

## ÍNDICE INTERATIVO

[Especialistas avaliam cenário das fraudes na saúde suplementar](#) - Fonte: FenaSaúde

[Minas Gerais bate recorde em número de beneficiários de planos médico-hospitalares](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Cosaúde avalia inclusão de medicamentos no Rol da ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Irlau Machado, ex-CEO da Notredame, deixa grupo em menos de um ano após fusão com a Hapvida \(HAPV3\)](#) - Fonte: Exame

[Número de exames de Covid nos laboratórios triplica. taxa de positividade eleva 400%](#) - Fonte: Revista Cobertura

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

[Financiamento do piso da enfermagem é desafio para grupo de transição na saúde](#) - Fonte: Jota Info

[Deliberações da 580ª Reunião da Diretoria Colegiada](#) - Fonte: GOV (ANS)

# ESPECIALISTAS AVALIAM CENÁRIO DAS FRAUDES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde – 23/11/2022

Evento realizado pela FenaSaúde reuniu representantes de hospitais, laboratórios, planos de saúde, autoridades, representantes do Ministério Público e da Polícia Civil

Com um amplo debate sobre impactos das fraudes na saúde suplementar em suas diferentes perspectivas, o 11º Debates FenaSaúde, realizado em São Paulo (SP) na manhã de 22 de novembro, recebeu aproximadamente 100 pessoas no auditório da Escola de Negócios e Seguros (ENS) e teve mais de 1 mil visualizações na transmissão pelo YouTube.

De acordo com a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente, as fraudes são uma realidade na saúde suplementar e suas consequências estão diretamente ligadas à sustentabilidade e à previsibilidade de gastos no sistema de saúde. “Isso tem impacto direto e imediato no sistema e, principalmente, para os beneficiários. Sabemos que há uma série de desafios a serem enfrentados pelo setor que envolvem a ampliação do acesso, as mudanças estruturais vividas pela nossa sociedade em termos demográficos e envelhecimento da população, mudanças no perfil epidemiológico e a inclusão de novas tecnologias que são cada vez mais caras e específicas. Mas é preciso entender que esse cenário atual das fraudes na Saúde Suplementar são como ter um incêndio em um prédio de 20 andares. O primeiro passo é apagar o incêndio daquele andar e depois descobrir as causas e evitar que ele volte a acontecer”.

Durante o primeiro painel “Fraudes na cadeia de saúde: impactos e enfrentamento”, mediado pela jornalista Lúcia Helena Oliveira, Vera reforçou que a FenaSaúde vem dedicando especial atenção ao assunto. “Entretanto, para ter ainda mais sucesso nessa empreitada contra os delitos e fraudadores, é imprescindível que atuemos juntos com os demais elos da cadeia da prestação de serviços na saúde suplementar. Por isso é tão importante ter aqui reunidos, além das operadoras, os prestadores de serviço na figura da Anahp e da Abramed, e também de representantes do Ministério Público e da Polícia Civil”, afirmou a executiva.

Ao abordar a importância do tema no contexto da medicina diagnóstica, Milva Pagano, diretora-executiva da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) lembrou que 60% dos exames são realizados pela saúde suplementar. “Muitos laboratórios têm políticas de compliance, áreas e práticas bem estabelecidas, mas não podemos dizer que este é o retrato de todo o mercado. Por isso, reforçamos a importância deste trabalho em conjunto para coibir e impedir práticas que agridem e coloquem em risco a sustentabilidade do setor”, afirmou Pagano.

Na sequência, o diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Antônio Britto, enfatizou que o assunto das fraudes tem de ser considerado como um problema do sistema de saúde como um todo. “É um problema público, privado, dos pacientes, dos hospitais, dos médicos. Se não tivermos a compreensão disso não chegaremos a lugar algum.” Na avaliação de Britto, aspectos como o estabelecimento de processos e certificações por parte dos hospitais são algumas das ações necessárias para minimizar o que ele chamou de “zonas cinzentas” que estimulam e propiciam as fraudes no setor.

O segundo painel, sob a moderação da Diretora Jurídica da CNseg, Glauce Carvalhal, discutiu os aspectos jurídicos e criminais no combate às fraudes em saúde e teve como objetivo buscar formas de ampliar os instrumentos jurídicos à disposição para combater, diminuir e punir as fraudes contra o sistema.

Em sua participação, o delegado-chefe da Delegacia de Repressão à Corrupção da Polícia Civil do Distrito Federal, Adriano Valente, falou sobre a investigação que deflagrou aquela que ficou conhecida em 2019 como a “máfia das próteses”, que envolvia o superfaturamento de próteses com a participação de empresas do setor e profissionais de saúde. Ele lembrou que o fato de não haver tipificações específicas na legislação brasileira para os crimes de corrupção privada dificulta ainda mais esse tipo de investigação.

Na sequência, o promotor do Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) e coordenador do Grupo de Atuação Especial no Combate ao Crime Organizado (Gaeco), Bruno Corrêa Gangoni, explicou que fez uma pesquisa sobre inquéritos de organizações criminosas no setor e se surpreendeu com o baixíssimo número de ocorrências. “Há poucos inquéritos para questões de investigação de organizações criminosas no setor. Isso surpreende e assusta diante da importância do assunto e das vantagens econômicas que essas organizações criminosas podem estar tendo com as fraudes.”

Em sua fala, o advogado criminalista Rodrigo Fragoso, da Fragoso Advogados, enfatizou o ambiente propício que está sendo criado pela FenaSaúde e pelos demais elos da cadeia da saúde para a discussão sobre a prevenção e combate às fraudes. “Não é um seminário sobre fraudes contra os planos, e sim de prevenção e combate às fraudes na saúde suplementar. Um ecossistema que atende mais de 50 milhões de brasileiros. A presença do Ministério Público e da Polícia Civil nesse debate é simbólica e uma demonstração inequívoca de que o crime organizado está atingindo a saúde suplementar, da mesma forma que impacta em diferentes áreas da sociedade”, afirmou Fragoso.

## Próximos passos

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa 14 grupos de operadoras de planos de saúde que atendem a 41% dos beneficiários do mercado, vem tomando uma série de iniciativas no âmbito da prevenção e combate às fraudes na saúde suplementar. Neste ano, a entidade criou uma Gerência de Prevenção e Combate a Fraudes e formalizou ao Ministério Público de São Paulo uma notícia-crime para apurar fraudes de reembolso no valor de R\$ 40 milhões.

Durante o evento, Vera firmou compromisso de continuar realizando os debates com os representantes, entre eles a própria classe médica, para ampliar o debate e continuar brigando pela sustentabilidade do setor. “Estamos com essa notícia-crime e faremos outras, quantas forem necessárias, fazendo análise conjunta de dados, usando inteligência artificial, para que tenha uma demonstração de que as operadoras brigam para cuidar bem dos recursos dos beneficiários - e não podemos permitir que esses recursos estejam sendo usados de forma indevida”, concluiu a executiva..

# MINAS GERAIS BATE RECORDE EM NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES

Revista Cobertura – 22/11/2022

Estado superou o Rio de Janeiro e agora é o segundo maior do País, com 5,6 milhões de vínculos, aponta análise do IESS Minas Gerais se sobressaiu em volume de novas adesões de planos médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em setembro deste ano e acumula 5,6 milhões de beneficiários, número recorde desde o início da série histórica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000. O estado registra, ainda, alta de 4,3% de vínculos, indicador acima da média nacional (3,5%), revela a Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 75, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estado tem se destacado quando se trata de novos contratos, comportamento registrado especialmente após os meses iniciais da pandemia da Covid-19. Entre junho de 2020 e setembro deste, ano houve aumento de 624 mil beneficiários. Essa aceleração fez com que Minas ultrapassasse o Rio de Janeiro em número de vínculos, se fixando como o segundo maior estado em número de pessoas com plano de saúde médico-hospitalar – atrás apenas de São Paulo com 18,1 milhões.

Vale lembrar que, entre setembro de 2016 e março de 2020, o estado se manteve estável em relação a número de beneficiários, média de 5 milhões de vínculos. Na

comparação anual, entre setembro de 2021 e deste ano, no entanto, houve aumento de 232,7 mil contratos com registro de alta durante dez meses consecutivos.

De acordo com dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em setembro de 2022 havia registro de 21,7 milhões de habitantes em Minas Gerais. Desta forma, cerca de 1 a cada 4 moradores (26%) possuíam um plano de assistência médico-hospitalar.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, observa que os planos coletivos empresariais puxaram o bom desempenho registrado em Minas Gerais. “Apenas nos 12 meses encerrados em setembro passado, foram 219 mil adesões nesta modalidade, reflexo do emprego formal no estado, que registrou 230,8 mil novas oportunidades, alta de 5,4%, acima, inclusive, do registro de adesões a planos (4,3%)”, afirma

Em setembro de 2002, o número de pessoas inseridas em planos médico-hospitalares no Brasil atingiu a marca de 50,2 milhões no País (crescimento de 3,5% em 12 meses), sendo que, do total, 30,4 milhões pertencem a região Sudeste.

[Clique aqui](#) para ver a Análise Especial da NAB 75 na íntegra.

## COSAÚDE AVALIA INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NO ROL DA ANS

GOV (ANS) – 22/11/2022

11ª reunião aconteceu no dia 16/11 e pode ser assistida pelo YouTube

A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) debateu, na 11ª reunião técnica, inclusão de novas tecnologias na lista de coberturas obrigatórias para usuários de planos de saúde. Foram analisadas as propostas de incorporação dos medicamentos carboximaltose férrica (para deficiência de ferro, com ou sem anemia, em pacientes com insuficiência cardíaca - NHYA classe II e III) e zanubrutinibe (para linfoma células do manto recidivado ou refratário).

As análises técnicas das propostas e as contribuições dos membros da Cosaúde serão consolidadas e submetidas à discussão interna, com posterior encaminhamento das recomendações preliminares para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS, com vistas à aprovação de realização de consulta pública.

A comissão também analisou os resultados da Consulta Pública 103, sobre a cobertura para o medicamento

certolizumabe pegol (para psoríase em placas moderada a grave, com falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia convencional, candidatos à terapia sistêmica). [Clique aqui](#) para saber mais sobre a CP. A reunião online foi realizada no dia 16/11 e pode ser assistida pelo [canal da ANS no Youtube](#).

Esta proposta segue para nova discussão interna, com posterior encaminhamento das recomendações finais para deliberação da Diretoria Colegiada da ANS quanto à pertinência ou não da incorporação do medicamento.

### Sobre a Cosaúde

A Cosaúde é composta por representantes indicados pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), conforme previsto na Resolução Normativa n.º 474/21, que dispõe sobre a constituição e o funcionamento da Comissão. Seu objetivo é o assessoramento da ANS na definição da amplitude da cobertura assistencial no âmbito da saúde suplementar.

## IRLAU MACHADO, EX-CEO DA NOTREDAME, DEIXA GRUPO EM MENOS DE UM ANO APÓS FUSÃO COM A HAPVIDA (HAPV3)

Exame – 22/11/2022

Com a saída de co-CEO, Jorge Pinheiro se tornará o único a ocupar o posto mais alto da companhia.

A Hapvida (HAPV3) anunciou nesta terça-feira, 22, que o Irlau Machado Filho está de saída da companhia, após ter apresentado cartas de renúncia ao cargo de co-CEO e à sua cadeira no conselho de administração da companhia. Irlau Machado também pediu renúncia de suas posições de diretor-presidente e membro do conselho da BCBF e de outras posições executivas e em comitês da Hapvida e suas controladas.

A saída de Irlau Machado, ex-CEO da NotreDame Intermédica, ocorre menos de um ano após a fusão com a Hapvida, concluída em fevereiro deste ano. Com sua saída, Jorge Pinheiro, CEO da Hapvida desde 2001, passará a ser o único CEO do grupo. Já a posição no conselho que era

ocupada por Machado permanecerá vaga até que seja feita uma nova indicação.

"A decisão do Sr. Irlau de renunciar às suas posições na companhia e em suas controladas se deve a propósitos e objetivos pessoais", afirmou a Hapvida em fato relevante.

Irlau Machado esteve à frente da NotreDame Intermédica desde 2014, sendo um dos responsáveis por ter levado a empresa à bolsa, com IPO realizado em 2018.

Como parte do processo de fusão, as ações da NotreDame (GNDI3) deixaram de ser negociadas na bolsa em 11 de fevereiro. Para cada ação da NotreDame, os acionistas receberam 5,24 ações emitidas pela Hapvida, além de um dividendo extraordinário de R\$ 1,613 por ação da NotreDame.

## NÚMERO DE EXAMES DE COVID NOS LABORATÓRIOS TRIPLICA. TAXA DE POSITIVIDADE ELEVA 400%

Revista Cobertura – 18/11/2022

A positividade nos exames de Covid-19 na rede privada de medicina diagnóstica continua subindo, segundo levantamento da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED). A taxa de positividade dos exames no período de 5 a 11 de novembro foi de 39,9%. Na semana anterior (29/10 a 4/11) era de 23,1%, passando de 4.276 exames positivos na semana encerrada no dia 4/11 para 21.700 na semana encerrada no dia 11.

O aumento no número de exames realizados também é destaque: passaram de 18.510 para 54.380 no mesmo período, o que significa uma elevação de 194%.

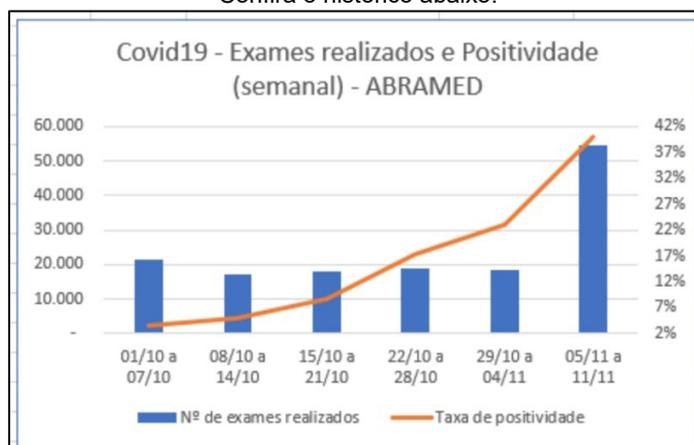
"Os dados nos mostram que na segunda semana de novembro houve um aumento na procura por exames, ou seja, a população foi se testar mais, provavelmente devido ao aumento de sintomas", explica a diretora-executiva da Abramed, Milva Pagano. "Esse é um comportamento muito

importante, pois somente com a testagem segura e com o diagnóstico preciso e correto podemos evitar disseminar ainda mais o vírus. Os testes que fundamentam as estratégias para controle da pandemia no mundo."

Segundo Milva, a elevação da taxa de positividade nos laboratórios corrobora com o que diz a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), que vem alertando para o aumento significativo do número de casos de covid-19 no Brasil nas últimas semanas, decorrente da circulação da subvariante Ômicron BQ.1 e outras variantes.

Segundo a SBI pelo menos em quatro estados já se verifica com preocupação uma tendência de curva em aceleração importante de casos novos de infecção pelo SARS-COV-2 quando comparado com o mês anterior. Há cerca de um mês, os exames realizados pelas associadas da Abramed tinham uma taxa de positividade de 3,7%.

Confira o histórico abaixo:



	Semana						Total 6 semanas*
	01/10 a 07/10	08/10 a 14/10	15/10 a 21/10	22/10 a 28/10	29/10 a 04/11	05/11 a 11/11	
<b>Nº de exames realizados</b>	21.552	17.336	18.031	18.935	18.510	54.380	148.744
<b>Taxa de positividade</b>	3,7%	5,1%	8,8%	17,3%	23,1%	39,90%	22,9%

\* a taxa de positividade total é a média ponderada do período

## ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 18/11/2022

Informações relativas ao 2º trimestre de 2022 estão disponíveis para consulta

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 2º trimestre de 2022. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento PRONTUÁRIO DE RESULTADOS - MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

As fichas técnicas dos indicadores podem ser acessadas [clikando 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, de acordo com os normativos RN nº 479/2022 e IN DIPRO nº 58/2022.

Conforme previsto no art. 11 da Instrução Normativa (IN) da DIPRO nº 58/2022, os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados impreterivelmente até o dia 05/12/2022, 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”.

## FINANCIAMENTO DO PISO DA ENFERMAGEM É DESAFIO PARA GRUPO DE TRANSIÇÃO NA SAÚDE

Jota Info – 17/11/2022

Equipe do presidente Lula busca formas de ajustar o Orçamento para bancar a lei aprovada pelo Congresso.

O financiamento do piso da enfermagem está entre os desafios que a equipe do presidente eleito, Luiz Inácio Lula

da Silva (PT), terá que enfrentar. A expectativa é de que a equipe de transição trabalhe nos próximos dias para buscar fontes de financiamento em uma folga orçamentária em 2023.

O tema também está na mira de integrantes dos conselhos de secretários de Saúde e da Fazenda. Entre os gestores, a expectativa é de que haja consenso na apresentação de proposta que solucione a falta de verba para o piso da categoria.

A lei aprovada pelo Congresso Nacional estipula um piso de R\$ 4.750 para enfermeiros, R\$ 3.325 para técnicos de enfermagem e R\$ 2.375 para auxiliares de enfermagem e parteiras, mas está suspensa por decisão do Supremo Tribunal Federal.

A busca por recursos para o novo piso da enfermagem segue na Câmara dos Deputados, e a última alternativa apresentada pelos parlamentares é uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC), que garanta o auxílio financeiro da União para o custeio da categoria por estados, municípios e entidades filantrópicas.

A PEC 27/2022 estabelece que cabe à União complementar os valores, de forma semelhante ao que é feito na educação com o Fundeb.

O texto também permite que o superávit financeiro dos fundos públicos do Poder Executivo possa ser usado entre 2023 a 2025 para o pagamento da complementação federal do piso. Ainda não há clareza sobre as chances de aprovação, apesar do amplo apoio conferido ao piso da enfermagem nas últimas votações.

Para o deputado Jorge Solla (PT-BA), a ferramenta pode ser bem aceita pelos parlamentares, e contribuiria para arcar com os custos extras do novo piso da enfermagem. “Já aprovamos na Comissão de Seguridade Social e Família emendas semelhantes, mas sabemos que essa discussão vai bem além dos hospitais filantrópicos”, detalhou.

Solla destaca que, mesmo com a aprovação da nova PEC, a saúde suplementar seguiria sem recursos extras para conseguir pagar os novos salários. Para o parlamentar, a desoneração da folha é um dos projetos que pode ajudar a preencher essa lacuna. “É algo importante e que já está em estado bastante avançado na Câmara dos Deputados. Agora está com o presidente Arthur Lira. A aprovação depende muito do que ele fará”, acrescentou.

## DELIBERAÇÕES DA 580ª REUNIÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

GOV (ANS) – 16/11/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, na segunda-feira (31/10), a 580ª Reunião da Diretoria Colegiada (DICOL). O encontro contou com a presença de Paulo Rebello (presidente e diretor de Gestão), 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.

Ao abrir a reunião, o diretor-presidente da ANS pautou a aprovação da minuta da ata da 579ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 10/10. O documento foi aprovado por todos os diretores. Na sequência, Paulo Rebello deu o encaminhamento para os demais itens da pauta.

2) ITEM DIPRO – O diretor Alexandre Fioranelli apresentou, para apreciação de seus pares, a proposta de alteração da Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (IN/DIPRO) 50, de 22/12/2016, que trata do aperfeiçoamento Plano de Recuperação Assistencial (PRASS) e do Regime Especial de Direção Técnica, tema previsto na Agenda Regulatória 2019-2021, após a análise das contribuições recebidas na Consulta Pública 92. Ele convidou o gerente de Direção Técnica da ANS, Wilson Vieira Júnior, que detalhou o histórico de propostas para modificações da norma, salientando que a principal delas é a adequação da IN ao Plano Periódico de Monitoramento do Risco Assistencial anual para definição dos critérios de identificação e encaminhamento das

operadoras com indícios de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial. Ele explicou que não há alteração de mérito do normativo, nem novas obrigações para os entes regulados, mas sim melhor descrição e entendimento dos processos internos da Agência. Após a explanação, os diretores apreciaram a proposta.

3) ITEM DIPRO – Fioranelli também pautou a apreciação da proposta de Resolução Normativa para regulamentar os critérios de alteração da rede assistencial hospitalar, especificamente para a substituição de entidade hospitalar e para o redimensionamento de rede por redução. Ele destacou que o assunto já vem sendo amplamente debatido com representantes de todos os atores do setor desde 2016, tendo, inclusive, passado por consulta e audiência públicas. O diretor da DIPRO, então, convidou a gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais da ANS, Andréia Abib, para apresentar as análises técnicas e detalhar os parâmetros sugeridos. Andréia frisou que as avaliações da equipe técnica foram feitas sob a ótica do papel da reguladora diante do impacto da norma aos beneficiários. Para dar um panorama sobre o assunto, ela esclareceu que, no período de 07/02/2018 a 31/08/2022, foram feitas 129.508 alterações de rede de 458 operadoras diferentes. Ela ainda ressaltou que a regulamentação dos critérios faz parte da Agenda Regulatória 2019-2021/2022 da Agência, no eixo de Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório, e que o objetivo era regulamentar o artigo 17 da lei 9.656/1998. Dentre as sugestões de regra para exclusão de rede hospitalar está a avaliação do impacto da retirada do hospital aos beneficiários do plano. Desta forma, caso o prestador a ser excluído seja um dos responsáveis por até 80% dos atendimentos de internação em sua região de saúde, ou seja, um dos mais utilizados do plano, a operadora

não poderá fazer apenas retirada do prestador hospitalar, mas deverá substituir o estabelecimento por um novo. Outra proposta de modificação é que a avaliação de equivalência de entidades hospitalares para substituição seja realizada a partir da avaliação dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência que tenham sido utilizados nos últimos 12 meses. Assim, se tais serviços foram utilizados no prestador excluído neste período, eles precisam ser oferecidos no prestador substituto. Além disso, o normativo mantém a obrigatoriedade de o prestador substituto estar localizado no mesmo município do prestador excluído, exceto quando não houver prestador disponível poderá ser indicado prestador em outro município. Andréia também ressaltou que a mudança no normativo contará com regras definidas para a comunicação aos beneficiários pelas operadoras sobre as alterações, além de garantir a estes beneficiários o direito à portabilidade de carências nos casos de alteração de rede hospitalar em seu município de residência ou no município de contratação do plano. O item foi apreciado pela DICOL.

4) ITEM DIPRO – O tema seguinte foi a aprovação da proposta de alteração do indicador “Prazo Médio de Pagamento de Eventos (PMPE)”, do Mapeamento do Risco Assistencial e sua respectiva ficha técnica, em razão de alterações promovidas no Plano de Contas Padrão pela RN 528/2022. A gerente de Monitoramento Assistencial, Flavia Tanaka, esclareceu que o Mapeamento do Risco Assistencial consiste em um conjunto de ações e acompanhamento dos dados coletados nos diversos sistemas de informação da ANS, para avaliação estratificada das operadoras, segundo indícios de risco assistencial e subsidia a adoção de medidas administrativas de acordo com a gravidade apontada. A mudança se faz necessária por conta de uma modificação na forma de contabilização das receitas das operações de pós pagamento, que passaram a ser deduzidas do total de eventos brutos por meio da conta contábil Recuperação por Reembolso do Contratante, que afeta a fórmula do indicador. A proposta de ajuste do indicador para o Mapeamento do Risco Assistencial visa acompanhar a nova fórmula utilizada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), de forma a garantir uma uniformidade na sua aplicação pela ANS. Os diretores aprovaram a proposta.

5) ITEM DIPRO – Na sequência, foi colocada em aprovação a proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre as normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP), para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. A diretora-adjunta da DIPRO, Carla Soares, explicou tratar-se de aperfeiçoamento de normativos, sem alterações de mérito, cumprindo-se as determinações do Decreto 10.139/2019. Ela informou que foram consolidados os seguintes normativos: a RDC 85/2001; as RNs 61/2003, 205/2009, 229/2010 e 399/2016; e a IN DIPRO 21/2009, tendo passado pela avaliação da Procuradoria Federal junto à ANS. A proposta foi aprovada pelos diretores.

6) ITEM PRESI – O diretor-presidente da ANS pautou a aprovação da realização da Audiência Pública da Agenda Regulatória 2023-2025. Paulo Rebello passou a palavra para a gerente de Planejamento da ANS, Juliana Dib, que informou que foram contabilizadas quase 300 contribuições após a tomada de subsídios e que a análise está sendo feita pela área técnica. A realização de audiência pública foi aprovada pelos diretores.

7) ITEM DIFIS – A diretora Eliane Medeiros apresentou para deliberação a aprovação de Acordo de Cooperação Técnica da ANS com o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania. Foi informado que o termo atende ao padrão adotado pela ANS em casos similares, com duração de 36 meses, sem qualquer transferência de recursos financeiros. Após as explicações, o caso foi submetido aos diretores, que aprovaram a celebração do acordo.

8) ITEM DIFIS – Da mesma forma como no item anterior, foi pautada para deliberação a aprovação de Acordo de Cooperação Técnica da ANS com a Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça (SENACON/MJ) no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania. A diretora Eliane Medeiros informou que a minuta da parceria com a SENACON possui peculiaridades que a distingue de outros acordos celebrados pela ANS dentro do Programa Parceiros da Cidadania, cabendo destacar a disponibilização de link da plataforma consumidor.gov.br no site da ANS, acesso conferido à ANS às demandas cadastradas naquela plataforma não para fiscalização em concreto das demandas não resolvidas, mas para monitoramento e insumo regulatório e eventual ação mais macro pela fiscalização, além de divulgação de vídeos e conteúdos midiáticos, bem como realização de ação conjunta, voltados para educação para o consumo no âmbito do setor de saúde suplementar. Foi ressaltado que o termo tem duração de 36 meses, sem qualquer transferência de recursos financeiros. Após as explicações, o caso foi submetido aos diretores, que aprovaram a celebração do acordo.

9) ITEM DIFIS – Eliane Medeiros também propôs a aprovação de realização de consulta pública para proposta de extinção da fase de classificação residual de demandas da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Foi convidado o assessor normativo da DIFIS Gustavo Campos para apresentar a proposta, que visa a tornar o fluxo da NIP mais célere e a facilitar os trabalhos fiscalizatórios da Agência. A proposta apresentada encontra-se amparada em apontamento feito pela Auditoria Interna da ANS, que orientou que fossem verificados os efeitos dos resultados em comparação com os custos de manutenção da etapa de classificação residual. Após tal análise, a DIFIS propôs essa alteração no rito procedimental, com vistas a conferir maior agilidade nos processos. Os diretores apreciaram a proposta nos termos apresentados, autorizando a abertura de consulta pública por 45 dias para que a sociedade possa fazer contribuições a partir das mudanças normativas sugeridas. O diretor Maurício Nunes, contudo, pediu que a proposta fosse submetida ao Comitê de Qualidade Regulatória para

esclarecimentos quanto à instrução do processo, com prazo de devolutiva até 08/11, o que foi assentido pelos demais diretores.

BLOCÃO – Paulo Rebello pautou 370 processos administrativos, sendo 72 processos sancionadores, 288

processos de ressarcimento ao SUS, 1 processo de doença ou lesão preexistente, 1 processo de notificação fiscal de lançamento de débito e 8 processos de parcelamento de ressarcimento ao SUS, sendo aprovados pelos diretores todos aqueles que não tenham qualquer tipo de impedimento.

---

**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.br](mailto:saude@milliman.com.br).

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.