

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

06 de março de 2024



## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS incorpora nova tecnologia ao Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS realiza reunião com operadoras sobre o projeto cuidado integral à saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Unimed Ferj vai absorver clientes da Unimed-Rio a partir de abril](#) - Fonte: O Globo

[O uso da Inteligência Artificial na saúde: avanços, desafios e impactos](#) – Fonte: Saúde Debate

[Janeiro de 2024: planos exclusivamente odontológicos somaram 32,7 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[IBDSS promove o curso “gestão de contratos e negociação na saúde suplementar”](#) - Fonte: Setor Saúde

[O papel do judiciário no combate às fraudes na saúde suplementar](#) - Fonte: Saúde Debate

[Planos de saúde: número de internações por doenças raras cresce 20% entre 2021 e 2022](#)- Fonte: Revista Apólice

[Casos de Dengue e exames de Covid-19 disparam na rede privada](#) - Fonte: Jota Info

[AGU se manifesta contra lei que obriga planos a cobrir exames pedidos por nutricionistas](#) - Fonte: Jota Info

[ANS realiza campanha para incentivar a qualidade da informação de cadastro de beneficiários das operadoras junto à ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS concede portabilidade para clientes da operadora Halsa Operadora de Medicina de Grupo Ltda](#) - Fonte: GOV (ANS)

## ANS INCORPORA NOVA TECNOLOGIA AO ROL

GOV (ANS) – 05/03/2024

Terapia para doença de Fabry em pacientes a partir de 8 anos de idade passa a ter cobertura obrigatória.

Em reunião realizada na segunda-feira 26/02, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a incorporação de uma nova tecnologia ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Trata-se da Beta-agalsidase, uma terapia para tratar pacientes com doença de Fabry clássica, a partir de 8 anos de idade.

A incorporação da tecnologia se deu de acordo com a Lei 14.307/2022, que determina que após a recomendação positiva de inclusão na rede pública de saúde pela Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no Sistema Único de Saúde, ela deve ser incluída no Rol da Agência. Assim, o Beta-agalsidase passa a ter cobertura obrigatória na saúde suplementar, de acordo com as diretrizes de utilização, a partir de 05/03.

### Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conta com tecnologias disponíveis aos beneficiários entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias, atendendo às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

## ANS REALIZA REUNIÃO COM OPERADORAS SOBRE PROJETO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

GOV (ANS) – 05/03/2024

Operadoras selecionadas e as que estão na fila de espera tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 20/02, uma reunião virtual com operadoras selecionadas e outras que estão em fila de espera para participação no segundo edital do projeto Cuidado Integral à Saúde, uma parceria da ANS com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Na abertura do encontro, a gerente de Estímulo à Inovação e à Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, exaltou a importância em falar sobre a atenção primária. "Num contexto de envelhecimento da população brasileira nos próximos 20 anos, falar de APS é falar sobre a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. E esse projeto mostra que é possível promover medidas efetivas e concretas para a mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil", destacou Ana Paula.

Durante o encontro, a ANS apresentou os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto o IHI falou dos resultados que foram alcançados na primeira turma do projeto. Já o HAOC explicou sobre o funcionamento da

operacionalização para a próxima turma e a SBMFC reforçou a importância da coordenação do cuidado ao longo do processo. Ao final das apresentações, as operadoras tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e trocar experiências.

### Segundo edital

No segundo edital do Projeto Cuidado Integral à Saúde foram selecionados 35 conjuntos de operadoras e respectivos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) parceiro. Outras quatro operadoras foram aprovadas, mas ficarão em lista de espera e serão convocadas em caso de eventual desistência das escolhidas.

O objetivo do Cuidado Integral à Saúde é apoiar e subsidiar as operadoras na implementação de projetos-piloto em Atenção Primária à Saúde (APS), além de prepará-las para certificação em APS, caso estejam interessadas. Para alcançar esse propósito, a ANS tem desenvolvido parcerias com operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços de saúde e demais atores do setor, promovendo a indução de boas práticas em APS que levem à melhoria da qualidade de vida dos beneficiários e a otimização dos recursos do setor de saúde suplementar.

Saiba mais sobre o [Projeto Cuidado Integral à Saúde](#).

## UNIMED FERJ VAI ABSORVER CLIENTES DA UNIMED-RIO A PARTIR DE ABRIL

O Globo – 05/03/2024

Segundo Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), rede de atendimento será mantida aos mais de 485 mil clientes da operadora.

Após uma crise financeira que já se arrasta há quase uma década, agravada pela pandemia da Covid-19, a Unimed-Rio vai transferir todos os seus beneficiários para a Unimed Ferj (Unimed do Estado do Rio de Janeiro) a partir de abril deste ano.

A notícia foi antecipada pelo colunista Lauro Jardim em seu blog no Jornal O GLOBO. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Unimed-Rio tem 452.598 beneficiários em planos de assistência médica e 33.150 beneficiários em planos exclusivamente odontológicos. O calendário de transferência será informado em breve pelas operadoras.

Não haverá alterações de preço, produtos, rede e carências com a transferência dos clientes. Os médicos (são cerca de 4 mil cooperados) também vão continuar com as mesmas condições atuais da Unimed Rio.

A decisão da transferência dos clientes foi decidida na manhã desta terça-feira em reunião feita pela diretoria colegiada do órgão regulador, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Unimed do Brasil, Central Nacional Unimed, além da Unimed-Rio e Unimed Ferj.

A Unimed-Rio estava sob direção fiscal e técnica da ANS desde 2015. Segundo a ANS, a Unimed-Rio continuará suas atividades como prestadora de serviços de saúde, deixando de atuar como operadora de plano de saúde. "A ANS ressalta que a realização da transferência de carteira não poderá acarretar em qualquer prejuízo à assistência dos beneficiários", informou a agência em nota.

Na reunião, ficou acordado que a Unimed Ferj vai manter a rede da Unimed-Rio, com a contração de todos os serviços operacionais da Unimed-Rio para suportar a fase de transição de transferência de carteira ao longo de 2024.

Além disso, a Unimed Ferj vai arrendar o hospital e os prontos atendimentos da Unimed-Rio, assumindo autonomia sobre a gestão, o dimensionamento estrutural e o direcionamento assistencial de todo equipamento arrendado.

A Unimed Ferj também ficará responsável pela dívida assistencial da Unimed-Rio com laboratórios e clínicas. Segundo fontes, isso vai permitir o reequilíbrio de saúde no Rio de Janeiro.

### Prejuízo milionário

Em setembro do ano passado, a ANS já havia autorizada a transferência de 73 mil contratos da Unimed-Rio para Unimed

Ferj. No primeiro semestre do ano passado, o prejuízo acumulado foi de R\$ 840 milhões.

Segundo fontes do setor, a migração do ano passado foi considerada uma espécie de teste para a transferência anunciada nesta terça-feira. A Unimed Ferj, como operadora, conta hoje com 80 mil clientes. Além disso, o sistema Unimed no Estado do Rio, com 18 operações municipais, soma cerca de 1,2 milhão de clientes.

A Unimed Rio conta com 1.200 funcionários. Além disso, 95% das áreas da cooperativa serão transferidas para a Unimed Ferj.

### Possível 'efeito-dominó'

A transferência, segundo especialistas, faz parte da estratégia de reequilíbrio econômico-financeiro da cooperativa. A médica Ligia Bahia, professora da UFRJ, vê com preocupação a migração da carteira. Ela diz que o consumidor deve ficar atento. Ela cita o caso do Hospital da Unimed-Rio, na Barra da Tijuca:

— A Unimed Ferj vai arrendar o hospital, mas vai priorizar os pacientes da Unimed-Rio ou liberar para outros planos? Tudo o que foi construído por ser desfeito.

A especialista mostra preocupação com um possível efeito-dominó envolvendo outras cooperativas. No Rio, a Unimed da Noroeste Fluminense passa por processo semelhante. Em Minas Gerais, algumas Unimed locais também já adotaram operação semelhante como a anunciada pela ANS nesta terça-feira.

— A Unimed-Rio tem uma base municipal, com atuação territorial. A tendência é piorar, pois ela perde seu caráter de ser dirigida por médicos. E agora será dirigida por quem? Ela perde seu caráter personalista e acolhedor. É grave isso, pois a decisão da ANS mostra que pode ser o fim dessa alternativa, de cooperativas. Agora, não vamos ter mais? Será que haver um efeito dominó?

## O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E IMPACTOS

Saúde Debate – 05/03/2024

A Inteligência Artificial (IA) tem sido uma revolução em diversos setores, e a área da saúde não é exceção. Com o potencial de transformar diagnósticos, tratamentos e gestão de cuidados de saúde, a IA está sendo cada vez mais adotada em hospitais, clínicas e laboratórios ao redor do mundo. Neste artigo, exploraremos os avanços, desafios e impactos do uso da Inteligência Artificial na saúde, destacando suas principais aplicações e benefícios.

Diagnóstico e Detecção de Doenças, pois a IA tem se mostrado altamente eficaz no diagnóstico médico, ajudando os profissionais de saúde a identificar doenças com maior precisão e rapidez. Algoritmos de aprendizado de máquina podem analisar grandes quantidades de dados médicos, como exames de imagem, históricos clínicos e resultados de testes laboratoriais, e fornecer insights valiosos para os médicos. Isso possibilita a detecção precoce de doenças,

como câncer, doenças cardíacas e distúrbios neurológicos, aumentando as chances de tratamento eficaz e melhores resultados para os pacientes.

Já sobre medicina personalizada, a IA permite o desenvolvimento de abordagens de medicina personalizada, levando em consideração características genéticas, histórico médico individual e outros fatores relevantes para a prescrição de tratamentos específicos. Algoritmos de IA podem analisar dados de pacientes e identificar padrões que ajudam a determinar quais terapias são mais eficazes para determinadas condições, otimizando o tratamento e reduzindo efeitos colaterais indesejados.

E serve também para suporte à decisão clínica, já que sistemas de IA podem fornecer suporte valioso aos médicos durante o processo de tomada de decisões clínicas. Por meio

da análise de dados médicos e evidências científicas, essas ferramentas podem sugerir opções de tratamento, alertar sobre interações medicamentosas e ajudar na prevenção de erros médicos. Isso promove a prática baseada em evidências, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde e reduzindo riscos para os pacientes.

Embora o uso da IA na saúde traga inúmeros benefícios, também enfrenta desafios e levanta questões éticas. Alguns pontos importantes a serem considerados incluem a privacidade e segurança de dados. O uso da IA requer o acesso a grandes quantidades de dados de saúde, o que pode comprometer a privacidade e a segurança dos pacientes. É essencial garantir que os dados sejam adequadamente protegidos e utilizados de forma ética, seguindo as diretrizes de consentimento informado e anonimização dos dados.

Os algoritmos de IA são tão bons quanto os dados que os alimentam. Se os dados usados para treinar esses sistemas forem tendenciosos ou não representativos da diversidade da população, isso pode resultar em decisões discriminatórias ou desigualdades na prestação de cuidados de saúde. É fundamental garantir que os sistemas de IA sejam desenvolvidos e testados levando em consideração a equidade e a diversidade.

Outro ponto a ser destacado são responsabilidade e transparência: Os sistemas de IA devem ser transparentes

em relação ao seu funcionamento e decisões. Os profissionais de saúde e os pacientes devem ter a capacidade de compreender e questionar as recomendações e resultados fornecidos pelos algoritmos de IA. A responsabilidade pelos erros e decisões tomadas com base nas informações fornecidas pela IA também é um aspecto importante a ser considerado.

O uso da Inteligência Artificial na saúde tem o potencial de revolucionar a forma como os cuidados são entregues e gerenciados. Com a capacidade de processar grandes volumes de dados, identificar padrões e fornecer insights valiosos, a IA pode melhorar a eficiência, a precisão e a qualidade dos cuidados de saúde.

No entanto, é fundamental abordar os desafios e considerações éticas associadas ao uso da IA na saúde. A colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores, desenvolvedores de IA e reguladores é essencial para garantir que os sistemas de IA sejam desenvolvidos e implementados de maneira responsável, ética e equitativa.

À medida que a IA continua a evoluir, novas oportunidades e desafios surgirão. É necessário um acompanhamento contínuo e uma abordagem cuidadosa para maximizar os benefícios e mitigar os riscos do uso da Inteligência Artificial na saúde, sempre com o objetivo de melhorar a vida dos pacientes e impulsionar avanços na medicina.

## JANEIRO DE 2024: PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS SOMARAM 32,7 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 05/03/2024



Planos de assistência médica registraram 50,9 milhões de usuários no primeiro mês do ano .

Já estão disponíveis, no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a janeiro de 2024. No período, o setor totalizou 50.914.382 usuários em planos de assistência

médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 32.691.133 usuários.

Os dados completos podem ser conferidos na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta no portal da ANS.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 903.357 beneficiários em relação a janeiro de 2023. Já no

comparativo de janeiro de 2024 com dezembro de 2023, houve uma redução de 49.453 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.459.609

beneficiários em um ano; e 88.023 na comparação de janeiro com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com janeiro de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências

São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul os estados com maior crescimento em números absolutos.

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

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jan/24	35.871.898	6.170.629	235	8.831.213	40.407	50.914.382
dez/23	35.881.800	6.206.542	235	8.834.745	40.513	50.963.835
nov/23	35.758.800	6.172.827	235	8.825.555	40.658	50.798.075
out/23	35.719.725	6.182.799	235	8.846.510	40.787	50.790.056
set/23	35.686.899	6.206.660	236	8.856.696	40.914	50.791.405
ago/23	35.531.614	6.106.544	238	8.860.130	41.044	50.539.570
jul/23	35.411.079	6.136.032	240	8.892.265	41.171	50.480.787
jun/23	35.338.130	6.131.173	241	8.890.529	41.349	50.401.422
mai/23	35.254.800	6.164.783	243	8.880.749	41.498	50.342.073
abr/23	35.151.765	6.180.966	243	8.896.984	41.582	50.271.540
mar/23	35.065.459	6.187.396	243	8.898.851	42.236	50.194.185
fev/23	34.864.920	6.209.936	243	8.905.480	42.589	50.023.168
jan/23	34.822.294	6.224.809	243	8.920.421	43.258	50.011.025

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jan/24	23.562.025	3.535.063	1.289	5.589.184	3.572	32.691.133
dez/23	23.614.575	3.405.198	1.289	5.578.473	3.575	32.603.110
nov/23	23.379.095	3.413.055	1.290	5.545.867	3.585	32.342.892
out/23	23.282.511	3.228.611	1.290	5.537.885	3.591	32.053.888
set/23	23.132.551	3.210.704	1.318	5.453.619	3.603	31.801.795
ago/23	22.990.725	3.068.055	1.318	5.444.418	3.619	31.508.135
jul/23	22.873.016	3.007.765	1.357	5.403.371	3.752	31.289.261
jun/23	22.791.010	2.972.397	1.464	5.357.015	3.758	31.125.644
mai/23	22.664.290	2.916.453	1.467	5.306.755	3.780	30.892.745
abr/23	22.517.176	2.874.481	1.469	5.325.354	3.789	30.722.269
mar/23	22.336.452	2.873.929	1.473	5.311.523	3.793	30.527.170
fev/23	22.149.123	2.868.313	1.473	5.314.637	3.807	30.337.353
jan/23	22.043.354	2.876.328	1.474	5.306.547	3.821	30.231.524

## Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jan/23	jan/24	jan/23	jan/24
Acre	42.786	43.963	17.166	20.245
Alagoas	386.895	389.898	393.002	499.401
Amapá	61.937	62.317	51.525	47.981
Amazonas	574.442	607.146	533.097	560.989
Bahia	1.661.768	1.692.572	1.693.394	1.840.300
Ceará	1.348.266	1.402.987	1.160.099	1.331.772
Distrito Federal	923.456	939.507	616.777	669.720
Espírito Santo	1.242.418	1.237.251	656.713	730.388
Goiás	1.328.028	1.368.442	821.281	917.631
Maranhão	502.293	527.030	281.974	327.694
Mato Grosso	655.685	669.479	248.116	273.484
Mato Grosso do Sul	641.307	665.888	320.532	461.675
Minas Gerais	5.532.252	5.695.603	2.621.010	2.894.427

Pará	845.541	875.475	509.304	537.497
Paraíba	451.541	468.673	465.810	519.943
Paraná	3.053.042	3.062.948	1.607.759	1.722.272
Pernambuco	1.391.472	1.422.701	1.218.746	1.273.269
Piauí	387.555	409.117	153.671	199.160
Rio de Janeiro	5.516.705	5.679.816	3.500.447	3.653.028
Rio Grande do Norte	597.299	616.320	492.457	547.557
Rio Grande do Sul	2.581.732	2.619.318	847.476	1.022.186
Rondônia	150.634	154.433	112.844	122.140
Roraima	31.484	31.679	11.413	11.633
Santa Catarina	1.635.576	1.666.626	808.956	879.809
São Paulo	17.969.666	18.100.433	10.731.409	11.249.897
Sergipe	328.937	336.649	227.613	246.531
Tocantins	120.804	124.560	121.683	122.838



# IBDSS PROMOVE O CURSO “GESTÃO DE CONTRATOS E NEGOCIAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR”

Setor Saúde – 04/03/2024

O conteúdo será ministrado pelo advogado e presidente do IBDSS, José Luiz Toro da Silva.

O IBDSS – Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar vai reunir gestores das empresas do mercado de planos privados de assistência à saúde em curso programado para 5 e 6 de abril em São Paulo (SP). O foco será capacitar as empresas do setor – operadoras, prestadores de serviços e empresas tomadoras de serviços de planos de saúde – para mudanças necessárias nos contratos firmados.

Esta mudança vai impactar na relação com os atuais 53 milhões de brasileiros atendidos pelos planos de saúde, seus

empregadores e todos os hospitais, clínicas, laboratórios, médicos etc. integrados ao sistema. “Esses contratos precisam ser revistos e repensados, bem como o processo de negociação atual”, afirma o advogado e presidente do IBDSS, José Luiz Toro da Silva.

O mercado de planos privados de assistência à saúde está passando por uma série de mudanças e outras deverão ser implantadas ainda esse ano, por força de novos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – e da necessidade de se repensar esse negócio, pois com os constantes aumentos dos custos as empresas e as pessoas físicas contratantes não estão conseguindo manter as suas coberturas. Tal assunto interessa a toda a sociedade.

## O PAPEL DO JUDICIÁRIO NO COMBATE ÀS FRAUDES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Debate – 01/03/2024

A saúde suplementar no Brasil está diante de um dos maiores desafios dos últimos anos, conforme aponta o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS): as fraudes e desperdícios no setor causaram um prejuízo estimado de R\$ 34 bilhões em 2022. Essa cifra representa cerca de 12,7% dos R\$ 270 bilhões faturados pelas empresas no ano passado. Mais do que o sistema como um todo, esse cenário também impacta diretamente os beneficiários dos planos de saúde, demandando um olhar minucioso de seus operadores.

O combate às fraudes em planos de saúde enfrenta desafios substanciais, agravados pela ausência de uma tipificação criminal específica para esse tipo de infração. A lacuna na legislação cria um ambiente propício para práticas fraudulentas, dificultando a identificação e punição dos responsáveis. O investimento em tecnologias avançadas de análise de dados, o monitoramento constante de padrões de utilização e a colaboração estreita com profissionais de saúde são medidas essenciais para a detecção precoce de anomalias.

A judicialização da fraude é outro aspecto crítico, com a propositura de ações baseadas em premissas para lá de suspeitas e documentos forjados, inclusive procurações. A revisão e fortalecimento da legislação são imperativos, exigindo a criminalização específica dessas práticas e estabelecendo penalidades mais severas. Além disso, é vital aprimorar os mecanismos de verificação de documentos em processos judiciais relacionados à saúde suplementar.

Nesse cenário, a atuação dos juízes é de importância crucial. A análise crítica dos processos, a avaliação cuidadosa das provas apresentadas e a identificação de possíveis fraudes processuais são aspectos fundamentais. A falta de tipificação específica para fraudes em planos de saúde coloca um ônus

ainda maior sobre o judiciário, destacando a necessidade de uma postura firme diante desse tipo de prática.

Juízes devem ser capacitados e orientados sobre as peculiaridades dos casos relacionados à saúde suplementar. A identificação de documentos falsos, pedidos enganosos e outros artifícios fraudulentos requerem uma abordagem diligente. A colaboração entre o sistema judiciário, operadoras de saúde e órgãos reguladores é fundamental para a efetividade na prevenção e punição dessas práticas.

A ausência de uma legislação específica não deve ser um obstáculo para a atuação firme dos juízes. Pelo contrário, essa lacuna ressalta a necessidade de uma interpretação judiciária criteriosa e a aplicação de penas proporcionais às práticas fraudulentas. A jurisprudência consolidada pode desempenhar um papel crucial na criação de precedentes sólidos, que desencorajem atividades ilícitas no âmbito dos planos de saúde, garantindo a integridade das ações judiciais, a confiança do público no sistema judiciário e a prevenção de abusos.

Por isso, o enfrentamento das fraudes em planos de saúde e a promoção do uso responsável dos recursos exigem uma abordagem holística. A conscientização dos beneficiários, a atuação firme das autoridades reguladoras, o combate efetivo à fraude por parte das operadoras e uma postura decidida do judiciário são elementos interconectados que compõem essa complexa equação.

A colaboração entre todos os atores envolvidos, incluindo operadoras, profissionais de saúde, beneficiários, autoridades reguladoras e o sistema judiciário, é crucial para garantir a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil.

A revisão legislativa para tipificar e criminalizar especificamente as fraudes em planos de saúde, juntamente com uma abordagem mais robusta do judiciário na identificação e punição de práticas fraudulentas, é essencial

para fortalecer a base legal e inibir práticas prejudiciais ao sistema. A atuação firme dos juizes desempenha um papel fundamental nesse contexto, assegurando a justiça e a integridade do sistema de saúde suplementar.

## PLANOS DE SAÚDE: NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RARAS CRESCE 20% ENTRE 2021 E 2022

Revista Apólice – 01/03/2024

Segundo informações do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, regiões Sudeste e Sul concentram os maiores volumes de casos.

O número de internações de beneficiários com planos de saúde médico-hospitalares com doenças raras cresceu 20,4% na saúde suplementar entre 2021 e 2022. Durante o período, a frequência desse tipo de procedimento passou de 156,5 mil para 188,4 mil, respectivamente. No Brasil, estima-se que cerca de 13 milhões de pessoas sejam afetadas, conforme mostra o Texto para Discussão nº 101, do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), intitulado Doenças Raras: panorama dos gastos com internações nos planos de saúde do Brasil. Mais de 95% dessas doenças ainda não têm tratamentos específicos.

O estudo levantou as internações de um conjunto de 50 tipos de doenças raras com tratamentos específico e com código CID definido. Baseado em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostra-se que a maior concentração de casos ocorreu no Sudeste, que de um ano para o outro subiu de 99,5 mil para 122,2 mil internações, alta de 22,8%. Na sequência, aparece o Sul, que passou de 28,5 mil para 31,9 mil, no período, crescimento de 12%. Vale ressaltar que ambas as regiões se destacam pela capacidade de diagnóstico e tratamento específico oferecidos.

Observa-se, também, que o Nordeste registrou a maior alta (30%) em termos percentuais entre 2021 e 2022, passando de 16,7 mil para 21,7 mil casos. O Centro-Oeste teve um crescimento mais tímido (13,3%) e somou 10,5 mil internações em 2022. Já na região Norte, o número de internações caiu 20% – retraiu de 2,3 mil para 1,8 mil.

### Despesas

Conseqüentemente, o aumento no número de internações por doenças raras ocasionou um crescimento das despesas das operadoras com esse tipo de procedimento. Para se ter

uma ideia, em 2021, foram destinados R\$ 347,1 milhões e, no ano seguinte, R\$ 437,2 milhões (alta de 26%). As operadoras de grande porte registraram as despesas mais altas.

O valor foi de R\$ 276,2 milhões para R\$ 353,9 milhões de um ano para o outro.

As regiões com mais registros de internações também contabilizaram despesas de R\$ 349,5 milhões. Juntas, representando, aproximadamente, 80% do total no Brasil.

Do total, as despesas associadas aos atendimentos de urgência foram superiores aos de procedimentos eletivos, R\$ 259,5 e R\$ 177,7 milhões, respectivamente, em 2022, em razão do maior número de ocorrências (68% do total). No entanto, o estudo mostra que o custo médio por atendimento de urgência é inferior ao custo médio por procedimento eletivo: R\$ 2 mil e R\$ 2,9 mil.

De acordo com José Cechin, superintendente executivo do IESS, o assunto é sensível e delicado, e precisa ser acompanhado com bastante cautela por conta dos impactos no sistema de saúde.

“O tema é socialmente muito demandante, haja vista a grande quantidade de doenças ainda sem tratamento específico. Por outro lado, geralmente, os tratamentos de doenças raras exigem uma atenção especial e, naturalmente, acabam sendo muito mais custosos.

Ainda assim, as despesas com internações para esses 50 tipos de doenças representam porcentagem inferior a 1% do total de despesas assistenciais na saúde suplementar. No entanto, é importante estarmos atentos ao ritmo de crescimento dos gastos com procedimentos e priorizar a adoção de regulação eficiente para prevenir gastos descontrolados no sistema de saúde, visando a sustentabilidade do sistema como um todo”, afirma.

## CASOS DE DENGUE E EXAMES DE COVID-19 DISPARAM NA REDE PRIVADA

Jota Info – 29/02/2024

O número de diagnósticos de dengue saltou 42% em laboratórios particulares em uma semana; o de Covid-19 aumentou 39%.

O número de diagnósticos de dengue saltou 42% em laboratórios particulares. Eram 11.233 casos de 11 a 17 de fevereiro, que passaram para 15.947 de 18 a 24 deste mês,

mostram dados da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) obtidos pelo JOTA.

O Ministério da Saúde, por sua vez, registrou 973.347 casos da doença até terça-feira (28/2).

Segundo a entidade, o número de testes de dengue segue a tendência de aumento. Dos 47.712 da primeira semana aumentaram para 69.065, uma disparada de cerca de 45%.

A Abramed, que reúne 65% do volume de exames realizados na rede privada, também registrou aumento de 61% no total

de testes para Covid-19 no mesmo período. O montante chegou a 32.843 exames, ante os 20.372 da semana anterior.

O número de casos de Covid-19 aumentou de 6.836 para 9.483, isto é, 39% a mais. Porém, a taxa de positividade diminuiu de 34% para 29% diante do crescimento do número de exames.

## AGU SE MANIFESTA CONTRA LEI QUE OBRIGA PLANOS A COBRIR EXAMES PEDIDOS POR NUTRICIONISTAS

Jota Info – 29/02/2024

A manifestação se deu no julgamento de uma ação direta de inconstitucionalidade contra uma lei estadual de Alagoas.

A Advocacia-Geral da União (AGU) apresentou nesta terça-feira (27/2) ao Supremo Tribunal Federal (STF) uma manifestação contra a constitucionalidade de uma lei estadual que obriga operadoras de planos de saúde a cobrir os exames laboratoriais solicitados por nutricionistas. A norma em questão é a Lei 8.880, de 30 de junho de 2023, do estado de Alagoas.

Na manifestação, a AGU se posicionou a favor do pedido feito pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg) na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7.552, distribuída ao ministro Luiz Fux.

A CNseg argumenta que a lei estadual invade a competência da União para legislar sobre o direito civil e a política de seguros, conforme estabelece o artigo 22 da Constituição da República.

“Admitir que os vinte e seis estados além do Distrito Federal possam editar leis com teor distinto das normas federais (e distintas entre si) — sob o pretexto de fazê-lo na defesa da saúde — significa dismantelar a uniformidade da regulação nacional do mercado de seguros/planos de saúde”, afirmou a confederação.

Além disso, para a CNseg, uma imposição de obrigações para o atendimento de um grupo específico de Alagoas levaria a um aumento geral das mensalidades dos planos de saúde. “Esse custo maior poderia ficar restrito aos beneficiários de planos de saúde do estado de Alagoas, de forma desproporcional ao que prevalece nos outros estados da Federação, ou beneficiários de outros estados arcariam com os custos de uma norma exclusiva para os contratantes no estado de Alagoas.”

Em sua manifestação, a AGU afirma que o próprio STF considera que as obrigações estabelecidas entre usuários e operadoras de planos de saúde são regidas por contratos de natureza privada, motivo pelo qual a “referida matéria constitui tema pertinente ao direito civil e à política de seguros, ambos de competência da União.”

A advocacia-geral cita os julgamentos das ADIs 1.646, 4.818 e 4.701, em que os ministros do Supremo determinaram que os estados não podem editar normas acerca de relações contratuais, já que essa atribuição é de competência da União.

Especificamente no caso de cobertura de exames prescritos por nutricionistas, a AGU lembra que há alguns meses o plenário do Supremo derrubou uma lei do Rio Grande do Norte parecida com essa de Alagoas. A decisão foi tomada no julgamento da ADI 7.376, também proposta pela CNseg, em agosto do ano passado mercado que já se encontra bastante desafiador.

## ANS REALIZA CAMPANHA PARA INCENTIVAR A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DE CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS DAS OPERADORAS JUNTO À ANS

GOV (ANS) – 29/02/2024

Iniciativa busca conscientizar as operadoras a preencher corretamente os dados cadastrais de beneficiários enviados ao Sistema de Informação de Beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está realizando uma campanha com foco na qualidade cadastral do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB). O objetivo é conscientizar as operadoras de planos de saúde a enviarem corretamente os dados que compõem o sistema e, assim, aprimorar a qualidade do cadastro de beneficiários da saúde suplementar.

Entre as ações da campanha está a atualização da [página do SIB no portal](#) da Agência, que agora conta com dicas para um melhor preenchimento dos campos dos formulários pelas operadoras. A ANS também preparou uma série de vídeos com orientações para o preenchimento do cadastro que ficará disponíveis no canal da reguladora no YouTube para que os interessados possam acessar sempre que precisarem. Em paralelo, será realizada uma ação nas redes sociais da Agência para reforçar a importância do tema.

Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes destaca a importância do aprimoramento da qualidade cadastral. “A Agência está empenhada em fazer essa grande

campanha de disseminação do conhecimento, pois, além de ser uma obrigação legal, o correto preenchimento do SIB subsidia as decisões da reguladora, impactando nos cálculos do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), do reajuste dos planos e da Taxa de Saúde Suplementar (TSS)", frisa.

Ele salienta, ainda, que por conta da integração do SIB com os sistemas da Receita Federal, o preenchimento correto do cadastro possibilita a atribuição automática do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ao beneficiário de planos de saúde.

Outra vantagem do correto preenchimento dos dados é a agilização da portabilidade de carências e nos casos de transferência de carteira, instrumentos fundamentais para a continuidade da prestação de serviço aos beneficiários de planos de saúde quando necessários.

### Por que preencher corretamente o SIB?

Fortalecer a imagem no mercado – No Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) é aferido o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das empresas junto à ANS. Portanto, quanto melhor a qualidade dos dados no cadastro de beneficiários, maior o valor do indicador e seu impacto positivo no IDSS, o que gera mais credibilidade junto ao mercado.

Evitar infrações – As operadoras que não cumprem com as obrigações de envio cometem infrações previstas em norma da ANS.

Melhorar a produtividade - Quanto melhor for a qualidade dos dados dos beneficiários, melhor vai ser o retorno da

operadora no cumprimento das obrigações referentes ao SIB.

Obter mais fidedignidade em portabilidades de carências e transferências de carteiras - Tanto a operadora que cede o(s) beneficiário(s) quanto a que o recebe terão acesso a dados mais fidedignos.

Facilitar a consulta de dados pelo beneficiário - O correto preenchimento do SIB é condição para sucesso das consultas ao Comprova (<https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor-junto-a-ans>) e ao Guia de planos (<https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/>).

### Sobre o SIB

O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) é o sistema que as operadoras de planos privados de saúde utilizam para enviar, mensalmente, os dados de atualização cadastral de seus beneficiários.

O SIB contém três grupos de dados: a identificação pessoal do beneficiário, a identificação de endereço e as informações contratuais.

O envio desses dados é regulamentado pela Resolução Normativa RN 500/2022 e pela Instrução Normativa IN 08/2022.

O envio dos arquivos de atualização cadastral pode ser diário, e a operadora tem até o dia 5 de cada mês para encaminhar as informações referentes aos procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação, ocorridos até o último dia do mês imediatamente anterior.

## ANS CONCEDE PORTABILIDADE PARA CLIENTES DA OPERADORA HALSA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO LTDA

GOV (ANS) – 28/02/2024

Beneficiários têm até 60 dias para mudar de plano sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no Diário Oficial da União desta quarta-feira (28/2) a concessão da portabilidade especial de carências para os clientes da operadora Halsa Operadora de Medicina de Grupo Ltda. (Registro ANS nº 41.983-4). A partir dessa data, os usuários dos planos têm até 60 dias para ingressarem em um novo plano à sua escolha e ao final desse período a operadora terá seu registro na ANS cancelado e suas atividades encerradas.

Os clientes poderão contratar qualquer plano disponível no mercado sem cumprir novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária. Caso ainda estejam em carência no plano atual, o período remanescente poderá ser cumprido na nova operadora.

Na portabilidade especial de carências os beneficiários podem escolher qualquer plano em comercialização,

independentemente do seu preço, em qualquer outra operadora. Para auxiliar nessa decisão, a Agência disponibiliza em seu portal o [Guia ANS de Planos de Saúde](#), que aponta ao consumidor os planos disponíveis para contratação e exercício da Portabilidade de Carências.

Para fazer uso do benefício, os interessados devem se dirigir diretamente à operadora escolhida portando a seguinte documentação: identidade, CPF, comprovante de residência e cópias de, pelo menos, três boletos pagos na operadora de origem referentes ao período dos últimos seis meses. Vale destacar que a ANS não participa diretamente da contratação de planos de saúde.

As regras gerais para exercício da portabilidade de carências estão atualmente dispostos na Resolução Normativa 438/2018. A ANS também disponibiliza em seu portal uma cartilha que explica a portabilidade de forma didática e acessível. [Clique e acesse..](#)

Os beneficiários que tiverem dúvidas sobre a portabilidade ou estiverem enfrentando problemas de atendimento devem registrar reclamação junto à ANS.

Para isso, eles têm à disposição os seguintes [Canais de Atendimento](#):

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito de 2ª a 6ª feira das 8h às 20h, exceto feriados nacionais

- Formulário eletrônico Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor

- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105.

- [Núcleos de Atendimento Presencial](#) em 12 cidades nas cinco regiões do Brasil

[Confira a Resolução Operacional - RO Nº 2882/2024 – Halsa Operadora De Medicina De Grupo Ltda.](#)

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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)

© 2023 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.