

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de dezembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[STJ decide que Cofins incide sobre valor pago por plano de saúde a credenciado](#) – Fonte: Jota Info

[Obrigação de convênio médico ofertar atendimento telef nico a idosos avança](#) – Fonte: Agência Senado

[Planos de saúde são obrigados a informar descredenciamento de hospitais](#) – Fonte: JD1

[ANS lança painel dinâmico sobre estoque regulatório do setor de planos de saúde](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos de saúde e hospitais investem em clínicas especializadas em câncer. Veja como funcionam](#) – Fonte: O Globo

[Judicializa o predatória pressiona sustentabilidade dos planos de saúde](#) – Fonte: O Globo

[Planos de saúde: cancelamento por atraso de pagamento tem novas regras; veja como funcionam](#) – Fonte: Estad o

[ANS recebe cerca de mil reclama es por m s sobre cancelamentos de plano de saúde sem aviso das operadoras](#) – Fonte: G1

[Desafios na gestão de planos de saúde são tema de debate no encontro nacional da indústria](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS torna obrigatória oferta de implantes contraceptivos por planos de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Proposta obriga planos de saúde a fornecerem carteiras físicas para identifica o dos usuários](#) – Fonte: O Progresso

[Mudar o foco do cuidado na saúde suplementar: do hospital para as pessoas](#) – Fonte: Folha de São Paulo

STJ DECIDE QUE COFINS INCIDE SOBRE VALOR PAGO POR PLANO DE SAÚDE A CREDENCIADO

Folha de São Paulo – 27/11/2024

Entendimento da 1ª Turma abrange o período anterior a 2001, a partir de quando os valores passaram a ser excluídos da base de cálculo.

A 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu, por unanimidade, que valores pagos por uma operadora de plano de saúde a estabelecimentos e profissionais credenciados, como hospitais e médicos, devem integrar a base de cálculo da Cofins. O entendimento abrange o período anterior a 2001. A partir desta data, o artigo 3º, parágrafo nono, da Lei 9.718/98, passou a definir expressamente que tais valores devem ser excluídos da base de cálculo.

O caso voltou a julgamento na última terça-feira (26/11) com voto-vista da ministra Regina Helena Costa. A magistrada seguiu o relator, ministro Sérgio Kukina, que defendeu que para que os valores pagos pelas operadoras fossem excluídos da base de cálculo da Cofins, era necessária

regulamentação do Poder Executivo, o que só ocorreu em 2001.

Apesar do apontamento feito pela advogada que representa o contribuinte durante o julgamento, os ministros consideraram que o assunto do processo não é similar ao debatido no EREsp 1599065/DF. Ao analisar o caso em setembro, a 1ª Seção decidiu que as taxas por serviços de interconexão e roaming, devidas quando uma operadora de telefonia utiliza a estrutura de outra, não integram a base de cálculo do PIS e da Cofins.

Para a defensora, assim como no EREsp, a ação analisada nesta terça trata da tributação do repasse de valores pagos por consumidores. Para os ministros da 1ª Turma, porém, os temas não são similares.

O processo é o REsp 1.585.254/SP (AgInt).

OBRIGAÇÃO DE CONVÊNIO MÉDICO OFERTAR ATENDIMENTO TELEFÔNICO A IDOSOS AVANÇA

Agência Senado – 04/12/2024

A Comissão de Direitos Humanos (CDH) aprovou nesta quarta-feira (4) projeto que obriga planos de saúde a ofertar atendimento telefônico a idosos. O texto agora vai para decisão terminativa da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O projeto de lei (PL) 4.803/2023, do senador Ciro Nogueira (PP-PI), recebeu apoio do senador Laércio Oliveira (PP-SE). Para o relator, o avanço tecnológico deve respeitar as especificidades da faixa etária, que está "mais propensa a enfrentar dificuldades no uso" das ferramentas digitais.

— Com o avanço das ferramentas de inteligência artificial como os famosos *chatbots*, muitas operadoras de planos de saúde têm adotado essas tecnologias para reduzir custos. Entretanto, nem todos os usuários se adaptam facilmente.

Muitos usuários, especialmente pessoas idosas, encontram dificuldades em operar essas tecnologias e até mesmo em usar funções básicas de um smartphone — disse Laércio.

Segundo o texto, o atendimento telefônico não terá custo extra e poderá ser ofertado inclusive para agendamento de consultas e procedimentos. Isso inclui a marcação de consultas, acesso a exames e informações sobre coberturas, entre outros serviços.

Os convênios também estarão proibidos de oferecer qualquer produto ou serviço de saúde somente pela internet. Para isso, o projeto busca alterar o Estatuto da Pessoa Idosa.

A reunião foi presidida pelo senador Paulo Paim (PT-RS).

PLANOS DE SAÚDE SÃO OBRIGADOS A INFORMAR DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS

JD1 – 04/12/2024

As operadoras devem fazer a comunicação aos clientes com 30 dias de antecedência.

Foi publicado nesta quarta-feira (4), a Lei que obriga as operadoras de planos de saúde de Mato Grosso do Sul, a informar aos usuários sobre o credenciamento de hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e assemelhados.

As operadoras também ficam obrigadas a informar os novos credenciamentos, podendo ocorrer por meio eletrônico ou impresso, com 30 dias de antecedência.

Os novos credenciamentos deverão ser disponibilizados em guia médico disponibilizado ao usuário.

O descumprimento de medida pode incorrer em sanções como multas, inutilização do produto; cassação do registro do produto junto ao órgão competente, cassação de licença do estabelecimento ou de atividade, entre outros, previstos nos arts. 56 e 57 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990

ANS LANÇA PAINEL DINÂMICO SOBRE ESTOQUE REGULATÓRIO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

(GOV) ANS – 03/12/2024

Ferramenta possibilita pesquisar atos normativos por tipo, tema, ano de edição, publicação e vigência, assunto e status no processo de revisão do estoque.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou o painel dinâmico com os atos normativos que regulamentam o setor de planos de saúde. Com o nome Painel de Estoque Regulatório da ANS, a ferramenta permite a pesquisa a todas as normas editadas pela reguladora e suas ementas, classificadas por tipo, tema, assunto, ano de edição, publicação e vigência, além de área técnica responsável. Possibilita, também, o acompanhamento do processo de revisão e consolidação dos atos normativos que vêm sendo executados pela Agência.

Clique aqui e confira o [Painel de Estoque Regulatório da ANS](#).

De forma inédita, a ferramenta vai permitir que o cidadão tenha em mãos uma visão completa de um ato normativo, com a identificação imediata sobre quais instrumentos de participação social foram utilizados, e se houve Análise de Impacto Regulatório para determinar a sua edição. De

maneira proativa e em consonância com as melhores práticas de Transparência Ativa, o painel disponibilizado pela ANS permite o acesso aos documentos que deram origem ao ato. O painel oferece, ainda, acesso a seções como o calendário de reuniões da Diretoria Colegiada e participação social por um atalho com links úteis.

Revisão do estoque regulatório

O processo de revisão do estoque regulatório envolve uma série de atividades, desde o levantamento de todos os atos editados pela ANS, correção da situação dos instrumentos que se encontravam desatualizados, classificação por temas, entre outras. O painel permite à ANS adotar um processo dinâmico e sistemático de organização, acompanhamento e revisão dos atos normativos. É possível promover, assim, o acesso qualificado às informações e avaliar sua adequação, visando a melhoria da qualidade normativa e, dessa forma, contribuindo para melhorias contínuas na saúde suplementar.

O painel dinâmico atualizado diariamente e, atualmente, a ANS dispõe de 335 normas vigentes.

PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS INVESTEM EM CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM CÂNCER. VEJA COMO FUNCIONAM

O Globo – 03/12/2024

Aposta no modelo visa otimizar tratamento e aumentar eficiência, reduzindo os custos.

No momento em que o setor de saúde passa por transformações, como a união de operadoras de planos com hospitais para controlar despesas, um dos segmentos mais caros também passa por mudanças: a oncologia.

Tratamentos descentralizados dão lugar a centros especializados que integram a jornada de cuidados e ampliam a comunicação entre os profissionais envolvidos. Para o paciente, a expectativa é que o modelo otimize o tratamento, enquanto, para as empresas, traz mais eficiência financeira, reduzindo custos.

O movimento mais recente foi confirmado semana passada, com o lançamento da Croma Oncologia. A empresa é uma joint venture (parceria) da Beneficência Portuguesa, do Grupo Fleury e da Atlântica, braço hospitalar da Bradesco Saúde. As três investiram R\$ 678 milhões na nova empresa.

No dia a dia, a Croma vai coordenar o tratamento do paciente com câncer e o suporte à família. Toda a assistência ambulatorial — como consultas com os especialistas e acompanhamento psicológico e psiquiátrico — será feito nas unidades da empresa. Inicialmente, serão quatro clínicas.

As duas primeiras, com inauguração prevista para fevereiro, ficam na Lapa e no Tatuapé, na capital paulista, e outra deve ser aberta até abril no Morumbi. Na cidade do Rio, a clínica da Croma está prevista para ser inaugurada em maio, em Botafogo.

Mercado em expansão

Exames diagnósticos ficarão a cargo da rede de laboratórios do Grupo Fleury. Já as sessões de quimioterapia e radioterapia, cirurgias e atendimentos emergenciais acontecerão nos hospitais da Beneficência Portuguesa. No Rio, a Croma ainda negocia parceria com uma rede hospitalar, inclusive com a possibilidade de participação societária na empresa.

— Estamos olhando para Minas Gerais e alguns estados do Nordeste e Centro-Oeste. Encontrando parceiros em cada praça que tenham alinhamento com o nosso modelo, pode ser uma relação comercial ou até mesmo virar uma relação de joint venture local — afirma Cesar Franco, presidente da companhia.

O tratamento coordenado pela Croma acontecerá com a integração dos sistemas, permitindo às equipes dos três eixos acompanhar as informações dos pacientes, através de modelo de remuneração baseado em prestação de serviços, e não no uso de materiais e medicamentos, o que auxilia na redução de custos, diz Franco:

— Muitas das consolidações de grupos econômicos de saúde no Brasil são nesse sentido, mas integrar é sempre um desafio. Sem integração, o desperdício cresce muito. A quantidade de exames solicitados aumenta, linhas de tratamento às vezes divergem, e o paciente fica perdido no meio.

A iniciativa das empresas de se juntar para criar uma companhia que coordene atendimentos oncológicos não é isolada, e ocorre em um mercado caro, grande e com potencial de expansão.

Números da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) dão conta de que, no ano passado, 1,2 milhão de consultas oncológicas foram realizadas, além de 2,3 milhões de procedimentos de radioterapia e quimioterapia e 332 mil internações relacionadas ao câncer, cerca de 4% do total de hospitalizações.

— Algumas operadoras já levantaram que só as terapias oncológicas respondem por cerca de 8% do total de despesas — calcula Marcos Novais, superintendente da entidade.

Um estudo publicado na revista Lancet mostra que o câncer já é a doença que mais causa mortes em cerca de 700 municípios brasileiros. Coordenador do Grupo de Estudos de Oncologia da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), o médico patologista Victor Piana analisa que a doença caminha para se tornar crônica, o que demanda cuidados contínuos.

Além disso, num país em que a população está envelhecendo de forma acelerada, com mudanças na pirâmide etária, as perspectivas para as próximas décadas não são animadoras: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expectativa é que o número de pacientes oncológicos no país cresça 76% em 20 anos, patamar que é mais que o dobro do constatado em países como EUA (33%) e Espanha (36%).

— Centralizar faz com que se tenha menos redundância de procedimentos, tornando o tratamento mais inteligente. Mas

é preciso mudar o modelo de pagamento do setor, deixando de ser por volume (quanto mais procedimentos e tratamentos, maior a remuneração) para ser por valor, por ciclos de cuidado — diz Piana, que comanda o A.C. Camargo Cancer Center.

Fundador e CEO da Oncoclínicas, Bruno Ferrari lembra que o modelo de centros especializados em oncologia é realidade no exterior há décadas. O grupo, fundado há 14 anos, tem 145 unidades em 15 estados e parcerias com hospitais como Grupo Santa, no Distrito Federal, Casa de Saúde São José, no Rio, e Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte.

Em agosto, a empresa formou uma joint venture com o grupo empresarial árabe Al Faisaliah para abrir uma unidade em Riad, na Arábia Saudita, e planeja expansão no Golfo Pérsico. O investimento é de até US\$ 20 milhões.

— Quando somos altamente qualificados, o tratamento é mais assertivo— diz Ferrari.

Professora da FGV Saúde, Ana Maria Malik destaca que centros especializados ou alianças entre empresas podem melhorar a qualidade do atendimento, torná-lo mais humanizado (evitando deslocamento do paciente em tratamento em vários locais) e otimizar recursos pelas empresas:

— Existe um axioma de que quando você faz muito de determinada coisa, a probabilidade de fazer melhor é maior. Não é verdade eterna, mas é forte evidência de que a centralização pode contribuir para que profissionais e empresas aprendam a fazer melhor.

JUDICIALIZAÇÃO PREDATÓRIA PRESSIONA SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo - 03/12/2024

28º Congresso Abramge reúne lideranças do setor e ministros do STF Luís Roberto Barroso, Gilmar Mendes e José Antonio Dias Toffoli para discutir desafios da saúde suplementar.

Nenhum setor da economia consegue crescer e se desenvolver sem segurança jurídica. Essa é a base que viabiliza investimentos e permite entregar os melhores produtos e serviços, para a maior quantidade possível de pessoas, ao custo mais acessível possível. Acontece que, nos últimos anos, no Brasil, a área de saúde vem sendo fortemente pressionada por uma judicialização predatória, que coloca em risco a própria sustentabilidade do sistema — um processo que já foi observado no Chile e que, no país vizinho, recentemente levou os prestadores privados a colapsarem, aumentando a pressão sobre o sistema público.

A gravidade da situação cria entre os players brasileiros a certeza de que é preciso reagir com urgência. Daí este ter sido o principal tema do 28º Congresso Abramge, um dos mais tradicionais do setor de saúde suplementar, realizado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde no Pavilhão da Bienal, no Ibirapuera, em São Paulo (SP), nos dias 21 e 22 de novembro.

Mais de mil pessoas participaram do evento, representando mais de 300 empresas. Acompanharam mais de 12 horas de

programação, conduzidas por mais de 30 palestrantes, incluindo os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) Gilmar Mendes e José Antonio Dias Toffoli, além do presidente da Corte, Luís Roberto Barroso.

ALERTA NO STF

Mendes forneceu números: demandas judiciais relativas à saúde saltaram de 21 mil novos casos mensais, em 2020, para 61 mil, em 2024. O ministro também detalhou o acordo que ele propôs recentemente no STF, elaborado por uma comissão especial, que propõe a criação de uma plataforma nacional para centralizar as demandas de medicamentos.

“Temos contribuições relevantes para racionalizar a judicialização da saúde do nosso país, tanto no aspecto público quanto no aspecto da saúde complementar”, informou. “A saúde complementar é fundamental para dar auxílio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Temos que atuar juntos e pensar juntos”, reforçou Toffoli.

A situação é observada com atenção pelo Supremo, observou, por sua vez, Barroso. “Em setembro de 2024, havia mais de 800 mil processos de judicialização da saúde no Brasil, dos quais, 483 mil iniciados este ano. Esses são números extremamente preocupantes. Revelam uma

tendência de crescimento. A judicialização não pode ser normalizada como a forma natural de equacionar conflitos. O Supremo tem uma preocupação com a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.”

Como ele apontou, o Conselho Nacional de Justiça tem agido, por intermédio do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), que se utiliza da plataforma e-Nat Justiça para reunir notas técnicas relativas a demandas ajuizadas contra o setor. E um acordo firmado com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai permitir criar uma aba específica para os dados gerados pelas ações contra o sistema suplementar.

A manutenção de uma base de dados técnicos é crucial diante das demandas constantes que se apresentam, apontou o presidente da Abramge, Gustavo Ribeiro. “O Judiciário é vítima também. O juiz recebe pedido de liminar, num fim de tarde de sexta-feira, alegando que uma criança vai morrer sem determinado medicamento, o que nem sempre é verdade, mas o magistrado não tem conhecimento técnico para avaliar.”

Como lembrou Rodrigo Maia, presidente da Confederação Nacional das Instituições Financeiras (CNF) e ex-presidente da Câmara dos Deputados, conter a judicialização excessiva é urgente. “Hoje os juízes são responsáveis pelo orçamento da saúde. Precisamos dar condições para que o setor privado atue. Para isso, é preciso garantir segurança jurídica”

Saúde suplementar

Pesquisa inédita detalha a avaliação que a população faz do setor

88%

consideram os planos muito importantes para preservar a saúde

34%

consideram os planos de saúde do Brasil ótimos, e 42%, bons

55%

acreditam que, no futuro, os planos vão melhorar ou melhorar muito

7,7

é o grau médio de satisfação dos usuários, numa escala de 0 a 10

Pontos mais elogiados:



22%

Qualidade dos serviços



14%

Atendimento presencial



16%

Qualidade dos profissionais de saúde



7%

Rede credenciada de atendimento

FONTE: PESQUISA “RAIO-X DA SAÚDE SUPLEMENTAR”, REALIZADA PELA FGV JUSTIÇA E PELO INSTITUTO DE PESQUISAS SOCIAIS, POLÍTICAS E ECONÔMICAS (IPESPE)

NOVAS TECNOLOGIAS

O evento contou com a presença de Rafael Caviedes, analista de políticas públicas e ex-presidente da Instituciones de Salud Previsional (Isapres), um sistema privado de seguros de saúde no Chile. Ele relatou detalhadamente a escalada de acontecimentos que levou ao colapso do setor no país — uma trajetória que guarda muitas semelhanças com o cenário atual brasileiro.

“Há 20 anos, começaram os questionamentos a respeito de preços e reajustes. Esse processo se agravou com a publicação de uma tabela única, em 2022, que, por exemplo, exigia que os planos de saúde não cobrassem mensalidades de menores de 2 anos. A cobrança retroativa levou o sistema privado ao colapso, o que gerou uma enorme pressão sobre o atendimento público.”

No Brasil, o aumento da judicialização está diretamente ligado a um fenômeno importante: o avanço da tecnologia na direção do desenvolvimento de tratamentos e medicamentos ainda em fase experimental, sem robusta comprovação científica de eficácia e segurança a valores exorbitantes,

geralmente, para tumores em estágios avançados e doenças raras ou ultrarraras.

Como lembrou Ludhmila Hajjar professora titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), este é um acontecimento dos mais relevantes, mas que precisa ser conduzido com critérios mais claros. “A transição demográfica que o Brasil atravessa leva a uma transição epidemiológica, de doenças tropicais para doenças crônicas e incapacitantes.”

“Esse fenômeno já demanda um esforço enorme e maiores custos para o setor de saúde”, prosseguiu Hajjar. “Ao mesmo tempo, a tecnologia vem avançando. Seis em cada dez pacientes de câncer são curados com tecnologias que surgiram nos últimos 15 anos. Como atender as pessoas sem colocar em risco a sustentabilidade financeira do sistema?” A resposta passa pela medicina baseada em evidências, com a liberação exclusivamente de medicamentos e tratamentos submetidos a todos os testes clínicos mais criteriosos. Afinal, como apontou Marcos Novais, diretor executivo da Abramge, “muitos processos judiciais envolvem medicamentos em estágio inicial de desenvolvimento, que não geram benefícios comprovados para os pacientes”.

PLANOS DE SAÚDE: CANCELAMENTO POR ATRASO DE PAGAMENTO TEM NOVAS REGRAS; VEJA COMO FUNCIONAM

Estadão – 03/12/2024

Novas medidas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) valem para contratos firmados depois do dia 1º de dezembro.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu novas regras para o cancelamento de planos de saúde por falta de pagamentos, com prazos de tolerância revisados e mudanças na forma de notificação. As normas são válidas para os planos contratados a partir do dia 1º de dezembro. Já para os contratos firmados até 30 de novembro deste ano, valem as orientações antigas.

Os novos contratos só poderão ser cancelados caso o beneficiário deixe de pagar pelo menos duas mensalidades, seguidas ou não. Para os planos contratados antes da nova regra, o cancelamento pode ser feito se o pagamento ficar em aberto por mais de 60 dias, também consecutivos ou não, nos últimos 12 meses.

O advogado Caio Henrique Fernandes, sócio do Vilhena Silva Advogados, escritório especializado em direito à saúde, explica que, nas regras anteriores, se uma pessoa acumulasse atrasos que somassem 60 dias em um ano — por exemplo, 10 dias de atraso em cada mês, de janeiro a junho — a operadora poderia cancelar o plano.

Agora, o que conta são as mensalidades. Um atraso de dias, desde que o pagamento seja feito, não é considerado inadimplência. “A operadora poderá cancelar o plano somente se, por exemplo, o usuário não pagar nada em janeiro e também deixar de pagar em março, somando duas mensalidades”.

A mudança é válida para diversos tipos de beneficiários: contratantes do plano de saúde individual ou familiar;

empresário individual contratante de plano coletivo empresarial ou que paga a mensalidade de plano coletivo diretamente à operadora; servidores públicos; e beneficiários de operadoras de autogestão ou que pagam diretamente a uma administradora de benefícios.

Questionamentos sobre valores

Outra importante atualização é quanto à contestação de valores. Nos contratos firmados até 30 de novembro, o beneficiário pode ter o contrato rescindido ou ser excluído do plano 10 dias após receber notificação da operadora sobre a inadimplência.

Nos contratos celebrados a partir de dezembro, a regra se mantém, mas se o beneficiário questionar o valor do débito ou a inadimplência dentro desse prazo, a operadora deve responder e conceder mais 10 dias para o pagamento.

“Se o beneficiário não concordar com o valor cobrado, ele pode notificar a operadora. Ela pode manter a sua posição ou promover uma negociação”, explica Fernandes. A negociação pode ocorrer em caso de cobranças indevidas de multas e juros.

Mudanças para contratos empresariais e coletivos

Os contratos firmados por empresários individuais somente podem ser cancelados com comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será desfeito na data indicada na notificação.

Nos contratos coletivos firmados por pessoas jurídicas, aqueles que pagam diretamente à operadora somente podem ser excluídos por inadimplência nas condições previstas no contrato.

Novas regras de notificação

Outra mudança proposta pela ANS é que a comunicação em caso de inadimplência seja feita por novos meios eletrônicos. O objetivo é fazer com que as operadoras esgotem todas as formas de notificação antes de um cancelamento. Veja o que muda:

Formas de notificação para contratos de até 30 de novembro de 2024:

- E-mail com certificado digital e confirmação de leitura;
- SMS;
- Aplicativos de mensagens criptografados, como WhatsApp;
- Ligações telefônicas gravadas.

Formas de notificação para contratos a partir de 1º de dezembro:

- E-mail desde que com certificado digital ou confirmação de leitura;
- SMS ou via aplicativos de mensagens criptografadas;
- Ligações gravadas;
- Carta registrada com aviso de recebimento (AR) ou entrega por representante da operadora com comprovante de recebimento assinado.

Para Fernandes, essas mudanças vêm para preencher uma lacuna, acompanhando os avanços trazidos pela tecnologia. No entanto, ele ressalta que as alterações podem deixar de beneficiar pessoas sem acesso ou conhecimento suficiente sobre as novas tecnologias, como pessoas idosas. Por isso, as operadoras devem garantir o uso de múltiplos meios para contato.

Apesar disso, em geral, o advogado acredita que as mudanças trouxeram avanços para proteção dos consumidores, ajudando o beneficiário a conseguir regularizar o plano de saúde.

ANS RECEBE CERCA DE MIL RECLAMAÇÕES POR MÊS SOBRE CANCELAMENTOS DE PLANO DE SAÚDE SEM AVISO DAS OPERADORAS

G1 – 02/12/2024

Presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Gustavo Ribeiro, afirmou que não existem cancelamentos unilaterais injustificados atualmente.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou à GloboNews que recebeu cerca de mil reclamações em quase todos os meses de 2024 sobre cancelamentos unilaterais de planos de saúde, que é quando uma operadora encerra o contrato sem justificativa. Entre janeiro e outubro foram 13.339 reclamações.

Em maio deste ano houve um pico de reclamações, foram 1.854. Tanto que, à época, a ANS publicou uma nota informando que não poderia "haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde".

Ou seja, nenhum beneficiário poderia ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade.



Até agosto desse ano, não havia nenhuma regra que obrigasse as operadoras a informar os cancelamentos. Então, a única maneira de medir o tamanho do problema são as reclamações dos consumidores que chegam até a própria ANS.

O g1 entrou em contato com a Agência Nacional de Saúde para confirmar se essa regra ainda se mantém e quais são os principais motivos para o cancelamento dos planos, mas não teve retorno até a publicação desta reportagem.

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Gustavo Ribeiro, afirmou que não existem cancelamentos unilaterais injustificados atualmente. “Pode-se fazer a rescisão unilateral de planos individuais e de pequenas e médias empresas, de maneira justificada. Por exemplo, se não houve pagamento, se houve uma fraude”.

De todo modo, ele justificou que as mil reclamações representam uma parcela pequena de beneficiários de plano de saúde. Hoje, existem 51,4 milhões de beneficiários – eles estão divididos da seguinte forma:

- 36,7 milhões - coletivo empresarial;
- 8,8 milhões - individual ou familiar; e
- 5,9 milhões - coletivo por adesão (quando um grupo de pessoas contratada um plano).

Ribeiro disse também que é necessária uma mudança das legislações que regem os planos de saúde. Ele explicou que a lei criada para o setor é da década de 90 e rege um mundo que não existe mais. Desde então, a expectativa de vida e as tecnologias são outras, por exemplo – então, consequentemente, os custos também são outros.

“Mas isso não pode ser feito de maneira desesperada, precisa muito estudo e tecnicidade para que seja protetiva para os consumidores e as empresas tenham segurança jurídica [...] Você não consegue fazer um contrato de entrega ilimitada de serviços. Em 2022, teve um tipo de mudança sobre certas terapias (psicoterapia e fonoaudiologia). Quando você oferece algo ilimitado, você não consegue dimensionar o impacto”.

DESAFIOS NA GESTÃO DE PLANOS DE SAÚDE SÃO TEMA DE DEBATE NO ENCONTRO NACIONAL DA INDÚSTRIA

Saúde Business – 29/11/2024

Especialistas discutem soluções para redução de custos, sustentabilidade do setor e impacto no sistema de saúde pública.

O 14º Encontro Nacional da Indústria (ENAI), realizado em Brasília, reuniu autoridades, especialistas e representantes do setor industrial e governamental para discutir temas estratégicos para o desenvolvimento do país. Entre os destaques da programação, a mesa-redonda “Visão do Contratante de Planos de Saúde – Desafios e Oportunidades” trouxe à tona as dificuldades enfrentadas pelas empresas na gestão de planos de saúde corporativos, que respondem por mais de 70% do mercado no Brasil.

O debate contou com a participação de Ademar José de Oliveira Paes Junior, membro do conselho da Abramed e CEO da LifesHub; Jacqueline Alves Torres, assessora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Danila Pires Cardoso, diretora de Pessoas do Grupo CCR; e José de Assis Pires de Miranda Junior, coordenador de Saúde Ocupacional do SESI-SP. A moderação ficou a cargo de Emmanuel Lacerda, superintendente de Saúde e Segurança na Indústria do SESI.

Principais desafios

Os participantes destacaram questões críticas, como a escalada nos custos dos planos e as mudanças no perfil dos

beneficiários. O envelhecimento da população e o aumento constante na utilização dos serviços de saúde têm pressionado as empresas contratantes, tornando a gestão cada vez mais desafiadora.

Ademar Paes Junior ressaltou a necessidade de mudanças estruturais para conter a sinistralidade e otimizar custos. “Precisamos investir em prevenção, implementar um monitoramento contínuo dos pacientes e integrar serviços de saúde para otimizar recursos e reduzir gastos desnecessários”, afirmou.

Sustentabilidade como prioridade

Outro ponto de consenso foi a importância de uma gestão mais eficiente para garantir a sustentabilidade da saúde suplementar. Os debatedores apontaram que isso requer um esforço coletivo entre empresas, governo e prestadores de serviços. Além disso, a manutenção de um sistema de saúde suplementar sustentável pode aliviar a sobrecarga sobre o SUS, fortalecendo o equilíbrio do setor como um todo.

A discussão reforçou a urgência de estratégias inovadoras e colaborativas que não apenas reduzam custos, mas também promovam a qualidade e a eficiência no atendimento, garantindo um futuro mais equilibrado para a saúde suplementar no Brasil.

ANS TORNA OBRIGATÓRIA OFERTA DE IMPLANTES CONTRACEPTIVOS POR PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 29/11/2024

Medida entrará em vigor em 2 de janeiro e beneficiará pessoas adultas em situações pré-determinadas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma nova resolução normativa que obriga os planos de saúde a oferecerem implantes subdérmicos de contracepção. A medida, divulgada no Diário Oficial da União nesta quarta-feira, entrará em vigor em 2 de janeiro de 2025 e define critérios específicos para a utilização do método.

Conforme a Resolução Normativa 619, os implantes subdérmicos de etonogestrel deverão ser disponibilizados para pessoas adultas que utilizem medicamentos teratogênicos, como isotretinoína, metotrexato, talidomida e antimicrobianos da classe tetraciclina, que podem causar má-formação fetal em casos de gravidez. A medida, que atualiza a Resolução 465/2021, também contempla populações em

maior vulnerabilidade social, incluindo pessoas em situação de rua, detentas e trabalhadoras do sexo.

Acesso ao planejamento reprodutivo

A iniciativa busca ampliar o acesso a métodos contraceptivos para mulheres e pessoas com útero em idade fértil, sendo considerada um avanço significativo no planejamento reprodutivo. A farmacêutica Organon, produtora do medicamento, avaliou a regulamentação de forma positiva.

“A ANS deu um passo importante para ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo. O texto publicado pela agência é bastante cuidadoso e se preocupa em resguardar a saúde e a segurança do público-alvo”, afirmou Tássia Ginciene, diretora de relações institucionais da Organon.

PROPOSTA OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A FORNECEREM CARTEIRAS FÍSICAS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS

O Progresso – 28/11/2024

Para virar lei, terá de ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

O Projeto de Lei 3340/24 obriga os planos de saúde a fornecerem carteiras físicas para a identificação dos usuários como alternativa às plataformas digitais. O texto em análise na Câmara dos Deputados altera a Lei dos Planos de Saúde.

Hoje, a lei já prevê a entrega aos titulares de cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos planos de saúde, além de material explicativo, em linguagem simples e precisa, com as características, os direitos e as obrigações.

“A proposta assegura que, independentemente de limitações digitais, os usuários dos planos sejam identificados e

atendidos, promovendo justiça e acessibilidade à saúde”, defendeu o autor da proposta, deputado Allan Garcês (PP-MA).

Segundo o parlamentar, atualmente, 57% dos usuários no Brasil não têm acesso pleno à internet, o que pode prejudicar os usuários. A mudança na Lei dos Planos de Saúde também harmonizará normas sobre o tema, assegurou Allan Garcês.

Próximos passos

O projeto tramita em caráter conclusivo e será analisado pelas comissões de Saúde; de Defesa do Consumidor; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, terá de ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

MUDAR O FOCO DO CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: DO HOSPITAL PARA AS PESSOAS

Folha de São Paulo – 27/11/2024

Transformar o modelo de atenção é essencial para assegurar a sustentabilidade e a qualidade dos planos de saúde.

A recente pesquisa publicada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e pela Umane apresenta uma excelente análise do setor privado de saúde no Brasil. Talvez, pela primeira vez neste país, sejam desveladas as luzes e as sombras desse segmento, desde a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a atualidade. Os nove estudos originais que fundamentam o trabalho, com diferentes abordagens e perspectivas, abrangem todos os temas e elementos necessários para obter um quadro completo da situação, para apontar os desafios futuros e para propor soluções e enfoques viáveis e sustentáveis.

A pesquisa aponta para graves fragilidades e vulnerabilidades do setor privado de saúde em várias dimensões. Chama a atenção a heterogeneidade dos perfis dos atores envolvidos, onde grandes empresas multinacionais dividem o mercado com clínicas populares pequenas e precárias, passando por muitas outras categorias intermediárias.

Os planos de saúde, preocupados em limitar a explosão de demandas de serviços assistenciais (cada dia mais custosos), operam na mesma praça que os provedores, cujo objetivo é vender o maior número possível de consultas e procedimentos. Mesmo que planos e prestadores busquem a mesma finalidade — o lucro —, eles o perseguem por caminhos totalmente opostos. Esta irracionalidade estrutural

do setor privado (impossível chamar de sistema algo tão segmentado) favorece episódios de conflitos de interesse e abre brechas para comportamentos oportunistas ou até fraudulentos por parte dos atores envolvidos (prestadores, operadoras e usuários). Como resultado, os prestadores tendem a expandir indefinidamente a oferta de serviços, especialmente os de alto custo, ao ponto do Brasil ser o país com a maior disponibilidade de recursos por número de beneficiários de planos privados, junto com uma crescente capacidade ociosa. Para dar um único exemplo, a taxa de ressonâncias magnéticas per capita da saúde suplementar do Brasil em 2021 foi o dobro daquela dos países da OCDE e quase dez vezes mais alta do que no SUS.

Essas e outras observações sobre os problemas que afetam o setor privado de saúde levam os autores a afirmarem que: "este desalinhamento leva à sobreutilização de serviços, aumento de custos e ineficiência na alocação e no uso de recursos". Essa situação de desequilíbrio e de superposição de estratégias entre os atores do setor privado é favorecida por uma regulação insuficiente e por graves lacunas de governança por parte das instituições públicas competentes.

Planos de saúde: modelo de atenção focado na doença

É nossa opinião que esta grave situação se origina do fato de que os planos de saúde utilizam um modelo de atenção inadequado para responder de forma efetiva à demanda dos usuários. Nesse modelo, completamente voltado à assistência médica, na maioria dos casos o acesso aos serviços pode se dar somente mediante consulta a um especialista ou procurando um pronto atendimento. As atividades de prevenção e promoção da saúde são limitadas e secundárias. Desta forma, a atenção é reativa, episódica e fragmentada, centrada na doença, tornando impossível estabelecer um vínculo, uma ponte permanente que garanta a continuidade do cuidado e seu foco na pessoa. A incessante busca por especialistas por parte dos afiliados (que querem "usar" o plano), mesmo para patologias comuns que não precisam de atenção complexa, leva a um excesso de diagnósticos e, conseqüentemente, de tratamentos desnecessários que, além de gerar enormes desperdícios, expõe as pessoas a episódios iatrogênicos, ou seja, doença ou complicações causadas por erros clínicos e cuja atenção precisará de mais cuidados e gastos.

Mais do mesmo não vai conseguir inverter esse ciclo vicioso. Uma transformação só será possível se os planos mudarem o próprio modelo de atenção, tirando o foco do hospital e da doença e dirigindo-o para as pessoas. Essa transformação tem o duplo objetivo de regular os fluxos assistenciais (para evitar o uso desnecessário da

rede especializada e os riscos correspondentes) e de construir um vínculo permanente entre a pessoa e os serviços, que fortaleça as ações de promoção e prevenção e permita um cuidado continuado, humanizado e atento ao contexto no qual as pessoas vivem.

Foco na Atenção Primária poderia otimizar os fluxos assistenciais na saúde privada

Esses objetivos podem ser alcançados adotando um modelo inspirado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual uma equipe de saúde multidisciplinar, coordenada por um especialista em medicina de família e comunidade, assume a

responsabilidade sanitária de um determinado número de pessoas e famílias. As equipes precisam trabalhar em condições razoáveis de infraestrutura, equipamento e logística.

De acordo com esse enfoque, a saúde da família funciona como única porta de entrada à rede de serviços (fora as urgências), assumindo a decisão sobre a necessidade de encaminhamentos para a atenção especializada. É fundamental destacar que essas decisões deverão ser tomadas de acordo com protocolos transparentes e baseados em evidências. Estabelecer e fiscalizar a aplicação de protocolos clínicos robustos são requisitos de extrema importância para evitar a tentação de algumas operadoras de planos de saúde de utilizar a saúde da família para restringir o acesso, em vez de torná-lo oportuno e realizá-lo na hora certa.

No Brasil, houve várias tentativas de focar os planos na Atenção Primária à Saúde para melhorar a qualidade do atendimento e a gestão de recursos. Mesmo sem dispor de informações atualizadas que indiquem o número de planos (e beneficiários) no Brasil especificamente focados em APS, é razoável presumir que sejam uma porção mínima do total.

É essencial que as instituições competentes promovam pesquisas que estimem o impacto (econômico, operacional e sobre a saúde dos beneficiários) de uma mudança do modelo de atenção. A experiência exitosa do SUS com a Estratégia de Saúde da Família mostra que uma APS bem estruturada melhora vários indicadores de saúde (inclusive o de mortalidade prematura) e permite economias relevantes mediante a redução de hospitalizações desnecessárias e de complicações de doenças crônico-degenerativas (como cegueira ou amputação do pé em decorrência da diabetes). Em outros países, algumas operadoras, como a norte-americana Kaiser Permanente, adotaram modelos assistências focados na Atenção Primária, com evidências de melhores resultados comparados com operadoras com modelo "tradicional".

Por último, é importante destacar que a introdução da saúde da família nos planos tornaria possíveis interações concretas e sinérgicas com os serviços do SUS, assim como já acontece na atenção hospitalar, na qual os modelos de atenção do SUS e do setor privado são praticamente os mesmos.

Estado precisa liderar processo transformação do modelo de cuidado no setor privada

Mesmo que a Lei 13.874/2019 e outras iniciativas tenham sido criadas para incentivar a promoção da saúde e a prevenção de doenças na saúde suplementar, indicando uma tendência crescente nessa direção, acreditamos que uma transformação radical do modelo da atenção dos planos tem pouca probabilidade de acontecer pela espontânea iniciativa das operadoras. Por isso, seria importante que a agência reguladora ou outras entidades envolvidas promovessem um debate para analisar os desafios a serem enfrentados e as condições necessárias para esta transformação, envolvendo e estimulando as operadoras a avaliarem os benefícios e os esforços para implementar esta proposta em suas entidades.

O estudo do IEPS mostra nitidamente que o atual modelo de cuidado dos planos não tem condição de satisfazer, de forma integral e com segurança, as demandas de saúde das

pessoas beneficiárias e suas famílias. Promoção e prevenção primária são ações quase completamente delegadas ao SUS (veja-se imunização), que assume a responsabilidade de oferecer o cuidado primário para toda a população (com ou sem plano de saúde) e também em muitas outras funções essenciais, como transplantes, garantia da qualidade do sangue e hemoderivados, tratamento anti-HIV.

Na espera de que a saúde suplementar consiga encontrar o caminho rumo a uma oferta de serviços pertinentes e com

menos desperdícios e iatrogenia, consideramos que é essencial investir no SUS. Muitas pessoas com plano são atendidas pelo SUS, em todos os níveis de atenção, devido a mecanismos de exclusão, carência, latência ou à excessiva demora; ou ainda por evitar copagamentos das operadoras. Ter no Brasil uma Estratégia de Saúde da Família com altas coberturas e boa qualidade é importante para proteger todas as pessoas, inclusive as que têm planos de saúde.

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.

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

© 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.