

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde: governo sanciona lei que obriga operadoras a cobrirem tratamentos fora do rol da ANS](#) -
Fonte: G1

[ANS propõe medida que flexibiliza e simplifica normas financeiras e antecipa efeitos de regras prudenciais](#)
- Fonte: GOV (ANS)

[Monkeypox: teste para a doença é incorporado ao rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Consultas ambulatoriais e em prontos-socorros caem 14% entre 2016 e 2021](#) - Fonte: IESS

[Saúde suplementar: redução dos custos assistenciais ao cliente e governança](#) - Fonte: Revista Apólice

[STF decide suspender piso da enfermagem com placar de 7 a 4](#) - Fonte: Folha de S.Paulo

[Barroso adia audiências públicas sobre rol taxativo da ANS](#) - Fonte: CNN

[ANS estuda regulação para cobertura de plano de saúde](#) - Fonte: Valor Econômico

[Procedimentos de assistência médico-hospitalar crescem 14,8% no país entre 2016 e 2021](#) - Fonte: IESS

PLANOS DE SAÚDE: GOVERNO SANCIONA LEI QUE OBRIGA OPERADORAS A COBRIREM TRATAMENTOS FORA DO ROL DA ANS

G1 – 21/09/2022

Texto determina que planos terão de pagar por procedimentos desde que tenham eficácia comprovada ou recomendação de algum órgão de avaliação em saúde. 'Maior segurança ao usuário', justificou Planalto

O governo federal sancionou nesta quarta-feira (21) a lei que obriga os planos de saúde a cobrir tratamentos e exames não previstos na lista Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A sanção da lei aconteceu em uma cerimônia no Palácio do Planalto, na qual estavam o presidente Jair Bolsonaro (PL), candidato à reeleição, ministros e outras autoridades.

A lei sancionada nesta quarta-feira tem origem em um projeto aprovado pelo Congresso Nacional em agosto deste ano. Na prática, a lei põe fim ao chamado "rol taxativo" da agência.

A Presidência da República informou que a matéria foi sancionada de forma integral. Ou seja, o governo não vetou trechos da proposta.

Assim, o texto determina que os planos terão de pagar por tratamentos, mesmo que fora do rol, desde que sigam um dos seguintes critérios:

- eficácia comprovada com base em evidências científicas e plano terapêutico;

- recomendação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS ou recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional (neste caso, o tratamento precisa ainda ter sido autorizado para os cidadãos do país que sediar esse órgão de renome internacional, quando for o caso).

Em material divulgado para a imprensa, o governo justificou a sanção com base no argumento de que a iniciativa é "relevante para a população, uma vez que confere maior segurança ao usuário nos contratos de plano de saúde".

Decisão do STJ

O texto aprovado pelos parlamentares e, agora, sancionado pelo governo ocorreu em resposta a uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que, em junho, havia decidido que os planos de saúde não precisariam cobrir procedimentos fora da lista da ANS.

A decisão do tribunal abarcava, por exemplo, cobertura de exames, terapias, cirurgias e fornecimento de medicamentos.

ANS PROPÕE MEDIDA QUE FLEXIBILIZA E SIMPLIFICA NORMAS FINANCEIRAS E ANTECIPA EFEITOS DE REGRAS PRUDENCIAIS

GOV (ANS) – 20/09/2022

Proposta tem o objetivo de reduzir burocracia e facilitar o planejamento financeiro das operadoras

A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, nesta segunda-feira, 19/09, a realização de audiência pública sobre a proposta de simplificação de obrigações de regulação prudencial das operadoras de planos de saúde. O objetivo é reduzir burocracia e facilitar o planejamento financeiro das operadoras com medidas que flexibilizam prazos e eliminam exigências de forma segura, sem riscos para a prestação de assistência aos usuários de planos de saúde.

O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Jorge Aquino, apresentou o tema durante a 578ª reunião da diretoria colegiada e destacou a primeira medida da proposta, que prevê a antecipação dos efeitos da adoção do Capital Baseado em Riscos (CBR) sobre a forma de a ANS realizar o acompanhamento econômico-financeiro do mercado. A medida aprovada (a única que independente de audiência pública) suspende a tomada de ações de regulação econômico-financeiras em decorrência de acompanhamento, procedimentos de adequação econômico-financeira e

regimes especiais de direção fiscal, nos casos em que a insuficiência de margem de solvência seja o único motivador e atinja operadora que se detecte, em análise prospectiva, suficientes quanto ao CBR conforme os parâmetros do futuro regime mandatário a partir de 2023.

Com a extinção da margem de solvência e adoção do CBR, o que elimina eventuais desproporcionalidades nas garantias financeiras, a previsão é que a redução de exigências tenha impacto de R\$ 11,8 bilhões para as operadoras.

Esta é a primeira de uma série de quatro medidas que compõem a proposta apresentada pela DIOPE e a única que independe de realização de audiência pública, já que não demanda alteração normativa. Já as medidas 2, 3 e 4 serão avaliadas em audiência. Confira a lista completa.

1- Antecipação dos efeitos da adoção do capital baseado em risco (CBR): a medida prevê a suspensão de medidas de regulação econômico-financeiras em decorrência de acompanhamento, procedimentos de adequação econômico-financeira e regimes especiais de direção fiscal, nos casos em que a insuficiência de margem de solvência seja o único

motivador da tomada de medida e atinja operadora que se detecte, em análise prospectiva, suficientes quanto ao CBR conforme os parâmetros do futuro regime mandatário a partir de 2023.

É razoável que a ANS se abstenha de tomar medidas corretivas para uma operadora que, hoje, esteja irregular na regra de capital atual, já que, com a nova regra, atualizada e menos onerosa, a operadora estará regular no final do ano. A análise da operadora é feita, desta forma, com base em uma estimativa prospectiva.

2- Concessão automática de autorização prévia anual (APA) para a livre movimentação de ativos garantidores, para todas as operadoras com regularidade econômico-financeira, e menor prazo para a retomada da APA, caso esteja cancelada.

3- Extensão de prazos de procedimentos de adequação econômico-financeiros (PAEF), aplicáveis às operadoras com irregularidade econômico-financeira, para até 60 meses (o prazo atual é de 36 meses).

4- Demais medidas de simplificação de ativos garantidores, tais como: liberação de exigência de ativos garantidores para todas as administradoras de benefícios e as operadoras exclusivamente odontológicas (as que atendem aos critérios de receita previstos na RN 475), além de possibilidade de redução de exigências de ativos garantidores para planos de

saúde com preços pós-estabelecidos e com provisões de ressarcimento ao SUS.

Esta é uma ação proativa da ANS. A proposta faz parte do pacote de medidas de simplificação regulatória da Agência, projeto já em andamento desde 2021, com a edição da RN 475/21 (aplicação proporcional da regulação prudencial). Segundo o diretor-presidente da Agência, Paulo Rebello, a proposta apresentada pela DIOPE resulta de estudos que já vinham sendo feitos pela reguladora e está alinhada a outras ações, como o aprimoramento de regras de governança e de Autorização Prévia Anual para movimentação de ativos garantidores. “A ANS olha o mercado de saúde suplementar como um todo, sem deixar de considerar a heterogeneidade das empresas que compõem o setor. Estamos atentos a todos os nichos do mercado, buscando a redução da carga administrativa e da burocracia como forma de manter o mercado sustentável economicamente e seguro para os beneficiários. O monitoramento permanente feito pela Agência vai continuar sendo feito”, esclarece Rebello.

De acordo com a nota técnica, a nova RN dispensa Análise de Impacto Regulatório (AIR), por não possuir impacto oneroso significativo para os agentes do setor, prestadores e beneficiários e reduzir obrigações e custos regulatórios. Durante a reunião, também foi aprovada a realização de audiência pública para possibilitar ampla participação social no processo de revisão regulatória

MONKEYPOX: TESTE PARA A DOENÇA É INCORPORADO AO ROL

GOV(ANS) – 20/09/2022

Diretoria da ANS aprova inclusão de tecnologia diagnóstica para cobertura obrigatória pelos planos de saúde

O teste diagnóstico para monkeypox (doença nomeada anteriormente como varíola dos macacos) foi aprovado para inclusão ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na tarde dessa segunda-feira, 19/09, durante reunião da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A partir da publicação da Resolução Normativa que atualiza o rol, os beneficiários de planos de saúde que apresentarem indicação médica, conforme definição do Ministério da Saúde, poderão realizar o teste para a detecção do vírus monkeypox (MPXV) por biologia molecular.

A inclusão do exame complementar na lista de coberturas obrigatórias foi feita de forma extraordinária, diante do cenário da doença que, atualmente, põe o Brasil entre os seis países com o maior número de casos confirmados em todo o mundo.

De acordo com as informações divulgadas, no dia 13/09, pelo Boletim Epidemiológico de Monkeypox número 11 do Centro de Operação de Emergência (COE), do Ministério da Saúde, desde 23/05 deste ano - quando o COE iniciou o monitoramento e a análise de dados sobre a doença no Brasil - foram confirmados 5.443 casos, com 2 óbitos.

A monkeypox é uma zoonose viral, cuja transmissão pode ocorrer por meio do contato com animais, seres humanos infectados e até mesmo do contato com secreções contendo o vírus. Guardando algumas semelhanças com a varíola comum, os sintomas, contudo, tendem a ser mais leves e a letalidade, consideravelmente mais baixa.

Apesar do nome, é importante salientar que o macaco (monkey, em inglês) não é reservatório do vírus da varíola – ainda não se sabe com certeza quais são as fontes, mas acredita-se que sejam pequenos roedores das florestas tropicais da África, já que o monkeypox é encontrado com frequência nessas regiões, sendo a doença considerada endêmica em diversos lugares na região.

Rol

A incorporação do teste para monkeypox faz parte do processo dinâmico de revisão do Rol, que tem sido aprimorado sistematicamente. Esta é a 12ª atualização da lista de coberturas obrigatórias em 2022, que incluíram 11 procedimentos e 20 medicamentos somente neste ano, bem como ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como o Transtorno do Espectro Autista, além do fim dos limites para consultas e sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, desde que sob indicação médica

CONSULTAS AMBULATORIAIS E EM PRONTOS-SOCORROS CAEM 14% ENTRE 2016 E 2021

IESS – 20/09/2022

Em 2021, comparativamente a 2016, foi registrada uma queda de 14% no volume de consultas médicas ambulatoriais e em prontos-socorros no sistema de saúde suplementar do País. O dado extraído da Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil, que acabamos de produzir, indica uma queda de 272,9 milhões de consultas, em 2016, para 234,6 milhões, em 2021. O resultado está diretamente ligado aos efeitos da pandemia mundial de Covid-19 e representou uma espécie de “represamento” de consultas no período pandêmico. Agora – ainda que a pandemia do Coronavírus não tenha sido definitivamente debelada –, os sinais são de que todo esse represamento passado repercute no aumento de demanda, especialmente por conta do elevado índice de vacinação da população brasileira.

O levantamento aponta que as consultas ambulatoriais estão divididas em 25 especialidades. Dessas, a maior parte (17), entre elas pediatria, dermatologia, neurologia e nefrologia, apresentaram variações negativas no período de cinco anos analisados. Apenas oito especialidades tiveram registros positivos, como por exemplo, geriatria (32,9%), hematologia

(31,5%) psiquiatria (29,6%), oncologia (13,5%) e mastologia (4,9%).

No período entre 2020 e 2021, referente à pandemia da Covid-19, houve queda nas médias de consultas por beneficiário. Em 2016 e 2017 o registro foi de 5,7, e em 2019 atingiu um pico de 5,9. No ano seguinte as taxas sofreram uma redução e ficaram em 4,4, para apresentar um novo crescimento até 4,8 em 2021, representando um crescimento de 12,8%.

Vale ressaltar que o número médio de consultas ambulatoriais por beneficiário da saúde suplementar brasileira (3,9) é superior ao de países como Grécia (2,7), e Áustria (3,8) de acordo com dados de 2021. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa média foi de 1,6 consultas/habitante. No Brasil, a média de consultas médicas por habitante por ano, sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS, é de 2 a 3 consultas por habitante/ano.

[Clique aqui](#) para conferir, na íntegra, a Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil – Entre 2016 e 2021.

SAÚDE SUPLEMENTAR: REDUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS AO CLIENTE E GOVERNANÇA

Revista Apólice – 19/09/2022

Uma operação verticalizada tem o potencial de mitigar os custos à operadora e, conseqüentemente, os reajustes aplicáveis ao beneficiário

Questão fundamental em qualquer sociedade, a saúde tem em seus custos de operação um dos principais desafios. Em 2021, o setor de saúde suplementar brasileiro viveu uma realidade que pode parecer um contrassenso: apesar do aumento no número de beneficiários, 2,8 milhões desde o início da pandemia de Covid-19, as operadoras registraram queda em seu lucro líquido da ordem de R\$ 15 bilhões em 2021, segundo a [ANS](#) (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Ainda de acordo com a Agência, tem-se que a sinistralidade das operadoras em junho de 2022 foi de 87%. Isto quer dizer que a cada R\$ 100 pagos pelos beneficiários às operadoras, R\$ 87 são para cobrir os atendimentos médicos, internações, exames, terapias e demais assistências. Sobram R\$ 13 para os salários dos funcionários, infraestrutura física e tecnológica, ações de vendas, investimentos em melhorias, impostos e demais despesas administrativas. Ou seja, não há lucro excessivo, muito pelo contrário, para quem opera planos de saúde. E pior: o risco atrelado à parte não gerenciável é pulsante.

Além da inflação médica, que influencia nos custos das companhias de saúde suplementar, elas também são alvos de fraudes, justamente a parte mitigável pelas operadoras, mas, lamentavelmente, impossíveis de integral extirpação das operações.

Neste sentido é importante registrar que, durante a pandemia, entidades representativas do setor receberam relatos de um crescimento expressivo no pedido de reembolsos, utilização indevida de carteirinha e fracionamento de recibos, entre outros atos ilícitos. Segundo dados do mercado, estima-se que 2,3% de todos os investimentos em saúde se perdem em decorrência de tais práticas. O país perde R\$ 22,54 bilhões de tudo que investe em saúde, devido a ações fraudulentas.

Em busca de um negócio sustentável, muitas empresas do segmento têm apostado em um movimento no qual se mantêm redes próprias de atendimento para gestão de suas carteiras de vidas: a verticalização. Esse modelo de gestão permite que as operadoras tenham maior margem de negociação com seus parceiros, tornando-se mais eficientes do ponto de vista financeiro e, acima de tudo, aplicando uma gestão controlada, tecnicamente, com viés de responsabilidade médica e assistencial.

Para que um processo de verticalização seja bem-sucedido é preciso que a operadora tenha uma governança transparente, com pilares éticos que perpassam, obviamente, as gestões administrativo-financeiras, com uma rígida cultura de lisura e conformidade legal, como a adoção de processos auditáveis, que previnam atos e procedimentos ilícitos. Um bom planejamento estratégico é a principal ferramenta de governança. Desta forma, as companhias tornam-se menos vulneráveis aos ciclos de gestão transitórios, estabelecendo critérios para o direcionamento de recursos e evitando fraudes, sempre com foco em gestão de médio e longo prazo.

A própria Agência trabalha para impulsionar boas práticas de gestão entre as empresas do setor de saúde suplementar. Em 2019, por exemplo, a ANS estabeleceu a normativa nº 443, orientando o mercado sobre procedimentos a serem observados no envio de suas obrigações periódicas, entre

outras ações. A normativa, que foi revogada pela RN nº 518/22, deu origem ao Manual de Governança Corporativa para Fins de Solvência.

Uma operação verticalizada, desde que bem-feita, tem o potencial de mitigar os custos à operadora e, conseqüentemente, os reajustes aplicáveis ao beneficiário, além de proporcionar acesso adequado à saúde, em que a atenção primária tem importante papel na prevenção de doenças e no fortalecimento da relação sustentável entre médico-paciente. Como se vê, a complexa questão da saúde suplementar tem caminhos que podem unir a sustentabilidade do negócio com a valorização da vida, mas nunca esquecendo que a saúde promovida pelas operadoras é feita de forma suplementar e, obviamente, com necessário viés de sustentabilidade econômico-financeira.

STF DECIDE SUSPENDER PISO DA ENFERMAGEM COM PLACAR DE 7 A 4

Folha de S.Paulo – 16/09/2022

Julgamento se encerra oficialmente nesta sexta; agora, governo e entidades devem se manifestar

Por 7 votos a 4 o STF (Supremo Tribunal Federal) decidiu suspender os efeitos da lei que determina o piso nacional da enfermagem no país. A maioria dos ministros votou a favor do relatório de Luis Roberto Barroso, que atendeu pedido da CNSaúde (Confederação Nacional de Saúde).

O julgamento começou no plenário virtual na última sexta-feira (9) e chega ao final às 23h59 desta sexta (16). Por regra, os ministros ainda podem mudar seus votos. Também é possível que haja pedido de destaque.

A decisão é válida até que se esclareça o impacto financeiro da medida para estados, municípios e hospitais. Para isso, diversos órgãos foram intimados e têm prazo de 60 dias para esclarecer a viabilidade da implantação do piso de R\$ 4.750 sem que haja demissões em massa e fechamento de leitos.

Votaram a favor da suspensão Roberto Barroso, Ricardo Lewandowski, Alexandre de Moraes, Dias Toffoli, Cármen Lúcia, Gilmar Mendes e Luiz Fux. A divergência foi aberta por André Mendonça, que foi seguido pelos ministros Nunes Marques, Edson Fachin e Rosa Werber.

Aprovada em julho e sancionada em agosto, a lei 14.434/2022 fixou piso salarial mínimo de R\$ 4.750 para os enfermeiros. Técnicos em enfermagem devem receber 70% desse valor (R\$ 3.325) e auxiliares de enfermagem e parteiros, 50% (R\$ 2.375).

Se houver destaque, o julgamento recomeça do zero, dessa vez no plenário físico. Com isso, também pode haver mudanças de voto, já que a corte inicia uma nova análise.

Destaque foi a manobra usada pelo ministro Nunes Marques na decisão do STF sobre a revisão da vida toda, um dos

casos mais importantes de direito previdenciário a ser decidido pelo Supremo nos últimos anos. Com placar fechado, favorável aos segurados e contra o INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), Nunes Marques interrompeu o julgamento 30 minutos antes do prazo final.

O QUE ACONTECE AGORA COM O PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM?

Agora, Ministério da Saúde, CNS (Conselho Nacional de Saúde), Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e FBH (Federação Brasileira de Hospitais) devem se manifestar.

Em seu voto, Barroso ponderou os motivos de sua decisão. "De um lado, encontra-se o legítimo objetivo do legislador de valorizar os profissionais de saúde, que, durante um longo período de pandemia, foram exigidos até o limite de suas forças", disse.

"De outro lado, estão os riscos à autonomia e higidez financeira dos entes federativos, os impactos sobre a empregabilidade no setor e, por conseguinte, sobre a própria prestação dos serviços de saúde."

Desde que decidiu pela suspensão, Barroso tem reiterado que sua decisão tem o objetivo de criar, de forma consensual, uma fonte de custeio que a viabilize o cumprimento da lei.

Enquanto a questão não é esclarecida, não há piso para a categoria no país. Segundo o Ministério da Economia, o custo adicional com o piso seria de R\$ 4,3 bilhões anuais para prefeituras e R\$ 1,6 bilhão para estados. Mas a CNM (Confederação Nacional dos Municípios) diz que a medida pode gerar um impacto de R\$ 10,5 bilhões ao ano para as cidades, entre custos diretos e indiretos.

O presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, tem articulado uma saída para o impasse que pode incluir recursos da União. São discutidas hipóteses como a correção da tabela do SUS (Sistema Único de Saúde), a desoneração da folha

de pagamentos do setor e a compensação da dívida dos estados com o governo federal. A desoneração da folha, no entanto, recebe críticas de especialistas em orçamento público.

BARROSO ADIA AUDIÊNCIAS PÚBLICAS SOBRE ROL TAXATIVO DA ANS

CNN – 15/09/2022

Audiências estavam previstas para os dias 26 e 27 de setembro; chamado "rol taxativo" significa que os planos de saúde só precisam cobrir estritamente aquela lista de procedimentos

O ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal (STF), decidiu nesta quinta-feira (15) adiar a audiência pública que estava marcada para discutir ações que questionavam o caráter taxativo do rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As audiências estavam previstas para os dias 26 e 27 de setembro.

O chamado "rol taxativo" significa que os planos de saúde só precisam cobrir estritamente aquela lista de procedimentos.

Neste ano, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que esse rol de procedimentos deve ser taxativo e não exemplificativo –o que significa que a lista é apenas uma amostra, podendo se estender a outros procedimentos.

Segundo Barroso, a audiência pública foi adiada por causa da aprovação no Congresso de um projeto de lei que altera esse caráter taxativo do rol de procedimentos da ANS.

Como a CNN mostrou em agosto, a aprovação do texto poderia afetar a tramitação de ações no Supremo, dado que

o STF aguarda o que será de fato sancionado pelo presidente Jair Bolsonaro (PL).

"Caso o texto aprovado se torne lei, haverá evidente repercussão sobre o objeto das presentes ações", disse Barroso em sua decisão desta quinta (15).

"Há, portanto, manifesta indefinição quanto à manutenção da vigência do arcabouço normativo impugnado nestes autos, com a possibilidade de que se altere a disciplina legal da controvérsia que se pretende enfrentar em audiência pública no próprio dia da sua realização. Diante desse cenário, entendo recomendável postergar a realização da audiência pública, para data a ser determinada, a fim de aguardar a conclusão do processo legislativo tendente a alterar o marco legal a que se referem os demandantes", decidiu o ministro.

O texto aprovado no Senado estabelece que os tratamentos prescritos por médicos, mesmo que não conste do rol definido pela ANS, deverão ser cobertos pela operadora de saúde desde que sejam comprovadamente eficazes e sejam recomendados pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) ou outro órgão internacional.

O presidente Bolsonaro tem até o dia 26 deste mês para definir se vai sancionar ou não o projeto aprovado no Congresso. Caso o texto seja barrado, esses vetos ainda podem ser derrubados pelos congressistas no futuro.

ANS ESTUDA REGULAÇÃO PARA COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE

Valor Econômico – 15/09/2022

Agência vai trabalhar para que diretrizes constem de um decreto presidencial

Diante da grande possibilidade de o presidente Jair Bolsonaro aprovar o projeto de lei que amplia os tratamentos e procedimentos que devem ser cobertos pelos convênios médicos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai trabalhar para a criação de um decreto que regulamente a prática de medicina baseada em evidências. Esse é um dos itens da proposta que obriga as operadoras a arcar com todos os atendimentos que tenham alguma comprovação científica. No entanto, o setor considera o conceito muito abrangente e suscetível a interpretações distintas.

Atualmente, há uma lista com cerca de 3 mil tipos de consultas, cirurgias e exames que os planos de saúde são obrigados a oferecer sob pena de multa, caso não cumpram.

Esse rol é determinado pela ANS, que a cada 180 dias pode incluir novos itens.

"Caso não seja vetado, nós iremos trabalhar junto à Presidência da República um decreto que possa regulamentar o que seria a medicina baseada em evidência. No SUS, já existe algo nesse sentido, de quais diretrizes precisam ser utilizadas. Por exemplo, se é um estudo randomizado ou não, está na primeira, segunda ou terceira fases de pesquisa clínica", disse Paulo Rebello, presidente da ANS, que participou ontem de congresso realizado pela Abrange, associação das operadoras de planos de saúde.

A ideia é que esses parâmetros também sejam usados pelo Judiciário em pedidos de liminar. Rebello acredita que a judicialização vai continuar, uma vez que o conceito de medicina baseada em evidências é considerado muito

generalista. Ele explica que um tratamento pode ser eficaz para um paciente, mas não ter o mesmo resultado para outros. Hoje, muitos usuários de planos de saúde recorrem à Justiça para obter tratamentos fora do rol de procedimentos.

O objetivo é que o decreto seja aprovado pela Presidência, mas caso isso não ocorra, a agência pode vir a criar uma regulação específica sobre medicina baseada em evidência.

Rebello afirmou ainda, que apesar de ser otimista, acredita que o projeto que institui o rol exemplificativo será aprovado por Bolsonaro devido à proximidade das eleições. “A questão é esse momento político que estamos vivendo, que acaba impactando, e o presidente vai acabar sancionando”, disse, explicando que a agência já se manifestou junto ao Palácio

pedindo o veto total ou pelo menos do inciso que trata da medicina baseada em evidência.

O presidente da ANS criticou a falta de apoio do ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, que num primeiro momento foi contra o projeto, mas diante da repercussão do tema deixou de se manifestar. “Eu queria que o ministro tivesse ficado do nosso lado, mas na reta final ele optou por não se manifestar e deixar que o presidente Bolsonaro tomasse a decisão.”

A proposta de mudança do rol taxativo para exemplificativo, uma demanda de associações, em especial dos pacientes autistas, já teve várias idas e vindas. Em junho, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) reprovou a alteração, mas os órgãos de defesa do consumidor levaram o caso a parlamentares. O Senado aprovou o texto que derrubou o rol taxativo há cerca de duas semanas e encaminhou à sanção presidencial.

PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR CRESCEM 14,8% NO PAÍS ENTRE 2016 E 2021

IESS – 14/09/2022

Análise do IESS mostra alta ainda maior, especialmente no período mais acentuado da pandemia. Despesas assistenciais também subiram

Os procedimentos assistenciais médico-hospitalares na saúde suplementar cresceram 14,8% no Brasil, entre 2016 e 2021. Durante o período, o número de intervenções passou de 1.288 bilhão para 1.478 bilhão, considerando os grandes grupos de assistência, revela a Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A apuração mostra que, durante os cinco anos analisados, houve aumento dos serviços nos grupos relacionados a exames complementares (24,9%) e outros atendimentos ambulatoriais (21,7%), que inclui, por exemplo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Nos demais grupos, as variações foram negativas em consultas médicas (-14%), internações (-1,5%) e terapias (-0,3%).

Por consequência, houve aumento representativo (51,4%) nas despesas dos serviços assistenciais, que entre 2016 e 2021, saltaram de R\$ 131,9 bilhões para R\$ 199,9 bilhões, em valores nominais. Os gastos foram puxados, principalmente, pelo crescimento no volume de terapias (75,9%), e outros atendimentos ambulatoriais (95%).

Período da pandemia (2020/2021) apresenta variações

Além de traçar um panorama da saúde suplementar entre 2016 e 2021, o estudo também apresenta um recorte com dados e informações do período mais crítico da pandemia da Covid-19 (2020/2021). Observa-se que, dentro deste cenário, houve descontinuidade nos indicadores.

Os procedimentos de assistência médico-hospitalares, por exemplo, tiveram registro de alta (11,2%) entre 2016 e 2019. No

entanto, na comparação entre 2019 e 2020 – com cenário de pandemia – houve registro de queda (-17,4%). Já de 2020 para 2021, as intervenções voltaram a crescer (24,8%), com volume levemente superior ao registrado em 2019.

“Os indicadores mostram que esse comportamento se deu por conta da retomada da realização de procedimentos por parte dos beneficiários. É resultado da flexibilização do isolamento social e da retomada de intervenções cirúrgicas eletivas, que foram suspensas nos períodos de lockdown. Com isso, houve aumento das despesas nos serviços assistenciais e alta na Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS), que terminará por repercutir na mensalidade dos planos de saúde”, afirma o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

Em relação as despesas dos serviços assistenciais, os gastos só cresceram no período dos cinco anos analisados (21,2%). A exceção foi, justamente, no período entre 2019 e 2020, também de pandemia, quando houve queda (-8,1%) nos gastos gerais, que reduziram de R\$ 179,4 bilhões para R\$ 164,8 bilhões.

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

Sobre o IESS

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma entidade sem fins lucrativos com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar baseados em aspectos conceituais e técnicos que colaboram para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. O Instituto busca preparar o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, como também para aproveitar as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos. O IESS é uma referência nacional em estudos de saúde suplementar pela excelência técnica e independência, pela produção de estatísticas, propostas de

políticas e a promoção de debates que levem à sustentabilidade da saúde suplementar.

(11) 98231-8002

Mais informações

Enzo Zilio – ezilio@letracerta.com

LetraCerta Inteligência em Comunicação

(11) 3812-6956

Emerson Oliveira – eoliveira@letracerta.com

Jander Ramon – jramon@letracerta.com

(11) 3812-6956

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.