NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de setembro de 2022

ÍNDICE INTERATIVO

Mesmo com novas regras, há 166 operadoras sem reservas suficientes - Fonte: Valor Econômico

5 fatos sobre o crescimento acelerado das operadoras de saúde digitais - Fonte: Saúde Business

ANS suspende a comercialização de 70 planos de saúde - Fonte: GOV (ANS)

ANS reduz exigências e operadoras podem economizar R$ 18 bilhões - Fonte: Valor Econômico

ANS esclarece - Fonte: GOV (ANS)

Operadoras de planos de saúde perdem bilhões e sofrem revés pós-pandemia - Fonte: Forbes

Cosaúde debate inclusão de tecnologias no Rol e regimento da Comissão - Fonte: GOV (ANS)

Elevação dos custos assistenciais preocupa cadeia de saúde suplementar - Fonte: Saúde Business

Planos de saúde: veja o que muda com a lei que derruba Rol e obriga cobertura fora da lista da ANS - Fonte: Estadão

Posicionamento da ANS sobre sanção do PL 2033 - Fonte: GOV (ANS)

MESMO COM NOVAS REGRAS, HÁ 166 OPERADORAS SEM RESERVAS SUFICIENTES

Valor Econômico – 27/09/2022

Há 24 empresas de planos de saúde em direção fiscal, medida de fiscalização mais rigorosa nas finanças das operadoras

Mesmo com as regras mais flexíveis de exigência de reservas para casos de falência, anunciadas na semana passada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), há 166 operadoras desenquadradas, o que representa cerca de 25% das empresas do setor.

Pela regra anterior, havia 226 operadoras em situação irregular, o que motivou a ANS antecipar as mudanças nas exigências de garantias que estavam previstas para ocorrer em 2023. As empresas que estão nessa condição correm o risco de entrar em direção fiscal, medida em que é preciso ter uma fiscalização mais rígida nas finanças das operadoras.

Hoje, há 24 operadoras, que juntas têm 1,2 milhão de usuários, em direção fiscal. O setor conta com quase 50 milhões de pessoas com planos de saúde.

A ANS ressalta que “a autorização para movimentação de recursos e a atualização de exigências de capital regulatório não significam perda de segurança econômico-financeira, não colocam em risco a assistência aos usuários e que continuará monitorando de forma permanente a saúde financeira das operadoras e adotando as medidas que forem necessárias”.

5 FATOS SOBRE O CRESCIMENTO ACELERADO DAS OPERADORAS DE SAÚDE DIGITAIS

Saúde Business – 26/09/2022

O número de operadoras de saúde digitais no Brasil praticamente dobrou nos últimos quatro anos no Brasil, segundo levantamento da plataforma de inovação Distrito. Diversos beneficiários estão procurando novas formas de se relacionar com médicos e vêm recorrendo aos prestadores de serviço das healthtechs, que já nasceram 100% digitais e que têm focado seus esforços no cuidado com o beneficiário antes que este se torne paciente.

Do lado das operadoras convencionais, há uma busca para atualizar seus sistemas e prestar o melhor atendimento aos seus clientes e os recursos de gestão são essenciais para auxiliá-las nessa jornada já que possuem uma considerável camada de estruturação interna.

Em meio à pandemia, as healthtechs receberam aportes financeiros e ficaram na mira de investidores que acreditam no modelo de negócio como uma forma de levar a saúde suplementar a mais pessoas. Veja alguns dos motivos que explicam o crescimento desse modelo.

Tecnologia

O que se viu durante a pandemia foi a busca acelerada das operadoras de saúde convencionais por processos tecnológicos para atender os beneficiários durante o isolamento social instalado no país. As healthtechs, por sua vez, que vinham aparecendo antes mesmo desse período, já nasceram com o conceito 100% digital com a tecnologia inserida em seu DNA, mostrando que a forma de se relacionar com os seus beneficiários independe de contatos físicos. Então, para as operadoras digitais, o fortalecimento de canais digitais, a interação eletrônica e todos os demais processos sendo feitos com tecnologia já era algo nativo, fatores que para as operadoras convencionais tiveram que ser colocados em prática de maneira brusca e ágil naquele momento pandêmico.

Diminui distâncias

As operadoras de saúde digitais também chegam com o propósito de disponibilizar serviços à distância para o cuidado com a saúde sob vários aspectos por meio de tecnologias que promovem a assistência online a beneficiários. Por meio desses atendimentos, os profissionais podem aplicar o plano de cuidado aos usuários de diferentes regiões, até as mais escassas em termos de serviços de saúde, promovendo a prevenção de doenças, reduzindo a necessidade da presença física em hospitais ou laboratórios e consequentemente auxiliando no bem-estar dos seus clientes.

Gestão de dados e LGPD

As operadoras digitais surgiram enquanto a Lei Geral de Proteção de Dados já estava em andamento, diferentemente das operadoras convencionais que tiveram que adequar os seus processos para a atender a legislação. Além disso, o plano de cuidado dessas operadoras consiste em transformar os dados em informação assistencial, mas ao mesmo tempo exige uma gestão muito forte no tratamento dessas informações para que não haja vazamento e nenhum tipo de situação que fira a LGPD. Por serem digitais, naturalmente essas operadoras já têm essa vanguarda no atendimento à regulamentação.

Jornada do beneficiário

Sobre este tópico é notório que as operadoras de saúde digitais estão passos à frente das operadoras convencionais - mas, claro que existem algumas exceções. Como elas já seguem o conceito de cuidado da saúde, a maioria delas já têm um núcleo de Atenção Primária à Saúde (APS). Isso por si só já é um atendimento diferenciado: antes de o beneficiário fazer algum tipo de atendimento, a operadora vai entender o que ele precisa ou está sentindo para que, a partir daí, haja o desenvolvimento ou o acompanhamento do plano de cuidado. Há, por exemplo, médicos de família e profissionais de plantão para que quando as pessoas passarem por algum processo de internação eletiva ou de emergência, haja um acompanhamento pós-alta, processo que a maioria das operadoras convencionais ainda não contemplam. Como premissa, as operadoras digitais querem cuidar do beneficiário mesmo antes de este se tornar um paciente, ter cuidado com indivíduo para que, caso precise de atendimento, possa ter o melhor encaminhamento para a equipe médica que vai tratá-lo e ainda olhar para o dia a dia dessas pessoas prezando pelo seu bem-estar.

Clareza e facilidade

A forma com que as startups trabalham a gestão da informação assistencial é outro diferencial pela forma clara e de fácil acesso para os beneficiários. Seja para orientações sobre exames ou procedimentos, ou para problemas administrativos, de cobranças incorretas, alteração de dados e processo para inclusão de beneficiários, os canais digitais entram em cena com eficiência promovendo uma experiência produtiva para quem precisa de orientação. Sendo assim, o ganho com a interação eletrônica vai desde a entrada do beneficiário no plano até o atendimento, quando necessário.

ANS SUSPENDE A COMERCIALIZAÇÃO DE 70 PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 26/09/2022

Medida é resultado do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia as operadoras a partir de reclamações assistenciais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (26/09) a lista de planos de saúde que terão a venda temporariamente suspensa devido a reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida faz parte do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha regularmente o desempenho do setor e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 70 planos de 13 operadoras devido a reclamações efetuadas no 2º trimestre.

A proibição da venda começa a valer no dia 30/09. Ao todo, 1.664.068 beneficiários ficam protegidos com a medida, já que esses planos só poderão voltar a ser comercializados para novos clientes se as operadoras apresentarem melhora no resultado no monitoramento.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo, 40 planos de 7 operadoras terão a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (2º trimestre)

- 70 planos com comercialização suspensa
- 40 planos com a comercialização liberada
- 1.664.068 beneficiários protegidos
- 37.936 Total de reclamações analisadas no período de 01/04/2022 a 30/06/2022.

Consulte o resultado nas listas abaixo:

Planos com comercialização suspensa

Planos reativados

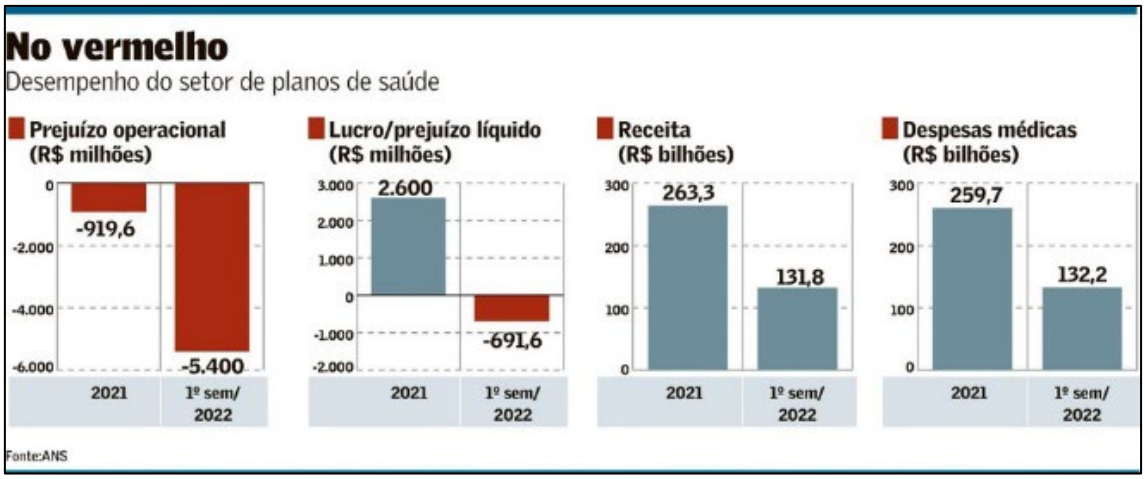
Planos que já estavam suspensos por outros motivos e que também foram suspensos pelo monitoramento da garantia de atendimento

Planos liberados pelo monitoramento da garantia de atendimento mas que continuam suspensos por outros motivos

Para mais informações sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento, clique aqui

ANS REDUZ EXIGÊNCIAS E OPERADORAS PODEM ECONOMIZAR R$ 18 BILHÕES

Valor Econômico – 23/09/2022



Setor de planos de saúde registra resultado operacional negativo de R$ 5,4 bi no primeiro semester

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mudou as regras que exigem reservas para casos de falência das operadoras de planos.

Com a alteração, o montante das reservas terá redução de R$ 11,8 bilhões. Além disso, a ANS apresentou propostas para flexibilizar provisões e medidas administrativas que geram economia de mais R$ 6 bilhões.

A medida, prevista para ocorrer apenas em 2023, foi antecipada no momento em que o setor amarga prejuízo operacional de R$ 6,3 bilhões no acumulado de 2021 e 1º semestre deste ano. Por causa do desempenho negativo, muitas operadoras ficaram desenquadradas nas regras que exigem reservas para casos de falência e corriam o risco de entrar em direção fiscal, medida de acompanhamento mais rigoroso nas finanças das empresas de convênio médico.

A fim de evitar essa situação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) antecipou mudanças nas regras dessas garantias, que seriam adotadas em 2023..

ANS ESCLARECE

GOV (ANS) – 23/09/2022

Simplificação não é diminuição da segurança financeira do mercado.

A respeito do pacote de propostas sobre medidas econômico-financeiras apresentadas na última reunião de diretoria colegiada, em 19/09, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece:

1 – As medidas aprovadas resultam de um trabalho que vem sendo feito pela diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras desde 2019 com o objetivo de modernizar, simplificar e desburocratizar as normas prudenciais do setor de saúde suplementar. Nesse sentido, foram observadas experiências nacionais e internacionais, para adequar regras de acordo com o porte da operadora e eliminar exigências de forma segura;

2 – As propostas de simplificação de obrigações de regulação prudencial das operadoras de planos de saúde, referentes às RN 519 (autorização prévia anual - APA para livre movimentação de ativos garantidores), RN 521 (ativos garantidores) e RN 523 (procedimentos de adequação econômico-financeira - PAEF), ainda serão objeto da Audiência Pública 25, que será realizada em 29/09/2022;

3 – A antecipação de efeitos da adoção do Capital Baseado em Riscos, que será obrigatória a partir de 2023, não depende de alteração normativa, e será válida após publicação de Comunicado da ANS no Diário Oficial da União;

Por fim, a ANS reforça que a movimentação de ativos garantidores não significa que as OPS possam "gastar" as aplicações financeiras mantidas como lastro das provisões, mas sim fazer uma melhor gestão financeira das suas carteiras de investimento de modo a permitir agilidade na alocação que produza melhores resultados em termos de rendimento e liquidez.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PERDEM BILHÕES E SOFREM REVÉS PÓS-PANDEMIA

Forbes – 22/09/2022

Procedimentos eletivos represados, projetos de lei em tramitação no Congresso e questionamentos ao reajuste de mensalidades são alguns dos problemas do setor

A saúde suplementar brasileira está em processo de deterioração financeira, segundo a diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Vera Valente. A sobrecarga herdada da pandemia e mudanças estruturais no setor tornarão a assistência médica cada vez mais cara, diz a executiva.

Relatório divulgado na terça-feira (20) pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) mostra que, no segundo trimestre de 2022, as operadoras de planos médico-hospitalares tiveram seu pior resultado operacional da série histórica: um prejuízo de R$ 4,4 bilhões. Além disso, os planos de saúde tiveram um resultado líquido negativo de R$ 1,7 bilhão.

Gabriel Meira, especialista da Valor Investimentos, afirma que os custos das empresas de saúde estão pressionados desde o início da pandemia. No pior momento da crise, as internações graves por Covid-19 aumentaram muito a ocupação de leitos hospitalares.

Agora, passado o pior da pandemia, é hora de realizar as intervenções e os procedimentos eletivos que deixaram de ser feitos. Por isso, o número de internações, tratamentos e exames aumentou muito nos últimos meses, elevando bastante os custos e despesas.

“O que estamos vendo é a continuação dos efeitos da pandemia no setor de saúde. Somado a isso temos processos legislativos e judiciais que causam incerteza, como a possibilidade de aprovação do piso salarial para os enfermeiros”, diz Meira.

O especialista faz referência ao Projeto de Lei n° 2564, de 2020, que estabelece um piso salarial para os profissionais de enfermagem. A lei tinha sido aprovada pelo Congresso em junho deste ano e, em setembro, o STF (Supremo Tribunal Federal) suspendeu sua eficácia por 60 dias, até que o Senado defina de onde sairá o dinheiro para garantir o pagamento do piso aos profissionais do setor público.

Porém, para o setor privado, isso fica por conta do orçamento de cada empresa. Segundo cálculos da IFI (Instituição Fiscal Independente), órgão ligado ao Senado, o impacto anual desta lei será de R$ 11,9 bilhões para as empresas privadas.

Marcus Labarthe, sócio-fundador da GT Capital, acredita que a aprovação dessa lei irá colaborar para que essas empresas tenham prejuízo também nos próximos trimestres. “Organizações de saúde indicam que se a lei do piso salarial for aprovada pode ocasionar demissões, extinção de postos de trabalho, fechamento de leitos e aumento no valor dos planos de saúde.”

A diretora da FenaSaúde, federação que representa 14 grupos de operadoras responsáveis por 41% dos beneficiários de planos do país, também destaca outro Projeto de Lei recente que afeta as operações das empresas de saúde, o PL n° 2033/2022, que obriga os planos de saúde a atender exames ou tratamentos que não estão incluídos no rol de procedimentos da ANS.

“Esses resultados [do segundo trimestre] reforçam o quanto os recursos são finitos e se tornam ainda mais relevantes diante de medidas que impactam de forma relevante a sustentabilidade do setor”, afirma Valente.

Conta dos planos de saúde não fecha

Breno de Paula, analista da Inter Research, explica em relatório que as operadoras de planos de saúde foram muito favorecidas no início da pandemia com a suspensão de procedimentos eletivos e o isolamento social.

“Os clientes apesar de não cancelarem os seus planos, deixaram de frequentar os estabelecimentos de saúde. Isso fez com que as operadoras continuassem com um faturamento sólido, e reduziu drasticamente os níveis de sinistralidade”, diz de Paula.

Agora o cenário é outro. Nos resultados apresentados pela ANS, o índice de sinistralidade dos planos de saúde no segundo trimestre de 2022 foi de 91,7%. O acumulado do ano já é de 88,8%.

A sinistralidade mostra a relação entre as receitas das operadoras e os pagamentos feitos pelos planos para exames, consultas, internações, medicamentos e cirurgias. De forma simplificada, o dado da ANS indicam que, a cada R$ 100 reais dos custos das operadoras entre abril e junho, R$ 91,70 foram destinados ao pagamento de despesas assistenciais.

“Além do aumento de custos e despesas com a frequência de internações, tratamentos e exames, vemos uma dificuldade das operadoras em repassar esses valores nas mensalidades. No plano individual existe uma defasagem, porque o reajuste é feito pela ANS. Já os planos corporativos são negociados com base nos individuais”, diz Pedro Serra, chefe de pesquisas da Ativa Investimentos.

Nos últimos cinco anos, os reajustes de planos de saúde coletivos saíram de 13,9% em 2017 para 5,6% em 2021, com uma queda gradativa ano a ano.

Empresas bem posicionadas

“Se o contexto para as grandes operadoras, como Hapvida e GNDI, é desafiador, para as pequenas e médias empresas o diagnóstico é trágico, ou até mesmo fatal”, escreve de Paula.

Segundo o analista, a consequência dessas incertezas e dificuldade para as operadoras de plano de saúde é uma tendência maior de consolidação no setor, “uma vez que por mais que as grandes operadoras sofram no curto prazo, elas sobrevivem”.

Para o Inter Research, os destaques no setor no Ibovespa são Hapvida (HAPV3) e Rede D’Or (RDOR3). Analistas recomendam compra para as duas operadoras de planos de saúde, com preço-alvo de R$ 11,00 para Hapvida e de R$ 64,00 para Rede D’Or.

A Ativa Investimentos também destaca as duas empresas como as que têm “perspectivas melhores para o futuro”.

“A Rede D’Or possui poder de escala para negociar com seus fornecedores, já a Hapvida possui um modelo vertical que garante que suas margens sofram menos com o aumento da sinistralidade, como foi o caso do último trimestre”, diz Serra.

Judicialização do rol

O quadro ainda está longe de ser resolvido. Após aprovação no Senado, o novo rol de procedimentos foi sancionado (sem vetos), pelo Presidente da República ontem (21). A medida força operadores de saúde a ampliar o número de procedimentos e tratamentos, os quais não faziam parte do antigo Rol da ANS.

O setor pressionou os envolvidos, para que fosse vetada a cobertura de vários procedimentos complexos. Como não houve acordo, é bastante provável que haja judicialização no caso de diversos tratamentos atualmente não cobertos pelos planos. Isso deve elevar os custos dos operadores e provocar novas incertezas para as ações do setor

COSAÚDE DEBATE INCLUSÃO DE TECNOLOGIAS NO ROL E REGIMENTO DA COMISSÃO

GOV (ANS) – 22/09/2022

Assuntos foram tratados na 9º reunião técnica e na 4ª reunião administrative

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 13/09, a 9ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), em que foram analisadas as novas propostas de incorporação na lista de coberturas obrigatórias. Na reunião, foram debatidos os medicamentos certolizumabe pegol (para psoríase em placas moderada a grave, com falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia convencional), e dupilumabe (para dermatite atópica, como tratamento sistêmico em 2ª linha).

Também foram examinados os resultados da Consulta Pública nº 100 sobre as propostas de inclusão de transplante de fígado para doenças hepáticas e do medicamento regorafenibe, para câncer colorretal avançado ou metastático. O resultado das discussões será encaminhado para aprovação da Diretoria Colegiada da ANS e posterior publicação de resolução normativa no Diário Oficial da União (DOU).

No dia seguinte, 14/09, os membros estiveram reunidos na 4ª reunião administrativa para discutir temas prioritários relacionados ao funcionamento da Cosaúde, objeto da consulta pública nº 99, que tratou da nova proposta de resolução normativa sobre o rito processual de atualização do Rol. O grupo definiu os próximos passos relacionados à constituição do regimento interno da Cosaúde, à elaboração de um manual de métodos gerais sobre o funcionamento da Comissão, além da criação de um grupo técnico para discutir os parâmetros que serão utilizados pela Comissão na análise de incorporação de novas tecnologias no rol.

ELEVAÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS PREOCUPA CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 22/09/2022

Operadores de saúde e prestadores de serviço compartilharam suas visões sobre o tema no HIS - Healthcare Innovation Show

A elevação expressiva dos custos assistenciais em decorrência da pandemia da Covid-19 e as expectativas para os próximos anos foi uma das temáticas de destaque do segundo dia do HIS - Healthcare Innovation Show, evento voltado para a saúde e inovação. O painel “Gestão de despesas assistenciais: alinhamento entre regulação, prestador e fonte pagadora” abordou como a cadeia de saúde suplementar sofreu nos últimos dois anos com uma matemática complicada, que envolve a perda de mais de 300 mil beneficiários no ápice da pandemia em 2020 e, a partir do ano passado, a alta das despesas assistenciais.

Do ponto de vista dos operadores, o superintendente executivo da Bradesco Saúde, Paulo Prado Jr., compartilhou uma visão pessimista sem previsão de melhora para 2023. “As operadoras de planos de saúde registraram o primeiro prejuízo de R$ 600 milhões no primeiro semestre deste ano e a perspectiva é piorar no segundo semestre. Não enxergamos a curto e médio prazo uma melhora no cenário atual”, disse. Ele acredita que o alinhamento do mercado em torno de uma solução em conjunto é o caminho para sair da situação atual e que o atendimento deve privilegiar o paciente, suas necessidades e demandas, além de buscar as melhores ações para entregar isso.

Para avaliar a questão sob o ponto de vista dos prestadores de serviço, o painel contou com o diretor presidente de Operações do Hospital Care, Fábio Fraga, e o diretor executivo do Hospital Samaritano de São Paulo, Maurício Jordão. Eles destacaram o novo normal pós-pandemia com a mudança no padrão de assistência médica, que aumentou o ticket médio de cada paciente. Existe um desequilíbrio nos atendimento de pronto-socorros, por exemplo, com o percentual de pacientes com doenças mais graves, superando aqueles de baixa complexidade. Esse paciente mais grave demanda um custo maior nos recursos utilizados no dia a dia (exames, insumos, etc.).

E qual a solução?

Os painelistas apontaram o que consideram essencial para alinhar e otimizar a gestão das despesas assistenciais entre todos os envolvidos neste processo, operadores de saúde e prestadores de serviços. Para Fraga, iniciativas de colaboração e plena confiança entre prestadores e as operadoras são necessárias para a sustentabilidade do setor. “Temos que transformar os hospitais em ferramenta de serviço público, com a prestação de serviço assistencial focada em uma melhor entrega para os pacientes”, disse.

O diretor executivo do Hospital Samaritano de São Paulo afirmou que entre as ações necessárias estão esgotar o desperdício de insumos e acabar com as indicações de procedimentos e tratamentos desnecessários ou que possuem alternativas que apresentam os mesmos resultados, mas com custos mais baixos. “No curto prazo, acredito que essas são as duas questões prioritárias”, afirmou.

Já o superintendente executivo da Bradesco Saúde alertou que um novo modelo de atenção primária à saúde e educação dos pacientes sobre prevenção e cuidados poderá modificar o cenário que temos hoje. “Com uma mudança cultural, teríamos uma saúde melhor sob a ótica dos pacientes”, finalizou.

2023

O setor da tecnologia dedicada ao setor da saúde tem um encontro presencial marcado para o ano que vem: a próxima edição do HIS - Healthcare Innovation Show acontece nos dias 20 e 21 de setembro de 2023, no São Paulo Expo, na capital paulista.

PLANOS DE SAÚDE: VEJA O QUE MUDA COM A LEI QUE DERRUBA ROL E OBRIGA COBERTURA FORA DA LISTA DA ANS

Estadão – 22/09/2022

Mudança foi sancionada nesta quarta-feira pelo presidente Jair Bolsonaro, candidato à reeleição; empresas do setor se opuseram à nova regra

O presidente Jair Bolsonaro sancionou nesta quarta-feira, 21, o projeto de lei que acaba com o rol taxativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agora Lei 14.454/2022. Aprovado pelo Senado no fim de agosto, o PL obriga planos de saúde a cobrir tratamentos que estão fora da lista obrigatória de procedimentos estabelecida pela agência, o chamado rol taxativo.

Entende-se como rol taxativo uma lista que determina os itens sem dar margem a outras interpretações; é válido apenas o que está descrito nela. No caso do rol exemplificativo, ele estabelece apenas alguns itens de uma lista, que pode também contemplar outras opções não descritas. O tema foi colocado em discussão na Câmara dos Deputados e no Senado depois que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu, em junho deste ano, tornar o rol taxativo e assim restringir os procedimentos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde no País.

O entendimento pressupunha que os itens descritos no rol seriam os únicos que poderiam ser exigidos aos planos. Com isso, o pedido para tratamentos equivalentes poderia ser negado, sem chance de reconhecimento pela via judicial. A avaliação do STJ causou reação contrária entre entidades de defesa de pacientes e grupos de pais de crianças com deficiência, que temiam interrupção nos tratamentos após o novo entendimento da Justiça e pressionaram por mudanças no Congresso.

Relator do projeto do rol taxativo no Senado e candidato à reeleição, o senador Romário (PL-RJ) comemorou a sanção. “É uma vitória em prol da vida”, afirmou o parlamentar carioca.

O que é o rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?

O rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma lista de “procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde” que os planos de assistência médica do País são obrigados a oferecer. A obrigatoriedade de procedimentos, porém, varia de acordo com o tipo de plano assinado: ambulatorial, hospitalar — com ou sem obstetrícia —, referência ou odontológico. Essa lista possui mais de 3 mil itens.

O que diz o texto da lei sancionada?

O texto da lei sancionada diz que o dispositivo “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar”.

Na prática, o texto obriga planos de saúde a cobrir tratamentos que estão fora do rol da ANS, voltando a considerar esse rol “exemplificativo”.

As alterações preveem que em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo que não esteja previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS, a operadora de plano de saúde deve autorizar a cobertura observando pelo menos um dos seguintes critérios:

- Que exista comprovação da eficácia do tratamento ou procedimento baseada em evidências científicas e plano terapêutico;

- Que ele seja recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou por pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovados também para seus nacionais.

A partir de quando a nova lei é válida?

Segundo publicação do Diário Oficial da União, a nova lei entra em vigor na data de sua publicação, que ocorreu nesta quinta-feira, 22.

Qual a consequência para quem tem plano de saúde?

Parte dos advogados ouvidos pelo Estadão avalia que o projeto apenas retoma a interpretação vigente antes da decisão do STJ, de que o rol é exemplificativo, e dá mais segurança aos beneficiários de planos, que podem ter acesso a procedimentos não descritos no rol sem ter de recorrer à Justiça.

Há, por outro lado, avaliação, por parte das operadoras, de que o projeto abre o acesso a terapias sem comprovação de segurança — o que colocaria em risco os beneficiários. Operadoras também argumentam que a mudança pode levar a um aumento no valor das mensalidades e migração de beneficiários de planos para o SUS.

Qual a reação das entidades de saúde suplementar?

Em nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) diz lamentar a sanção e afirma que avalia recorrer à Justiça. Conforme a entidade, que representa as empresas, a lei põe “o Brasil na contramão das melhores práticas mundiais de avaliação de incorporação de medicamentos e procedimentos em saúde, dificulta a adequada precificação dos planos e compromete a previsibilidade de despesas assistenciais, podendo ocasionar alta nos preços das mensalidades e expulsão em massa dos beneficiários da saúde suplementar”.

A FenaSaúde acrescenta ainda que, desde abril de 2021, as despesas assistenciais das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde privadas já superam as receitas obtidas com contraprestações. Com isso, afirma, há prejuízo operacional de R$ 9,2 bilhões no acumulado dos últimos cinco trimestres.

Em nota, a ANS afirmou que “reitera sua preocupação com a segurança dos usuários da saúde suplementar”, pois, segundo o órgão regulador, “a cobertura de procedimentos e eventos em saúde que não tiverem passado pela ampla e criteriosa análise da reguladora constitui risco aos pacientes, pois deixa de levar em consideração diversos critérios avaliados durante o processo de incorporação de tecnologias em saúde, tais como: segurança, eficácia, acurácia, efetividade, custo-efetividade e impacto orçamentário, além da disponibilidade de rede prestadora e da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao seu uso”.

Procurado pela reportagem após a sanção da lei, o Ministério da Saúde não se manifestou.

POSICIONAMENTO DA ANS SOBRE SANÇÃO DO PL 2033

GOV (ANS) – 21/09/2022

Projeto que assegura cobertura de itens não previstos no Rol da ANS foi sancionado em 21/09

Em razão da sanção do Projeto de Lei 2033, ocorrida hoje, 19/09/2022, pelo presidente da República, Jair Bolsonaro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reitera sua preocupação com a segurança dos usuários da saúde suplementar.

A cobertura de procedimentos e eventos em saúde que não tiverem passado pela ampla e criteriosa análise da reguladora constitui risco aos pacientes, pois deixa de levar em consideração diversos critérios avaliados durante o processo de incorporação de tecnologias em saúde, tais como: segurança, eficácia, acurácia, efetividade, custo-efetividade e impacto orçamentário, além da disponibilidade de rede prestadora e da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao seu uso.

Importante ressaltar que o processo de revisão do Rol não será alterado. A Agência continuará recebendo e analisando propostas de inclusão via FormRol de forma contínua, com as incorporações podendo acontecer a qualquer momento, e com ampla participação social.

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

© 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.