabelecer condição digna de vida e de trabalho para profissionais que fazem o sistema de saúde funcionar”, declarou a presidente do Cofen, Betânia Santos.

O conselho ainda ressaltou que manterá a mobilização para derrubar o veto ao reajuste anual pela inflação.

A Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética (Anadem) também apoia a nova lei. “Até então, não haviam

salários base para esses profissionais. É um avanço necessário, dada a desigualdade salarial que hoje enfrentam e a incompatibilidade com a sua luta diária, especialmente neste período em que atuaram na linha de frente desta guerra

travada contra o coronavírus, expostos à depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Conceder essa reparação é uma questão de justiça”, afirma o presidente da Anadem, Raul Canal..

DELIBERAÇÕES DA 17ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA DIRETORIA COLEGIADA DE 2022

GOV (ANS) – 04/08/2022

Diretores aprovam abertura de Consulta Pública para debater mais uma atualização do Rol

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, nessa segunda-feira (01/08), a 17ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL). O encontro contou com a presença de Paulo Rebello (presidente e diretor de Gestão e de Normas e Habilitação das Operadoras), Alexandre Fioranelli (diretor de Normas e Habilitação dos Produtos), Eliane Medeiros (diretora de Fiscalização), Jorge Aquino (diretor de Normas e Habilitação das Operadoras), Maurício Nunes (diretor de Desenvolvimento Setorial) e do procurador-geral federal junto à ANS, Daniel Tostes.

O evento virtual foi transmitido ao vivo pela página da reguladora no YouTube, onde a gravação pode ser conferida na íntegra. [Clique aqui](#) para assisti-la

ITEM DIDES:

O diretor Maurício Nunes pautou a aprovação da proposta de consolidação de atos normativos de competência da Diretoria de Desenvolvimento Setorial no projeto de revisão do estoque regulatório da Agência, que vem sendo feito ao longo dos últimos meses por todas as diretorias. Nesse caso específico da DIDES, as reformulações se referem aos regimentos que tratam do protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS. Os diretores aprovaram a revisão nos termos propostos.

ITEM DIPRO:

O diretor Alexandre Fioranelli propôs aos seus pares a aprovação da proposta de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde após as conclusões da Consulta Pública 98 e do Relatório Final da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (COSAÚDE). Ele convidou a gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS, Ana Cristina Martins, para abordar o tema. Foram avaliadas três tecnologias em julho, sendo elas:

- Medicamento ofatumumabe, para o tratamento, em primeira linha, de esclerose múltipla recorrente, em adultos;

- Medicamento lorlatinibe, para o tratamento de câncer de pulmão não pequenas células ALK positivo, em segunda linha e linhas posteriores; e

- Medicamento abemaciclibe, usado em combinação com terapia endócrina, como tratamento adjuvante de pacientes adultos com câncer de mama precoce.

Ana Cristina explicou que as propostas foram apresentadas na 5ª reunião técnica da COSAÚDE, realizada em maio, passaram por Consulta Pública de 1 a 20 de junho e, por terem recomendação preliminar desfavorável, foram debatidas em Audiência Pública, ocorrida em 10 de junho. Dessa forma, foram reapresentadas na 7ª reunião técnica da COSAÚDE, realizada em 7 de julho. Após as reavaliações, a DIPRO manteve a recomendação de não incorporação das três tecnologias para inclusão ao rol. Os diretores aprovaram a proposta na forma apresentada.

ITEM DIPRO – O diretor Fioranelli conduziu, ainda, a aprovação da abertura de Consulta Pública, no período de 03 a 22 de agosto, para que haja ampla participação social quanto à proposta de atualização do Rol para inclusão ao Rol das seguintes tecnologias:

- Transplante de fígado para tratamento de pacientes com doença hepática; e

- Medicamento regorafenibe, para tratamento de pacientes com câncer colorretal avançado ou metastático que tenham sido previamente tratados com as terapias disponíveis ou aqueles que não sejam considerados candidatos para elas, incluindo quimioterapia à base de fluoropirimidinas, terapia anti-VEGF e terapia anti-EGFR.

Ele convidou a gerente de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologia em Saúde da ANS, Marly Peixoto, para apresentar as recomendações, que ocorreram na condução da 7ª Reunião da Cosaúde, resultando, ambas, em parecer favorável para inclusão ao Rol. As duas recomendações tratam de proposta de atualização do rol recebidas pela Agência por meio do formulário eletrônico FormRol, de acordo com o processo contínuo de envio de propostas. Os diretores aprovaram a abertura da consulta pública..

NOTA DA ANS

GOV (ANS) – 04/08/2022

Sobre aprovação de Projeto de Lei nº 2033/22 pela Câmara dos Deputados

A respeito da aprovação do Projeto de Lei 2033/22 pela Câmara dos Deputados, em 3/08/2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reafirma sua preocupação em relação à definição das coberturas obrigatórias para os planos de saúde.

A Lei 9.961/2000 atribuiu à ANS a competência de elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e a Agência reitera que, no processo de inclusão de um procedimento no rol, o exame técnico da reguladora é condição indispensável para ampliar ou restringir o uso de uma determinada tecnologia no setor de saúde suplementar.

A ANS utiliza a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), metodologia que analisa todas as informações sobre evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia, avaliação econômica e de impacto orçamentário, disponibilidade de rede prestadora, além da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao uso da tecnologia, dentre outros. As novas tecnologias a serem incorporadas ao rol passam ainda por amplo debate com a sociedade, por meio da participação social dirigida e ampliada, por meio de reuniões técnicas, consultas públicas e audiências públicas, de forma a permitir que a tomada de decisão para incorporação ou não da tecnologia ao Rol se dê de maneira robusta, imparcial, transparente e sistemática.

A ANS entende, portanto, que sem a validação de estudos de ATS com evidência científica sólida haverá sério comprometimento dos parâmetros clínicos de efetividade e segurança de uso dos procedimentos incluídos no Rol, pois não haverá certeza dos benefícios clínicos e nem dos potenciais efeitos colaterais associados às tecnologias. Seria importante, ao menos, que o PL considerasse não apenas o

critério de existência de comprovação da eficácia baseada em evidências científicas ou de aprovação por um órgão de avaliação de tecnologia, mas os dois critérios associados.

Também é preciso destacar que num sistema mutualista como é o setor de planos de saúde, todos os custos de consultas, cirurgias, internações e demais atendimentos são repartidos entre os beneficiários e, dessa forma, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Assim, o grau de incerteza relacionado aos impactos econômicos da realização de procedimentos não previstos no rol atual trará como risco uma elevação dos reajustes a patamares superiores à capacidade de pagamento de beneficiários, mesmo em reajustes controlados pela ANS, como no caso dos planos individuais, podendo gerar a exclusão de um grupo de beneficiários do sistema de saúde suplementar.

Por fim, a ANS ressalta que o processo de revisão do Rol tem sido aprimorado sistematicamente, tornando-se mais ágil, participativo e transparente. Até 2021, a atualização era feita a cada dois anos. A publicação da Resolução Normativa nº 470, nesse mesmo ano, a recepção e a análise das propostas passaram a ser feitas de forma contínua, dando dinamismo à revisão das coberturas obrigatórias. Ainda em 2021, o Congresso Nacional votou a Medida Provisória que em março de 2022 seria convertida na Lei 14.307, que trouxe prazos ainda mais enxutos para atualização do Rol. Dessa forma, só em 2022, já foram incluídas 24 coberturas, sendo 7 procedimentos e 17 medicamentos, além das ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como a cobertura para quaisquer métodos e técnicas indicados pelo médico assistente para tratamento de condições como o Transtorno do Espectro Autista; e o fim dos limites para consultas e sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta

DESPESAS COM CLIENTES CONSOMEM 89% DO FATURAMENTO DE OPERADORAS DE SAÚDE, DIZ PESQUISA

CNN Brasil – 04/08/2022

Com essas despesas consumindo uma fatia larga da receita, muitas companhias estão adotando um modelo de negócios conhecido como verticalização

Despesas com clientes representaram 86% dos R\$ 286 bilhões de faturamento das operadoras de saúde brasileiras em 2021, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para a Hapvida, o maior plano de saúde do país em número de usuários pagantes, sobrou R\$ 500 milhões — ou cerca de 5% — dos R\$ 9,8 bilhões de faturamento registrados em 2021. No caso da NotreDame Intermédica, o plano de saúde registrou prejuízo de R\$ 171 milhões no ano passado.

Com as despesas consumindo uma fatia larga da receita, muitas dessas companhias estão adotando um modelo de negócios conhecido como verticalização.

Sustentabilidade financeira

A verticalização é o processo dessas operadoras de saúde de adquirir seus próprios hospitais, laboratórios e outras instituições de saúde. Ou seja: em vez de apenas pagar os boletos que recebe dos clientes via convênio médico, agora as empresas estão buscando também ser donas desses negócios.

Assim, o plano de saúde passa a ter controle sobre os próprios gastos — antes terceirizados — e, teoricamente, pode enxugá-los para manter a sustentabilidade financeira.

“A verticalização vem ao encontro de um mercado sustentável porque é possível equilibrar melhor as contas. Você consegue negociar com os players. Se eu sou operadora e tenho meu hospital e meu laboratório, eu tenho um poder de negociação muito maior com essa rede, que é credenciada e é minha”,

afirma Sandra Franco, advogada e consultora jurídica especializada em saúde.

Segundo a especialista, a tendência é que as margens de lucro melhorem, à medida que os planos de saúde se tornem donos dos hospitais e outras instituições de saúde que geram os altos custos.

Ela ainda acredita que surgirão novas receitas em negócios da saúde verticalizados. "Essa também é uma estratégia para que as operadoras possam ter investimentos internacionais. Um hospital, por lei, não pode receber investimento estrangeiro, mas uma operadora pode", afirma.

Ainda que o Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) seja crítico à verticalização, e tenha afirmado, em nota, que a qualidade dos planos privados para os consumidores fica em xeque com essa tendência nos negócios, o analista do setor de saúde do Itaú BBA, Vinícius Figueiredo, enxerga que o movimento deve aumentar o número de usuários dos planos de saúde.

"Ganhando eficiência nos custos, os planos de saúde também terão um preço menor. Foi a verticalização que permitiu que as operadoras Hapvida e NotreDame Intermédica ganhassem bastante mercado em cima dos concorrentes", explica.

Segundo o analista, as empresas Hapvida e NotreDame Intermédica — que estão em processo de fusão e, a partir disso, se tornarão o maior grupo de saúde privada do país — são mais rentáveis do que as operadoras Bradesco Saúde, Amil e SulAmérica, justamente porque apostaram na verticalização de seus negócios.

Além de discutir a verticalização nos planos de saúde brasileiros, o CNN Soft Business deste domingo (7) também traz uma reportagem sobre o último almoço beneficente a ser realizado por Warren Buffett, considerado o maior investidor de todos os tempos. Veja a íntegra do programa no vídeo.

O programa vai ao ar todos os domingos, às 23h15. Você pode conferir pela TV e também pelo YouTube.

DEFENSORIA CLASSIFICA RESTRIÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COMO INCONSTITUCIONAL

Folha UOL – 03/08/2022

Entidade quer participar de audiência pública no STF para debater amplitude das coberturas.

Para a DPU (Defensoria Pública da União), a resolução da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) que estipulou o rol taxativo da cobertura dos planos de saúde viola preceitos fundamentais da Constituição e ameaça a vida de milhões de pessoas.

A análise consta em uma nota técnica enviada ao STF (Supremo Tribunal Federal) e assinada pelo secretário-geral de Articulação Institucional e defensor público federal Gabriel Travassos, do defensor nacional de Direitos Humanos André Porciúncula e do membro do Grupo de Trabalho Saúde da DPU Sérgio Armanelli.

A nota declara que o papel da ANS é defender o interesse do público na assistência suplementar à saúde e, ao limitar os procedimentos autorizados àqueles expressamente listados, estaria extrapolando os limites de seu poder regulador.

Segundo registram os defensores, a limitação caracteriza "vulneração do direito à vida, do direito à saúde e da dignidade da pessoa humana. Desequilibra, ainda, a relação consumerista estabelecida entre a parte hipossuficiente, os consumidores, e os planos de saúde".

"Logo, sob pena de desviar-se dos seus pressupostos de constituição, não pode a ANS editar regulamentação que atente contra o interesse público, sendo este representado na proteção dos consumidores, os quais correspondem à parte

vulnerável nas relações de consumo com as operadoras de planos de saúde", diz a nota.

Os defensores argumentam que a resolução poderia interromper o tratamento de milhões de pessoas e, em casos graves, resultar na morte dos pacientes. Citam ainda casos de pessoas autistas ou de mulheres que precisam fazer mamoplastia como exemplos de quem pode ficar sem assistência.

"Tal circunstância acarreta risco imediato e grave à vida e, por via oblíqua, irá sobrecarregar o Sistema Único de Saúde, provocando um teratológico quadro no qual o sistema público suportará o ônus financeiro da chancela do comportamento abusivo de operadoras da saúde complementar."

O documento foi protocolado no STF junto com uma solicitação para a DPU participar da audiência pública que será realizada nos dias 26 e 27 de setembro para tratar da amplitude das coberturas dos planos de saúde. Ela foi convocada pelo ministro Luís Roberto Barroso, relator de ações sobre o assunto.

Por 6 votos a 3, o STJ decidiu em 8 de junho que o rol de procedimentos listados pela ANS deve ser taxativo, restringindo sua margem interpretativa. Anteriormente, o documento era visto como exemplificativo, aceitando o acréscimo de tratamentos para atender às necessidades dos pacientes.

BRASIL VIVE IMPASSE ENTRE UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE E FINANCIAMENTO DO SUS

Capitólio – 03/08/2022

Especialistas veem espaços para melhorar alocação de recursos e colaboração entre os sistemas público e privado

O dilema sobre como assegurar amplo acesso aos serviços de saúde à população e, ao mesmo tempo, garantir o financiamento sustentável do sistema perpassa o debate sobre como equilibrar as relações na rede brasileira de saúde, que inclui o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar.

“No Brasil, temos a universalização para alguns serviços, como vacinação e transplante de órgãos, concentrados no setor público. Mas nosso sistema é muito segmentado, e há uma tendência em se considerar que os sistemas universalizados têm mais sucesso globalmente”, explicou Eugênio Vilaça, consultor do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em evento da Casa JOTA em parceria com a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), nesta terça-feira (2/8).

O painel foi o primeiro de uma série de debates sobre o futuro da saúde no Brasil que serão realizadas durante o mês de agosto na Casa JOTA. O próximo evento está marcado para terça-feira (9/8) e discutirá como melhorar os indicadores e promover a inovação em saúde no Brasil.

Apesar dessa percepção, uma transição para esse tipo de sistema, encontrado no Reino Unido, por exemplo, não poderia ser factível para a atual realidade brasileira. “Nesse modelo, haveria universalização da atenção em saúde pelos serviços públicos, enquanto a rede privada seria de fato suplementar. Porém, isso exigiria dobrar o aporte de recursos para o SUS”, apontou Vilaça.

Outro cenário seria o caracterizado por uma espécie de competição gerenciada, que já teve experiências na Holanda e na Colômbia. “Nesse caso, o sistema público presta serviços, que disputam com os privados. A experiência colombiana é muito polêmica, porque a cobertura aumentou, mas com piora na saúde pública”, disse.

Também essa hipótese não atenderia ao Brasil, na visão dele. “Ambos os modelos demandariam reformas radicais e que só ocorrem em janelas históricas, como foi com o SUS na

redemocratização”, disse. Vilaça sugere, então, um terceiro caminho, pautado por reformas nas relações entre os sistemas público e privado.

Um exemplo seria o fortalecimento da capacidade regulatória do Estado na delegação do fornecimento de serviços – como na administração de hospitais por organizações filantrópicas, que acontecem hoje –, melhorando contratos, bem como monitorando o cumprimento deles.

“Devemos pensar nas saúdes suplementar e a pública como vasos comunicantes. Elas, muitas vezes, estão competindo pelos mesmos recursos, como investimentos e também recursos humanos”, disse Arthur Aguillar, diretor de políticas públicas do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS).

Na perspectiva dele, é preciso pensar em mecanismos de financiamento que permitam que recursos sejam transferidos para serviços do SUS capazes de resolver problemas a partir de sua raiz – como mudanças em renúncias fiscais no uso da saúde suplementar por pessoas de alta renda ou alterações no repasse de arrecadação estadual para os municípios.

“Mas a nossa principal saída é olhar mais para problemas tratáveis. É sintomático que quase a totalidade dos municípios não batam as metas de medição arterial, que podem prevenir doenças cardiovasculares”, exemplificou Aguillar. “O básico não é cumprido, e ele tem um retorno sanitário é muito grande, como o que observamos com a imunização e a ampliação do pré-natal para uma série de indicadores”, completou.

O foco na atenção primária poderia, inclusive, ser capaz de reduzir custos e garantir a sobrevida financeira para o sistema de saúde. “O que mais importa é o atendimento preventivo, com vacinação e combate às doenças infectocontagiosas para começar”, disse Claudio Lottenberg, presidente do conselho do Hospital Albert Einstein do Instituto Coalizão Saúde. “Para ter um financiamento adequado, é impossível não olhar para o sistema suplementar, pois com o crescimento dele, sobram mais recursos para o SUS investir”, adicionou.

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.