

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS amplia transparência sobre índices de reclamações](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Triplica o número de reclamações contra operadoras da saúde na ANS](#) - Fonte: Segs

[SulAmérica é alvo de reclamações por descredenciamento de serviços](#) - Fonte: Estadão

[Pesquisa aponta que 33% dos médicos do país atenderam via teleconsulta](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS divulga dados econômico-financeiros do 3º tri/2022](#) - Fonte: GOV (ANS)

[‘Com orçamento enviado para o Congresso, saúde entra em colapso’](#) - Fonte: Jota Info

[Remédio de R\\$ 6 milhões estará disponível no SUS e será coberto por planos de saúde em 180 dias](#) -
Fonte: O Globo

[Normativo define fiscalização de plano de saúde de autogestão](#) - Fonte: Investidor Institucional

[ANS publica versão de novembro do Padrão TISS](#) - Fonte: GOV (ANS)

ANS AMPLIA TRANSPARÊNCIA SOBRE ÍNDICES DE RECLAMAÇÕES

GOV (ANS) – 12/12/2022

Novos painéis interativos facilitam consultas sobre Índice Geral de Reclamações e Taxas de Resolutividade

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está lançando mais duas ferramentas para consulta a dados do setor de planos de saúde de forma interativa. Já estão disponíveis no portal da Agência os painéis dinâmicos Índice Geral de Reclamações (IGR) e Taxa de Resolutividade, que possibilitam o acesso a informações de uma maneira muito mais ágil e simples. Confira os dois painéis no portal www.gov.br/ans, em Assuntos > Informações e Avaliações > [Índice de Reclamações](#).

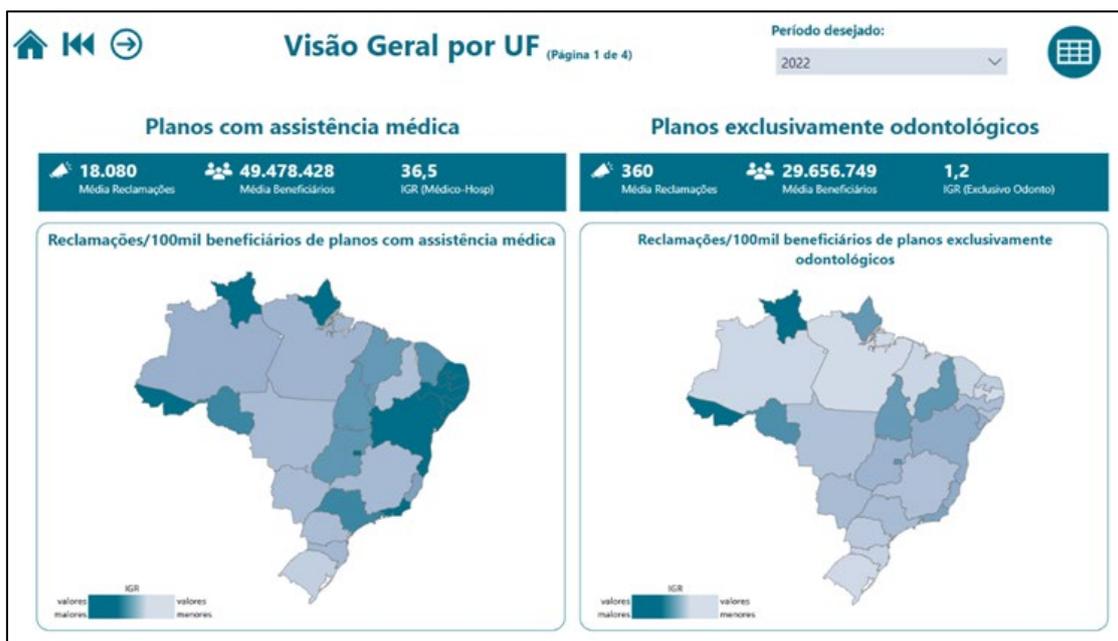
“O Índice Geral de Reclamações foi criado para dar mais transparência às necessidades registradas pelos consumidores que abrem suas demandas na ANS. É uma importante ferramenta de comparação para uma escolha consciente de um plano de saúde”, diz Eliane Medeiros, diretora de Fiscalização da ANS. “A Taxa de Resolutividade qualifica os dados do IGR à medida que mostra o quanto daquelas demandas mostradas no primeiro painel foram resolvidas. São dados que devem ser analisados em conjunto pelo consumidor e pela própria operadora que pode comparar seus resultados com o de seus pares e assim identificar possíveis falhas no seu processo”, destaca.

Painel Índice Geral de Reclamações

O Índice Geral de Reclamações (IGR) é uma medida criada pela ANS que contabiliza as reclamações de consumidores sobre operadoras de planos de saúde recebidas nos canais de atendimento da Agência. O cálculo do índice é feito de maneira que quanto menor o número do IGR, maior é a satisfação do beneficiário.

Então, pelo [Painel IGR](#) é possível verificar, por exemplo, a evolução de reclamações registradas na ANS com possibilidade de consulta por período de tempo, porte de operadora ou, ainda, a evolução de uma operadora específica. Assim, o beneficiário pode comparar o índice da operadora de seu interesse com a média nacional ou com o grupo de operadoras do mesmo porte, e verificar se aquela operadora está abaixo, acima ou dentro da média.

Na imagem abaixo, uma tela do painel que mostra a média nacional do IGR em 2022 está, até o momento, em 36,5 para os planos de assistência médica e 1,2 para os planos exclusivamente odontológicos. Isto quer dizer que, em média, os planos de assistência médico-hospitalar possuem 36,5 reclamações para cada 100 mil beneficiários e os planos exclusivamente odontológicos possuem em média 1,2 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários.



Painel Taxa de Resolutividade

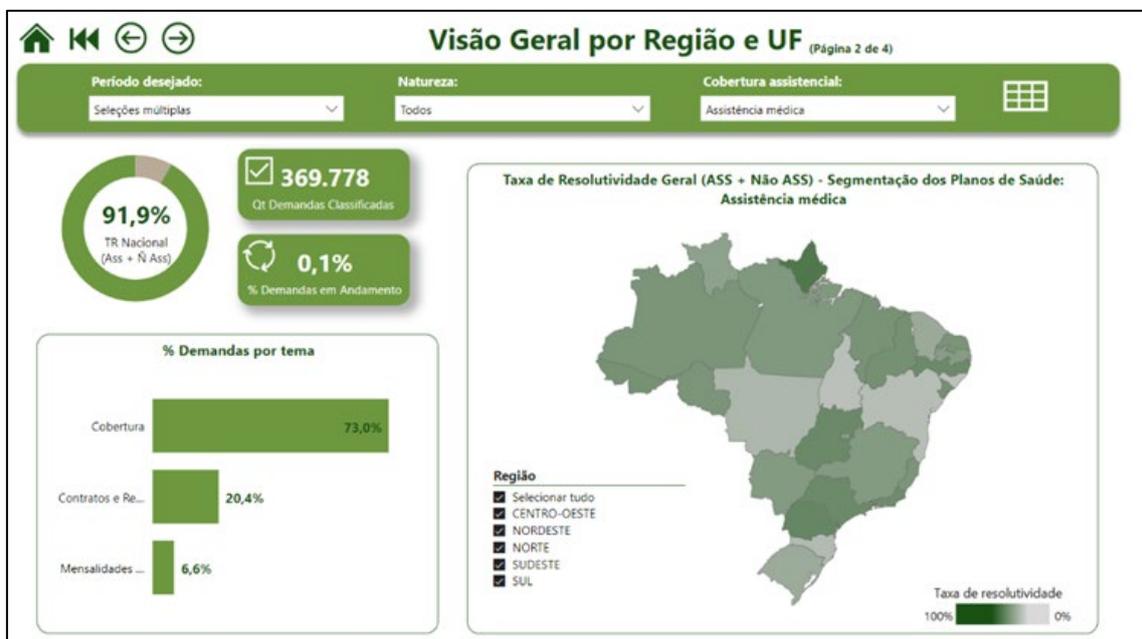
A Taxa de Resolutividade (TR) é uma métrica calculada com base nas reclamações de consumidores registradas nos canais de atendimento da ANS que foram tratadas por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Retrata a capacidade de resolução consensual de conflitos entre

usuários de planos de saúde e operadoras/administradoras de benefícios alcançada pela mediação realizada pela ANS.

Nessa taxa, quanto maior o percentual melhor, pois indica que houve intenção e capacidade da operadora em solucionar as questões recebidas na ANS.

No [Painel da TR](#), é possível ter uma visão geral da evolução da taxa de resolatividade por período, por tipo de cobertura contratada (assistência médica ou exclusivamente odontológica), por tema e subtema da reclamação, por região e estado, e por operadora, sempre comparando a TR de uma operadora com a taxa do país, da região ou mesmo estado.

Na imagem abaixo, é possível observar, por exemplo, que a taxa de resolatividade de reclamações sobre planos de assistência médica – assistenciais e não assistenciais – atingiu 91,9% no mês de outubro de 2022, ou seja, a cada 100 reclamações recebidas na ANS e classificadas na NIP aproximadamente 92 foram solucionadas. Nas páginas que se seguem do painel, o consumidor pode ver os dados da sua própria operadora ou da operadora que pretende contratar.



TRIPLICA O NÚMERO DE RECLAMAÇÕES CONTRA OPERADORAS DA SAÚDE NA ANS

Segs – 12/12/2022

Para Rodrigo Araújo, advogado especializado em saúde, o descredenciamento da rede é contrário à lei e pode ser revisto judicialmente

Apesar de o descredenciamento de hospitais e laboratórios pela Sul América ter ficado mais em evidência na mídia recentemente, outras operadoras de saúde também agiram da mesma forma e não é por outro motivo que o número de reclamações sobre descredenciamento triplicou na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O que diz a Lei a respeito do descredenciamento?

De acordo com a Lei dos Planos de Saúde, a inclusão de um hospital ou de qualquer prestador de serviço na rede credenciada implica compromisso da operadora com o consumidor quanto a manutenção desse prestador ao longo da vigência do contrato, podendo este ser substituído por outro equivalente e mediante comunicação ao consumidor com 30 dias de antecedência.

Quando o descredenciamento é irregular?

Para o advogado especialista em saúde, Rodrigo Araújo, a exclusão de um hospital ou laboratório da rede credenciada contratada é abusiva quando o consumidor não é avisado com antecedência mínima de 30 dias e quando não há a substituição do prestador de serviços descredenciado por outro equivalente. São requisitos cumulativos.

“Muitas vezes, a operadora de saúde nem sequer informa que o hospital ou laboratório foi descredenciado e o paciente acaba descobrindo isso quando está buscando o atendimento médico/hospitalar. A Lei determina a substituição de um estabelecimento descredenciado por outro equivalente”, completa o especialista.

Rede credenciada – Diferencial para contratação

Quando o consumidor contrata um plano de saúde, ele decide se vai contratar a cobertura ambulatorial e/ou hospitalar, com ou sem obstetrícia; se vai ter ou não coparticipação; e o mais importante para a maioria dos consumidores, quais os hospitais e laboratórios que são importantes para ele ter na rede credenciada.

“Para se ter uma rede credenciada com hospitais melhores, o consumidor tem que pagar mais e não é justo, tampouco permitido pela Lei, que a operadora de saúde, tempos depois, descredencie esses hospitais que motivaram a escolha do consumidor por aquele padrão de cobertura mais caro, sem a necessária inclusão de outro hospital de mesmo padrão”, explica o especialista.

O que fazer se ocorrer o descredenciamento irregular?

Para o advogado Rodrigo Araújo, caso não tenha sido previamente informado, o consumidor deverá requerer que a operadora de saúde informe, por escrito, quando ocorreu o

descredenciamento e qual foi o prestador de serviço (hospital ou laboratório) que substituiu o prestador de serviços descredenciado.

“Constatado o descredenciamento irregular, o consumidor poderá ajuizar uma ação judicial para requerer o restabelecimento da rede credenciada e, em alguns casos, até mesmo reparação por danos materiais e, dependendo das circunstâncias de cada caso, o pedido de restabelecimento da rede credenciada poderá ser requerido por meio de liminar, o que implica dizer que o hospital poderá voltar a ser utilizado pelo consumidor poucos dias após a ação ter sido ajuizada”, finaliza o especialista.

SULAMÉRICA É ALVO DE RECLAMAÇÕES POR DESCREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS

Estadão – 10/12/2022

Cientes argumentam que tiveram de interromper e atrasar acompanhamentos ou mesmo pagar por exames

Com 2 milhões de clientes no segmento saúde, a operadora SulAmérica vem sendo alvo de reclamações e processos judiciais por descredenciar inúmeros serviços – entre laboratórios, hospitais e clínicas – nos últimos meses. Clientes argumentam que, com as mudanças, tiveram de interromper ou atrasar acompanhamentos médicos e, em alguns casos, estão tendo de se deslocar para outras cidades para ter acesso a determinados procedimentos.

Beneficiários e entidades de defesa do consumidor afirmam que as alterações na rede credenciada começaram no início do ano e se intensificaram a partir de setembro, coincidindo com o período da venda da operadora para a Rede D’Or, anunciado em fevereiro e aprovado pelo Cade em novembro. A Rede D’Or, no entanto, afirma que a negociação está em curso e que ainda não assumiu a gestão da operadora (leia mais abaixo).

O número de queixas abertas no site Reclame Aqui contra a SulAmérica quase dobrou neste ano em comparação com 2021, passando de 4,9 mil para 9,3 mil no período. A SulAmérica afirma que fez apenas ajustes pontuais na rede laboratorial e que segue as normas da ANS (leia mais abaixo).

“Notamos esse movimento de descredenciamento, principalmente na rede laboratorial, e percebemos que os beneficiários não estavam sendo devidamente avisados. Eles ficavam sabendo que não tinham mais direito quando já estavam no local para fazer o procedimento. Alguns até tiveram de pagar o procedimento”, conta Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Foi o caso da gerente de marketing Kézia Pietro, de 54 anos, que acompanhava a filha de 18 anos em consultas e exames em um hospital oncológico por uma suspeita de tumor na tireoide. “O plano descredenciou esse hospital e outros dois

da minha cidade para exames laboratoriais e de imagem. Tive de pagar quase R\$ 300 para fazer um dos exames da minha filha”, afirma ela, que mora em Ribeirão Pires, região metropolitana de São Paulo.

Ela diz que, com as mudanças, precisa se deslocar pelo menos 15 quilômetros até um município vizinho para fazer um simples exame de sangue. “Quando a gente fez a escolha do plano, foi justamente pela rede credenciada. Agora vivemos esse transtorno.”

O líder de laboratório Neemias Jesus da Conceição, de 35 anos, também reclama que ficou sem opções perto de casa. Além disso, sua mulher está grávida de 7 meses e a clínica onde faz o pré-natal foi descredenciada. “A obstetra nos acompanha desde o começo da gravidez e faria o parto. Como vamos ter confiança para mudar de médico na reta final da gravidez?” Nos dois casos, os usuários dizem não ter recebido nenhuma comunicação da operadora.

A contadora Tereza Cristina Rodrigues Narciso, de 65 anos, que faz acompanhamento há cinco anos após o diagnóstico de um câncer de endométrio, perdeu o direito de realizar os exames no hospital oncológico onde era monitorada e teve vários médicos descredenciados do plano. “Médicos de várias especialidades que o plano cobria agora tenho que pagar particular. As consultas custam de R\$ 800 a R\$ 1.000 e o máximo que consigo é um reembolso de R\$ 168”, conta.

Navarrete explica que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) prevê que as empresas são obrigadas a comunicar seus clientes sobre qualquer mudança no produto ou serviço, e a resolução normativa 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), determina que a operadora deve substituir prestadores descredenciados por outros equivalentes.

Diante do cenário, o Idec enviou ofício para a operadora recomendando que seja feita nova comunicação sobre as mudanças a todos os clientes e que os que tiveram gastos por conta da situação sejam ressarcidos.

Ações na Justiça

De acordo com o advogado Rafael Robba, sócio da Vilhena Silva Advogados e especialista em direito à saúde, quando se trata de um descredenciamento em massa, e não pontual, o processo precisa ser autorizado pela ANS.

O escritório já moveu 30 ações na Justiça por descredenciamento de rede pela SulAmérica neste ano. Em todo o ano passado, apenas uma ação do tipo havia sido movida pelo escritório. “Se a SulAmérica descredenciou uma série de prestadores e não colocou outros no lugar, é um redimensionamento de rede que só pode ser feito com autorização. Além disso, se o beneficiário já faz acompanhamento em algum serviço, essa perda pode gerar prejuízo na continuidade daquele tratamento”, diz.

Algumas ações já tiveram seus pedidos liminares julgados pela Justiça, com ganho de causa para o beneficiário. Foi o caso da radialista Cristina Braga, de 60 anos, que teve um segundo diagnóstico de câncer de mama em 2018 e faz tratamento e acompanhamento periódicos.

Ela conta que é atendida desde 2008 (ano do diagnóstico do primeiro câncer) no mesmo hospital e que, no último mês, foi informada que não poderia mais fazer os exames na unidade. “Estou em remissão, mas é um tipo de câncer com alto potencial de recidiva, então me sinto mais segura em manter o acompanhamento onde estou”, afirma.

Na decisão do caso de Cristina, o juiz estabelece que a operadora deve restabelecer a rede onde a paciente fazia acompanhamento em 48 horas, sob pena de multa diária de R\$ 1 mil. No parecer, o magistrado afirma que, “dada a gravidade da situação de saúde da autora, há o risco de dano à sua vida e integridade caso a providência não seja deferida”.

Segundo Robba, os maiores prejudicados pelas mudanças na rede credenciada têm sido beneficiários de planos individuais ou do plano empresarial Exato, de valor mais baixo. “Pode ser uma estratégia para esses consumidores deixarem esses planos ou fazerem upgrade, por serem menos interessantes economicamente para a operadora. Cabe à ANS fiscalizar porque, na prática, essas mudanças dificultam o acesso”, afirma.

Empresa alega só ‘ajustes na sua rede de atendimento’ em SP

Questionada sobre os descredenciamentos e as reclamações dos clientes, a SulAmérica afirma que não descredenciou médicos e serviços hospitalares, somente fez “ajustes na sua rede de atendimento laboratorial na cidade de São Paulo” para os planos da linha Exato e alguns individuais, centralizando seu atendimento na Rede Dasa, o que teria aumentado o número de pontos de atendimento de 90 para 160, “cobrindo toda a região metropolitana”.

“A rede de prestadores foi reorganizada de forma que alguns planos sejam atendidos essencialmente por laboratórios parceiros credenciados (Lavoiser, Salomão e Zoppi, Delboni, Cytolab e Deliberato), com ampla capilaridade e com qualidade reconhecida”, afirmou a empresa. Clientes da região metropolitana de cidades como Ribeirão Pires, Carapicuíba e Barueri dizem, porém, ter ficado sem opções.

A empresa diz ainda que seguiu as normas da ANS e “tem comunicado e reforçado” as mudanças aos beneficiários. Disse também que “está atuando para que seus prestadores orientem adequadamente os(as) beneficiários(as) para que nenhum(a) deixe de ser atendido(a)”.

A SulAmérica afirma ainda que as reclamações recebidas estão sendo “prontamente atendidas” e que “os canais de atendimento ao consumidor permanecem a postos para atender qualquer dúvida pelo aplicativo, site, Whatsapp ou telefone”.

A ANS também foi questionada sobre o monitoramento e fiscalização das mudanças na rede da operadora, mas não se pronunciou.

A Rede D’Or informou que a negociação para a compra da SulAmérica ainda não foi concluída porque passa por análise de órgãos públicos. Dessa forma, diz a empresa, não há gestão da Rede D’Or na SulAmérica. O grupo hospitalar afirmou ainda que as mudanças feitas pela SulAmérica na rede credenciada antecedem a negociação para a aquisição da companhia. E ressaltou que as alterações nos prestadores de serviço retiraram atendimentos da própria Rede D’Or - em São Paulo, por exemplo, o parceiro escolhido para assumir os atendimentos laboratoriais foi o Grupo Dasa.

Como reclamar

SulAmérica: (11) 3004-9723 (SAC pelo WhatsApp) e chat disponível no app da operadora

ANS: 0800 701 9656 ou pelo Fale Conosco do site www.ans.gov.br

PESQUISA APONTA QUE 33% DOS MÉDICOS DO PAÍS ATENDERAM VIA TELECONSULTA

Agência Brasil – 09/12/2022

Dados da pesquisa TIC Saúde foram divulgados pelo Cetic

Regulamentada recentemente, a teleconsulta ou consulta médica não presencial foi utilizada por 33% dos médicos e 26% dos enfermeiros em todo o país no atendimento a pacientes em 2022. Os dados foram divulgados nessa semana pelo Centro de Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic). A pesquisa TIC Saúde deste ano mostra um crescimento do uso de tecnologias por profissionais do setor quando comparado ao período anterior à pandemia, o que, para os pesquisadores, pode impactar positivamente a assistência à saúde.

Um dos avanços envolve dados de pacientes disponíveis eletronicamente. Entre os enfermeiros, as anotações de enfermagem aumentaram de 52% em 2019 para 85% este ano; o histórico e as anotações clínicas do paciente, de 62% para 85%; e as imagens e exames radiológicos, de 42% para 65%. Já entre os médicos, os maiores aumentos foram na disponibilidade de lista de medicamentos prescritos (de 74% para 85%); nos principais motivos que levaram o paciente ao atendimento (de 77% para 85%); e nas anotações de enfermagem (69% para 79%).

A pesquisa constatou avanço na utilização da chamada telessaúde, serviços prestados remotamente por meio de tecnologias da informação e comunicação. O monitoramento remoto de pacientes, por exemplo, que em 2019 era realizado por 16% dos enfermeiros, passou a ser utilizado por 29% deles em 2022. Entre os médicos, a prática foi de 9% para 23% no mesmo período. Também na comparação entre 2019 e 2022, o serviço de teleconsultoria, contato entre profissionais da área para sanar dúvidas, aumentou de 26% para 34% entre enfermeiros e de 26% para 45% entre médicos.

Os dados mostram ainda que a prescrição médica em formato eletrônico tem sido utilizada por 68% dos médicos no país. Entretanto, a forma de assinatura das prescrições continua sendo, em sua maioria, manual (71%). Já em relação a prescrições feitas pela enfermagem – item incluído pela primeira vez na pesquisa –, 51% foi realizada pelo computador e 68%, assinada manualmente.

Infraestrutura

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 3º TRI/2022

GOV (ANS) – 08/12/2022

Cenário mais difícil foi observado nas operadoras de grande porte

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou dados econômico-financeiros referentes ao 3º trimestre de

Em 2022, de acordo com o estudo, 97% dos estabelecimentos públicos de saúde já contavam com computador, contra 94% em 2021. No Nordeste, por exemplo, 97% desses locais têm computador e internet disponível, contra índices de 92% e 91%, respectivamente, no ano anterior. As unidades básicas de saúde (UBS) registraram aumento no uso de computadores (passando de 94% para 97% no mesmo período) e no acesso à internet (de 92% para 97%). De um total de 43 mil UBS, 1,3 mil não possuem esses recursos tecnológicos.

Segurança da informação

Ainda conforme a pesquisa, o percentual de estabelecimentos de saúde que contam com uma política de segurança da informação definida passou de 30% em 2021 para 39% em 2022. O avanço foi maior entre estabelecimentos privados, onde metade possui uma política sobre o tema, contra 25% dos públicos.

A pesquisa

Realizada desde 2013, a TIC Saúde tem como objetivo investigar a penetração das tecnologias da informação e comunicação em estabelecimentos de saúde e sua apropriação por profissionais de saúde. O estudo conta com o apoio de organismos internacionais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco).

A realização da pesquisa é apoiada pelo Ministério da Saúde e o Departamento de Informática do SUS (Datasus), pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS).

Na edição deste ano, as entrevistas foram feitas entre abril e outubro de 2022 com 2.127 gestores de estabelecimentos de saúde localizados em todo o território nacional. A pesquisa também entrevistou 1.942 profissionais de saúde.

No total, as operadoras médico-hospitalares apresentaram resultado líquido negativo de R\$ 3,4 bilhões. Já as operadoras exclusivamente odontológicas e administradoras de benefícios tiveram resultado líquido positivo de R\$ 958,5 milhões.

Para efeitos comparativos, em 2018 e 2019, que antecederam a pandemia de Covid-19, o resultado líquido acumulado até o 3º trimestre de cada ano girava em torno de R\$ 8 bilhões. Atingiu pico de R\$ 15,9 bilhões em 2020, já influenciado pela questão sanitária, e apresentou queda a partir de 2021.

As dificuldades de o mercado obter retorno exclusivamente na operação de planos vem sendo observado pela ANS desde o 2º trimestre de 2021.

A sinistralidade acumulada do ano registrou aumento, passando de 88,84% no 2º trimestre de 2022 para 90,30% no terceiro trimestre. A mediana dos últimos doze meses (valor central de uma amostra) ficou estável em cerca de 84,5%, com patamar superior ao período pré-pandemia, quando oscilou entre 80% e 82%.

"Esses números indicam que praticamente 90% do arrecadado com os planos é gasto com assistência à saúde", explica Jorge Aquino, Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

Em uma análise geral dos números, retirado o efeito da inflação (IPCA), nota-se queda de receita de planos (-3%) e de despesa assistencial (-2%) no último trimestre, apesar do aumento do número de beneficiários, que ficou em 50,1 milhões (planos médico-hospitalares) e 30,5 milhões (planos exclusivamente odontológicos) em setembro de 2022. A

comparação da receita de planos e despesas assistenciais reforça os movimentos de estagnação da receita e sugere mudança dos beneficiários para planos mais baratos desde o 4º trimestre de 2021.

O principal compensador de desempenho com a operação de planos continua sendo o resultado das aplicações financeiras, que, favorecido por taxas de juros mais altas, apresentou o melhor resultado acumulado da série para o 3º trimestre: R\$ 7,3 bilhões entre as médico-hospitalares. Este número já é maior do que o setor registrou no ano inteiro de 2021.

Os dados apresentados estão disponíveis no Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e no Painel Contábil da Saúde Suplementar da ANS. Os painéis apresentam as demonstrações contábeis das operadoras de planos de saúde de maneira dinâmica e abrangente.

O Prisma apresenta a evolução dos dados econômico-financeiros do setor de forma consolidada e por modalidade de operadoras de planos de saúde. É dividido em três grandes grupos: Dados Consolidados do Setor de Saúde Suplementar, Ativos Garantidores e Provisões Técnicas e Indicadores Econômico-Financeiros (ponderados e não ponderados). [Confira aqui o Prisma Econômico-Financeiro.](#)

O Painel Contábil da Saúde Suplementar apresenta os dados contábeis divulgados no portal da ANS e no Portal Brasileiro de Dados Abertos. Por meio do Painel, o usuário pode visualizar os dados por operadora, modalidade e porte, como contas de ativo, passivo, receitas e despesas das demonstrações contábeis, além dos principais resultados calculados a partir desses dados. [Acesse o Painel Contábil da Saúde Suplementar..](#)

'COM ORÇAMENTO ENVIADO PARA O CONGRESSO, SAÚDE ENTRA EM COLAPSO'

Jota Info – 08/12/2022

De acordo com Antonio Britto, diretor-executivo da Anahp, novo governo vai precisar de recursos para resolver questões mais urgentes.

Diretor executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Antonio Britto define como essencial a prioridade dada pela equipe de saúde do governo de transição para a questão orçamentária. "O ministério não resiste ao orçamento que foi previsto", afirmou. "Se nada for feito, vai haver colapso em diversos serviços", disse ele em entrevista ao JOTA.

Sem recursos, argumenta, não há como se colocar em prática o esforço para se reduzir a fila de espera para cirurgias, exames e demais procedimentos. "A demanda reprimida durante a pandemia é angustiante. Traz prejuízos enormes para os pacientes. Um exemplo disso são os diagnósticos tardios de casos de câncer", completou.

Apagar incêndios

Britto avalia que o escolhido para ficar à frente do Ministério da Saúde terá grandes dificuldades pela frente, além da questão orçamentária. "O ano de 2023 será um ano para apagar incêndios. O novo ministro vai precisar de recursos para resolver questões mais urgentes: vacinação, as filas agravadas na pandemia, saúde mental. Será muito difícil dedicar-se a outras tarefas. Isso deve ocorrer em anos seguintes."

Colaboração do setor privado

Os desafios, disse, também serão enfrentados no setor. "O setor privado espera que o governo dialogue e não surpreenda; que haja estabilidade nas regras. Esperamos contribuir para reduzir a fila de espera dos procedimentos urgentes que ficaram atrasados, contribuir na luta política

para recursos para a saúde. O setor privado não tem que só pedir, tem também de oferecer. Temos de oferecer parceria para tentar resolver esses incêndios mais urgentes.”

Para realização de mutirões, há perspectiva de parceria com o setor privado. Um dos modelos avaliados prevê que, em regiões onde houver necessidade, serviços de atendimento privados possam ser contratados para a prestação dos serviços, com aproveitamento da capacidade ociosa.

Numa reunião realizada há poucos dias, representantes do setor privado sugeriram que parte dos procedimentos realizados neste processo não sejam feitos mediante pagamento direto. A ideia é que o valor seja abatido da dívida que instituições tenham com a União.

Integrantes do grupo de transição afirmaram ao JOTA que a ideia pode ser discutida. Há apenas uma consideração: os valores pagos devem ser equivalentes entre instituições. E isso vale também para a amortização da dívida.

Piso da Enfermagem

Entre os desafios listados por Britto para 2023 estão o financiamento do piso da enfermagem. “O Congresso não conseguiu avançar na questão de fontes. Vai ser necessário

um esforço do governo e de parlamentares para resolver essa questão.” Britto defendeu que, no caso do setor privado, a alternativa mais viável seria a desoneração da folha de pagamento. “Mas a sugestão não resolve o problema das Santas Casas. Outras medidas também devem ser analisadas”, disse.

Tabela SUS

O diretor-executivo da Anahp ressaltou também a importância de se iniciar uma discussão em torno de novas lógicas de pagamento de prestadores de serviços, em substituição à tabela de procedimentos. “O novo ministro vai ter de dedicar uma atenção especial à tabela. Porque nem quem paga nem quem recebe está satisfeito. Há consenso de que essa metodologia deve ser alterada.”

Para isso, contudo, é essencial o aumento do orçamento. “Querer mexer na tabela com a atual carência de recursos é quase um exercício impossível. Quando recursos forem obtidos, é importante ter uma solução que traga metas de atendimento e resultados, monitoramento e, para que isso tudo seja possível, organização de dados. Sem informatização, digitalização do sistema dificilmente o acompanhamento é possível.”

REMÉDIO DE R\$ 6 MILHÕES ESTARÁ DISPONÍVEL NO SUS E SERÁ COBERTO POR PLANOS DE SAÚDE EM 180 DIAS

O Globo – 07/12/2022

Medicamento indicado para tratamento de crianças com atrofia muscular espinhal (AME) do tipo I teve a inclusão na rede pública publicada nesta quarta no DOU

Nesta quarta-feira, o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, publicou no Diário Oficial da União (DOU) a incorporação do medicamento onasemnogeno abeparvoveque, cuja dose custa por volta de R\$ 6 milhões, no Sistema Único de Saúde (SUS). A medida oficializa a inclusão do remédio na rede pública, que havia sido anunciada pelo titular da pasta durante o fim de semana nas redes sociais.

Pela sanção da Lei 14.307, de março deste ano, o tratamento deverá ser incluído também no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entre as terapias cobertas pelos planos. Isso porque a nova legislação estabelece que todas as tecnologias do SUS também devem ser incorporadas à saúde suplementar.

Conhecido pelo nome comercial de Zolgensma, o tratamento da farmacêutica Novartis é destinado a crianças com atrofia muscular espinhal (AME) do tipo I, e é considerado um dos mais caros do mundo. Segundo a publicação no DOU, o remédio estará disponível no SUS e para cobertura pelos planos em até 180 dias – prazo necessário para os procedimentos de compra, distribuição e elaboração do protocolo clínico para uso.

O medicamento chegou ao Brasil no início desse ano, mas até então era comercializado apenas na iniciativa privada. Trata-se de uma terapia gênica para bebês de até seis meses diagnosticados com o tipo 1 da AME, também chamado de doença de Werdnig-Hoffman. É a forma mais comum da doença degenerativa, responsável por cerca de 60% dos casos.

“Esta é uma luta de muitos pais e de todos nós. Fico feliz em dar uma resposta tão importante. A AME é uma doença muito rara, degenerativa, que afeta o neurônio motor, responsável por gestos voluntários vitais para o corpo humano, como respirar, engolir e se mover”, diz Queiroga, em comunicado.

Para ser incorporado no SUS, o medicamento passou pela avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec) e por uma consulta pública, que foram favoráveis à inclusão do remédio.

O que é a AME?

A AME é uma doença rara, degenerativa e genética que leva o organismo a não produzir a proteína SMN, essencial para os neurônios motores, que são responsáveis pela movimentação do corpo. Por isso, provoca sintomas como perda do controle e força muscular, incapacidade de engolir, de locomoção e até mesmo de realizar o ato de respirar.

O diagnóstico é dividido em cinco subtipos, de 0 a 4, cada um correspondente ao estágio dos sintomas e à idade do paciente. Quanto mais cedo o quadro se manifesta, piores são os impactos. Por isso, a forma 1, que surge em crianças pequenas, embora a mais frequente, é uma das mais graves. Já o subtipo 4, cujos sinais costumam aparecer apenas na segunda ou terceira década de vida, é a mais branda.

Os tratamentos disponíveis buscam evitar a progressão dos sintomas e estender a qualidade e expectativa de vida. Estima-se hoje que a cada 100 mil pessoas, uma recebe o diagnóstico de AME. A mortalidade, no entanto, é alta entre os subtipos 0 e 1. Geralmente, no primeiro, quando o caso é detectado ainda no pré-natal, o bebê não resiste. Já no 1, com os cuidados necessários, a taxa de letalidade é por volta de 30%. Nos demais, a expectativa assemelha-se à de pessoas sem a doença.

NORMATIVO DEFINE FISCALIZAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO

Investidor Institucional – 07/12/2022

O Diário Oficial da União desta quarta-feira (7/12) publicou a Resolução Conjunta Normativa Previc-ANS nº 552/2022, que estabelece critérios para a fiscalização dos planos de saúde de autogestão operados pelas entidades fechadas de previdência complementar (EFPC). O normativo redefine algumas atribuições legais da Previc e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) relacionadas às operações desses planos privados de saúde.

A Lei Complementar 109/2001 proibiu a criação de novos planos de saúde geridos pelas EFPC, mas permitiu que os planos de autogestão já existentes fossem mantidos sob

administração das entidades fechadas. Colocava com condição, entretanto, que fosse estabelecido um custeio específico segregado da operação de previdência.

A legislação definiu também que a fiscalização de tais planos fosse realizada de forma compartilhada entre Previc e ANS. A questão foi regulamentada pela Instrução Conjunta SPC/ANS nº 1/2008, que agora foi revogada pela nova resolução. A nova normal já está em vigor desde 1 de dezembro de 2022. Para ver a íntegra do normativo, [clique aqui](#)

ANS PUBLICA VERSÃO DE NOVEMBRO DO PADRÃO TISS

GOV (ANS) – 07/12/2022

As informações atualizadas já estão disponíveis no site da Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a versão de novembro do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS). Foram atualizadas as terminologias de Materiais e OPME (tabela 19), Medicamentos (tabela 20); Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS (tabela 64) do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS); e os componentes Organizacional e de Conteúdo e Estrutura.

Todas as alterações estão descritas no histórico das versões, que pode ser consultado [aqui](#).

As operadoras foram comunicadas por meio do [Ofício-Circular nº:7/2022/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#), disponibilizado no Protocolo Eletrônico.

Sobre o Padrão TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar avaliações e acompanhamentos econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Para mais informações, [clique aqui](#).

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.