

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

14 de agosto de 2024



## EVENTO RECOMENDADO



**14CBA**  
CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUÁRIA  
29 E 30 DE AGOSTO 2024 - RIO DE JANEIRO

Patrocinador Ouro:



[Clique aqui para mais informações.](#)

## ÍNDICE INTERATIVO

[STF julga regra de reajuste de planos de saúde; tendência é favorável aos consumidores](#) – Fonte: Isto é

[Associação vai ao STF para garantir abertura de CPI dos planos de saúde](#) – Fonte: Jota Info

[Novo estudo identifica intensificação de custos dos planos de saúde com jovens após a pandemia](#) – Fonte: IESS

[Fórum de integridade na saúde debate transformação das relações econômico-financeiras](#) – Fonte: Saúde Business

[Paulo Rebello, diretor-presidente ANS: “proposta para regular reajuste de plano coletivo está em processo bem avançado”](#) – Fonte: Futuro da saúde

[Judicialização na saúde aumentou em 20% em um ano, diz CNJ](#) – Fonte: Metrôpoles

[STF invalida lei de Alagoas que obrigava planos de saúde a cobrir exames pedidos por nutricionistas](#) – Fonte: G1

[CPI da Alerj vai convocar presidentes de planos de saúde por causa do cancelamento de contratos de PCDS](#) – Fonte: Folha do aço

[Custos de locação de equipamentos médicos aumentam com reforma tributária](#) – Fonte: Saúde Business

[Regulamentação da inteligência artificial: desafios e necessidades](#) – Fonte: Saúde Business

# STF JULGA REGRA DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE; TENDÊNCIA É FAVORÁVEL AOS CONSUMIDORES

Isto é – 14/08/2024

O Supremo Tribunal Federal (STF) pode julgar nesta semana uma ação que discute a aplicação temporal do Estatuto do Idoso aos planos de saúde. A lei, em vigor desde 2004, proíbe o reajuste das mensalidades devido ao ingresso na faixa etária de 60 anos. A discussão é se essa restrição se aplica aos contratos assinados antes da entrada em vigor da lei, ou somente aos contratos firmados após 2004. O caso está pautado para esta quarta-feira, 14, mas é o quinto item da pauta e o julgamento pode ser adiado.

As seguradoras defendem que apenas os contratos firmados após 2004 são atingidos pela lei. Já representantes de consumidores entendem que o Estatuto do Idoso também deve ser aplicado aos contratos anteriores, o que poderia obrigar as operadoras de planos de saúde a devolver valores cobrados a mais no passado. A Confederação Nacional das Seguradoras (CNseg) estima um impacto de até R\$ 49 bilhões para as empresas caso o Supremo valide a retroatividade da norma.

“Aplicar o Estatuto do Idoso aos planos anteriores a 2004 causaria um desequilíbrio atuarial significativo, acarretando impactos financeiros consideráveis para as companhias subscritoras, uma vez que as técnicas de subscrição e precificação adotadas quando da contratação destes planos não previam as limitações impostas pelo Estatuto”, afirmou a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) em manifestação enviada ao Supremo em 2014.

O Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), por sua vez, argumenta que os contratos de planos de saúde são de “trato sucessivo”, ou seja, renovam-se ao longo do tempo. Por isso, segundo o Idec, não está sendo discutida uma retroatividade. “A incidência do Estatuto do Idoso sobre os efeitos gerados a partir da renovação dos contratos individuais de plano de saúde que tenha ocorrido após sua vigência, não implica em retroatividade, mas, sim, em incidência imediata da lei, por ocasião de sua edição, sobre relação jurídica de trato sucessivo vigente”, disse a entidade ao STF em 2019.

O processo começou com um recurso da Unimed contra decisão da Justiça gaúcha que considerou abusivo o aumento de 50% na mensalidade do plano de saúde de uma consumidora que havia completado 60 anos. O plano foi contratado em 1999, antes do Estatuto do Idoso. Porém, o reajuste na mensalidade em razão da mudança na faixa etária foi em 2008, após a vigência da lei.

Em 2011, o Supremo reconheceu a repercussão geral do tema. Com isso, o julgamento servirá de norte para todas as

ações que discutem o mesmo tema na Justiça. De acordo com dados divulgados pelo STF, 3.949 processos estão suspensos para aguardar a decisão do Supremo.

Hoje, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação dos planos de saúde, entende que o reajuste é vedado apenas nos contratos firmados após 2004. De qualquer forma, é necessária a previsão contratual. O aumento na mensalidade sem previsão expressa no contrato é proibido, seja qual for a faixa etária. A única exceção é quando há autorização da ANS para o reajuste.

Até agora, o cenário que vem se desenhando é favorável aos consumidores. O julgamento começou no plenário virtual em 2020, e já havia cinco votos para permitir a incidência do Estatuto do Idoso a contratos firmados antes da vigência da lei, desde que o ingresso na faixa etária tenha ocorrido após 2004. Votaram nesse sentido a ministra Rosa Weber, então relatora do processo, Ricardo Lewandowski, Celso de Mello, Edson Fachin e Alexandre de Moraes.

A análise foi interrompida por pedido de destaque do ministro Gilmar Mendes, o que reinicia o julgamento do zero no plenário virtual. Apesar disso, três dos ministros favoráveis aos consumidores (Rosa, Lewandowski e Celso) que depositaram seus votos no plenário virtual já se aposentaram, e o regimento do Supremo estabelece que os votos de ministros aposentados devem ser mantidos quando há pedido de destaque.

Ainda no plenário virtual, dois magistrados votaram a favor das seguradoras: Marco Aurélio Mello, já aposentado, e Dias Toffoli. O ministro Luís Roberto Barroso se declarou suspeito, e Luiz Fux, impedido. O impedimento se relaciona a um critério objetivo de imparcialidade previsto em lei. Já a suspeição diz respeito a uma situação subjetiva, como ter relação pessoal com alguma das partes.

Como apenas nove ministros estão aptos a votar, a maioria é formada por cinco. Ou seja, se os votos proferidos em 2020 forem mantidos, haverá maioria favorável à aplicação do Estatuto do Idoso a contratos firmados antes de 2004. Os ministros Gilmar Mendes e Cármen Lúcia ainda não se pronunciaram. O atual relator é o ministro Flávio Dino, que herdou o processo da ministra Rosa Weber quando ela se aposentou. Ele não poderá votar, mas é o responsável pela condução do processo e poderá se pronunciar em eventuais recursos.

## ASSOCIAÇÃO VAI AO STF PARA GARANTIR ABERTURA DE CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

Jota Info – 14/08/2024

Mandado de segurança foi protocolado pela Associação Nenhum Direito a Menos. O ministro Flávio Dino foi sorteado como relator.

Entidades que representam consumidores pediram ao Supremo Tribunal Federal (STF) que garanta o cumprimento

do requerimento para abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados para investigar a recente onda de cancelamentos de planos de saúde. “Não existem impedimentos para a CPI. Essa é a melhor forma de evitar que as empresas continuem com o fim dos contratos e os aumentos abusivos”, detalhou ao JOTA

Fabiane Simão, presidente da Associação Nenhum Direito a Menos.

O mandado de segurança foi protocolado no STF pelo grupo semana passada. O ministro Flávio Dino foi sorteado como relator.

Não existe prazo para que o pedido seja avaliado. Simão, porém, tem esperança de que o apelo seja ouvido em pouco tempo. “Muitos grupos lutam por essa causa. Até pacientes de planos individuais temem sofrer o mesmo problema que os contratos coletivos”, detalhou.

Em 2021, em caso semelhante, o ministro Luís Roberto Barroso, do STF, determinou que o Senado instalasse uma CPI para apurar possíveis omissões do governo em relação à pandemia de covid-19. Barroso concedeu liminar também para um mandado de segurança apresentado por senadores na época, pedindo que o STF se manifestasse.

De acordo com o regimento da Câmara dos Deputados, a instalação estaria autorizada, já que o pedido apresentado conta com o número limite de assinaturas (171), e não existem outras CPIs abertas no momento. O limite para instalação de comissões dessa categoria funcionando ao mesmo tempo na casa é de cinco.

## Diálogo

O pedido para abertura da CPI foi protocolado em junho, pelo deputado Áureo Ribeiro (Solidariedade-RJ), e conta com um total de 308 assinaturas de parlamentares. O presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), ainda não avaliou o tema.

No mesmo período, Lira também conversou com operadoras de saúde em reunião fechada e anunciou um acordo, cujo teor não foi divulgado, para que não houvesse mais cancelamento de contratos até que uma solução fosse encontrada.

As entidades queixam-se de que não foram ouvidas, e querem marcar uma reunião com o deputado e líder da casa. “Precisamos que nossos apelos também sejam acatados. É preciso escutar o consumidor e não só as empresas”, destacou Letícia Fantinatti, sócia-fundadora da Associação Vítimas a Mil.

A entidade trabalha para que o encontro aconteça durante o retorno das atividades parlamentares após o recesso. “Estamos tentando auxílio dos outros parlamentares para realizar esse debate, além da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”, acrescentou.

## NOVO ESTUDO IDENTIFICA INTENSIFICAÇÃO DE CUSTOS DOS PLANOS DE SAÚDE COM JOVENS APÓS A PANDEMIA

IESS – 13/08/2024

Os custos dos planos de saúde com beneficiários na faixa etária de 0 a 18 anos apresentou um crescimento amplamente superior no período pós-pandemia de Covid em comparação aos valores registrados pela média dos beneficiários e também em relação à população mais idosa (a partir de 59 anos). A informação é do estudo do IESS “Análise dos custos da Variação Médico-Hospitalar de planos individuais na faixa etária de 0 a 18 anos”, ao utilizar uma base de dados de planos médico-hospitalares individuais.

Em setembro de 2023, último período disponível, a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), ou seja, a variação da despesa per capita nos 12 meses até setembro de 2023, foi de 32,7% para o grupo dos mais jovens, de zero a 18 anos. Em comparação, a VCMH dos beneficiários de 59 anos ou mais (última faixa de agrupamento de planos de saúde) foi de 7,8%.

Para apurar a VCMH, considera-se a variação de preço unitário em grupos de produtos e serviços de saúde (por exemplo, o comportamento dos preços de exames) e a frequência de utilização (ou seja, o volume consumido). Nos diversos grupos de despesas de operadoras, destaca-se o crescimento dos custos em Outros Serviços Ambulatoriais

(OSA), que engloba atendimentos profissionais de fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, entre outros de nível superior não-médicos. Em setembro de 2023, foi registrado crescimento de 9% no custo médio dos serviços e de 26,6% na frequência de utilização, comparativamente aos 12 meses anteriores.

No grupo Terapias, o custo médio aumentou 3%, enquanto a frequência cresceu 63,8%. Por outro lado, o estudo relata o crescimento menos intenso no grupo Consultas (altas de 7,7% no custo médio e de 4% na frequência de utilização) e no grupo de Exames (aumento de 4,7% na frequência de utilização, enquanto o custo médio teve resultado negativo de 0,9%).

O IESS também considera que outro fator de potencialização dos custos para a primeira faixa etária está relacionado ao crescimento dos casos diagnosticados do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e à elevada demanda por tratamentos. Em julho de 2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revogou o limite de cobertura de quatro categorias profissionais: fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, o que pode ter gerado uma pressão inflacionária na VCMH.

## FÓRUM DE INTEGRIDADE NA SAÚDE DEBATE TRANSFORMAÇÃO DAS RELAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Saude Business – 13/08/2024

O evento reuniu especialistas do setor para discutir a importância do compliance e da autorregulação na saúde, enfatizando a necessidade de transparência e soluções sustentáveis para o futuro.

O Instituto Ética Saúde (IES) realizou o 1º Fórum de Integridade na Saúde em São Paulo, no dia 7 de agosto, em parceria com o Instituto ARC e a ESENI. O evento, parte do Expo Compliance, contou com a participação de figuras-

chave do setor. A presidente do Conselho de Administração do IES, Cândida Bollis, abriu o fórum ao lado de Giovani Saavedra, Head de Direito Digital e Compliance do Saavedra & Gottschefsky, e dos diretores executivos e de Relações Institucionais do IES. Filipe Venturini Signorelli descreveu o fórum como “a materialização da ética”, enquanto Carlos Eduardo Gouvêa destacou o papel fundamental do IES como “uma referência internacional e uma grande conquista em termos de autorregulação”.

O evento reuniu líderes do mercado com o objetivo de formar uma rede de pessoas e empresas comprometidas com a integridade corporativa no Brasil.

### Desafios de compliance na saúde

No primeiro painel, foram discutidos os desafios de compliance no setor da saúde. Juliana Ruggiero, Compliance Director da Abbott, enfatizou a crescente importância do compliance nas decisões corporativas. Sabrina Pezzi, gerente executiva Jurídico e Compliance na Unimed Porto Alegre, refletiu sobre a evolução do compliance nas empresas, apontando que “hoje, o compliance é guiado por comportamentos, mas o desafio é estabelecer mecanismos objetivos”.

Janaína Pavan, diretora LATAM de Compliance na Johnson & Johnson, abordou as fusões e aquisições no mercado, afirmando que “os grupos maiores têm maior maturidade em compliance e promovem boas práticas, mas é crucial que as autoridades monitorem possíveis abusos.” O painel foi mediado por Giovani Saavedra.

### Due Diligence e a integridade na cadeia de terceiros no setor da saúde

O segundo painel discutiu a Due Diligence e a integridade na cadeia de terceiros no setor da saúde. Davi Uemoto, gerente executivo da ABRAIDI, destacou a necessidade de um sistema de compliance abrangente e eficaz. Liana Cunha, diretora de Compliance para Brasil e América Latina da Thermo Fisher Scientific, enfatizou a importância do envolvimento da alta liderança para disseminar a integridade por toda a empresa e melhorar os negócios de forma sustentável. Bianca Bertoloto, gerente de Compliance na Medartis, reforçou a ideia de que “o trabalho de compliance maximiza os negócios e minimiza os riscos, e é essencial

integrar os parceiros ao sistema.” Sandro Ottoboni, gerente de Qualidade e Assuntos Regulatórios da Braille Biomédica, alertou que a Due Diligence é apenas uma fotografia do momento e que é necessário ir além, estruturando a gestão dos terceiros.

### Regulação no setor da saúde

A regulação no setor da saúde foi tema de um dos debates mais acalorados. Cândida Bollis, presidente do Conselho de Administração do IES, discutiu as dificuldades da regulação e autorregulação em um setor com tantos atores envolvidos, ressaltando a necessidade de buscar soluções sustentáveis para o acesso do paciente. Alethea Pereira, assessora legislativa da Frente Parlamentar Mista da Saúde, sublinhou a complexidade da gestão da saúde e destacou a falta de conhecimento sobre compliance no Congresso, sugerindo a criação de um curso para assessores parlamentares, uma proposta prontamente aceita pelo IES.

Rafael di Bello, diretor da unidade de Auditoria Especializada na Saúde do TCU, esclareceu os desafios financeiros do SUS, que enfrenta um déficit de R\$ 57 bilhões, mesmo com auditorias de conformidade, desempenho e financeira. José Santana, médico sanitário e assessor de Conformidade e Controle Interno da Rede Ebserh, apresentou dados sobre a complexidade e abrangência da rede, que atende 100% SUS com 45 unidades hospitalares em 25 estados.

Amanda Bassan, gerente executiva na UNIDAS, pontuou que debater compliance ajuda a delimitar conflitos de interesse e aproxima os setores. Renato Porto, presidente executivo da Interfarma, orgulhosamente destacou o pioneirismo da organização na implantação de um código de ética e autorregulação com avaliação externa. Já Sérgio Rocha, presidente da ABRAIDI, criticou a falta de transparência no setor de saúde, ressaltando os cortes de R\$ 4,4 bilhões, cuja destinação permanece obscura.

No encerramento, Filipe Venturini Signorelli enfatizou a importância dos líderes presentes para a transformação ética no setor, afirmando que “a mudança está nas mãos daqueles que conduzem o mercado, seja público ou privado. O IES é o maior instrumento para que todos possam trabalhar juntos nesse propósito. Aqui, temos a representação de um grupo que vai mudar o rumo da história da ética na saúde no Brasil.”

## PAULO REBELLO, DIRETOR-PRESIDENTE ANS: “PROPOSTA PARA REGULAR REAJUSTE DE PLANO COLETIVO ESTÁ EM PROCESSO BEM AVANÇADO”

Futuro da saúde – 12/08/2024

No mais recente episódio do Futuro Talks, Paulo Rebello falou sobre o PL dos Planos de Saúde, o reajuste de planos coletivos e o diálogo entre setores

O plano de saúde está entre um dos três principais desejos do brasileiro, ficando atrás apenas da casa própria e da educação, segundo uma pesquisa conhecida divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Mas, embora seja objeto de desejo, os convênios que atendem uma população de mais de 50 milhões no país, têm enfrentado uma série de desafios e críticas da opinião pública. Reajustes elevados e, mais recentemente, notícias sobre rescisões de contratos viraram manchetes e

provocaram reações, que culminaram inclusive com um acordo entre os atores do setor e o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira. Mas o desafio é muito maior. Envolve uma visão estrutural de como o sistema de saúde como um todo funciona. Em meio a cenário está a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que ao mesmo tempo que precisa agir para responder questões de curto prazo, tem que olhar para o futuro e a sustentabilidade do segmento. Este foi o contexto da conversa com Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS, no mais recente episódio de Futuro Talks.

Uma das pautas quentes do setor envolve o Projeto de Lei 7.419, conhecido como o PL dos Planos de Saúde, que

tramita desde 2006, mas no último ano voltou à pauta. Contudo, Rebello foi enfático: “Espero que ele não passe esse ano”. Isso porque, em sua visão, é preciso um debate mais amplo antes de aprovar mudanças legislativas significativas. Ele revelou que a agência sugeriu ao relator do projeto para que aconteçam novas rodadas de discussão com players do setor, porque, às vezes, ao se aprovar uma matéria tão complexa com urgência, o resultado pode ser o contrário do esperado.

Ao longo da entrevista, Rebello também tocou em outros temas que estão na pauta da agência e destacou três. Um é uma proposta para regular o reajuste de planos coletivos, que, segundo ele, pretende trazer mais transparência. Ainda na parte de reajuste, ele também mencionou que estão

estudando mudanças no reajuste e na segurança para planos coletivos com até 29 vidas – que poderia, inclusive, passar a cobrir mais vidas. Rebello mencionou que a ANS está trabalhando na questão de rescisões unilaterais, também no sentido de esclarecer as regras e para que os beneficiários conheçam seus direitos.

Durante a conversa, vários outros assuntos foram abordados. Regulação dos cartões de desconto, diálogo entre os segmentos da saúde, autismo, interoperabilidade entre sistema público e privado e aprovação de novas tecnologias foram alguns deles. E também comentou o que espera deixar de legado de sua gestão à frente da ANS – transparência é um dos principais.

## JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE AUMENTOU EM 20% EM UM ANO, DIZ CNJ

Metrópoles – 12/08/2024

Em 2023, foram ajuizadas 565 mil ações, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça sobre judicialização na saúde.

A litigância no direito à saúde cresceu em 2023, na comparação com 2022. Segundo dados do Painel da Saúde, organizado pelo Conselho Nacional de Justiça, somente em 2023 foram ajuizadas 565 mil ações do tema em todo o país.

Do total, 334 mil delas foram relativas à saúde pública e 238 mil sobre saúde suplementar.

Foi um aumento de cerca de 20% no total de ações distribuídas em relação ao ano de 2022.

## STF INVALIDA LEI DE ALAGOAS QUE OBRIGAVA PLANOS DE SAÚDE A COBRIR EXAMES PEDIDOS POR NUTRICIONISTAS

G1 - 11/08/2024

Julgamento do caso no plenário virtual terminou nesta sexta-feira (9). Prevaleceu o voto do relator, ministro Luiz Fux, no sentido de que a norma trata de tema de competência da União.

A maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu invalidar uma lei de Alagoas que obrigava planos de saúde a cobrir exames prescritos por nutricionistas.

O julgamento do caso terminou nesta sexta-feira (9), no plenário virtual — ambiente eletrônico em que os ministros apresentam seus votos em uma página do Supremo na internet.

Prevaleceu o voto do ministro Luiz Fux, relator do caso, que concluiu que a lei estadual é inconstitucional por tratar de tema que é de competência da União.

O ministro citou casos anteriores em que a Corte decidiu na mesma linha — o mais recente é uma lei do Rio Grande do Norte, que também previa a cobertura obrigatória de exames solicitados por nutricionistas.

O posicionamento do relator foi acompanhado pelos ministros Flávio Dino, Alexandre de Moraes, Cármen Lúcia, Cristiano Zanin, Dias Toffoli, André Mendonça, Gilmar Mendes, Nunes Marques, Luís Roberto Barroso.

"Cuidando-se de diploma semelhante àquele já declarado inconstitucional pelo Plenário, cabe a estrita aplicação do precedente específico mencionado, mercê da imperiosa observância dos princípios da segurança jurídica, da igualdade e da eficiência na administração da justiça", afirmou.

O ministro Edson Fachin divergiu. Considerou a norma válida porque ela trata de relações de consumo, tema que também pode ser tratado por gestões locais.

Fachin concluiu que a norma "nitidamente destina-se a proteger o consumidor que contrata uma operadora de plano de saúde para ter assegurados os serviços de saúde integralmente considerados, apresenta-se consentânea com a ordem jurídica vigente e com a Constituição da República".

## CPI DA ALERJ VAI CONVOCAR PRESIDENTES DE PLANOS DE SAÚDE POR CAUSA DO CANCELAMENTO DE CONTRATOS DE PCDS

Folha do aço – 09/08/2024

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), destinada a investigar planos de saúde que não atendem a pessoas com deficiência, definiu que vai convocar os presidentes das

empresas de planos de saúde que estão cancelando contratos de PCDS de forma unilateral. A decisão foi tomada durante oitiva realizada nesta quinta-feira (dia 8), na sede do Parlamento fluminense, que reuniu representantes de

associações de operadoras de convênios de saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pais de famílias atípicas.

Segundo o presidente da CPI, deputado Fred Pacheco (PMN), os diretores-executivos das associações FenaSaúde e Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abrange) não conseguiram dar uma solução efetiva para o problema. “Temos duas associações dizendo claramente que não têm competência, no sentido jurídico, para firmar o compromisso que nós precisamos. O que queremos aqui é que alguém consiga dizer, efetivamente, que não haverá mais cancelamentos dos planos de saúde dessas pessoas. Esse foi o debate que aconteceu este ano na Câmara Federal, onde os planos disseram que os cancelamentos não aconteceriam mais, e isso não é verdade. Nós temos evidências de planos ainda sendo cancelados”, disse o parlamentar.

Pacheco refere-se a uma reunião que ocorreu em maio deste ano entre o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), e representantes das operadoras de planos de saúde. Na ocasião, foi feito um acordo com as empresas para suspender os cancelamentos recentes de planos em razão de transtornos ou doenças.

A associação FenaSaúde é responsável por 12 operadoras, entre elas a SulAmérica Saúde e a Unimed Nacional. De acordo com dados levantados pelo relator da CPI, deputado Julio Rocha (Agir), em 2023 havia 53 mil pessoas com deficiência cadastradas nos planos de saúde da associação. Este ano, esse número caiu para 47 mil.

Em resposta, a diretora-executiva da associação, Vera Valente, disse que os cancelamentos dos planos, quando ocorrem, são de contrato e não de um único paciente em especial. Valente informou, ainda, que nos últimos cinco anos, 95% dos cancelamentos foram solicitados pelo contratante e apenas 5% foram de iniciativa das operadoras.

Já o diretor-executivo da Abrange, Marcos Novaes, informou que 1466 beneficiários tiveram o contrato cancelado de 2022 até o momento. Ele também relatou que a rescisão de contratos unilaterais aconteceu apenas por casos de inadimplência ou fraude. A associação tem 144 operadoras associadas a nível nacional e 11 presentes no Estado do Rio.

Diante dos relatos dos representantes das associações, o deputado Julio Rocha disse que vai requerer uma auditoria

para fiscalizar os custos das operadoras que prestam serviço no Estado do Rio. “As operadoras estão tirando o foco da questão. Elas alegam que estão tendo prejuízo com os contratos de pessoas com deficiência, então vamos pedir uma auditoria para fiscalizar os balanços financeiros e patrimoniais de 2021, 2022 e 2023 desses planos”, destacou.

### Falha na fiscalização

Durante a reunião, foi apontado por mães atípicas a demora da Agência Nacional de Saúde Suplementar em responder às denúncias feitas aos planos de saúde. O presidente da agência reguladora, Marco Rabello, disse que existe um déficit de funcionários no órgão e que, em relação a questões assistenciais, a agência estipula um prazo de cinco dias para que a operadora do serviço preste um posicionamento.

“Nós temos um canal de recebimento de reclamações que tem uma média de 90% de resolatividade. Uma vez feita a reclamação e caso o problema não seja resolvido pela operadora, é aplicada uma multa. É isso que a gente consegue fazer pelo beneficiário”, comentou Rabello.

### Mães relatam insatisfação

Para a presidente do Movimento Autista com Dignidade e mãe atípica, Roberta Maia, a falta de cobertura dos planos de saúde compromete a qualidade de vida da pessoa com deficiência e a renda familiar, devido aos custos com o tratamento. “O bem-estar dos nossos filhos está sendo negligenciado em nome dos lucros. O aumento abusivo das mensalidades muitas vezes se torna insustentável e as negativas de cobertura dos planos são baseadas em critérios arbitrários e desumanos. Esses tratamentos não são luxos, são fundamentais para o tratamento dos nossos filhos”, contou.

Roberta disse, ainda, que por pressão dos planos, as clínicas credenciadas oferecem um tempo de atendimento reduzido, o que impossibilita a qualidade dos atendimentos. Além disso, informou que as consultas com especialistas são caras e as redes credenciadas, reduzidas, fazendo com que os valores das consultas se tornem ainda mais altos para as famílias atípicas.

Também participaram da reunião os deputados Tande Vieira (PP), Martha Rocha (PDT), Erika Takimoto (PT), Carla Machado (PT), Munir Neto (PSD), Carlinhos BNH (PP) e Marcelo Dino (União).

## CUSTOS DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS AUMENTAM COM REFORMA TRIBUTÁRIA

Saúde Business – 07/08/2024

Entidade busca corrigir exclusão do setor da Reforma e alerta para consequências para pequenos serviços de saúde.

O setor de locação de equipamentos médicos foi deixado de fora do texto da regulamentação da reforma tributária, mas tentará corrigir essa omissão durante a discussão no Senado Federal. A Associação Brasileira das Locadoras de Equipamentos Médicos (ABLEM) planeja apresentar aos senadores o erro cometido pelos deputados ao aprovarem o Projeto de Lei Complementar (PLP) 68/2024 com alíquotas distintas para venda e locação de equipamentos médicos.

O setor argumenta que a PEC 132, aprovada em 2023, prevê tratamento tributário igual tanto para venda quanto para aluguel de equipamentos médicos. Para a entidade, o debate deveria centrar-se na extensão da lista de equipamentos com redução tributária, e não na exclusão do setor, como ocorreu no projeto de lei complementar aprovado pela Câmara.

Emendas ao PLP 68/2024 chegaram a ser apresentadas para garantir que empresas de locação de equipamentos médicos fossem incluídas no regime diferenciado de tributação. No entanto, essas emendas não foram apreciadas devido a um acordo de líderes para não votar todas as emendas

parlamentares apresentadas. Caso essa distorção não seja corrigida pelo Congresso, a ABLEM pretende recorrer ao Judiciário para questionar a inconstitucionalidade da regulamentação, por não contemplar o previsto na PEC 132.

A ABLEM também argumenta que incluir o setor de locação na alíquota reduzida de IVA não reduziria a arrecadação dos governos, pois a locação de equipamentos representa uma fração muito menor do que a venda. Portanto, a mudança não impactaria a alíquota geral do IVA, uma preocupação do Congresso Nacional.

A redação aprovada pela Câmara traz consequências prejudiciais principalmente para serviços de saúde de menor porte, que são os principais usuários de empresas que alugam equipamentos médicos. Para pequenos hospitais e municípios, a locação muitas vezes é a única maneira de oferecer determinadas tecnologias aos pacientes, já que a compra demandaria investimentos inviáveis para essas instituições. Além disso, como os contratos de locação

geralmente incluem manutenção de equipamentos, eles facilitam a operação, especialmente de serviços distantes de grandes centros.

A decisão da Câmara também aumenta a pressão de custos sobre instituições filantrópicas, como Santas Casas e hospitais ligados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que têm aumentado o uso de equipamentos alugados.

Para fortalecer o processo de sensibilização dos senadores, a ABLEM está articulando o apoio de diversas frentes, mobilizando associações da área da saúde, incluindo planos de saúde, hospitais, laboratórios e fabricantes de equipamentos. A estratégia também envolve prefeitos de pequenos municípios, diretamente afetados pela medida, destacando a importância da locação de equipamentos médicos para a saúde pública local e solicitando que sejam considerados pelos senadores.

## REGULAMENTAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: DESAFIOS E NECESSIDADES

Saúde Business – 07/08/2024

A regulamentação da IA, liderada pela União Europeia, enfrenta dificuldades globais, enquanto no Brasil um Projeto de Lei prevê uso ético e responsável na saúde.

Regular a inteligência artificial (IA) é desafiador e exige constante evolução. Demanda um equilíbrio entre promover os benefícios da tecnologia e mitigar riscos. A União Europeia está liderando o caminho com uma nova legislação abrangente e rigorosa. Os Estados Unidos, por sua vez, não têm uma lei federal, a regulamentação da IA ocorre por meio de legislações estaduais.

Já o Brasil está em busca de estabelecer um arcabouço regulatório abrangente para o uso responsável e ético da IA. O Projeto de Lei 2338/2023, apresentado pelo senador Eduardo Gomes, visa garantir direitos de proteção aos usuários e estabelecer ferramentas de governança e fiscalização.

O assunto foi objeto de discussão no Future of Digital Health International Congress (FDHIC), cuja agenda foi dedicada a debater “O poder das inteligências artificiais generativas (GenAIs) no ecossistema de Saúde”, durante a Hospitalar 2024.

### Projeto de Lei brasileiro

Um dos principais pontos do projeto é a criação do Sistema Nacional de Regulação e Governança de Inteligência Artificial (SIA), que terá a função de fiscalizar e monitorar o uso da IA no Brasil. Especialistas em regulação no setor da saúde e profissionais da área de tecnologia e proteção de dados afirmam que o projeto apresenta pontos relevantes para o uso ético, responsável e em conformidade com os princípios de transparência, não discriminação, supervisão humana e adaptação contínua.

Além da governança de dados, o projeto aborda questões como critérios para tomada de decisão e produção de resultados (opacidade algorítmica), discriminação e necessidade de explicabilidade dos sistemas de IA. Embora a primeira versão do projeto tenha sido considerada confusa,

o Congresso Nacional tem recebido contribuições e pontos de vista de diversos setores, para aprimorar a proposta. No momento, o projeto aguarda audiência pública.

### Regulações internacionais

A União Europeia está construindo uma legislação abrangente e rigorosa, que impõe obrigações estritas de transparência para sistemas de IA considerados de alto risco, ultrapassando as medidas impostas pelos Estados Unidos e outros países.

Nos Estados Unidos, a regulamentação é realizada de acordo com o regimento de cada estado. No entanto, há preocupações de que a falta de regulamentação federal possa permitir que as grandes empresas de tecnologia operem sem restrições.

Há uma disputa entre Estados Unidos, Europa e China sobre a regulamentação de dados e IA. A nova legislação europeia pode definir o tom para que a IA seja regulamentada globalmente, na ausência de uma estrutura regulatória abrangente nos Estados Unidos.

Para especialistas presentes no FDHIC, o rigor da regulamentação na Europa está fazendo com que grandes big techs evitem lançar produtos de IA na região. O continente pode estar perdendo investimentos e desenvolvimento tecnológico. Por isso, é preciso focar nos benefícios que a IA pode trazer, em vez de apenas discutir questões ideológicas e protetivas.

Durante o congresso, na Hospitalar, profissionais afirmaram - o que setor já sabe - a demanda por serviços na saúde será muito maior do que a capacidade de atendimento, o que torna a IA necessária e estratégica. Embora a regulamentação seja imprescindível, também é ter cuidado com regras restritivas que possam sufocar a inovação. O caminho é encontrar uma “harmonia” entre regulamentação e incentivo à inovação, preservando princípios básicos, mas permitindo a evolução.

## O temor de uma regulação proibitiva

O debate em torno da regulação da Inteligência Artificial (IA) na área da saúde tem gerado preocupações sobre o risco de uma regulação controlada proibitiva. Há um consenso de que é preciso encontrar um equilíbrio entre os riscos regulares e permitir os ganhos proporcionados pela IA, sem exigir um nível de assertividade de 100%, assim como não se cobra dos seres humanos.

O dilema central é a responsabilidade pelo uso da IA. Nos Estados Unidos, a tendência é responsabilizar o usuário, enquanto no Brasil ainda há dúvidas sobre como assumir responsabilidades na cadeia de desenvolvimento e uso da tecnologia. Há críticas à regulação excessiva e burocrática, que pode inibir a adoção da IA.

Defende-se uma abordagem mais orientada por princípios, baseada em um ambiente regulatório experimental e análise de impacto, evitando a inclusão de elementos desnecessários no projeto de lei.

Tão importante quanto, inserir ética no uso da IA, mais do que apenas a tecnologia em si, estabelece limites princípios morais e de governança para o uso adequado dessa tecnologia na área da saúde.

## Governança

À medida que os algoritmos de IA se tornam cada vez mais presentes na Saúde, é fundamental constituir uma estrutura robusta de governança para garantir seu desenvolvimento, implantação e uso de forma responsável. Essa governança deve incluir princípios e diretrizes para lidar com questões, como privacidade de dados, visualizações, transparência e responsabilidade, principalmente porque os agentes do setor lidam com um grande volume de informações pessoais e sensíveis.

Em primeiro lugar, é necessário estabelecer mecanismos de supervisão e monitoramento contínuo para avaliar o desempenho, a segurança e os impactos dos algoritmos de IA. Isso inclui auditorias regulares, testes específicos e análises de risco para identificar e mitigar possíveis vieses, erros ou consequências indesejadas.

A transparência sobre como os algoritmos são treinados, quais dados são utilizados e como as decisões são tomadas é essencial. Mecanismos de responsabilização claros também precisam garantir que haja prestação de contas em caso de falhas ou danos.

Por fim, mas não menos importante, a governança da inteligência artificial na saúde deve priorizar a ética e o respeito aos direitos humanos, o que envolve a adoção de princípios sólidos, como a privacidade e a autonomia dos pacientes. Além disso, garantir a participação de diversas partes interessadas, incluindo profissionais de saúde, pacientes, especialistas em ética e a sociedade civil, no desenvolvimento e implementação de políticas e regulamentações relacionadas à IA na saúde.

## Classificação de risco

A auditoria interna desempenha um papel relevante nesse processo a partir da avaliação e acompanhamento dos riscos e controles relacionados aos sistemas de IA. Ela ajuda a identificar e mitigar riscos, garantir a conformidade e promover a confiança nesses sistemas.

Durante o FDHIC, profissionais citaram frameworks como, a estrutura do Institute of Internal Auditors, que orientam como auditar sistemas de IA de maneira eficaz. Outro ponto necessário é classificar os algoritmos de IA na saúde em diferentes níveis de risco, com base na probabilidade e gravidade do dano potencial.

Algoritmos de alto risco, como aqueles usados para diagnóstico ou tratamento de doenças, exigem maior cuidado e controles mais rigorosos. Por outro lado, algoritmos de baixo risco, como aqueles usados para fins administrativos ou triagem de sintomas não críticos, podem ter requisitos mais flexíveis.

A confluência entre a governança de dados e a IA é intrínseca, pois a IA depende de grandes quantidades de dados de qualidade. Portanto, é fundamental garantir que os dados utilizados pelos algoritmos sejam precisos, íntegros e livres de erros.

---

**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](mailto: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)

© 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.