

Relatório Final do Grupo de Trabalho  
Portaria GM/MS nº 392, de 23 de fevereiro de 2022

Aprimoramento do Setor de Saúde Suplementar  
*mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde*

Ministério da Saúde  
Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Ministério da Economia  
Banco Central do Brasil

Maio de 2022

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
1. Introdução .....	5
2. Contextualização – O que é <i>Open Health</i> ? .....	6
3. <i>Benchmarking</i> – Experiências de compartilhamento de dados em outros mercados.....	8
3.1. Open Finance (Sistema Financeiro Aberto) .....	8
3.2. Open Insurance (Sistema de Seguros Aberto).....	12
3.3. Das diferentes premissas entre o Open Finance, Open Insurance e o Open Health .....	14
3.4. GOV.BR .....	18
4. Iniciativas de compartilhamento de dados desenvolvidas pela ANS .....	18
4.1. Portabilidade .....	19
4.2. Guia ANS de Planos de Saúde.....	21
4.3. TUSS e TISS .....	23
4.4. Plano de dados Abertos.....	23
5. Escopo do Projeto.....	25
5.1. Pilar assistencial.....	26
5.2. Pilar Financeiro .....	28
6. Ações realizadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional .....	29
6.1. Fluxo de contratação e Portabilidade de carências.....	30
6.2. Melhoria da Experiência do Usuário .....	36
7. Plano de Ação .....	38
Eixo 1: Open Data .....	38
A. Aumentar a transparência dos dados abertos da saúde suplementar, por meio do Plano de Dados Abertos da ANS, e facilitar o seu acesso por parte do cidadão e instituições. ....	38
B. Melhorar a experiência do consumidor e aprimorar as ferramentas disponível no Guia de Planos ANS para facilitar a busca e comparação de planos de saúde.....	39
Eixo 2: Compartilhamento de Dados Pessoais Cadastrais e Transações:.....	40
B. Tornar o fluxo para a portabilidade e contratação de planos de saúde mais ágil, eficiente e prático para o beneficiário e consumidores, simplificando os processos de compartilhamento de informações e documentos e a forma de comunicação entre os agentes participantes da transação. ....	41
8. Considerações Finais .....	43
Anexo I .....	44
Anexo II.....	45
Anexo III.....	45
Anexo IV.....	45
Anexo V.....	45

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Diante dos avanços tecnológicos, muito tem se discutido e implementado sobre o compartilhamento de informações entre instituições como forma de fomentar a concorrência e oferecer ao destinatário final um serviço com mais qualidade e que melhor se adeque a suas necessidades. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 392, de 23 de fevereiro de 2022 (Anexo I), instituiu um grupo de trabalho para “elaboração de proposta de aprimoramento do setor de saúde suplementar, mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde” (Open Health na Saúde Suplementar).

Como diretrizes para o Grupo de Trabalho (GT), que reuniu representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia e do Banco Central do Brasil, sob a coordenação do representante do Ministério da Saúde, foi apresentada a importância de desenvolver ações em torno de dois pilares. O primeiro pilar seria o assistencial, via aprimoramento das informações disponibilizadas na Rede Nacional de Dados em Saúde e disseminadas pelo Conecte SUS, dentro dos preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). O segundo pilar seria o financeiro, com o objetivo de estimular a concorrência entre operadoras de planos de saúde e diminuir o custo de transação, através de propostas que possibilitem que o beneficiário encontre um plano de saúde adequado a suas necessidades.

Inicialmente, como forma de busca melhores subsídios para as etapas posteriores envolvendo a sugestão de propostas, o GT se debruçou sobre experiências de compartilhamento de dados desenvolvidas pelos órgãos governamentais como Rede Nacional de Dados em Saúde (Ministério da Saúde), Open Finance (Banco Central), Open Insurance (SUSEP), Gov.br (Ministério da Economia), Plano de dados abertos da ANS, TISS e Guia de Planos (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Foram apresentadas, ainda, particularidades do arcabouço regulatório do setor de planos de saúde, destacando as principais distinções em relação à regulamentação do setor financeiro e suas implicações para o desenvolvimento de um sistema aberto de compartilhamento de dados. A Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, vedou a possibilidade de operadoras desse setor praticarem seleção de risco<sup>42</sup>, ficando o infrator sujeito à fiscalização da ANS. Trata-se de diferença importante em relação ao mercado financeiro e de seguros, que permite que riscos individuais sejam utilizados na precificação dos produtos.

Nesse mesmo sentido, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) dispõe que é “vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários.” A Lei veda, ainda, “a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde com objetivo de obter vantagem econômica”.

Dessa forma, em relação ao pilar assistencial, em consonância com a posição do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho chegou ao entendimento que a alternativa mais promissora, envolvendo o compartilhamento de dados pessoais em saúde, é que continue sendo conduzido no âmbito do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, se necessário, no Conselho Nacional de Saúde.

Por isso, o Grupo de Trabalho definiu como escopo do plano de ação o compartilhamento de dados cadastrais de consumidores de planos de saúde, mediante consentimento e de forma segura, e de dados de operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS, e dos produtos por elas ofertados, com a finalidade de simplificar e facilitar a contratação de planos de saúde e aprimorar a portabilidade de carências na troca de plano. Objetiva-se, com isso, estimular a inovação e a concorrência no setor, criando condições para melhorias na qualidade dos seus respectivos produtos e serviços, em benefício da sociedade. Faz parte do escopo, ainda, a proposição de regras e diretrizes pelo órgão regulador (ANS) relacionadas à limitação de compartilhamento de dados em saúde, para evitar práticas de seleção de risco, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e o marco regulatório do setor (Lei 9.656/98), em especial no que diz respeito ao impedimento de acesso de tais dados por operadoras de planos de saúde, de forma a proteger os cidadãos de práticas nocivas que levem à discriminação seja no acesso a planos de saúde, seja no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, o plano de ação, que teve como prioridade o compartilhamento de dados cadastrais de usuários e provedores de serviços de saúde, foi desenvolvido em torno de dois eixos, considerando-se a natureza e finalidade dos dados objeto de compartilhamento.

O Eixo 1 – Open Data busca construir um ecossistema mais propício à inovação, por meio de iniciativas para aumentar a transparência dos dados abertos da saúde suplementar, por meio do Plano de Dados Abertos da ANS, e facilitar o seu acesso por parte do cidadão e instituições (informações sobre operadoras, planos de saúde por elas ofertados, valores de reajustes, dados não identificados de utilização de serviços médicos e hospitalares, dentre outros). Além disso, busca melhorar a experiência do consumidor ao aprimorar as ferramentas desenvolvidas pela ANS em 2009 e disponíveis no Guia de Planos da ANS, para facilitar a busca e comparação de planos de saúde. Importante destacar que o Eixo 1 não envolve o compartilhamento de informações pessoais dos consumidores ou beneficiários.

Já o Eixo 2 – Compartilhamento de Dados Cadastrais e Transações tem como foco ações para tornar o fluxo para a portabilidade e contratação de planos de saúde mais ágil, eficiente e prático para o beneficiário e consumidores, simplificando os processos de compartilhamento de informações e documentos e a forma de comunicação entre os agentes participantes da transação. Além disso, a fim de evitar práticas de seleção de risco, prevê ações para a proposição de diretrizes e vedações relacionadas ao compartilhamento de dados pessoais em saúde para operadoras de planos de saúde, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e a Lei nº 9.656, de 1998.

Durante a vigência da portaria, o Grupo de Trabalho Interministerial teve a oportunidade de dar andamento às atividades previstas em duas ações. A primeira teve como objetivo melhorar a experiência do usuário, tornando o Guia de Planos de Saúde da ANS mais amigável (EIXO 1). Nesse contexto, foi realizado um estudo minucioso sobre o Guia de Planos por equipe do Ministério da Economia especializada nesse tema, que apresentou recomendações para facilitar a jornada do usuário que vão desde encontrar a ferramenta em buscas na internet a finalizar o pedido para portabilidade de carências. Algumas sugestões já foram incorporadas pela ANS e outras encontram-se em fase de priorização (análise custo-benefício). Outras, ainda, requerem disponibilidade orçamentária para desenvolvimento. Dessa forma, espera-se ampliar a capacidade de escolha dos consumidores, ao facilitar a busca por planos em comercialização pelas operadoras de saúde e o processo de comparação das principais características entre os planos.

A segunda ação já iniciada durante a vigência do GT foi o mapeamento de uma proposta de fluxo que busca reduzir a complexidade do processo de contratação e portabilidade de carências, com o objetivo de automatizar etapas e facilitar o compartilhamento de informações entre os entes envolvidos (EIXO 2). Considerando os avanços permitidos pelo gov.br, que traz mais segurança na autenticidade do cidadão/beneficiário, concluiu-se que é possível permitir, mediante consentimento expresso do beneficiário, o compartilhamento das informações necessárias para efetivar a portabilidade diretamente entre operadora de origem e operadora de destino via Guia de Planos. Dessa forma, o beneficiário deixaria de realizar todas as etapas da portabilidade, desonerando-o do custo de reunir toda a documentação para efetivar a transação. Espera-se simplificar a contratação de planos de saúde e a portabilidade de carências na troca de plano, estimulando a concorrência no setor, a melhoria da qualidade da assistência à saúde e a ampliação do acesso de pessoas aos planos de saúde.

Sendo essas as análises realizadas pelo Grupo Técnico Interinstitucional e colaboradores técnicos do Ministério da Saúde, ANS, Banco Central do Brasil e Ministério da Economia, encaminha-se o presente Relatório ao Ministro de Estado da Saúde e ao Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para análise, considerações e providências que julgarem necessárias, com sugestão, ainda, de formação de estrutura para acompanhamento das ações propostas, com vistas à continuidade do projeto para o aprimoramento da saúde suplementar brasileira.

## 1. Introdução

A Portaria GM/MS nº 392, de 23 de fevereiro de 2022 (Anexo I), instituiu grupo de trabalho para “*elaboração de proposta de aprimoramento do setor de saúde suplementar, mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde*”.

De acordo com o artigo 2º, da portaria, foram designados titulares e suplentes das seguintes entidades para compor o grupo de trabalho, conforme abaixo transcrito, sendo coordenado pelo representante do Ministério da Saúde.

*I - do Ministério da Saúde:*

*Titular: Daniel Meirelles Fernandes Pereira - Assessor Especial do Ministro; e*

*Suplente I: Everton Macedo Silva - Coordenador-Geral de Economia da Saúde, do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, da Secretaria-Executiva;*

*Suplente II: Merched Cheheb de Oliveira - Diretor do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS);*

*II - da Agência Nacional de Saúde Suplementar:*

*Titular: Tainá Leandro - Cargo Comissionado Técnico - CCT IV, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE);*

*Suplente I: Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich - Especialista em Regulação - Gerente, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO); e*

*Suplente II: Flávia Harumi Ramos Tanaka - Especialista em Regulação - Gerente, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO);*

*III - do Ministério da Economia - Secretaria de Governo Digital:*

*Titular: Emmanuelle Regiane Cunha de Oliveira - Diretora de Experiência do Usuário de Serviços Públicos; e*

*Suplente: Renan Mendes Gaya Lopes dos Santos - Coordenador-Geral de Plataformas de Dados e Informações;*

*IV - do Banco Central do Brasil:*

*Titular: Vinicius Ratton Brandi; e*

*Suplente: Thais Dorneles de Figueiredo Pinto.*

Considerando o que dispõe o parágrafo 2º, do artigo 2º da referida Portaria, foram convidados os seguintes especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença foi considerada pelos membros do grupo como necessária para o cumprimento do disposto na Portaria:

a. Do Ministério da Saúde:

Juliana Pereira de Souza –Zinader (CGISD/DATASUS/SE/MS)

Joselio Emar de Araújo (CGISD/DATASUS/SE/MS)

Gabriella Nunes Neves (CGISD/DATASUS/SE/MS)

Thais Lucena de Oliveira (CGISD/DATASUS/SE/MS)

b. Da ANS:

Celina Oliveira (DIDES/ANS)

Bruno Ipiranga (DIPRO/ANS)

Bruno Conde (DIGES/ANS)

Daniele Rodrigues (DIPRO/ANS)

Patrícia Leão (DIPRO/ANS)

c. Do Ministério da Economia:

Eduardo Souza (CGINT/ME)  
Rone Lima (CGINT/ME)  
Dickson Souza (CGINT/ME)

Foram realizadas, ao todo, 11 reuniões remotas, em 21/03/2022, 28/03/2022, 11/04/2022, 14/04/2022, 19/04/2022, 26/04/2022, 03/05/2022, 12/05/2022, 16/05/2022, 17/05/2022, 23/05/2022; e um Workshop presencial, nos dias 04 e 05/04/2022, na sede da ENAP, em Brasília-DF. A programação do Workshop e as apresentações realizadas durante o evento e nas demais reuniões virtuais se encontram no Anexo II.

O prazo estabelecido, inicialmente, para a apresentação de um relatório final com o resultado dos trabalhos realizados pelo grupo ao Ministro de Estado da Saúde, foi de 30 (trinta) dias, contados a partir da publicação da Portaria, podendo ser prorrogado por igual período. No entanto, ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, foi identificada a necessidade de prorrogação por tempo adicional, ficando estabelecida como data final para apresentação do relatório o dia 25/05/2022, conforme Portaria nº GM/MS nº 909, de 20 de abril de 2022 (Anexo I).

## 2. Contextualização – O que é *Open Health*?

Anteriormente à publicação da Portaria GSM/MS nº 392/2022, houve um debate público sobre o que seria um possível *Open Health* da Saúde Suplementar. Em diferentes oportunidades, o Ministro da Saúde, Dr. Marcelo Queiroga, menciona a intenção de compartilhar “dados de clientes por meio da plataforma ‘open health’”, para levar “uma operadora nova ou já atuante no mercado, por exemplo, a oferecer um plano mais barato para um paciente que eventualmente use pouco hospitais ou outros serviços de saúde”. Em reportagem ao jornal Valor Econômico<sup>1</sup>, em 19/01/2022, o Ministro declarou que a ideia nasceu de conversas com o presidente do Banco Central, Roberto Campos Neto, e que uma medida vinha sendo gestada em Brasília, tendo como ideia central a criação de um grande registro nacional de dados sobre pacientes e indicadores sobre saúde suplementar a ser compartilhado entre operadoras e pacientes.

Ainda segundo a declaração do Ministro, o “open health” seria inspirado em modelo adotado no mercado de saúde da Austrália e seu conceito já estaria inserido nas diretrizes gerais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), no final de 2021, no sentido de incentivar maior oferta de serviços de saúde, estimular o surgimento de mais operadoras e reduzir preços praticados no setor de saúde suplementar. O projeto teria como objetivo reduzir a sobrecarga do SUS – a partir da migração de parcela os usuários do SUS para a saúde suplementar – e incentivar a concorrência no setor suplementar. Vale lembrar que o Consu é um órgão colegiado formado pelos ministros da Saúde (Marcelo Queiroga), da Economia (Paulo Guedes), da Justiça e Segurança Pública (Anderson Torres) e da Casa Civil (Ciro Nogueira), tendo o presidente da ANS (Paulo Rebello Filho) como secretário.

Em 09 de fevereiro de 2022, o Ministro da Saúde - Marcelo Queiroga, o Presidente do Banco Central – Roberto Campos Neto, o Secretário Especial de Desburocratização do Ministério da Economia – Caio Castelliano de Vasconcelos e o Presidente da ANS – Paulo Rebello, se reuniram para discutir o compartilhamento de dados em saúde, dentro do contexto de Open Health. Na oportunidade, a ANS pontuou que as premissas que regem o setor de saúde suplementar se distinguem daquelas que regem o setor de seguros e bancário, principalmente pela existência de limitações regulatórias quanto à seleção de risco e os potenciais efeitos negativos de compartilhar dados de saúde com operadoras de planos de saúde. Isso porque tal compartilhamento pode facilitar a seleção de risco e discriminação de preço, resultando na limitação da oferta de planos de saúde para grupos de maior risco, como idosos, doentes crônicos e etc. Além disso, foram apresentadas iniciativas já desenvolvidas pela Agência desde 2009, principalmente, o Guia de

---

<sup>1</sup>Fonte: <https://glo.bo/3JPfMbb>. Acesso em 25 abril de 2022.

Planos de Saúde ANS e as regras de portabilidade de carências. Em razão dessa discussão, foi sugerida a criação de um Grupo de Trabalho para discutir o Open Health na saúde suplementar.

O Ministro cita o *Open Banking*, criado pelo Banco Central e o mercado de saúde da Austrália (na verdade, refere-se à plataforma australiana *PrivateHealth.gov.au*) como modelos que serviram de inspiração para o projeto de *Open Health* da Saúde Suplementar. Em nova declaração pública, dessa vez realizada por Marcelo Queiroga na página do Ministério da Saúde na rede social LinkedIn<sup>2</sup>, em 11/03/2022, o Ministro falou que o “open health” teria dois pilares: o financeiro e o assistencial. Acrescentou que a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) “deveria servir de repositório dos dados de saúde dos brasileiros”, e que o objetivo é que se tenha, de fato, um prontuário único eletrônico, para dar mais eficiência ao sistema, ressaltando que “os dados pertencem a cada um de nós, e sua inviolabilidade é assegurada, pois estarão preservados e sob a guarda do Estado – não do médico ou dos planos de saúde”. Ainda de acordo com a declaração do Ministro, a ideia seria que, de forma anônima, as operadoras pudessem “ver os perfis dos usuários, sua assiduidade financeira, que tipos de cobertura têm e quais as características dos seus contratos e quanto pagam.”

Dessa forma, com o “open health”, o Ministro declarou esperar que esse “*matchmaking*” fosse feito em ambiente digital seguro – no qual as operadoras de saúde avaliariam o perfil do beneficiário, e esse por sua vez, avaliaria as coberturas, podendo optar pela portabilidade, sem intermediários, de forma rápida e ágil”. Nesse contexto, embora a Portaria GSM/MS nº 392/2022 não utilize diretamente o termo “Open Health”, já na primeira reunião do grupo de trabalho, realizada no dia 21/3/2022, o coordenador, Daniel Pereira, então Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde, apresentou as diretrizes iniciais do projeto a ser discutido pelos membros do grupo, utilizando a expressão *Open Health* da Saúde Suplementar em sua fala.

Nessa oportunidade, foi apresentada como diretriz para o Grupo de Trabalho Interinstitucional o desenvolvimento de ações em torno de dois pilares, em alinhamento com as declarações do Ministro da Saúde. O primeiro pilar seria o assistencial, via aprimoramento das informações disponibilizadas na RNDS e disseminadas pelo Conecte SUS, dentro dos preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Nesse sentido, para que a médio e longo prazo, houvesse um maior engajamento dos cidadãos, seria importante avaliar quais informações da saúde suplementar seriam pertinentes de serem incorporadas na RNDS. O segundo pilar seria o financeiro. Com o objetivo de estimular a concorrência entre operadoras de planos de saúde e diminuir o custo de transação, apresentar propostas no sentido de facilitar que o beneficiário encontre um plano de saúde adequado às suas necessidades, ao permitir que as operadoras pudessem ofertar planos com as mesmas características a preços mais vantajosos, a partir do compartilhamento de dados cadastrais e de produtos.

Dessa forma, entendeu-se necessário buscar informações sobre o conceito de Open Health no mundo, a fim de definir melhor as ações a serem desenvolvidas no presente projeto. Durante a reunião do dia 19/04/2022, a equipe do DATASUS, do Ministério da Saúde, apresentou uma prévia do estudo que está sendo desenvolvido em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), intitulado “Open Health à luz da RNDS” (Anexo III). Tendo por base as declarações acima como premissas, o trabalho apresentou uma pesquisa bibliográfica, realizada em 8/04/2022, utilizando os termos “open health”, “open health data”, “open health information”, “open health care”, nas seguintes bases de dados: Scielo, PubMed, Capes Periódicos. Não obteve nenhum resultado na pesquisa realizada no Scielo; treze resultados no PubMed, e dezessete resultados no Capes Periódicos.

Em síntese, esse estudo demonstrou que vários países, sobretudo na América Latina, não possuem diretrizes claramente definidas de políticas para a coleta e o gerenciamento de dados de saúde pública. O estudo recomenda que qualquer estratégia nacional de governança de dados nacionais precisa contemplar

---

<sup>2</sup> <https://www.linkedin.com/pulse/operi-health-%C3%A9-quest%C3%A3o-de-tempo-coragem-e-decis%C3%A3o-ministeriodasaude>

os possíveis benefícios e riscos, explicitar os dados a serem compartilhados assim como descrever os atributos de tais dados. A análise conclui que não há, até o momento, um consenso acerca do conceito de *Open Health* no mundo.

A pesquisa destacou um estudo da Bélgica, da iniciativa *Data for Better Health*<sup>3</sup> (2021), que descreve como governos ao redor do mundo dispõem de múltiplos *datasets* relacionados ao domínio da saúde – desde dados sobre taxas de vacinação à disponibilidade de prestadores de serviços de saúde em uma determinada região, até desfechos clínicos de cirurgias e procedimentos em saúde. Todavia, ressalta que embora o compartilhamento de dados de saúde seja um tema em ascensão em políticas públicas governamentais em diversos países, o conceito de dados abertos (*Open Data*) não se aplica inteiramente aos dados em saúde. Devem ser consideradas as particularidades relacionadas a um ecossistema de dados abertos para o domínio político da saúde, que incluem, entre outras, atividades de desidentificação dos dados, avaliações bioéticas e o papel específico dos provedores que entregam os dados. Conclui que devido a questões éticas e de privacidade, vários conjuntos de dados de saúde não devem ser abertos para todos os atores e para todos os usos.

As discussões e análises deste grupo de trabalho partiram, portanto, do entendimento comum de ausência de uma definição ou de um conceito mundial sobre o termo *Open Health*, e considerando a declaração do Ministro Marcelo Queiroga, ratificada por seu Assessor Especial na primeira reunião do GT, sobre a divisão do projeto a ser desenvolvido pelo Grupo de Trabalho em 2 pilares: um pilar assistencial, que engloba os dados em saúde dos cidadãos brasileiros para criação do registro único em saúde ou prontuário eletrônico de saúde; e outro pilar financeiro, que tem como objetivo estimular a concorrência no mercado de planos de saúde.

### 3. *Benchmarking* – Experiências de compartilhamento de dados em outros mercados

#### 3.1. Open Finance (Sistema Financeiro Aberto)

##### **Contextualização**

O Open Finance (Sistema Financeiro Aberto)<sup>4</sup> foi regulamentado inicialmente por meio da Resolução Conjunta BCB-CMN nº 1, de 4 de maio de 2020, ainda sob a denominação de Open Banking<sup>5</sup>. O tema havia sido objeto de discussão com a sociedade civil através da Consulta Pública 73/2019, de 28 de novembro de 2019, que recepcionou até 31 de janeiro de 2020 sugestões e comentários sobre as minutas de circular e de resolução com o objetivo de disciplinar a implementação do Open Banking por parte de instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central.

Anteriormente, o Banco Central do Brasil já havia publicado o Comunicado nº 33.455, de 24 de abril de 2019, no qual divulgou requisitos fundamentais para a implementação do Open Banking, bem como

---

<sup>3</sup> Open Health data: Mapping the ecosystema. Digit Health. 2021 Jan-Dez; 7: 20552076211050167. Publicado online em 10 de nov. de 2021. 10. doi: 10.1177/20552076211050167.

Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8586169/>

<sup>4</sup> Referências: Resolução Conjunta BCB-CMN nº 1, de 4 de maio de 2020; Voto 111/2020-BCB, de 22 de abril de 2020; <https://openbankingbrasil.org.br/>;

<https://www.bcb.gov.br/estabilidadefinanceira/openbanking>; <https://dashboard.openbankingbrasil.org.br/>

<sup>5</sup> Atualmente, com base no disposto na Resolução Conjunta BCB-CMN nº 4, de 24 de março de 2022, a denominação Open Finance passou a ser a referência ao Sistema Financeiro Aberto na regulamentação do BCB e do CMN, considerando que o ecossistema abrange produtos e serviços de seguros e de investimentos, extrapolando as fronteiras do mercado bancário.

sinalizou a possibilidade de um processo de consulta pública sobre o assunto a ser realizado no segundo semestre de 2019, como de fato ocorreu.

Nos termos da regulamentação, o Open Finance é definido como o “compartilhamento padronizado de dados e serviços por meio de abertura e integração de sistemas”. Seus objetivos consistem em:

1. incentivar a inovação;
2. promover a concorrência;
3. aumentar a eficiência do Sistema Financeiro Nacional e do Sistema de Pagamentos Brasileiro; e
4. promover a cidadania financeira.

Para o cumprimento desses objetivos, ainda, as normas determinam que as instituições participantes conduzam suas atividades com ética, responsabilidade e observância dos princípios de:

1. transparência;
2. segurança e privacidade de dados e de informações sobre serviços compartilhados;
3. qualidade dos dados;
4. tratamento não discriminatório;
5. reciprocidade; e
6. interoperabilidade, inclusive com outras iniciativas de Open Finance no âmbito dos mercados financeiro, de capitais, de seguros, de previdência e de capitalização (como o Open Insurance).

Trata-se de assunto que vem ganhando cada vez maior relevância ao redor do mundo com a finalidade de estimular a competitividade no mercado financeiro, incentivar a inovação, racionalizar os processos operacionais, permitir uma maior integração do setor financeiro com demais segmentos e empoderar o consumidor financeiro em sua interação no âmbito do sistema financeiro e no controle de seus dados pessoais (consumidor no centro do processo).

Embora muitos desses objetivos sejam comuns a diversas iniciativas em outras jurisdições, os modelos de implementação e a forma de atuação do Estado têm sido bastante variados, com ações promovidas pelos participantes do mercado (e.g. Estados Unidos e China), pelos reguladores financeiros ou de concorrência dos mercados (e.g. Reino Unido, Austrália e México), ou, de forma híbrida (e.g. Cingapura e Hong Kong).

### **Benefícios ao Consumidor**

Antes do Open Banking, as instituições financeiras não tinham acesso a dados relativos ao relacionamento de clientes de outras instituições, o que se configurava como uma assimetria de informação responsável por dificultar a concorrência na oferta de produtos e serviços mais customizados e mais eficientes, ou seja, a menores custos e com maior qualidade.

Com Open Banking, por exemplo, as instituições poderão acessar diretamente as plataformas de outras instituições para obter esses dados pessoais de seus clientes ou de clientes potenciais, mediante seu consentimento prévio, em um ambiente ágil e seguro. Com isso, os consumidores poderão se beneficiar de um ambiente de negócios com mais competitividade e inovação, capaz de proporcionar uma melhor experiência do cliente no uso dos produtos e serviços financeiros e de gerar novos modelos de negócios para melhor atender as diferentes demandas de mercado.

No Brasil, em particular, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)<sup>6</sup>, assegurou a titularidade de dados pessoais à pessoa física de referência, assim como o direito de seu compartilhamento mediante

---

<sup>6</sup> Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

seu expresse consentimento. Nesse sentido, o Open Finance também se destina a assegurar que os direitos previstos nesse ordenamento sejam concretizados por meio de um sistema ágil, seguro e eficiente.

## Implementação

A implementação do Open Finance vem sendo efetuada gradualmente de maneira compatível com a complexidade operacional e a sensibilidade dos dados objeto do compartilhamento. Abaixo são apresentadas as 4 grandes fases de implementação, suas datas de início e exemplos benefícios para os consumidores:

DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE BENEFÍCIOS
<b>Fase I (Open Data): Início em 01/02/2021</b>	
<b>Compartilhamento de dados públicos das instituições financeiras relacionados com canais de atendimento e com produtos e serviços disponíveis para a contratação relacionados com contas de depósito à vista ou de poupança, contas de pagamento ou operações de crédito;</b>	Surgimento de novas comparações de produtos e serviços financeiros, o que facilitará o processo de escolha frente às necessidades de cada cliente.
<b>Fase II (Compartilhamento de Dados Pessoais): Início em 13/08/2021</b>	
<b>Compartilhamento de:</b> a) informações de cadastro de clientes e de representantes (com algumas exceções previstas em legislação); e b) dados de transações dos clientes acerca dos produtos e serviços relacionados na Fase I (histórico de transações realizadas nos últimos doze meses e os contratos vigentes nesse mesmo período, no caso de operações de crédito;	Surgimento de novos produtos e serviços, mais personalizados e acessíveis, mediante compartilhamento consentido de dados.
<b>Fase III (Contratação de Serviços): Início em 29/10/2021</b>	
<b>Compartilhamento dos serviços de iniciação de transação de pagamento e de encaminhamento de proposta de crédito;</b>	Contratação de propostas de crédito de outras instituições de escolha do consumidor, que ganha autonomia e escala no acesso a serviços financeiros.
<b>Fase IV (Open Finance): Início em 15/12/2021</b>	
<b>Expansão do escopo de dados, com vistas a abranger os dados de produtos e serviços de operações de câmbio, serviços de credenciamento em arranjos de pagamento, investimentos, seguros e previdência complementar aberta, bem como os dados de transação de clientes a respeito desses produtos e serviços.</b>	Possibilidade de compartilhamento mais ampla de informações, o que pode levar à criação de produtos mais customizados.

Para o compartilhamento de dados, foi estabelecida a obrigatoriedade de participação das instituições enquadradas nos Segmentos 1 (S1) e 2 (S2), conforme Resolução CMN nº 4.553, de 30 de janeiro de 2017, excetuadas as instituições integrantes de conglomerados que não possuam dados de transação de clientes dos serviços do escopo do Open Banking. A participação é voluntária às demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central, contudo caso a instituição voluntária decida recepcionar dados de outras instituições ela passa a ter que estar apta a compartilhar também, conforme o princípio da reciprocidade. No caso do compartilhamento de serviço de iniciação de transação de pagamento, os participantes obrigatórios são as instituições detentoras de conta de depósitos à vista ou de poupança ou conta de pagamento pré-paga de clientes e as instituições iniciadoras de transação de pagamento.

Atualmente, entre bancos, instituições de pagamento, cooperativas de crédito, fintechs e outras instituições, participam do Open Banking mais de 800 instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central. Já foram realizados mais de 6 milhões de consentimentos ativos para compartilhamento de dados. Com relação ao compartilhamento de dados, no mês de abril de 2022 foram realizadas mais de 600 milhões de chamadas de APIs.

## Estrutura de Governança e Infraestrutura

A regulamentação estabeleceu a necessidade de criação de uma estrutura inicial de governança responsável pelo processo de implementação do Open Banking<sup>7</sup>, formada por participantes de mercado.

A Estrutura Inicial de Governança é composta por três níveis:

1. estratégico, integrado por um Conselho Deliberativo;
2. administrativo, integrado por um Secretariado; e
3. técnico, composto por Grupos Técnicos.

O Conselho Deliberativo, ao qual cabe definir o regimento interno da estrutura inicial de governança e deliberar sobre as principais ações necessárias à implementação do Open Finance, é formado por entidades de classe representativas das instituições participantes do Sistema Aberto e funciona de acordo com regras estabelecidas pelo Banco Central com a finalidade de assegurar uma ampla representatividade e mitigar potenciais conflitos de interesses. Conforme definido na regulamentação, é composto por sete conselheiros com mandato de 12 meses e direito a voto nos processos deliberativos. O Banco Central do Brasil normalmente acompanha as discussões do Conselho, sem direito a voto nos processos deliberativos, com o objetivo de assegurar que sejam cumpridos os princípios, objetivos e diretrizes estabelecidos em norma.

Atualmente, o Conselho Deliberativo possui a seguinte composição:

CADEIRA	ASSOCIAÇÃO
1.1	Febraban
1.2	Associação Brasileira de Bancos (ABBC)
1.2	Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB)
2.1	Associação Brasileira das Empresas de Cartões de Crédito e Serviços (Abecs)
2.2	Associação Brasileira de Instituições de Pagamentos (Abipag), Associação Brasileira de Internet (Abranet) e Câmara Brasileira de Comércio Eletrônico (Câmara-e.net)
2.3	Associação Brasileira de Crédito Digital (ABCD) e Associação Brasileira de Fintechs (ABFintechs)
Independente	(Escolhido pelo Conselho Deliberativo)

O conselheiro independente é escolhido pelos demais representantes do Conselho Deliberativo, atendendo a requisitos regulatórios voltados para assegurar sua qualificação e independência para atuação no mandato. O conselheiro independente deve desempenhar suas atividades em favor da competição, da inovação, da segurança e privacidade de dados, bem como da proteção do consumidor, com equilíbrio entre o interesse público e os interesses privados.

Ao Secretariado, que é definido pelo Conselho Deliberativo e contratado pela estrutura de governança, cabe organizar os planos de trabalho e as propostas técnicas apresentadas pelos Grupos de Trabalho, fazer a gestão do orçamento da Estrutura de Governança e a coordenação das atividades administrativas.

Por sua vez, os estudos, propostas técnicas e planos de trabalho são realizados pelos profissionais participantes dos Grupos de Trabalho. Atualmente, Arquitetura, Comunicação, Experiência do

<sup>7</sup> A Circular nº 4.032, de 23 de junho de 2020 dispõe sobre a estrutura inicial responsável pela governança do processo de implementação no País do Sistema Financeiro Aberto (Open Banking).

Desenvolvedor/Usuário, Estrutura Definitiva, Política/Risco/*Compliance*, Especificações, Infraestrutura, Prevenção a Fraudes, e Segurança.

De forma simplificada, o compartilhamento de dados é realizado por meio de API (Application Programming Interface) padronizadas e certificadas, publicadas em um diretório centralizado com acesso restrito a instituições credenciadas. A padronização é essencial para que o processo de troca de informações ocorra de forma ágil e eficiente. Os dados e serviços objeto de compartilhamento devem ser representados em meio digital e processáveis por máquina, em formato livre de restrição quanto à sua utilização

A infraestrutura e documentos responsáveis pela operacionalização do Open Finance podem ser resumidos da seguinte forma:

1. padrões tecnológicos e aos procedimentos operacionais;
2. padronização do leiaute dos dados e serviços;
3. canais para encaminhamento de demandas de clientes;
4. procedimentos e aos mecanismos para o tratamento e a resolução de disputas entre as instituições participantes;
5. regras de ressarcimento entre os participantes;
6. repositório de participantes;
7. direitos e às obrigações dos participantes;

As propostas definidas no âmbito do Conselho Deliberativo sobre esses aspectos são encaminhadas para apreciação do Banco Central e, caso aprovadas, são incorporadas, no que couber, à regulamentação do Open Finance para que sejam implementadas pelas instituições participantes.

### 3.2. Open Insurance (Sistema de Seguros Aberto)

#### Contextualização

Open Insurance<sup>12</sup> foi desenvolvido pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) com o objetivo de operacionalizar e padronizar o compartilhamento de dados e serviços, por meio de abertura e integração de sistemas. Espera-se, assim, estabelecer um Sistema de Seguros Aberto, com a possibilidade de consumidores de produtos e serviços de seguros, previdência complementar aberta e capitalização autorizarem o compartilhamento de suas informações entre diferentes sociedades autorizadas/credenciadas pela Susep.

É interessante notar que o Open Insurance utilizou como *benchmarking* o Open Banking, dessa forma, ambas iniciativas tem muitos pontos em comum. Além disso, como última etapa dessas iniciativas será instituir o Open Finance, em que os clientes – sempre que quiserem e autorizarem – poderão compartilhar suas informações de operações de câmbio, investimentos, seguros, previdência complementar aberta e contas-salário, bem como acessar informações sobre as características dos produtos e serviços com essa natureza disponíveis para contratação no mercado.

Como potenciais benefícios, espera-se que o Open Insurance aumente a concorrência. Com acesso aos dados dos usuários, espera-se que as instituições participantes passem a oferecer produtos e serviços aos clientes de seus concorrentes, com benefícios para o consumidor, que poderá obter tarifas mais baixas e condições mais vantajosas. Para entregar esses benefícios ao consumidor, a SUSEP está realizando o esforço de operacionalizar e padronizar o compartilhamento de dados e serviços por meio da abertura e integração de sistemas, com privacidade e segurança.

Destaca-se, ainda, que para cumprir o previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais legislações que tratam do sigilo de operações financeiras, o cliente pode autorizar ou cancelar a autorização associadas às suas informações a qualquer momento. Além disso, as instituições reguladas apenas podem transferir dados e serviços de clientes que tenham solicitado o compartilhamento de suas informações depois que sejam cumpridas três etapas: 1) autorização; 2) autenticação; e 3) confirmação.

## Implementação

A implementação do Open Insurance, regulamentado pela Resolução CNSP nº 415/2021 e a Circular Susep nº 635/2021, foi dividida em 3 etapas. Na primeira etapa, que será desenvolvida entre dezembro de 2021 e junho de 2022, não haverá compartilhamento de informações dos consumidores, mas a padronização e transparência das informações das seguradoras, quanto canais de atendimento, produtos disponíveis e outras informações relativas aos produtos oferecidos por cada uma delas. Na segunda etapa, que será desenvolvida entre dezembro de 2022 e junho de 2023, espera-se compartilhar dados pessoais relativo ao cadastro de clientes e participantes, movimentações dos clientes relacionados a produtos e registros de dispositivos eletrônicos. Por fim, a terceira etapa tem como escopo a efetivação de Serviços, como acesso, modificações, resgate ou portabilidade ou aviso de sinistro.

Figura 1 – Fases do Open Insurance



Fonte: página eletrônica do Open Insurance<sup>26</sup>

Além disso, são disponibilizados diversos Manuais em que detalham os requisitos técnicos e dos procedimentos operacionais que deverão ser seguidos para a implementação do Open Insurance, por exemplo, o Manual de Escopo de Dados e Serviços do Open Insurance,<sup>27</sup> Manual de APIs do Open Insurance,<sup>28</sup> Manual de Segurança do Open Insurance,<sup>29</sup> Manual de Serviços Prestados pela Estrutura de Governança do Open Insurance<sup>30</sup>

## Estrutura de Governança e Infraestrutura

A estrutura de governança definida para o Open Insurance, além de ser responsável pela implementação do Open Insurance no Brasil, baseando-se na regulamentação da Superintendência de Seguros Privados, também é incumbida de prover os serviços fundamentais para o funcionamento satisfatório do Open Insurance, sendo:

- **Diretório de Participantes:** elemento essencial da infraestrutura, onde se congrega uma série de funcionalidades críticas ao sistema, como gerenciamento de credenciais dos participantes e o monitoramento das APIs.

- **Service Desk:** o apoio técnico na operacionalização do Open Insurance, incluindo a recepção e encaminhamento das demandas aos participantes, além do acompanhamento das demandas até sua resolução;
- **Disponibilização de Ambiente de Teste (Sandbox):** com intuito de proporcionar estrutura de apoio ao desenvolvimento e teste por parte das sociedades participantes;
- **Portal Open Insurance no Brasil:** serviço de comunicação entre os participantes e o público em geral. Nesse portal, os cidadãos poderão esclarecer dúvidas sobre os serviços e as tecnologias; os desenvolvedores terão informações de cunho técnico-operacional; e as sociedades participantes poderão obter informações sobre o Open Insurance.

É composta por três níveis: i) estratégico, integrado por um Conselho Deliberativo, composto por 6 representantes com direito a voto, dos quais: 1 conselheiro independente, que não tem relação direta com as empresas envolvidas na implementação do sistema, 1 conselheiro indicado pelas sociedades iniciadoras de serviço de seguro e 4 conselheiros indicados por sociedades supervisionadas (S1, S2, S3 e S4); ii) administrativo, integrado por um Secretariado; e iii) técnico, composto por 7 Grupos Técnicos,<sup>31</sup> quais sejam: Grupo Técnico de Infraestrutura,<sup>32</sup> Grupo Técnico de Comunicação,<sup>33</sup> Grupo Técnico de Experiência do Desenvolvimento/Usuário,<sup>34</sup> Grupo Técnico de Políticas, Riscos e Compliance,<sup>35</sup> Grupo Técnico Jurídico,<sup>36</sup> Grupo Técnico de Escopo de Dados,<sup>37</sup> Grupo Técnico de Interfaces e Segurança.<sup>38</sup>

Além disso, cabe destacar que a captação, armazenamento e compartilhamento de dados serão realizados pelo Diretório Central – sem a intermediação dos órgãos reguladores. Em ambas iniciativas, o papel do órgão regulador se restringe a tornar seguro, ágil, preciso e conveniente para os clientes – que tem o controle total dos seus dados – o compartilhamento padronizado de dados.

Figura 2 – Fluxo de informação no Open Insurance



A SUSEP pretende supervisionar todo o processo, determinando regulamentação em três eixos principais. O primeiro trata-se da segurança cibernética e privacidade, em que se pretende estabelecer um ambiente seguro, com padrões claros de governança, que respeitem a privacidade dos clientes e em que apenas as empresas reguladas possam participar, as quais podem ser responsabilizadas, juntamente com seus dirigentes. O segundo eixo trata-se da padronização das informações, com a definição do desenho das APIs; os protocolos para transmissão de dados; o formato para troca de dados; os controles de acesso às APIs; os controles de versionamento, dentre outros temas. Por fim, o terceiro está associado à estrutura de governança dos sistemas, em que os órgãos reguladores definem as instituições participantes do conselho, o escopo de suas competências, e a partir disso, cabem a elas implementar o Sistema de Seguros Aberto, nos termos que regem os normativos da Susep.

### 3.3 Das diferentes premissas entre o Open Finance, Open Insurance e o Open Health

Conforme discutido anteriormente, o Open Finance, de modo geral, parte do princípio de que a informação pessoal possui valor para o seu titular e, por essa razão, deve ser utilizada em seu único benefício,

seja na oferta de condições de preço mais vantajosas ou na customização de produtos específicos para determinado perfil, por exemplo. Independente do desenho da infraestrutura necessária ao compartilhamento de dados, é fundamental que as iniciativas de Open Health convirjam no sentido de assegurar o direito do cidadão de compartilhamento de dados de uma forma ágil, eficiente e segura, além de criar condições favoráveis para que a inovação, a transparência e a concorrência gerem benefícios cada vez maiores ao consumidor e ao desenvolvimento do setor de saúde suplementar. Assim como o Open Finance, espera-se que o Open Health seja um movimento dinâmico e de constante inovação baseado na centralidade do consumidor no estrito atendimento dos direitos previstos na legislação de proteção de dados.

Há, no entanto, diferenças relevantes entre o mercado financeiro e o setor de saúde suplementar que não permitem uma comparação tão direta. Assim, diferentemente do Open Insurance, que utilizou o Open Banking como benchmark, replicando grande parte do desenho regulatório da iniciativa no setor bancário para o setor de seguros, dada as características do setor de saúde, o Open Health enfrenta desafios adicionais que demandam soluções distintas daquelas adotadas por essas duas iniciativas abertas.

Nesse contexto, destaca-se que parte das possíveis vantagens competitivas dos Sistemas Abertos como o Open Banking e Open Insurance estão associadas a ampliar a possibilidade de permitir às entidades financeiras e às seguradoras, em maior grau, uma melhor avaliação e precificação dos riscos idiossincráticos nos mercados financeiro e de seguros, respectivamente. Ao compartilhar informações sobre a utilização de uma apólice de seguro com uma empresa concorrente, o consumidor permite a seguradora saber qual é o seu perfil de risco. Assim, poderá ter acesso a melhores ofertas do que em um cenário sem o Open Insurance, caso seja percebido como um cliente de baixo risco.

No setor de saúde suplementar, no entanto, tais estratégias representariam resultados regulatórios indesejáveis, como restrição de acesso a planos de saúde a determinados grupos de beneficiários e exclusão de segmentos populacionais – como idosos e portadores de doenças crônicas – da cobertura de planos de saúde.

Por essas razões, o arcabouço regulatório do setor de saúde suplementar impede a prática de seleção de risco, proíbe as operadoras de rejeitar clientes com base na idade ou condições pré-existentes e determina diferenciação de preços com base em faixas etárias pré-definidas.

Importante ressaltar que a Constituição Federal assegura em seu artigo 6º o direito à saúde como um direito fundamental, de ordem social, tendo como escopo o bem-estar e a justiça social, prestigiando com uma seção específica dada a sua importância. O artigo 196 da Carta Magna consagra o direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos além de acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação. Em seguida, o Diploma Constitucional reconhece, em seu artigo 197, a relevância pública das ações e serviços de saúde, permitindo que sejam executadas diretamente pelo Estado ou por particulares, desde que, sob o controle, fiscalização e regulamentação estatal.

Dessa forma, a despeito dos serviços de saúde serem facultados aos entes privados, essa permissão não desnatura o caráter público desses serviços, devendo, quem os executa, perseguir o atingimento do interesse público alinhado com as políticas públicas estabelecidas, e, não apenas buscar atingir seus interesses negociais.

A CRFB/88 prestigia, ainda, o direito ao sigilo, mesmo que não expressamente relacionado aos dados pessoais. Este está inserido nos direitos fundamentais em diversas passagens, tais como o sigilo de correspondência e das comunicações telegráficas. Tendo em vista a pertinência do tema, tramitou a Proposta de Emenda Constitucional PEC 17/2019, tendo o Congresso Nacional, no último dia 10 de fevereiro de 2022, promulgado a EC 115, que inclui expressamente no texto constitucional a proteção de dados pessoais entre os direitos e garantias fundamentais, para fixar a competência da União para legislar sobre a matéria.

Entretanto, inspirada na regulamentação europeia (Regulamento Geral de Proteção de Dados - GDPR), foi editada e aprovada em 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que estabelece regras sobre a coleta, tratamento, armazenamento e compartilhamento de dados pessoais custodiados por organizações públicas e privadas. A Lei determina que os brasileiros são os proprietários legais de seus dados e, por isso, podem exigir das empresas contratadas todos os seus dados e informações pessoais, inclusive para compartilhar com outras empresas concorrentes.<sup>41</sup>

Visando preservar a privacidade dos cidadãos, além de impedir práticas comerciais, sociais e políticas indesejáveis resultantes do uso de dados pessoais de forma obscura ou abusiva, a LGPD permite o uso e

compartilhamento de dados pessoais apenas quando há o expresso consentimento do titular do dado e a comunicação da finalidade do seu uso da informação (art. 7º, inc. I, c/c art. 8º, § 4º ou art. 11, inc. I c/c art. 8º, § 4º). Com a previsão legislativa (constante do GDPR e legislações similares, como a LGPD), logo surgiram iniciativas no exterior e posteriormente no Brasil, para que empresas atrelassem um incentivo e fizessem busca ativa a esse tipo de autorização de compartilhamento de dados junto aos seus titulares.

Nos diversos elos da cadeia de saúde, a regulamentação do uso das informações pessoais, especialmente dados pessoais sensíveis sobre saúde e utilização de serviços médicos e hospitalares, apresenta um desafio adicional: respeitar os limites definidos no marco regulatório brasileiro para estratégias de seleção de risco e discriminação de preço. Trata-se, portanto, de uma diferença importante em relação ao mercado financeiro, uma vez que os riscos idiossincráticos não podem ser usados nem na precificação nem na seleção dos contratos.

Os legisladores buscaram impedir que os dados de saúde de determinado indivíduo fossem utilizados como forma de restringir o seu acesso à cobertura ou aquisição de planos de saúde, ou como discriminação em processos seletivos para empregos, como está previsto nos princípios basilares de proteção de dados expostos no art. 6º, inciso IX da LGPD nos seguintes termos:

“Art. 6º (...)

IX- não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos.”

Não à toa, a LGPD determinou, no seu art. 11, §§ 4º e 5º a proibição da seleção de risco no tratamento de dados pessoais relativos à saúde, senão vejamos:

“Art. 11. O tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses: (...)

§ 4º É vedada a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde com objetivo de obter vantagem econômica, exceto nas hipóteses relativas a prestação de serviços de saúde, de assistência farmacêutica e de assistência à saúde, desde que observado o § 5º deste artigo, incluídos os serviços auxiliares de diagnose e terapia, em benefício dos interesses dos titulares de dados, e para permitir:

I - a portabilidade de dados quando solicitada pelo titular; ou

II - as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de que trata este parágrafo.

§ 5º É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários.”

Nesse contexto, importante destacar que a LGPD está em linha com o arcabouço regulatório do setor de planos de saúde. A Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde limitou a possibilidade de operadoras desse setor praticarem seleção de risco<sup>42</sup>. A vedação da prática de seleção de riscos pelas operadoras na contratação de qualquer tipo de plano saúde é reforçado pela ANS na Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015. Já a Resolução Normativa - RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, do órgão regulador, proíbe a discriminação de preços no momento da portabilidade de carências.<sup>43</sup> Nesse mesmo sentido, a Resolução Normativa ANS – RN nº 195, de 2009, regulamentou a proibição de seleção de riscos, nos seus artigos 20, 21 e 22, inclusive no momento do reajuste de planos de saúde.<sup>44</sup> Dessa forma, qualquer ação do mercado regulado visando proporcionar um “incentivo” econômico aos beneficiários de planos de saúde e que contribua para uma possível seleção de risco é vedada tanto pela Lei nº 9.656, de 1998 como pela Lei nº 13.709, de 2018, ficando o infrator sujeito à fiscalização da ANS e da ANPD.

Sobre essa competência concorrente da ANPD com outras instituições públicas foi previsto que compete à ANPD, “articular-se com as autoridades reguladoras públicas para exercer suas competências em setores específicos de atividades econômicas e governamentais sujeitas à regulação;” (artigo 55º-J, XXIII). Os parágrafos 3º e 4º desse mesmo artigo tratam do relacionamento entre a ANPD e os órgãos e entidades reguladores setoriais, sem estabelecer preponderância entre eles. Esses dispositivos indicam que, nas

matérias em que houver sobreposição de atribuições, a ANPD deverá atuar de forma colaborativa com os demais atores reguladores.<sup>8</sup>

Destaca-se, ainda, que a regulação específica do setor determina outras diferenças significativas com o mercado bancário e de seguros. Com relação à fragmentação de mercado, de acordo com a regulamentação vigente, há um limite para a customização das coberturas, que não podem definir abrangência mais restritas das que a previstas na regra (ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológico), com rol mínimo de procedimentos previstos no regramento da ANS. Assim, por exemplo, não há como estruturar um plano que preveja cobertura para tratamento de determinada morbidade, excluindo-se riscos de outras.

O acesso ao mercado também apresenta divergências. Os planos coletivos representam, atualmente, 82% do total das contratações, e são elegíveis apenas a pessoas vinculadas a associações profissionais (adesão) ou que possuam vínculo empregatício com a empresa contratante do plano (empresarial). Os planos individuais ou familiares, aqueles abertos a qualquer pessoa física independentemente de sua condição profissional, representam uma fatia muito pequena de mercado e vêm apresentando limitações em suas ofertas por parte das operadoras.

Por conta de suas características peculiares, o setor de saúde suplementar possui uma regulação bastante robusta baseada primordialmente nos princípios do mutualismo com solidariedade intergeracional. Por “mutualismo” entende-se que, dentro de cada faixa etária, o prêmio é igual para todos os membros daquele plano e é determinado pelo risco médio daquele grupo. Ou seja, os indivíduos mais saudáveis (de menor risco) subsidiam aqueles menos saudáveis (de maior risco), dentro da mesma faixa etária.<sup>9</sup> E por “solidariedade intergeracional”, entende-se que os beneficiários das faixas etárias mais jovens (de menor risco) subsidiam os indivíduos mais idosos (de maior risco).<sup>10</sup>

Isso significa que nos planos de saúde todos os custos de consultas, cirurgias, internações e demais atendimentos são repartidos entre os seus beneficiários, o que possibilita a diluição das despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Essa é uma característica fundamental do modelo de negócio adotado pelas empresas que comercializam planos de saúde. Desse modo, a possibilidade de que as operadoras tenham acesso aos dados pessoais de saúde dos pacientes e com isso possam fazer ofertas específicas de acordo com o perfil de risco dos usuários possibilitará às operadoras realizarem seleção de risco, o que resultará em planos de saúde mais caros para determinados grupos etários – como crianças e idosos – ou ainda para grupos de indivíduos com doenças crônicas, possibilitando a exclusão desses do mercado de saúde suplementar e a sobrecarga do SUS. Dessa forma, tal possibilidade tem como efeito resultados regulatórios indesejáveis.

Dessa forma, ao ofertar um determinado plano de saúde no mercado, a operadora define o nível de preços compatível com cada faixa etária e fica sujeita à adesão de qualquer beneficiário elegível. Os preços devem ser justificados por nota técnica atuarial submetida ao órgão de regulação e fiscalização, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, no caso dos planos individuais e familiares, ficam sujeitos a reajustes máximos limitados por valor definido conforme metodologia prevista em regulamentação.

Conforme será discutido na próxima seção, o arcabouço regulatório vigente permite, também, a portabilidade de carências entre planos pertencentes a uma mesma faixa de preços, com base em classificação definida pelo regulador. A grande vantagem, nesse caso, é que o beneficiário não precisa passar novamente por um período de carência na nova operadora em relação a certos procedimentos<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Todavia, a ANPD é o órgão central de interpretação da LGPD e do estabelecimento de normas e diretrizes para sua implementação, no que se inclui a deliberação administrativa, em caráter terminativo, sobre a interpretação da lei e sobre as suas próprias competências e casos omissos (art. 55-K, parágrafo único; art. 55-J, XX). Além disso, a autoridade nacional detém competência exclusiva para aplicar as sanções administrativas previstas na LGPD, com prevalência de suas competências sobre outras correlatas de entidades e órgãos da administração pública no que se refere à proteção de dados pessoais (art. 55-K).

Assim, a ANPD possui competência originária, específica e uniformizadora no que concerne à proteção de dados pessoais e à aplicação da LGPD, previsão legal que deve ser interpretada de forma a se compatibilizar com a atuação de outros entes públicos que possam eventualmente tratar sobre o tema. A esse respeito, a LGPD (art. 55-J, § 3º) estabelece que a ANPD deve atuar em coordenação e articulação com outros órgãos e entidades públicos, visando assegurar o cumprimento de suas atribuições com maior eficiência e promover o adequado funcionamento dos setores regulados.

<sup>9</sup> Fonte: <https://cnseg.org.br/data/files/7E/05/EF/E9/5DC4B61069CEB5A63A8AA8A8/Livreto%20Mutualismo.pdf>

<sup>10</sup> Fonte: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0062>

<sup>11</sup> A carência evita que indivíduos contratem planos de saúde somente no momento em que precise utilizá-lo, preservando-se o princípio do mutualismo.

### 3.4. GOV.BR

Atualmente atravessamos a 4ª Revolução Industrial, onde as transformações não se limitam às indústrias e modo de produção, mas sim à sociedade como um todo, em que a popularização de novas tecnologias utilizadas para o contexto da iniciativa privada e do uso pessoal, pelos diversos benefícios trazidos relacionados a facilidades de comunicação e prestação de serviços, melhoria de processos, ganho de eficiência e efetividade nas tomadas de decisões, ganham grande apelo para que sejam introduzidas também na administração pública, surgindo a ideia Governo Digital.

Nesse contexto, um importante marco para os serviços públicos brasileiros foi a Lei 14.129, de 29 de março de 2021, que definiu um conjunto de diretrizes e políticas para os governos Federal, Estadual e Municipal executarem seus serviços e políticas públicas por meio de canais digitais.

A lei instituiu o conceito de Plataforma de Governo Digital como sendo um conjunto de ferramentas digitais e serviços comuns aos órgãos, normalmente ofertados de forma centralizada e compartilhada, necessárias para a oferta digital de serviços e de políticas públicas. De forma complementar à lei, o Decreto 8.936, de 19 de dezembro de 2016, atualizado pelo Decreto 10.900, de 2021, especificou quais ferramentas compõem a plataforma do governo federal, concretizadas nas soluções “gov.br”, dentre elas:

- Identidade gov.br: responsável pela autenticação segura e confiável do cidadão, inclusive por meio de validação biométrica, para o acesso digital único aos serviços;
- Privacidade gov.br: transparência e de controle do tratamento de dados pessoais que sejam claras e facilmente acessíveis e que permitam ao cidadão o exercício dos direitos previstos na Lei 13.709, de 2018;
- Notifica gov.br: notificações e mensageria aos usuários de serviços públicos de caixa postal eletrônica;
- Conecta gov.br: o barramento de interoperabilidade de dados entre órgãos e entidades;
- Assinatura: o mecanismo para assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos.

O gov.br tem apresentado resultados concretos e crescentes nos últimos anos, como o cadastramento de mais de 130 milhões de contas na identidade gov.br, a qual os cidadãos podem utilizar para acessar mais de 4 mil serviços públicos federais com o mesmo login e senha. Também já é responsável pela integração de dados em mais de 700 serviços públicos, que deixaram de solicitar ao cidadão a apresentação de dados e documentos que já estão em posse do governo. Esses resultados contribuíram sobremaneira para que o Brasil alcançasse a 16ª posição no Ranking Internacional de Governo Digital da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE.

A partir dessa experiência na prestação de serviço no setor público, está em discussão um modelo de prestação de serviços que irá conectar os setores governamental e não governamental por meio do empoderamento do cidadão no uso de seus dados para melhorar a experiência no consumo de serviços públicos e privados de seu interesse, estimulando a inovação e a atividade econômica do país. Esse modelo, chamado de Governo como Plataforma, terá como premissa que o dado é um ativo intangível pertencente ao cidadão que tem o direito de gerir e acompanhar seu uso, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados.

Nesse contexto, as discussões sobre Governo como Plataforma encontram consonância com as do projeto Open Health de Saúde Suplementar, pois ambas tratam do uso compartilhado de dados com o controle do titular para o uso em seu interesse e para finalidade específica.

## 4. Iniciativas de compartilhamento de dados desenvolvidas pela ANS

É importante ressaltar que a ANS já conta com larga experiência em alguns dos *fronts* inseridos em iniciativas alinhadas ao conceito de Sistema Aberto. Destaca-se, nesse sentido, a Portabilidade de planos de saúde, regulamentada em 2009, o Guia de Planos, a padronização realizada na Tabela TUSS (Terminologia

Unificada da Saúde Suplementar), o sistema determinado no padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar), além de ampla inclusão de base de dados no portal de dados abertos do governo.<sup>3</sup> Apesar disso, é importante avaliar se seria positivo para o setor e, principalmente, para os beneficiários de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotar iniciativa semelhante.

#### 4.1. Portabilidade

A **portabilidade de carências** foi instituída pela ANS em 2009. A regra passou a permitir que o consumidor de planos de saúde que já tivesse cumprido as carências previstas em Lei, quando insatisfeito com a prestação dos serviços por sua operadora, pudesse mudar de plano sem o ônus de cumprir novas carências no novo plano.

Beneficiários de qualquer tipo de plano de saúde (coletivos por adesão, coletivo empresarial ou individual), cumprido o tempo mínimo de permanência no plano de origem, pode solicitar a qualquer tempo portabilidade para outro plano de saúde. Inclusive não é necessária a compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas no plano de origem, ampliando, assim, as opções de planos de destino para escolha do consumidor.

Outro requisito é a compatibilidade por faixa de preço. Em relação ao primeiro requisito, o prazo mínimo de permanência no plano de origem, de 2 (dois) anos, permite que o beneficiário tenha acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo plano após cumprir os períodos de carência previstos em Lei (de, no máximo, 300 dias) antes de realizar a troca para outro plano de saúde. Assim, a manutenção do requisito se fundamenta no fato de que o beneficiário, ao realizar a portabilidade, não apresentaria uma demanda reprimida que viesse a onerar o plano de destino de forma desproporcional, haja vista ter tido tempo hábil para ter acesso à assistência à saúde no seu plano de origem.

Figura 3 – Quadro-Resumo com os Requisitos para Portabilidade de Carências

**QUAIS SÃO OS REQUISITOS PARA MUDAR DE PLANO SEM CUMPRIR NOVAS CARÊNCIAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE?\***

- O plano atual deve ter sido contratado **após 1º de janeiro de 1999** ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)
- O contrato deve **estar ativo**, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado
- O beneficiário **deve estar em dia com o pagamento** das mensalidades
- O beneficiário deve cumprir o **prazo mínimo** de permanência no plano:
  - 1ª Portabilidade**  
**2 anos** no plano de origem ou **3 anos** se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente
  - 2ª Portabilidade**  
Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior
- O plano de destino deve ter **preço compatível** com o seu plano atual (veja a seguir sobre planos compatíveis)

(\*) Ver Situações Específicas de Portabilidade

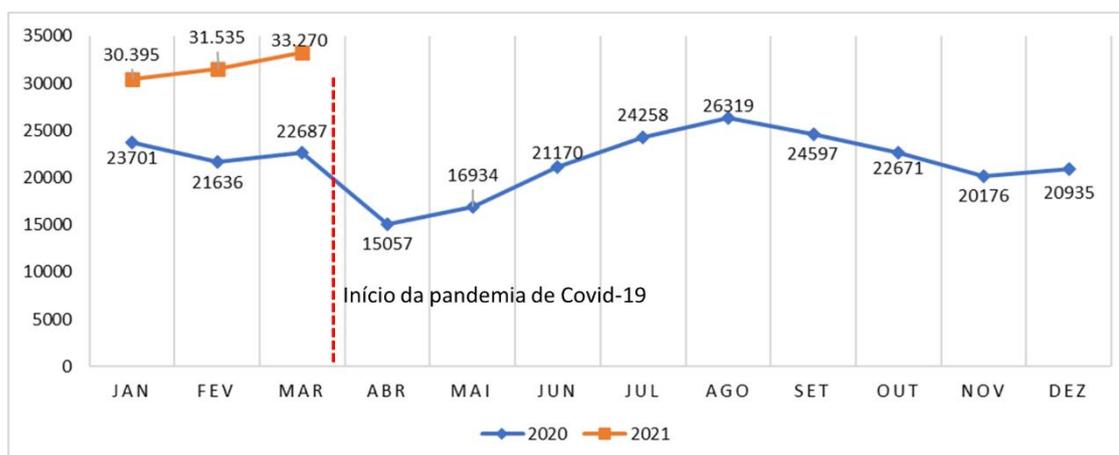
Fonte: Cartilha de Portabilidade de Carências<sup>58</sup>

Já em relação à compatibilidade por faixa de preço, este requisito se apresenta como uma salvaguarda para a sustentabilidade e equilíbrio do setor, pois evita que o beneficiário contrate, em um primeiro momento, um plano de saúde de qualidade 'inferior' e mude para um plano superior, por meio da portabilidade, sem cumprimento de carências, apenas quando apresentar necessidade de utilização. Sua manutenção se mostrou necessária para afastar a possibilidade de risco moral e eventual comportamento oportunista do consumidor na hora de contratar um plano de saúde.

A mudança de plano com portabilidade de carências por motivos alheios à vontade do consumidor não apresenta requisitos mínimos para seu exercício. Isto porque nesses casos, o consumidor se vê desassistido sem ter deixado de pagar suas mensalidades ou optado por alterar suas condições de contratação, tendo sido imposto uma mudança de plano. Dessa forma, nesses casos não é necessário possuir um vínculo ativo no ato da portabilidade e não se aplica o requisito de compatibilidade de preços e de prazo mínimo de permanência no plano de origem.

A portabilidade de carências diminui o 'custo de mudança', conferindo aos consumidores maior mobilidade entre planos de saúde, ampliando a transparência sobre a oferta, via ferramenta que oferece uma maior comparabilidade das principais características dos planos de saúde. Com isso, torna-se possível mitigar falhas do mercado de saúde suplementar, ampliando a capacidade de resposta dos beneficiários a eventuais exercícios de poder de mercado por parte da operadora.

Figura 4 - Evolução de protocolos de portabilidade emitidos por mês



Fonte: Painel de Sistemas de Produtos - Acompanhamento de Protocolos Guia ANS.  
Período: 01/01/2019 a 31/03/2021; dados extraídos em 6/4/2021.

## 4.2. Guia ANS de Planos de Saúde

Para viabilizar a portabilidade de carências, a ANS desenvolveu o **Guia de Planos ANS**, que tem como objetivo fornecer ao consumidor uma ferramenta que amplie sua capacidade de escolha diante da diversificada oferta de planos de saúde comercializados no país, de forma gratuita, fornecendo dados de toda a base de planos de saúde em comercialização no país atualizados diariamente, com a isenção de uma instituição pública e sem interesse comercial.

O Guia de Planos possui uma interface direta com os demais sistemas de informação da ANS no que diz respeito a dados dos beneficiários, dos planos (produtos) e das operadoras. Com isso, o usuário precisa somente informar seu CPF e data de nascimento para ter acesso às informações do seu plano de saúde, facilitando a sua consulta à ferramenta. Além disso, a consulta apresenta informações específicas de sua relação contratual com a operadora, como a data de início de vigência do contrato e local de contratação. Importante destacar que os dados utilizados na ferramenta são de envio obrigatório pelas operadoras de planos de saúde à ANS, periodicamente.

Figura 5 – Imagem da ferramenta Guia de Planos ANS

### Pesquisa de Planos de Saúde

**Dados** > Filtros > Resultado > Selecionar > Finalizar

Para iniciar a pesquisa, preencha os dados a seguir:

**Data de nascimento:**

**Local de contratação: ?**

Estado  Município

Especificar a operadora ou o plano de saúde que se deseja aderir/contratar

A ferramenta, além de apresentar toda a oferta de planos de saúde de determinada região, permite identificar a composição da rede hospitalar dos planos, um dos principais elementos para a tomada de

decisão para os consumidores na hora de adquirir um plano de saúde. Como se sabe, a variedade e a qualidade da rede, além da localização dos prestadores, representam um diferencial competitivo indispensável para as atividades de operadoras do setor. Além disso, apresenta em um único lugar outras características relevantes do produto, como tipo de cobertura, abrangência geográfica e área de cobertura, tipo de acomodação, preços dos planos por faixa etária e se há ou não coparticipação ou franquia. A transparência de informações que o Guia ANS promove traz um importante ganho ao setor. Aumento o acesso dos consumidores para além da atuação dos corretores de planos de saúde, administradoras de benefícios ou das próprias operadoras, antes que invariavelmente ofertam os produtos de *seu* maior interesse comercial.

A figura abaixo apresenta como é disponibilizada na ferramenta a informação de um plano resultante da pesquisa por localidade, tipo de contratação e tipo de cobertura.

Figura 6 – Quadro extraído da ferramenta Guia ANS de Planos de Saúde

Registro do plano

[REDACTED]

[+ Detalhe do plano](#)

NACIONAL PARTICIPATIVO PESSOA FÍSICA APT COM OBSTETRÍCIA

Nome da operadora:  
[REDACTED]

Registro ANS:  
[REDACTED]

Tipo de Contratação:  
Individual/Familiar

Cobertura:  
Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Abrangência geográfica:  
Nacional

Área de cobertura:  
Nacional

Acomodação:  
Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia:  
Coparticipação

Modalidade:  
Pré-pagamento

Cobertura adicional:  
[+ Cobertura adicional](#)

Rede hospitalar do plano no local de contratação:  
[+ Lista dos hospitais](#)

Preço por faixa etária (R\$) - Valor Informado / Valor Máximo		
Até 18 anos:	RS427,06	RS555,18
De 19 a 23:	RS478,30	RS621,79
De 24 a 28:	RS550,05	RS715,06
De 29 a 33:	RS605,07	RS786,59
De 34 a 38:	RS713,98	RS928,17
De 39 a 43:	RS821,07	RS1087,39
De 44 a 48:	RS1087,39	RS1387,61
De 49 a 53:	RS1387,61	RS1803,89
De 54 a 58:	RS1859,39	RS2417,21
De 59 ou mais:	RS2547,39	RS3311,61

✓ Selecionar

Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde; acesso em 30/04/2021

O Guia ANS possui inteligência de dados, com aplicação das regras de portabilidade de carências na própria ferramenta. Assim, simplifica o exercício do direito, desburocratizando o processo, e confere maior segurança jurídica e legitimidade ao ato da portabilidade, processado por sistema do próprio órgão regulador.

Importante esclarecer que a ANS auxilia o consumidor fornecendo informações, mas não participa diretamente de eventual aquisição ou troca de planos de saúde. A efetivação da transação em si depende de contato direto com as operadoras envolvidas pelo próprio consumidor.

A ferramenta, apesar de representar grande avanço para o mercado, pode contar com aperfeiçoamentos a serem incluídos dentro do escopo do Open Health na Saúde Suplementar. O que se

vislumbra com a proposta inicial é justamente aproveitar as potencialidades do Guia para construir um ecossistema mais propício à inovação, que gere incentivos à adoção de práticas concorrenciais e na promoção de benefícios ao consumidor. A expectativa é que o Guia de Planos seja utilizado também como uma plataforma para automatizar e facilitar o processo de portabilidade de carências, melhorando a experiência do usuário e tornando o instrumento mais efetivo e passível de utilização pelos beneficiários, reduzindo-se barreiras burocráticas ao longo do processo concorrencial.

#### 4.3. TUSS e TISS

Outra iniciativa de destaque foi a elaboração e implementação da **Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)** – que padroniza as nomenclaturas e terminologias relacionadas aos procedimentos médicos – e da **Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS**, estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar.

A tabela TUSS conta com informações em quatro blocos: medicamentos e materiais, procedimentos médicos, materiais especiais, próteses e órteses e taxas e diárias. Permite que operadoras de saúde e prestadores possam trocar informações e dados de forma padronizada. Seu objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Antes da existência da tabela TUSS, cada instituição possuía códigos e nomes próprios para designar procedimentos, o que tornava difícil a comunicação entre diferentes instituições quando necessário e, principalmente, a fiscalização da ANS sobre a atuação das operadoras de saúde. Dessa maneira, com a tabela TUSS, planos de saúde reduziram ou eliminaram as dificuldades para identificar quais práticas e procedimentos haviam sido empregados nos pacientes – um fato que gerava problemas e muitas vezes causava atrasos no repasse de valores às unidades hospitalares.<sup>59</sup>

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde. Outra diretriz é a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Como Governança do padrão TISS, foi criado o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS). O COPISS constitui um grupo de trabalho responsável por: propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS; revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUSS; promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS; analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela ANS, visando a adequação do padrão TISS e; promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde.

#### 4.4. Plano de dados Abertos

Como discutido anteriormente, a primeira fase das Iniciativas Abertas do mercado financeiro (Open Data) envolveu o compartilhamento de informações abertas, de forma padronizada, sobre as instituições reguladas, como dados da empresa e de seus canais de atendimento, características dos produtos por elas ofertados, etc.

Nesse contexto, é importante destacar que a ANS tem importantes iniciativas relacionadas ao Open Data, uma vez que vem desenvolvendo um ecossistema de dados e informações, baseado em oito princípios técnicos para dados abertos: são completos, primários (com o maior nível de granularidade e sem agregação ou modificação), atuais, acessíveis, processáveis por máquina (processamento automatizado), não-discriminatórios (disponíveis para todos), não-proprietários e livres de licença (livres de direito autoral, patente, propriedade intelectual ou segredo industrial). Restrições relacionadas à privacidade e segurança são permitidas.

Como resultado desse esforço e das iniciativas desenvolvidas dentro dos Planos de Dados Abertos (2017-2019; 2019-2021; 2022-2023), a ANS disponibiliza um grande conjunto de dados padronizados e em séries históricas sobre as características dos planos de saúde, os preços e reajustes aplicados, as características das operadoras e também informações sobre o mercado, como dados de utilização e número de beneficiários. Destacam-se, abaixo:

1. Características dos planos de saúde

- a. Produtos e Prestadores Hospitalares: Rede de atendimento hospitalar ou urgência/emergência por plano de saúde e operadora.
- b. Características dos Produtos da Saúde Suplementar: Este conjunto de dados relaciona todos os planos de saúde registrados ou cadastrados junto à ANS, e suas principais características (operadora, nome do plano, vigência anterior)
- c. Valor Comercial Médio por Município (NTRP): Série histórica dos Valores Comerciais por plano e por município para novas contratações dos planos de saúde disponíveis para comercialização.
- d. Operadoras e prestadores não-hospitalares: Relação dos prestadores de serviços assistenciais cadastrados por operadora junto à ANS, exceto prestadores de serviços de assistência hospitalar.
- e. Abrangência Geográfica de Cobertura dos Planos de Saúde: Lista os municípios que fazem parte da cobertura oferecida por plano de saúde de assistência médico-hospitalar, por operadora e por macrorregião.
- f. Serviços e Coberturas Adicionais dos Planos de Saúde: Serviços e coberturas adicionais dos Planos de Saúde são serviços ou coberturas de assistência à saúde que não estão previstos na Lei nº 9.656/98 ou que não estão inclusos no rol.
- g. Abrangência Geográfica de comercialização dos planos de saúde (NTRP): Área de comercialização por município dos planos de saúde ativos (disponíveis para comercialização) conforme delimitada pela Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP)
- h. Nota Técnica (NTRP) vigente para comercialização de Planos de Saúde: Base de Notas Técnicas (NTRPs) vigentes dos planos de saúde ativos (disponíveis para comercialização) na data de atualização do conjunto de dados.

2. Informações sobre preços e reajustes:

- a. Beneficiários por operadora e tipo de carteira para cálculo da VDA: Série histórica mensal dos últimos 5 anos de vínculos ativos de beneficiários consolidados por operadora e tipo de plano para o cálculo da variação das despesas assistenciais.
- b. Painel de Precificação: Série histórica mensal dos últimos 5 anos do Valor Comercial da Mensalidade e dados relacionados aos componentes do valor comercial nos planos de saúde regulamentados pela ANS
- c. Reajuste de Planos coletivos: Dados de comunicados de reajuste financeiro anual por variação de custos das contraprestações pecuniárias de planos coletivos com modalidade de financiamento pré-estabelecido.
- d. Faixas de preço para fins de portabilidade de carências e migração: Faixas de preço para a compatibilização de planos no Guia ANS de Planos de Saúde para a realização da portabilidade de carências e migração calculadas por tipo de contratação
- e. Valor Comercial da Mensalidade por Faixa Etária: Valor Comercial da Mensalidade por faixa etária informado nas Notas Técnicas homologadas junto à ANS.

3. Informações sobre utilização de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais:

- a. Procedimentos Hospitalares por UF: Lista de procedimentos realizados em ambiente hospitalar pelos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde, por UF e mês e ano de competência.
- b. Procedimentos Ambulatoriais por UF: Lista de procedimentos realizados em ambiente ambulatorial pelos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde, por UF e mês e ano de competência.

#### 4. Características das operadoras

- a. Histórico do IDSS: O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) avalia o desempenho de cada operadora, anualmente, relativo ao ano-base anterior.
- b. Demonstrações Contábeis: dados contábeis encaminhados trimestralmente pelas operadoras através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
- c. Regimes Especiais de Direção Técnica: Conjunto de dados contendo a relação das operadoras de planos de saúde nas quais foi instaurado o regime especial de Direção Técnica pela ANS.
- d. Demandas dos consumidores NIP: Reclamações dos consumidores que entraram no fluxo da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)
- e. Índice Geral de Reclamações (IGR): O IGR tem como base os dados de beneficiários e reclamações recebidos pela ANS e permitem comparar a atuação das empresas que atuam no setor de Saúde Suplementar.
- f. Dados de Beneficiários por operadora: Vínculos ativos e inativos dos Beneficiários de plano de saúde.
- g. Operadoras de planos de saúde Ativas: Lista de operadoras com registro ativo na ANS (autorizadas a vender planos de saúde no Brasil) elaborada a partir de informações fornecidas pelas próprias empresas.

#### 5. Informações sobre beneficiários:

- a. Dados de beneficiários por região geográfica;
- b. Dados de beneficiários por operadora;
- c. Informações consolidadas de beneficiários.

Apesar dos grandes avanços em relação à disponibilização de dados, por padrão, os Dados Abertos da ANS são publicados em arquivos no formato CSV, o qual não é adequado para representar dados hierárquicos ou relacionais; e a semântica dos dados não é padronizada e é de difícil implementação, de modo que exige mais tratamentos para ser consumido por aplicativos e softwares. Além disso, o formato ZIP utilizado para comprimir/empacotar os arquivos dos conjuntos de dados não permite a descompressão por streaming, o que exige que o consumidor do dado faça o download completo do arquivo para acessar a pequena parte que lhe interessa dos dados. O tamanho de alguns arquivos de dados abertos, que podem variar de 1 a 5 GB, também está entre as principais dificuldades para o consumo por aplicativos e softwares de estatística. Por isso, para aperfeiçoar esse modelo, entende-se necessário desenvolver ações no sentido de disponibilizar os dados também em API.

## 5. Escopo do Projeto

Diante de todo o exposto, e considerando o que dispõe o artigo 1º da Portaria, o qual estabelece que o grupo de trabalho tem como objetivo a “elaboração de proposta de **aprimoramento do setor de saúde**

**suplementar**, mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde” (grifos nossos), a presente seção define o escopo do projeto, suas limitações, riscos e benefícios para os atores envolvidos, com foco especial no consumidor, para então estabelecer uma proposta de plano de ação.

Conforme discutido anteriormente, as discussões e análises deste grupo de trabalho partiram, portanto, do entendimento comum de ausência de uma definição ou de um conceito mundial sobre o termo *Open Health*. Considerando a declaração do Ministro Marcelo Queiroga, ratificada por seu Assessor Especial na primeira reunião do GT, sobre a divisão do projeto a ser desenvolvido pelo Grupo de Trabalho, foram discutidos 2 pilares: um pilar assistencial, que engloba os dados em saúde dos cidadãos brasileiros para criação do registro único em saúde ou prontuário eletrônico de saúde; e outro pilar financeiro, que tem como objetivo estimular a concorrência no mercado de planos de saúde, como será detalhado nas subseções seguintes.

## 5.1. Pilar assistencial

Em relação ao que foi denominado “pilar assistencial” do projeto, faz-se necessário referenciar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução CNS N° 659, de 26 de julho de 2021 e instituída pela Portaria GM/MS nº 1.768, de 30 de julho de 2021, após a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com a finalidade de definir os princípios e diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da Saúde Digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão. A PNIIS reconhece a RNDS como a plataforma nacional de integração de dados em saúde no país.

A PNIIS, outro marco legal elementar que deve seguido em qualquer discussão ou desenvolvimento sobre compartilhamento de dados em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28). A ESD28, instituída pela Portaria GM/MS Nº 3.632, de 21 de Dezembro de 2020 após pactuação na CIT, está alinhada com a PNIIS, Estratégia de Saúde Digital Global da Organização Mundial de Saúde e com o Plano de Transformação Digital do Governo Federal. Este instrumento legal apresenta um Plano de Ação e um Plano de Monitoramento e Avaliação, embasado em sete prioridades estratégicas, para atingir a seguinte visão: "Até 2028, a RNDS estará estabelecida e reconhecida como a plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde."

Conforme apresentado na PNIIS e reafirmado na ESD28, a Governança e Gestão das ações de saúde digital no Brasil são dadas por uma coordenação nacional entre o Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal em seus respectivos territórios, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde e da Estratégia de Governo Digital do Brasil.

Destaca-se, ainda, o papel do Comitê Gestor de Saúde Digital<sup>12</sup> (CGSD), instituído pela Portaria GM/MS nº 535/2021, como instância de decisão colegiada, com funções normativas, diretivas, de monitoramento e avaliação das atividades relativas aos sistemas de informação em saúde, da PNIIS, da ESD28 e da Estratégia de Governo Digital no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS. O CGSD, dentre suas competências, propor aos gestores do SUS: a) medidas que promovam a interoperabilidade nacional plena em saúde e a integração dos sistemas de informação utilizados no SUS à Rede Nacional de Dados em Saúde; e b) a adoção de soluções de TIC com vistas ao atingimento dos objetivos propostos na ESD28.

Sob a coordenação do DATASUS/SE.MS, o CGSD é um fórum tripartite atuante e se tornou referência em Governança pelo Tribunal de Contas da União, após ser objeto de auditoria. O CGSD também é

<sup>12</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/Comite-Gestor-de-Saude-Digital/Comite-Gestor-de-Saude-Digital>

acompanhado pela Casa Civil da Presidência da República. Em suas reuniões ordinárias e extraordinárias, o CGSD delibera, monitora e avalia o planejamento de adesão gradual das instituições públicas e privadas à RNDS. Desta forma, conclui-se que a RNDS está embasada em uma Política de Estado, com uma governança e liderança estabelecida e operante.

A RNDS, representada pela Figura 1, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020. A RNDS<sup>13</sup>, além de ser um projeto estruturante do Programa Conecte SUS, é um programa do Governo Federal voltado para a transformação digital da saúde no Brasil e tem o objetivo de permitir que os estabelecimentos assistenciais de saúde, os profissionais de saúde e os cidadãos compartilhem informações de saúde, promovendo a prevenção, promoção e o atendimento de saúde com mais qualidade. Além disso, ele visa dispor da continuidade do cuidado em diferentes níveis de atenção.

Diante do cenário de pandemia provocado pelo novo Coronavírus em março de 2020, o projeto piloto da RNDS foi impulsionado para auxiliar no controle da situação de emergência da saúde pública. Dessa forma, a RNDS foi redirecionada para permitir a:

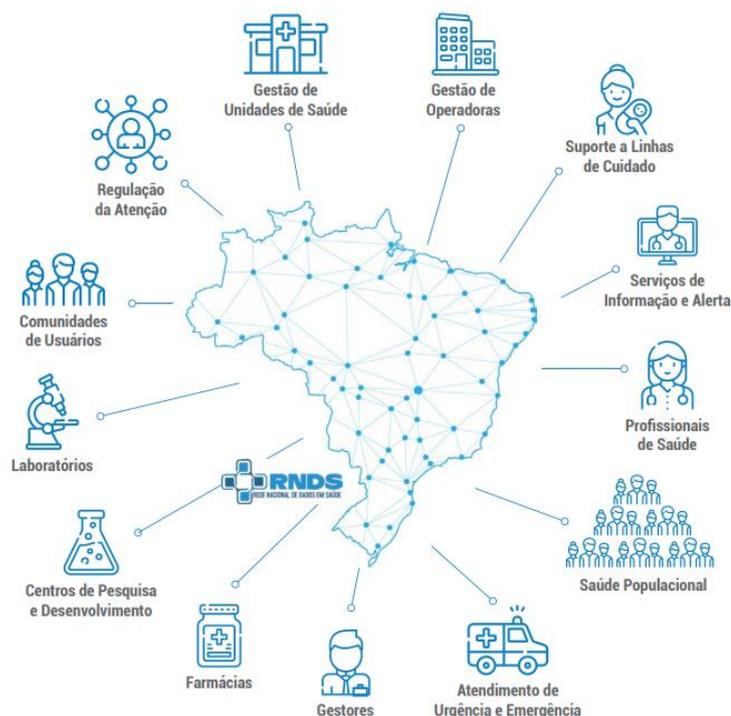
1. Recepção e integração de notificações de resultados de exames laboratoriais relacionados à Covid-19;
2. Disseminação dos resultados dos exames relacionados à Covid-19 aos cidadãos e profissionais de saúde, por meio das plataformas Conecte SUS: Aplicativo e versão web do Conecte SUS Cidadão e Conecte SUS Profissional;
3. Recepção dos registros de vacinação contra a Covid-19;
4. Disseminação dos registros de vacinas administradas ao cidadão, por meio do Conecte SUS: Aplicativo e versão web do Conecte SUS Cidadão e Conecte SUS Profissional;
5. Emissão do Certificado Nacional de Vacinação Covid-19, por meio da plataforma Conecte SUS: Aplicativo e versão web do Conecte SUS Cidadão e Conecte SUS Profissional.

Conforme disposto no Plano de Ação da ESD28, está previsto a evolução da RNDS para a ampliação do acesso à informação em saúde visando à continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, de forma a qualificar o atendimento e o fluxo de informações, fortalecendo o apoio à decisão clínica, à vigilância em saúde, à regulação, à gestão, ao ensino e à pesquisa.

---

<sup>13</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/rnds>

Figura 7 – Representação esquemática da RNDS como plataforma nacional de inovação, informação e serviços digitais de saúde



Fonte: Estratégia de Saúde Digital

Em consonância com a declaração do próprio Ministro de Estado da Saúde, feita em 11/03/2022, no sentido de que a RNDS deve servir de repositório dos dados de saúde dos brasileiros, o Grupo de Trabalho chegou ao entendimento que a alternativa mais promissora envolvendo o compartilhamento de dados pessoais em saúde, seja de serviços realizados no SUS, de forma privada (pagamento direto) ou por meio de planos de saúde (pilar assistencial), continuasse sendo conduzido no âmbito do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD), na Conselho Intergestores Tripartite (CIT) e, se necessário, no Conselho Nacional de Saúde, de acordo com as diretrizes da PNIIS e da ESD28.<sup>14</sup>

O compartilhamento dos dados pessoais em saúde, considerados sensíveis, deve ser realizado, tão somente, para fins de melhoria da gestão de saúde dos pacientes, com foco na coordenação do cuidado e na integração das informações entre SUS e Saúde Suplementar. Por isso, o escopo incluirá, ainda, a proposição de regras e diretrizes pelo órgão regulador (ANS) relacionadas à limitação de compartilhamento de dados em saúde, para evitar práticas de seleção de risco, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e o marco regulatório do setor (Lei 9.656/98), em especial no que diz respeito ao impedimento de acesso de tais dados por operadoras de planos de saúde, de forma a proteger os cidadãos de práticas nocivas que levem à discriminação seja no acesso a planos de saúde, seja no ambiente de trabalho.

## 5.2. Pilar Financeiro

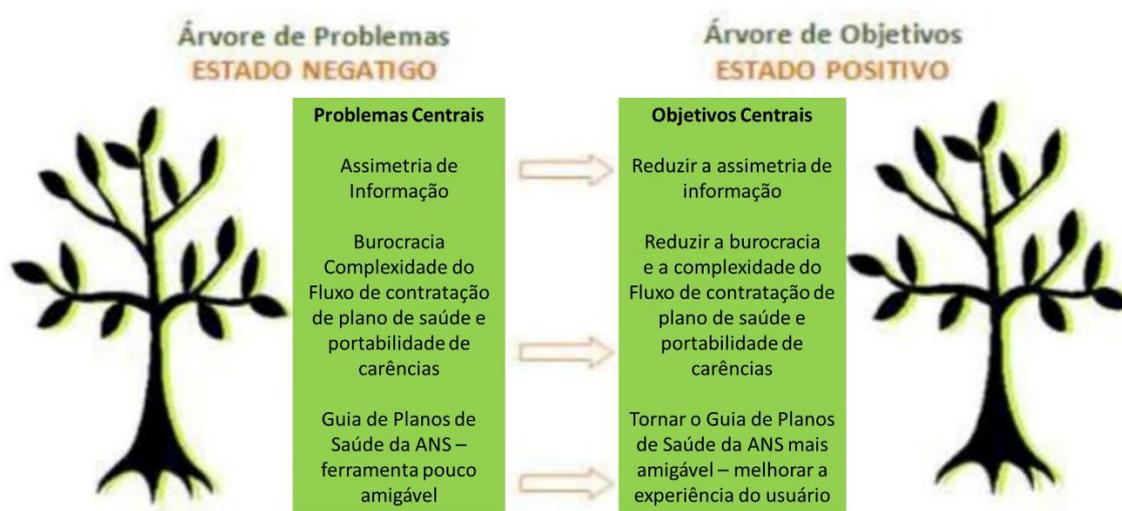
Considerando o contexto geral, o levantamento de iniciativas de outros órgãos e países, realizado pelo Grupo de Trabalho, bem como as iniciativas já desenvolvidas pela ANS (seção 4), o grupo de trabalho, de forma unânime, com chancela do coordenador do GT, optou por trabalhar no aprimoramento das iniciativas já desenvolvidas pela ANS.

<sup>14</sup> [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf)

Assim, a análise realizada pelo grupo de trabalho definiu que o projeto de compartilhamento de dados para o aprimoramento do setor de saúde suplementar terá como escopo: o compartilhamento de dados cadastrais de consumidores de planos de saúde, mediante consentimento e de forma segura, e de dados de operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS, e dos produtos por elas ofertados, para facilitar a contratação de planos de saúde e aprimorar a portabilidade de carências na troca de plano, com objetivo de estimular a concorrência no setor, gerando aumento de qualidade, em benefício da sociedade.

No Workshop de *Open Health*, ocorrido nos dias 04 e 05 de abril de 2022 e organizado pelos membros do GT, foram realizadas atividades de definição do problema regulatório e dos objetivos a serem alcançados com o projeto, o que resultou no seguinte desenho:

Figura 8 - Desenho da árvore de problemas e objetivos centrais do projeto Open Health da Saúde Suplementar



Fonte: elaboração própria

Como objetivos secundários, foram elencados, ainda, a diminuição do número de intermediários, e o aumento do acesso dos consumidores a um plano de saúde, a partir da ampliação da oferta desses produtos.

Por fim, para o alcance dos objetivos do projeto, serão utilizadas as ferramentas e iniciativas já desenvolvidas pela ANS, como o Guia de Planos da ANS e o Plano de Dados Abertos, com foco em seu aprimoramento.

## 6. Ações realizadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional

Considerando o escopo de atuação do Grupo de Trabalho Interinstitucional e sua árvore de objetivos, foram elencadas como prioritárias ações no sentido de: i) reduzir a complexidade do fluxo da contratação e portabilidade de carências; ii) melhorar a experiência do usuário do Guia de Planos de Saúde da ANS.

Quanto ao primeiro objetivo, o Grupo de Trabalho Interinstitucional buscou aproveitar as potencialidades do Guia para construir um ecossistema mais propício à inovação, que gere incentivos à adoção de práticas concorrenciais e na promoção de benefícios ao consumidor. A equipe da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia, da Coordenação-Geral de Plataformas de Dados e Informações

realizou a análise do fluxo de portabilidade e da ferramenta de Guia de Planos no sentido de automatizar processos e facilitar o compartilhamento de informações entre entes, para facilitar a contratação de planos de saúde e aprimorar a portabilidade de carências na troca de plano, com objetivo de estimular a concorrência no setor, gerando aumento de qualidade, em benefício da sociedade. Como resultado dessa análise, foram elencadas três propostas possíveis para melhoria da portabilidade, às quais serão discutidas na seção 6.1.

Quanto ao segundo objetivo, foi solicitado apoio da equipe da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia, especializada em experiência do usuário, para realizar análise heurística do Guia de Planos da ANS, apontando melhorias a ser realizadas na ferramenta. O resultado dessa análise foi apresentado durante a 9ª reunião do Grupo de Trabalho e será descrito em maiores detalhes na seção 6.2.

### 6.1. Fluxo de contratação e Portabilidade de carências

Para estudar o fluxo de portabilidade e avaliar possíveis alternativas ao modelo atual, foi realizado o mapeamento da jornada da contratação e portabilidade de planos de saúde. Inicialmente, a Coordenação-Geral de Portais de Dados e Informações da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia, durante a 5ª reunião do Grupo de Trabalho, em 14 de abril de 2022, apresentou o levantamento de todos os dados necessários para identificar o plano de saúde em questão e solicitar a portabilidade via Guia de Planos da ANS, bem como a origem dessa informação e locais onde estão armazenadas (figura abaixo).

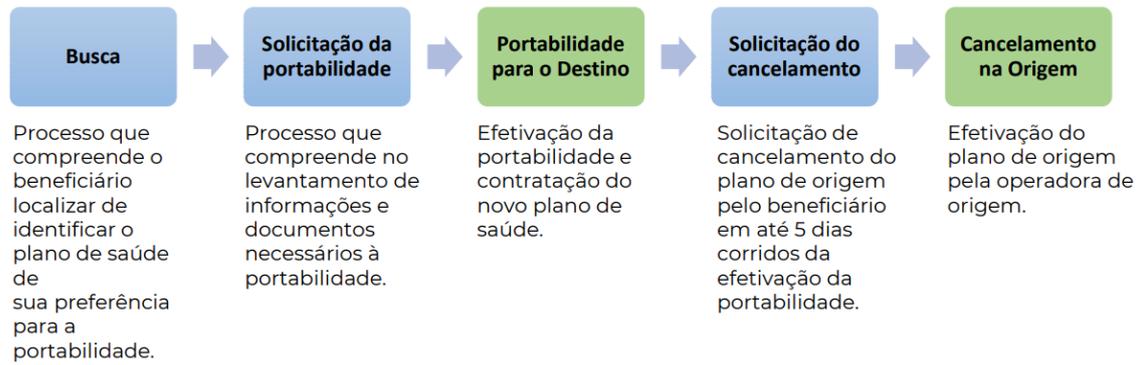
Figura 9 – Informações necessárias para a Portabilidade de Carências

Informação	Beneficiário	Op. Origem	ANS	Outros	Op. Destino
CPF	✖				
Cadastro Cidadão (RFB)			✖	✖	
Operadora de Origem		✖	✖		
Plano de Origem		✖	✖		
Adimplência na Origem		✖			
Permanência na Origem		✖	✖		
Histórico de Portabilidade		✖	✖		
Operadora de Destino	✖				
Plano de Destino	✖				
Convênio com o Empregador*					✖
Vínculo empregatício do Cidadão com o Empregador				✖	
Compatibilidade dos Planos			✖		

Fonte: Guia de Planos e RN nº 438/2018. Elaboração: Secretaria de Governo Digital, ME.

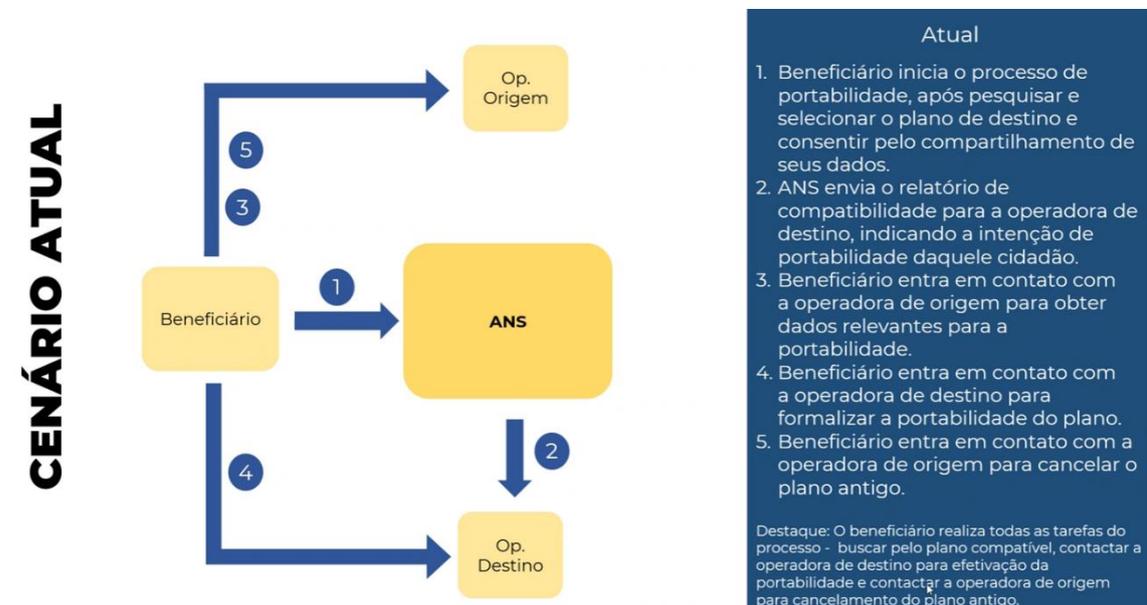
A partir desse levantamento, o Grupo de Trabalho foi capaz de mapear os macroprocessos para a efetivação da portabilidade (figura 11) e o fluxo de informação entre beneficiário, operadora de origem e operadora de destino (figura 12).

Figura 10 – Etapas para a efetivação a Portabilidade de Carências



Fonte: Guia de Planos e RN nº 438/2018. Elaboração: Secretaria de Governo Digital, ME.

Figura 11 – Fluxo de informação necessários para a efetivação a Portabilidade de Carências



Fonte: Guia de Planos e RN nº 438/2018. Elaboração: Secretaria de Governo Digital, ME.

Nesse momento, foram identificados gargalos que dificultam o beneficiário realizar a portabilidade de carências. No cenário atual, cabe ao beneficiário realizar todas as tarefas do processo. Encontrar o plano compatível para a portabilidade de carências via realização de buscas na ferramenta Guia de Planos na ANS – cujo resultado não apresenta, necessariamente, os planos elegíveis ao beneficiário<sup>15</sup>, contatar a operadora

<sup>15</sup> Nem sempre o beneficiário é elegível para todos os planos compatíveis. Como a ANS não conta com as informações sobre quais empresas possuem contratos com cada operadora e, tampouco, quais associações possuem contrato com as administradoras de benefício, como resultado da busca pode aparecer um plano por adesão do qual a entidade associativa do beneficiário não é vinculada.

de destino para o encaminhamento das informações necessárias para a efetivação da portabilidade<sup>16</sup> e assinatura de contrato, e contatar a operadora de origem para o cancelamento do plano antigo<sup>17</sup>.

Nesse sentido, o Grupo de Trabalho Interinstitucional decidiu formular proposta de revisão e automação do Guia de Planos de Saúde da ANS, tendo por objetivo geral o compartilhamento de dados cadastrais de consumidores de planos de saúde, mediante consentimento e de forma segura, e de dados de operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS, e dos produtos por elas ofertados, para facilitar a contratação de planos de saúde e aprimorar a portabilidade de carências na troca de plano, com objetivo de estimular a concorrência no setor, gerando aumento de qualidade, em benefício da sociedade.

Como objetivos específicos, foram elencados: 1) Redução da assimetria de informação dos beneficiários quanto às opções de planos de saúde existentes; 2) Aumento da comparabilidade entre os planos disponíveis; 3) Ampliação do acesso aos planos de saúde, a partir do aumento da oferta de produtos; 4) Redução de custo de transação, com a eliminação/redução dos intermediários no processo de contratação de plano de saúde; 5) Redução da burocracia e complexidade do fluxo de contratação de plano de saúde; 6) Melhorar a experiência do usuário, tornando o Guia de Planos da ANS mais amigável.

Na 7ª reunião do Grupo de Trabalho, em 26 de abril de 2022, a Coordenação-Geral de Portais de Dados e Informações da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia, apresentou três propostas iniciais, consolidando as sugestões de melhorias do fluxo de portabilidade de carências realizadas nas reuniões anteriores. O Grupo de Trabalho analisou detalhadamente o fluxo de informações previsto em cada uma das três propostas iniciais, levantando possibilidades de integração de informações com bancos de dados do governo, melhorias no fluxo e incorporação de procedimentos de monitoramento adotados nos benchmarkings realizados, dentre outros. Tal como é hoje, a autenticação do usuário para acesso à ferramenta Guia de Planos e emissão de protocolo será, nos três fluxos propostos, via plataforma GOV.BR. Ao automatizar a ferramenta, permitindo que a portabilidade seja realizada via sistema da ANS, será necessário apenas avaliar qual tipo de selo de segurança seria mais adequado.

Como resultado, foram levantadas pelo Grupo Interinstitucional três propostas finais, que, em comum, pretendem racionalizar o envio de documentos e informações pelo beneficiário (simplificação de processo, redução de barreiras à portabilidade, melhoria na experiência do usuário), quais sejam:

**PROPOSTA 1: Centralização Parcial do Guia de Planos:** o beneficiário inicia o processo de portabilidade/contratação, após pesquisar e selecionar o plano de destino e consentir pelo compartilhamento de seus dados. O sistema da ANS notifica automaticamente a operadora de origem e a operadora de destino para que envie ao sistema, as informações relevantes à portabilidade. Operadora de destino acessa o sistema para obter os dados relevantes, e concluir a portabilidade. Por fim, a ANS notifica a operadora de origem sobre o cancelamento do plano. Se há a efetivação da contratação e a realização da portabilidade, a ANS comunica o beneficiário e OPS de origem e destino. Se a portabilidade não é realizada, a ANS analisa se realmente o beneficiário não cumpriu os critérios elencados normativo. Se identificar indício de infração, encaminha o processo para NIP.

---

<sup>16</sup> Art. 16. Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

I - comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;

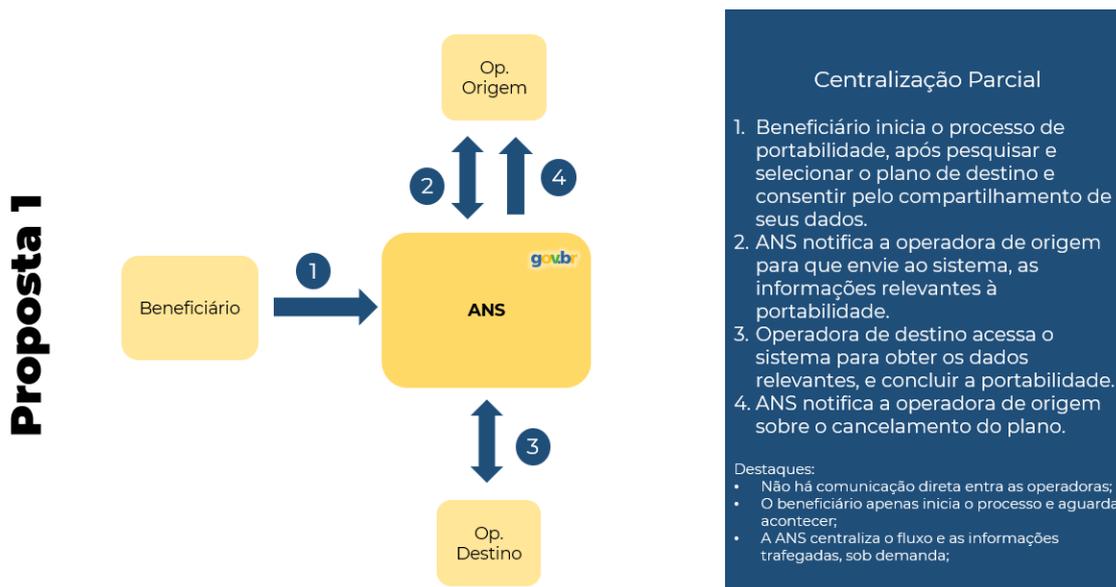
II - proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;

III - relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS na forma do §1º, do artigo 15 desta resolução;

IV - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009, ou comprovação referente ao empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

<sup>17</sup> O beneficiário terá 5 dias para solicitar o cancelamento do plano de origem junto à Operadora (art. 18). Caso esse prazo seja descumprido, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento de carências no plano de destino

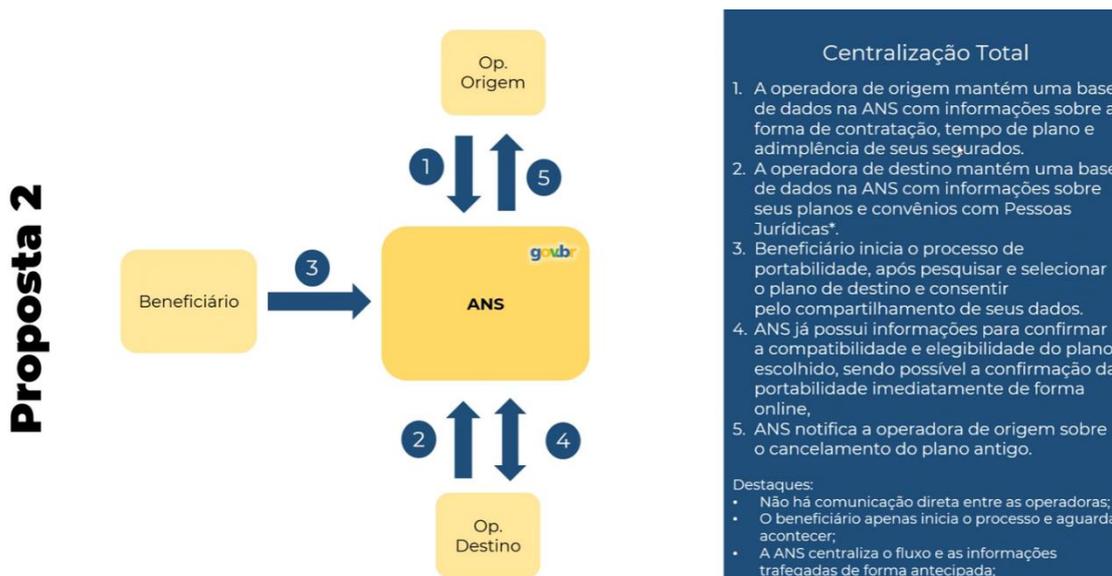
Figura 12 – Proposta 1 de fluxo de informação necessários para a efetivação a Portabilidade de Carências



A proposta 1 poderia ser realizada em um prazo inferior às demais e ser implementada diretamente pelo regulador, com menor esforço de coordenação com participantes de mercado. Por outro lado, possui maior dependência na capacidade de desenvolvimento e de investimento da ANS, para a realização dos ajustes no Guia de Planos de Saúde e desenvolvimento de APIs. Por esses custos serem concentrados principalmente na ANS, das três propostas é a que representa também menores custos administrativos e operacionais para as operadoras.

**PROPOSTA 2: Centralização Total do Guia de Planos:** a operadora de origem mantém uma base de dados na ANS com informações sobre a forma de contratação, tempo de plano e adimplência de seus segurados; A operadora de destino mantém uma base de dados na ANS com informações sobre seus planos e contratos com Pessoas Jurídicas. O beneficiário inicia o processo de portabilidade, após pesquisar e selecionar o plano de destino e consentir pelo compartilhamento de seus dados. ANS, por sua vez, de posse das informações para confirmar a compatibilidade e elegibilidade do plano escolhido, confirma a portabilidade imediatamente de forma online e notifica a operadora de origem sobre o cancelamento do plano antigo.

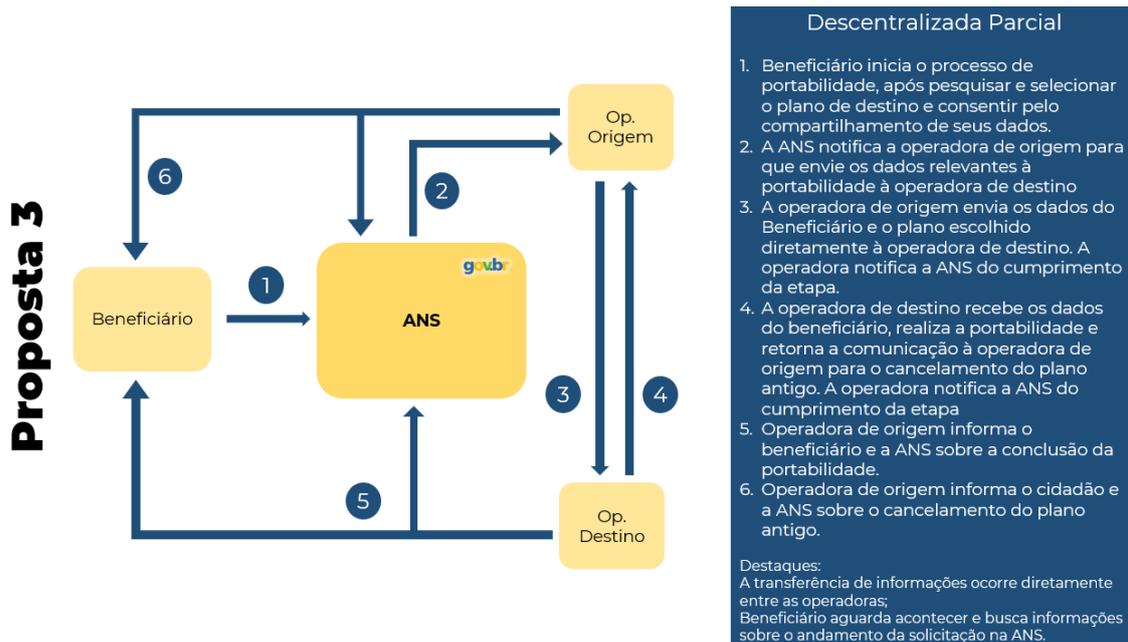
Figura 13 – Proposta 2 de fluxo de informação necessários para a efetivação a Portabilidade de Carências



A Proposta 2 propõe uma melhor experiência para o beneficiário, que terá as informações sobre o plano elegível para portabilidade e poderá realizá-la quase de forma automática. Contudo, demanda a criação de uma base de dados centralizada com informações de adimplência de todos os beneficiários de planos de saúde (48 milhões de pessoas), a ser atualizada mensalmente. Exige um esforço maior de implementação, pela necessidade de realizar não apenas os ajustes no Guia de Planos de Saúde e desenvolvimento de APIs, mas também o de infraestrutura de Tecnologia de Informação, quanto ao desenvolvimento de sistemas para armazenamento de informações (maior custo para ANS para desenvolvimento e atualização de base de dados), além de requer equipe de Representação por não envio de informações periódicas pelas OPS (custo com pessoal). Será mais custosa não apenas para a ANS, mas também para as operadoras de planos de saúde, que terão exigências adicionais como: envio de novas informações periódicas à ANS (preço pago e adimplência do beneficiário, quando OPS de origem; preço "de balcão" dos planos quando OPS de destino) - desenvolvimento de fluxo operacional para atendimento à exigência.

**PROPOSTA 3: Descentralização Parcial do Guia de Planos:** beneficiário inicia o processo de portabilidade, após pesquisar e selecionar o plano de destino e consentir pelo compartilhamento de seus dados. A ANS notifica a operadora de origem para que envie os dados relevantes à operadora de destino diretamente (via API). A operadora de destino recebe os dados do beneficiário (via OPS de origem) e do plano escolhido (via Guia ANS), realiza a portabilidade e retorna a comunicação à operadora de origem e à ANS para o cancelamento do plano de origem. Operadora de origem informa o beneficiário e a ANS sobre a conclusão da portabilidade e o cancelamento do plano de origem.

Figura 14 – Proposta 3 de fluxo de informação necessários para a efetivação a Portabilidade de Carências



Por fim, a proposta 3, a mais próxima da experiência do Open Banking e do Open Insurance, poderia representar um teste para modelo de dados abertos baseado em compartilhamento descentralizado de informações (por APIs, p. ex.), além de ter menor dependência da capacidade de desenvolvimento e de investimento da ANS. Contudo, representa importantes desafios, como o desenvolvimento de soluções tecnológicas pelas OPS para se comunicar com todas as OPS do setor, além do Guia ANS de Planos de Saúde, e o custo em duplicidade por manter estrutura centralizada em paralelo com estrutura descentralizada. Como envolveria uma padronização para que seja efetiva a troca de informação entre operadoras de origem e de destino e a ANS, demandaria um maior prazo para implementação.

Considerando que as alternativas possuem benefícios e custos distribuídos de forma heterogênea entre os atores do setor de saúde suplementar, o Grupo de Trabalho Interinstitucional, para selecionar quais das alternativas seria a mais adequada para a análise da possibilidade de automação do fluxo de portabilidade, decidiu realizar análise multicritério, técnica amplamente utilizada em Análises de Impacto Regulatória.

Na 8ª reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional, a ANS apresentou a análise multicritério realizada por meio de metodologia desenvolvida pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO)/ANS, em que avalia possíveis impactos de cada uma das propostas, atribuindo peso numérico, caso o impacto seja alto, médio ou baixo. A análise considera ainda os efeitos quanto à eficiência, efetividade, equidade, transparência e razoabilidade. O Grupo de Trabalho Interinstitucional, então, discutiu os benefícios e custos de cada uma das propostas, concluindo que a melhor proposta seria a 1. A figura abaixo apresenta a tabela com o resultado final da análise (a Análise Completa está no Anexo IV).

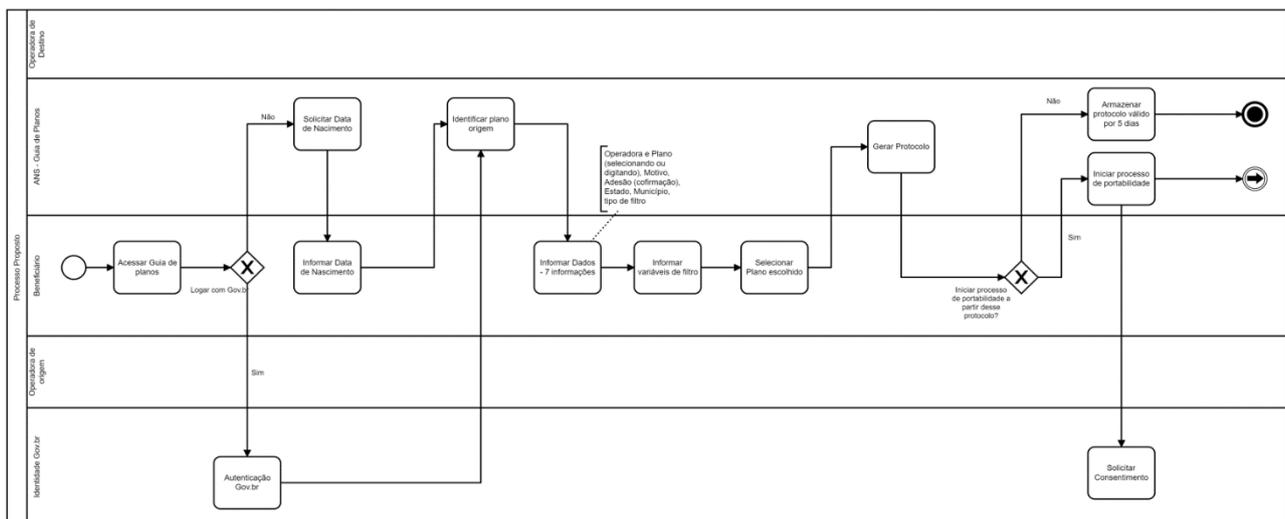
Figura 15 – Resultado da Análise Multicritério das 3 alternativas de Fluxo de Portabilidade, avaliadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional

Resumo AIR Intermediário

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL			DEM PARA SELEÇÃO POR VALORES (CRESCENTE)			CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA
	Proposta 1	Proposta 2	Proposta 3	Proposta 1	Proposta 2	Proposta 3	
1. EFICIÊNCIA	55	50	45	1	2	3	1. EFICIÊNCIA
2. EFETIVIDADE	90	90	90	1	1	1	2. EFETIVIDADE
3. EQUIDADE	83	83	83	1	1	1	3. EQUIDADE
4. TRANSPARÊNCIA	84	73	79	1	3	2	4. TRANSPARÊNCIA
5. RAZOABILIDADE	43	30	57	2	3	1	5. RAZOABILIDADE
TOTAL GERAL	356	326	354				
MÉDIA GERAL	71	65	71				
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	79,10%	72,49%	78,57%				
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	1	3	2				

A partir desse resultado, a Coordenação-Geral de Portais de Dados e Informações da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia, apresentou fluxo detalhado da portabilidade de carências segundo a proposta 1, a partir do qual o Grupo de Trabalho Interinstitucional apresentou sugestões e propostas, além de identificar necessidades de desenvolvimento adicionais na ferramenta e de APIs para comunicação entre operadoras e administradoras de planos de saúde via Guia de Planos ANS, dentre outros.

Figura 16 – Fluxograma detalhado de Portabilidade, segundo Proposta 1



Considerando a importância de detalhamento e aprofundamento da discussão sobre a ferramenta, entendeu-se necessário incluir no Plano de Ação atividades do Eixo 2.B, associada a esse objetivo.

## 6.2. Melhoria da Experiência do Usuário

O Guia de Planos de Saúde ANS é a ferramenta por meio da qual o beneficiário inicia o processo de portabilidade, uma vez que identifica os planos de saúde de destino compatíveis com o plano de saúde original. Por esse motivo, assegurar que a ferramenta seja intuitiva e de fácil compreensão é essencial para garantir que o direito à portabilidade seja efetivo. Dessa forma, entendeu-se necessário uma análise da equipe de experiência do usuário do Ministério da Economia para entender os desafios posto pela ferramenta no fluxo de navegação pelo usuário.

A 9ª reunião do Grupo de Trabalho, realizada em 16 de maio de 2022, foi dedicada a apresentação do resultado da avaliação de UX do Guia de Planos (Open Health). A equipe de análise de experiência do

usuário da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Economia analisou a ferramenta Guia de Planos de Saúde da ANS,<sup>18</sup> simulando a jornada do beneficiário de planos de saúde para a efetivação da portabilidade. A avaliação se deu a partir de quatro categorias: negócio, navegação, linguagem e design.

Foram identificados cinco principais pontos a serem considerados para a adequação do Guia de Planos da ANS, para os quais foram sugeridos ajustes no sentido de facilitar o entendimento dos beneficiários, diminuir o tempo de aprendizado necessário para navegação e possíveis fricções que causam indisposição do beneficiário com a ferramenta. Abaixo, destaca-se os elencados como “achados mais importantes”. Para visualizar o relatório completo, vide o anexo V. São eles:

- a. O Guia de Planos não está adequado aos padrões de design system do Governo Federal. Sugere-se, então, que aproveite a oportunidade de revisão da ferramenta para adequá-la a esse padrão, com o objetivo de promover maior confiabilidade e padronização entre os diferentes aplicativos do Governo Federal. Isso porque, ao possuir interfaces semelhantes, o cidadão tem menor custo de aprendizado de como circular na ferramenta.
- b. O Guia de Planos de Saúde não é fácil de encontrar. Quando se coloca “troca de planos”, por exemplo, a ferramenta aparece apenas na segunda página do Google. Por isso, sugere-se incluir palavras-chave que se relacionam com aquelas usualmente empregadas pelos consumidores no momento de buscar um plano para realizar troca, portabilidade e etc.
- c. Navegação pelos fluxos se torna por vezes confusa, pois existem campos e botões ambíguos, que podem induzir o usuário ao erro. Sugere-se, então, priorizar as informações que devem ser apresentadas na página principal e passar as demais informações de forma contextual. Por exemplo, informações sem a necessidade de fazer o login no gov.br; reorganizar os ícones para que o usuário não precise rolar a barra, colocar nomes mais intuitivos nos botões da ferramenta, dentre outros.
- d. A interface não é clara quanto ao serviço que entrega, deixando risco de o usuário não compreender bem o que está realizando: não está claro se é apenas uma simulação ou se está de fato foi definida a portabilidade ou contratação de plano. O usuário pode se sentir inseguro para avançar na ferramenta. Sugere-se tornar mais clara a entrega em cada uma das etapas, empregando linguagem cidadã.
- e. O sistema não comunica bem com os usuários. As vezes emprega linguagem muito técnica ou confusa. Sugeriram i) adequações na página inicial para incluir título e breve descrição sobre o que é o Guia de Planos; ii) relacionar melhor os cards da página inicial com as funcionalidades que iniciam; iii) tornar claro os formulários de pesquisa, com nomes mais intuitivos; iv) colocar em linguagem simples a mensagem e protocolo final.

Considerando a heterogeneidade de complexidade e custos associadas a cada uma das sugestões de melhoria no Guia de Planos com foco na experiência do usuário, o Grupo de Trabalho Interministerial entendeu que a ANS deveria, junto a sua equipe de Tecnologia da Informação e Comunicação, avaliar o custo-benefício da adequação da ferramenta de cada uma das sugestões. Essas adequações deveriam ser avaliadas, ainda, no contexto da proposta de alteração do fluxo de contratação e portabilidade de carências realizada na seção acima. Por isso, foi incluída no Plano de Ação atividades do Eixo 2.B, associada a esse objetivo.

---

<sup>18</sup> disponibilizada na página eletrônica <https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/pages/inicial.xhtml>

## 7. Plano de Ação

A presente seção descreve o conjunto de atividades a serem executadas para a implementação da proposta de aprimoramento do setor de saúde suplementar, mediante o compartilhamento de dados pessoais cadastrais e dados abertos na saúde suplementar (Open Health na Saúde Suplementar).

As ações a serem desenvolvidas foram selecionadas considerando a identificação de 2 eixos, a partir da árvore de objetivos definidos pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional, para elaboração de proposta de aprimoramento do setor de saúde suplementar, mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde. São eles:

### **EIXO 1: OPEN DATA:**

- A. Aumentar a transparência dos dados abertos da saúde suplementar, por meio do Plano de Dados Abertos da ANS, e facilitar o seu acesso por parte do cidadão e instituições.
- B. Melhorar a experiência do consumidor e aprimorar as ferramentas disponíveis no Guia de Planos ANS para facilitar a busca e comparação de planos de saúde.

### **EIXO 2: COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS CADASTRAIS E TRANSAÇÕES:**

- A. Propor diretrizes e vedações relacionadas ao compartilhamento de dados pessoais em saúde para operadoras de planos de saúde, a fim de evitar práticas de seleção de risco.
- B. Tornar o fluxo para a portabilidade e contratação de planos de saúde mais ágil, eficiente e prático para o beneficiário e consumidores, simplificando os processos de compartilhamento de informações e documentos e a forma de comunicação entre os agentes participantes da transação.

### **EIXO 1: OPEN DATA**

- A. Aumentar a transparência dos dados abertos da saúde suplementar, por meio do Plano de Dados Abertos da ANS, e facilitar o seu acesso por parte do cidadão e instituições.

**Ação 1.A.1:** Permitir o acesso ao conjunto de dados constantes no Plano de dados abertos da ANS (Open Data) em API.

O projeto da API de Dados Abertos da ANS visa facilitar o consumo dos dados da ANS publicados no Portal Brasileiro de Dados Abertos por aplicativos e softwares de estatística e, dessa forma, estimular o desenvolvimento de soluções e novas aplicações contribuindo, portanto, para a disseminação dos dados, a transparência e o aprimoramento dos dados da Saúde Suplementar.

Por padrão, os Dados Abertos da ANS são publicados em arquivos no formato CSV, no entanto, este não é adequado para representar dados hierárquicos ou relacionais; e a semântica dos dados não é padronizada e é de difícil implementação, de modo que exige mais tratamentos para ser consumido por aplicativos e softwares.

Além disso, o formato ZIP utilizado para comprimir/empacotar os arquivos dos conjuntos de dados não permite a descompressão por streaming, o que exige que o consumidor do dado faça o download completo do arquivo para acessar a pequena parte que lhe interessa dos dados. O tamanho de alguns arquivos de

dados abertos, que podem variar de 1 a 5 GB, também está entre as principais dificuldades para o consumo por aplicativos e softwares de estatística.

Ao incluir no escopo do presente Plano de Ação, espera-se facilitar a captação de orçamento para o desenvolvimento desse projeto, o que permitirá a ampliação de APIs para os dados abertos da ANS. Será, então, possível a realização de consultas e pesquisas parametrizadas, que retornam apenas os dados que interessam ao aplicativo ou Sistema, dessa forma, haverá um maior incentivo para utilização dos dados por pesquisadores e analistas de dados da saúde suplementar; gestores dos sistemas públicos ou privados de saúde; consumidores de soluções de TI, como operadoras, beneficiários, prestadores de serviços de saúde, corretores de planos de saúde, administradoras de benefícios, investidores e desenvolvedores de soluções de TI para a saúde suplementar.

**Benefícios Esperados:**

Para os desenvolvedores, será possível, criar aplicativos que utilizam dados abertos da saúde suplementar para oferecer serviços para operadoras, beneficiários e prestadores de serviços de atenção à saúde como, por exemplo:

- Pesquisas e consultas de operadoras que atuam em determinada região;
- Pesquisas, consultas e comparações de produtos ofertados em determinada região;
- Pesquisas e consultas da rede assistencial de operadoras;
- Comparação da rede assistencial dos produtos de uma ou mais operadoras;
- Monitoramento da situação dos produtos, com alertas para os casos de direção técnica, direção fiscal, liquidação extrajudicial, falência, transferência de carteira e suspensão de comercialização;
- Pesquisas e consultas das coberturas assistenciais obrigatórias dos produtos.

Para os prestadores de serviço de atenção à saúde, será possível:

- Utilizar dados e informações para análise de sua posição no mercado e da concorrência;
- Utilizar dados e informações para gestão em saúde baseada em valor;
- Consumir aplicativos e outros serviços que utilizam dados abertos da saúde suplementar.

Para as Operadoras de Planos Privados de assistência à saúde, será possível:

- Utilizar dados e informações para análise de sua posição no mercado e da concorrência;
- Utilizar dados e informações para melhorar e automatizar seus processos de trabalho, em especial a análise de elegibilidade de beneficiários;
- Consumir aplicativos e outros serviços que utilizam dados abertos da saúde suplementar.

**B. Melhorar a experiência do consumidor e aprimorar as ferramentas disponível no Guia de Planos ANS para facilitar a busca e comparação de planos de saúde.**

**Ação 1.B.1.** Ampliar o conhecimento do consumidor e demais interessados sobre a existência e o objetivo do Guia de Planos ANS.

O Guia de Planos ANS e as regras de portabilidade são pouco conhecidas pelo público geral, o que restringe o potencial da ferramenta em gerar benefícios para o consumidor e beneficiários de planos de saúde. Por isso, entende-se necessário divulgar de forma mais efetiva o Guia de Planos ANS, como aperfeiçoar tags da ferramenta para facilitar o usuário encontrar o Guia de Planos em buscas na internet, dentre outras ações

**Benefícios esperados:** Espera-se maior utilização do Guia de Planos ANS, promovendo a redução da assimetria de informação dos beneficiários quanto às opções de planos de saúde existentes, permitindo uma

maior comparabilidade de planos. Espera, assim, aumentar a agência dos beneficiários, ao diminuir a necessidade de recorrer a intermediários no momento da aquisição de novos planos de saúde.

#### **Ação 1.B.2.** Tornar o guia de planos mais amigável, melhorando a experiência do usuário

O Guia de Planos ANS, apesar de ser uma ferramenta intuitiva, ainda utiliza linguagem por vezes demasiado técnica, desconhecida pelo público geral. Além disso, para realizar pesquisas dos produtos elegíveis para a portabilidade de planos de saúde, demanda o preenchimento de informações de difícil acesso ao beneficiário. Por isso, por vezes, os beneficiários não conseguem fazer uso da ferramenta de forma efetiva.

Benefícios esperados: Espera, assim, aumentar a agência dos beneficiários, ao diminuir a necessidade de recorrer a intermediários no momento da aquisição de novos planos de saúde.

#### **Ação 1.B.3.** Aperfeiçoar as opções de busca, incluindo informações mais precisas sobre as variáveis mais relevantes para os consumidores na hora de selecionar um plano de saúde

O Guia de Planos pode ser aperfeiçoado ao incluir elementos relevantes para a tomada de decisão dos consumidores na hora de adquirir um plano de saúde. O principal deles é o preço de balcão. Hoje, o beneficiário conta com a informação do preço médio do produto e a faixa em que aquele produto pode variar. Contudo, para saber o custo que iria incorrer para adquirir o plano de saúde, precisa entrar em contato com a operadora de plano de saúde ou corretores, o que dificulta a pesquisa.

Além disso, a ferramenta, apesar de já permitir a identificação da composição da rede hospitalar dos planos no momento em que você seleciona o plano de interesse, pode ser aperfeiçoada ao permitir a pesquisa por rede hospitalar. Nesse caso, se o beneficiário entendesse como importante contar com a cobertura de determinado hospital, poderia pesquisar os planos com essa característica.

Outras informações relevantes, como média de reajuste anual, índice de reclamação da operadora e programas de atenção à saúde, também poderiam ser incluídas na ferramenta.

Benefícios esperados: Ao tornar o Guia de Planos ANS mais completo, incluindo informações mais precisas sobre as variáveis de interesse dos beneficiários e consumidores, entende-se que a ferramenta terá maior potencial de se tornar referência em busca de planos de saúde. Haverá maior utilização do Guia de Planos ANS, promovendo a redução da assimetria de informação dos beneficiários quanto às opções de planos de saúde existentes, permitindo uma maior comparabilidade de planos. Espera, assim, aumentar a agência dos beneficiários, ao diminuir a necessidade de recorrer a intermediários no momento da aquisição de novos planos de saúde.

## **EIXO 2: COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS CADASTRAIS E TRANSAÇÕES:**

**A.** Propor diretrizes e vedações relacionadas ao compartilhamento de dados pessoais em saúde para operadoras de planos de saúde, a fim de evitar práticas de seleção de risco.

**Ação 2.A.1.** Discutir e propor diretrizes e vedações relacionadas ao compartilhamento de dados pessoais em saúde para operadoras de planos de saúde, a fim de evitar práticas de seleção de risco.

Um dos princípios basilares previstos no art. 6º, inciso IX da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 é o da **não discriminação**, que prevê a impossibilidade de realização do tratamento de dados pessoais e pessoais sensíveis para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos. Não se pode olvidar que a publicidade de alguma

doença que o titular de dados seja portador tem grande potencial de criar mais danos e prejuízos ao seu ambiente social e laboral do que a própria doença. O legislador também vedou às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de **seleção de riscos** na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários (art. 11, § 5º da LGPD).

Dessa forma, qualquer ação do mercado regulado visando proporcionar um "incentivo" econômico aos beneficiários de planos de saúde e que contribua para uma possível seleção de risco é vedada tanto pela Lei nº 9.656, de 1998 como pela Lei nº 13.709, de 2018, ficando o infrator sujeito à fiscalização da ANS e da ANPD.

Sobre essa competência concorrente da ANPD com outras instituições públicas foi previsto que compete à ANPD, "articular-se com as autoridades reguladoras públicas para exercer suas competências em setores específicos de atividades econômicas e governamentais sujeitas à regulação;" (artigo 55º-J, XXIII). Os parágrafos 3º e 4º desse mesmo artigo tratam do relacionamento entre a ANPD e os órgãos e entidades reguladores setoriais, sem estabelecer preponderância entre eles. Esses dispositivos indicam que, nas matérias em que houver sobreposição de atribuições, a ANPD deverá atuar de forma colaborativa com os demais atores reguladores.

Assim, cabe aos órgãos com competência regulatória sobre o tema propor diretrizes e vedações relacionadas ao compartilhamento de dados pessoais em saúde para operadoras de planos de saúde, a fim de evitar práticas de seleção de risco.

Benefícios esperados: Sustentabilidade do setor, considerando que o mercado de saúde suplementar segue os preceitos do mutualismo com solidariedade intergeracional. Proteção aos cidadãos contra prática de seleção de riscos na contratação e exclusão de beneficiários de maior risco (crianças, idosos, doentes crônicos), motivadas por acesso a dados pessoais de saúde do consumidor.

**B. Tornar o fluxo para a portabilidade e contratação de planos de saúde mais ágil, eficiente e prático para o beneficiário e consumidores, simplificando os processos de compartilhamento de informações e documentos e a forma de comunicação entre os agentes participantes da transação.**

**Ação 2.B.1.** Padronizar a trilha da portabilidade entre as operadoras, para que a experiência do usuário seja mais fluida.

As operadoras, por vezes, prestam informações incompletas ou divergentes entre operadora de origem e operadora de destino, quanto à jornada do beneficiário para a portabilidade. Dessa forma, os beneficiários podem não conseguir finalizar o processo.

Benefícios Esperados: Maior facilidade de os beneficiários realizarem a portabilidade de planos de saúde.

**Ação 2.B.2.** Simplificar o preenchimento pelo usuário do Guia de Planos, inclusive, integrando a ferramenta com bancos de dados do governo federal

Descrição do Problema: Algumas informações necessárias para realizar pesquisas na ferramenta do Guia de Planos são de difícil acesso pelo beneficiário, o que pode dificultar o levantamento de planos de saúde compatíveis para a portabilidade. Tal fato pode retardar a jornada para a efetivação da portabilidade pelo usuário, gerando maior custo de troca e, eventualmente, postergações ou desistência do exercício do direito à portabilidade.

Benefícios Esperados: Espera-se, assim, aumentar a agência dos beneficiários, ao diminuir a necessidade de recorrer a intermediários no momento da aquisição de novos planos de saúde.

**Ação 2.B.3.** Garantir informações qualificadas e isentas sobre os planos de saúde disponíveis para contratação em ambiente seguro e confiável

Descrição do Problema: A ferramenta Guia de Planos ANS apresenta, de forma isenta e confiável, todos os planos de saúde comercializados por operadoras de planos de saúde. Quando é realizada a pesquisa para a efetivação da portabilidade de carências, a ferramenta seleciona do total de planos de saúde, aqueles compatíveis ao exercício da portabilidade, segundo as faixas de preço definidas na regulamentação. Contudo, para os planos de saúde coletivos, para que sejam elegíveis ao beneficiário, esses têm que comprovar a existência de vínculo com uma empresa ou com uma associação contratante da operadora ou da administradora de benefícios. Como a ferramenta hoje não tem informação sobre o vínculo do beneficiário e os convênios das operadoras e administradoras de benefícios com pessoas jurídicas e associações, o beneficiário pode selecionar um plano, dentre os resultados da pesquisa, para o qual não tem direito de portar. Isso dificulta o exercício do direito a portabilidade e prejudica a experiência do usuário com a ferramenta e gera desconfiança em relação ao direito à portabilidade.

Benefícios esperados: Ao tornar o Guia de Planos ANS mais completo, incluindo informações precisas sobre os planos de saúde elegíveis à portabilidade, entende-se que a ferramenta terá maior potencial de se tornar referência em busca de planos de saúde. Espera, assim, aumentar a agência dos beneficiários, ao diminuir a necessidade de recorrer a intermediários no momento da aquisição de novos planos de saúde.

**Ação 2.B.4.** Mediante autorização expressa do consumidor, compartilhar com outras operadoras seus dados cadastrais contidos no protocolo emitido no Guia de Planos, com o objetivo de receber, por um prazo determinado, novas ofertas de planos de saúde.

Como forma de ampliar a competitividade no setor de saúde suplementar e reduzir a assimetria de informação, o beneficiário ou consumidor, mediante autorização expressa, poderia compartilhar com operadoras de planos de saúde o protocolo emitido pelo Guia de Planos, com as características principais do produto de seu interesse. Nesse sentido, munidas de informações como preço, rede hospitalar, clínicas de tratamento e consultórios de atendimento de informações, as operadoras de planos de saúde poderiam realizar ofertas mais direcionadas à necessidade do cliente (considerando-se as características de plano que ele busca). Com isso, o beneficiário seria capaz de estimular que empresas concorrentes ofertassem produtos compatíveis com as características desejadas ou que possam ser comparados ao seu produto original, tanto em termos de preço como qualidade. Além disso, representa um impacto positivo também às operadoras: ao facilitar a identificação de potenciais clientes, diminui a necessidade de contratação de intermediários e eventuais custos de comercialização.

Destaca-se que para o compartilhamento do protocolo emitido pelo Guia de Planos, o consentimento do titular deve ser uma manifestação livre, informada e inequívoca pela qual se concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada. Assim, finalidades descritas de forma genérica ou indeterminada, bem como visando fins abusivos ou ilícitos contrariam as disposições da LGPD, além de precedentes firmados pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em casos similares.

Benefícios esperados: Espera-se que essa ação facilite operadoras de planos de saúde a realizarem ofertas de produtos mais direcionadas aos beneficiários que desejam realizar a portabilidade ou contratação de planos de saúde. Com isso, acredita-se que haverá uma ampliação da oferta de planos de saúde e melhoria da qualidade da assistência à saúde, a partir do estímulo à concorrência, bem como aumentar a transparência sobre a oferta de planos.

**Ação 2.B.5.** Permitir o compartilhamento direto entre as operadoras de origem e destino dos dados cadastrais do beneficiário exigidos para efetivação da portabilidade e dos documentos para cancelamento, via Guia de Planos da ANS, sem a necessidade de participação direta do consumidor nessa transação.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os documentos determinados no art. 16 da RN ANS 438 de 2018, dos quais, parte deles estão em posse da operadora de origem, tais como: i) comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário; ii) protocolo de portabilidade emitido pelo Guia de Planos da ANS, proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência. Outras informações são produzidas pela ANS, como o relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde inciso III do referido artigo.

Feita a portabilidade, cabe ao beneficiário, ainda, solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino sob pena de ter que cumprir novamente os períodos de carências cabíveis por Lei no plano de destino.

Dessa forma, atualmente, o beneficiário tem que realizar todas as etapas da portabilidade, recaindo sobre ele o ônus de reunir a documentação e entrar em contato com a operadora de origem e de destino. Dados os avanços permitidos pelo gov.br, que trazem mais segurança na autenticidade do beneficiário, é possível permitir o compartilhamento dessas informações diretamente entre operadora de origem e operadora de destino, desonerando o beneficiário dessa obrigação.

Destaca-se que o compartilhamento de dados pessoais só será realizado mediante autorização expressa do beneficiário. Além disso, o consentimento do titular deve ser uma manifestação livre, informada e inequívoca pela qual se concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada. Assim, finalidades descritas de forma genérica ou indeterminada, bem como visando fins abusivos ou ilícitos contrariam as disposições da LGPD, além de precedentes firmados pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em casos similares.

Benefícios Esperados: Como benefícios esperados, destacam-se a melhoria da experiência do usuário no uso do Guia de Planos; a diminuição do custo de transação para os beneficiários, que deixarão de ter que solicitar informações para a operadora de origem e encaminhá-las para a operadora de destino; a padronização da jornada de portabilidade para o beneficiário, que ficará menos suscetível a informações errôneas das operadoras sobre o processo; o aumento da segurança no processo de contratação/portabilidade e a facilidade de acompanhar o processo na ANS; a ampliação da oferta e melhoria da qualidade dos planos a partir do estímulo à concorrência; o aumento da transparência sobre a oferta de planos; o aumento da comparabilidade entre planos com características semelhantes.

## 8. Considerações Finais

Sendo essas as análises realizadas pelo Grupo Técnico Interinstitucional e colaboradores técnicos do Ministério da Saúde, ANS, Banco Central e Ministério da Economia, encaminha-se o Relatório ao Ministro de Estado da Saúde e ao Presidente da ANS, para análise, considerações e providências que julgarem necessárias, com sugestão de formação de estrutura para acompanhamento das ações propostas, visando à

continuidade do projeto e à definição do modelo de governança do compartilhamento de dados pessoais cadastrais da saúde suplementar.

À consideração superior.

## Anexo I

### **PORTARIA GM/MS Nº 392, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2022**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho para elaboração de proposta de aprimoramento do setor de saúde suplementar, mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de que trata esta Portaria será composto pelos titulares e suplentes, das seguintes entidades:

I - do Ministério da Saúde:

Titular: Daniel Meirelles Fernandes Pereira - Assessor Especial do Ministro; e

Suplente I: Everton Macedo Silva - Coordenador-Geral de Economia da Saúde, do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, da Secretaria-Executiva;

Suplente II: Merched Cheheb de Oliveira - Diretor do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS);

II - da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

Titular: Tainá Leandro - Cargo Comissionado Técnico - CCT IV, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE);

Suplente I: Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich - Especialista em Regulação - Gerente, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO); e

Suplente II: Flávia Harumi Ramos Tanaka - Especialista em Regulação - Gerente, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO);

III - do Ministério da Economia - Secretaria de Governo Digital:

Titular: Emmanuelle Regiane Cunha de Oliveira - Diretora de Experiência do Usuário de Serviços Públicos; e

Suplente: Renan Mendes Gaya Lopes dos Santos - Coordenador-Geral de Plataformas de Dados e Informações;

IV - Banco Central do Brasil:

Titular: Vinicius Ratton Brandi; e

Suplente: Thais Dorneles de Figueiredo Pinto.

§ 1º O GT será coordenado pelo representante do Ministério da Saúde

§ 2º O Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 3º O Grupo de Trabalho apresentará relatório final com resultado dos trabalhos realizados ao Ministro de Estado da Saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da publicação desta Portaria, podendo ser prorrogado por igual período, para concluir as atividades.

Art. 4º As funções desempenhadas no âmbito do Grupo de Trabalho de que trata esta Portaria não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

#### **PORTARIA GM/MS Nº 909, DE 20 DE ABRIL DE 2022**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Prorrogar por 30 (trinta) dias o prazo estabelecido no art. 3º da Portaria nº GM/MS nº 392, de 23 de fevereiro de 2022, publicada no Diário Oficial da União nº 39, de 24 de fevereiro de 2022, Seção 2, para apresentação do relatório final com resultado dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho ao Ministro de Estado da Saúde.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES

#### **Anexo II**

A programação do Workshop e as apresentações realizada durante o evento e nas demais reuniões virtuais

#### **Anexo III**

Estudo desenvolvido em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), intitulado "Open Health à luz da RNDS"

#### **Anexo IV**

Análise de Custo-Benefício das três propostas de fluxo para portabilidade de carências

#### **Anexo V**

Relatório de Experiência do Usuário