

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de abril de 2024



INDICE INTERATIVO

[Planos de saúde coletivos terão aumento de dois dígitos pelo terceiro ano consecutivo](#) – Fonte: O Globo

[ANS apresenta atualização dos dados econômico-financeiros do setor em webinar](#) – Fonte: GOV (ANS)

[A importância da acreditação na redução da judicialização da saúde](#) – Fonte: Saúde Debate

[ANS adia início de novas regras de inadimplência](#) – Fonte: Uol

[Superciclo tecnológico: riscos e oportunidades para healthtechs](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: novas regras para aviso de exclusão de beneficiários entram em vigor em setembro](#) –
Fonte: Estadão

[Planos de saúde para idosos apresentam desafios](#) – Fonte: Valor Econômico

PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS TERÃO AUMENTO DE DOIS DÍGITOS PELO TERCEIRO ANO CONSECUTIVO

O Globo - 28/04/2024

Empresas recorrem a reajustes para equilibrar o salto no total de despesas assistenciais.

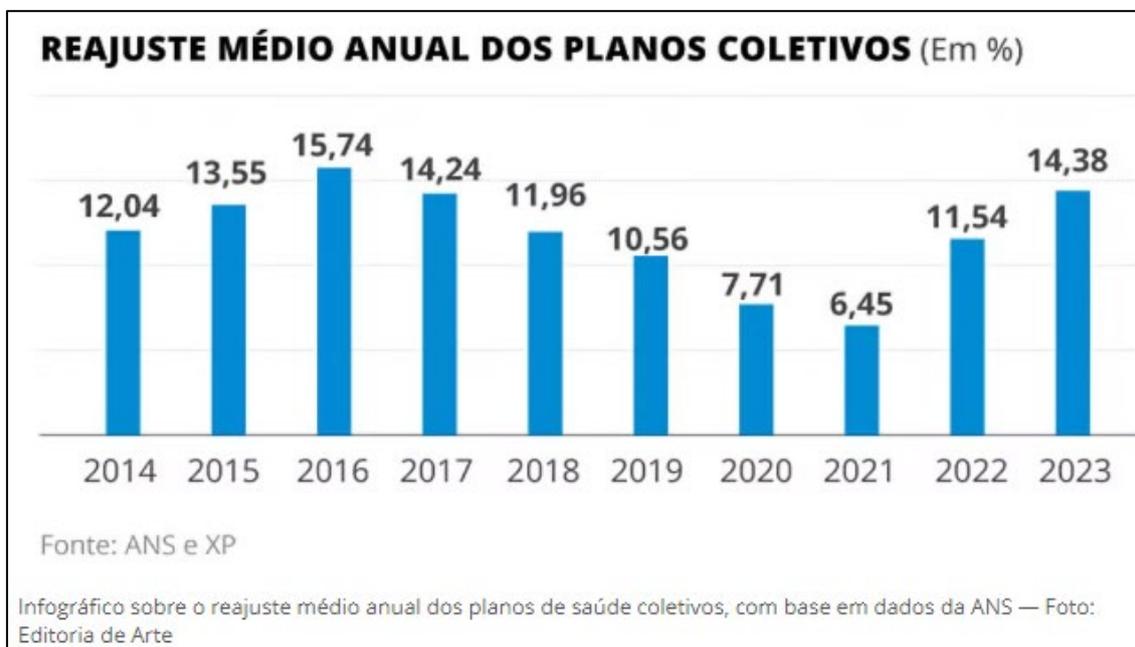
Os planos de saúde coletivos terão reajuste de dois dígitos pelo terceiro ano seguido, segundo relatório da XP. Entre dezembro e fevereiro, o aumento médio foi de 15%. Na lista de maiores grupos, o levantamento cita SulAmérica, Bradesco Saúde e Amil, que vêm aplicando taxas superiores a 20%. Hapvida e NotreDame Intermédica, juntas, seguem o patamar de mercado.

Em 2023, a alta média nos preços de planos coletivos foi de 14,38%, tendo acelerado dos 11,54% de 2022, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O gatilho para a precificação “mais agressiva”, diz a XP — que passou a acompanhar o monitoramento de preços do regulador, listando 17 grupos — está na dentada que a escalada das despesas assistenciais passou a representar na receita de seguradoras, operadoras e cooperativas, a chamada taxa de sinistralidade. Ela bateu 87% no ano passado, recuando dos 89,2% de 2022

— A sinistralidade está muito elevada, e as margens financeiras das operadoras seguem apertadas. Amil, Bradesco Saúde e SulAmérica permanecem com sinistralidade superior a 90% (até dezembro). Avaliamos que virá outro ciclo de reajuste alto este ano — diz Rafael Barros, head das áreas de Saúde e Educação na XP.

88,6% em planos coletivos



O mercado tem 50,9 milhões de beneficiários, com 88,6% deles nos planos coletivos, entre empresariais e por adesão (vinculados a uma entidade de classe ou administradora de benefícios), segundo dados da ANS de fevereiro. Planos individuais e familiares têm reajuste limitado pela agência.

— Não dá para ajustar a conta só pelo controle de preço. Já estão acontecendo soluções, como adoção de novos modelos de remuneração de prestadores. O mais pesado em custos está na parte hospitalar. Tem de ser feita melhoria em prevenção — diz Barros.

Marcio Tosi, diretor da It'sSeg, de gestão de seguros e benefícios, reforça que há pouca mudança este ano:

— No primeiro trimestre de 2023, a média do percentual pedido de reajuste na nossa carteira em contratos com mais de 500 usuários foi de 34,3%. Agora está em 20,20% — diz.

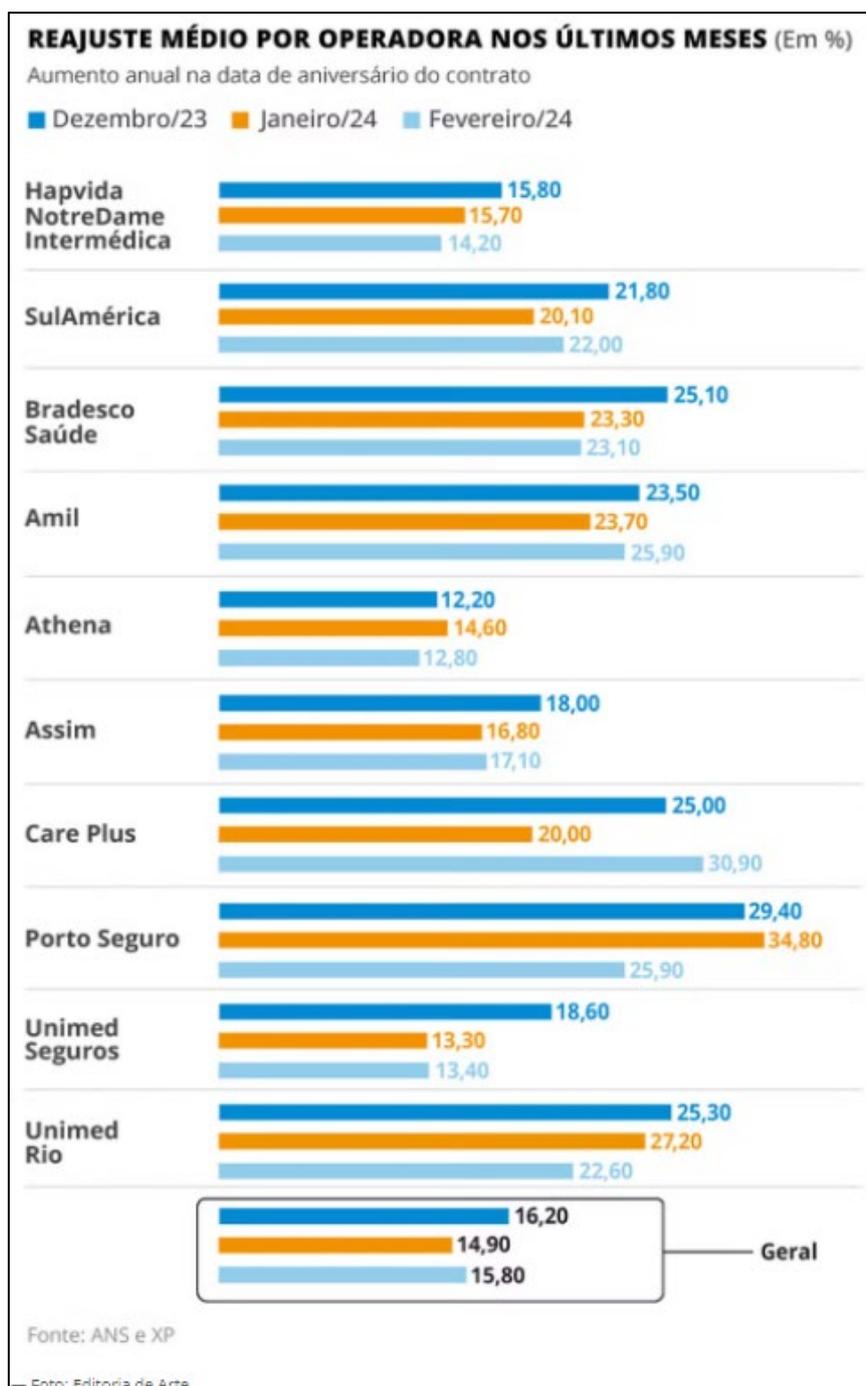
— O reajuste médio aplicado acabou ficando em 11,67% e 8,83%, respectivamente.

Estratégias para mitigar o aumento

A disparada das despesas vem da retomada de atendimentos represados na pandemia, inflação de custos e incorporação de tecnologias. Para mitigar a proposta de aumento, têm sido feitas revisões de contrato e usadas estratégias como adotar ou ampliar a cobrança de coparticipação e reduzir a rede de prestadores. As companhias optam por rebaixar o plano contratado para manter o benefício.

As estratégias usadas pelos planos, porém, estão alcançando o limite, incluindo o uso de coparticipação e a redução de reembolsos, diz Tosi.

Mais transparência



Para Marina Magalhães, pesquisadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), falta transparência na definição de reajustes:

— É preciso aprimoramento regulatório, desde mais transparência até a padronização da fórmula de reajuste para contratos coletivos.

A ANS planeja implementar, até 2025, mudanças na regulação para melhorar a transparência do reajuste dos planos coletivos, diz Daniele Campos, gerente econômico, financeira e atuarial de Produtos da agência. Entre elas a padronização da memória de cálculo do reajuste, com itens mínimos a serem listados para explicar o percentual proposto à empresa-cliente. Uma fórmula única de cálculo de reajuste não está em discussão.

— Outra sugestão é a operadora enviar a memória de cálculo à empresa contratante mais vezes ao ano, a cada três a seis meses, para evitar surpresas — diz Daniele.

Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), afirma que as empresas buscam equilíbrio. Ele lembra que o setor teve resultado operacional negativo em 2023, de R\$ 5,9 bilhões, e em 2022, de R\$ 11 bilhões:

— As despesas estão subindo no nível mais rápido da História. Operamos no prejuízo. A mensalidade não está pagando o custo do produto. Somos o país de maior desperdício do setor no mundo.

Novais destaca que é preciso equilibrar e frear custos, fraude e desperdício, o que inclui discutir a regulação. Mas

reconhece que é preciso melhorar gestão, adotar protocolos em atendimento e uso da rede, e trazer mais embasamento técnico e científico ao debate.

“Para diminuir os reajustes é preciso racionalizar e reduzir os custos”, informou a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), citando o combate a fraudes e desperdícios. A entidade diz que as operadoras lançam produtos com cobertura regional mais acessíveis e ressalta

que o reajuste reflete a variação das despesas e é “indispensável” para manter os planos.

Procurados, Bradesco Seguros, Porto Seguro, Unimed e Assim afirmaram que se manifestariam através da Fenasaúde, enquanto Hapvida/NotreDame Intermédica, via Abramge. A SulAmérica preferiu não se manifestar. O GLOBO não conseguiu contato com Athena e Care Plus. A Amil afirmou que o reajuste anual considera “a correção necessária para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos levando em conta a sinistralidade do período”.

ANS APRESENTA ATUALIZAÇÃO DOS DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO SETOR EM WEBINÁRIO

GOV (ANS) - 25/04/2024

Informações sobre o 4º trimestre de 2023, fechando a avaliação sobre o ano, foram detalhadas durante evento virtual.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, em 18/04, o webinar [Painel Econômico-Financeiro – 4º Trimestre de 2023](#), no qual apresentou os dados mais recentes do setor de planos de saúde. As informações fecham os resultados de 2023, permitindo uma avaliação sobre todo o ano passado.

Ao abrir o evento, o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino, agradeceu a participação de todos e destacou a crescente recuperação do mercado. “Continuamos observando a tendência de recuperação e estabilização do setor. Tivemos um expressivo aumento de capital de ativos nos últimos anos e agora temos uma boa diminuição do prejuízo operacional se compararmos com o ano de 2022”, ressaltou.

Diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, Cesar Serra destacou que o webinar havia se tornado uma tradição no setor, um meio de manter diálogo com a sociedade no momento da divulgação dos dados econômico-financeiros. “Temos um calendário de apresentação trimestral desses dados, então, para quem acompanha o mercado de planos de saúde, essa é uma forma de deixar a Agência disponível para uma conversa com todos os interessados. Temos muito orgulho de apresentar a atualização dessas informações com esse encontro virtual”, destacou.

Em seguida, o gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS, Washington Alves, deu início à apresentação das informações do painel referentes ao [4º trimestre de 2023](#), informando que a ferramenta traz uma leitura mais agregada das contas do setor, fruto de uma análise de amplas discussões na ANS e mostrando uma reflexão sobre o que vem acontecendo na saúde suplementar de forma geral. “O que o painel nos mostra é um cenário de recuperação, de desempenho econômico-financeiro importante em 2023. Ao olharmos 2018 e 2019 temos bons resultados; depois vemos um 2020 atípico, que produziu um resultado positivo significativo por conta do isolamento provocado pela pandemia de Covid-19. E então surgem 2021 e 2022 com

uma queda expressiva, com deterioração dos resultados. Já 2023 volta a confirmar lucro, na ordem de quase R\$ 3 bilhões em números agregados”, detalhou.

Fortalecimento da capitalização

Washington salientou, ainda, que, ao destrinchar os números, todas as modalidades de operadoras tiveram lucro ou sobras nos números agregados, embora não se possa afirmar que o que se recebe diretamente com a operação (venda de planos) seja suficiente para pagar os custos assistenciais, despesas administrativas e comerciais. “Por outro lado, as operadoras tiveram altas remunerações em suas aplicações financeiras. Ou seja, o resultado financeiro continua compensando significativamente o prejuízo operacional”, apontou. Ele destacou, ainda, que historicamente o resultado financeiro impulsiona o desempenho econômico-financeiro do setor e o que se pode observar é o maior fortalecimento das aplicações financeiras das operadoras nos últimos anos.

Na sequência, o coordenador de Estudos de Mercado da Agência, Leonardo Ferreira, apresentou a atualização do [Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#), uma ferramenta que permite uma visão concorrencial dos mercados do setor. Dentre os destaques, ele pontuou que, ao longo dos últimos seis anos, os planos coletivos empresariais estão menos concentrados no país, ao contrário dos individuais, que têm apresentado redução no número de operadoras ofertando esse produto. Já os planos por adesão apresentam uma estabilidade, sem alterações significativas de mudanças na concorrência.

Leonardo mostrou, contudo, que o estado do Rio de Janeiro foi na contramão desse cenário, com uma redução da concentração de operadoras nos planos individuais, tornando-se o mercado menos concentrado no país nesse tipo de contratação.

Após as apresentações dos painéis, os participantes puderam esclarecer dúvidas com a equipe da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

Para assistir ao evento na íntegra, [clique aqui](#).

A IMPORTÂNCIA DA ACREDITAÇÃO NA REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Saúde Debate - 25/04/2024

A judicialização da saúde no Brasil tem se tornado uma questão cada vez mais relevante e com impactos significativos no sistema de saúde, nos pacientes e nos profissionais médicos. Os números revelados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras instituições mostram uma realidade preocupante: mais de 500 mil processos relacionados à saúde em um país com pouco mais de meio milhão de médicos. Esse cenário reflete não apenas a busca por reparação em casos de supostos eventos adversos, mas também uma série de questões estruturais e de acesso que permeiam nosso sistema de saúde.

Dentre os diversos fatores que contribuem para esse fenômeno, alguns exemplos incluem:

- a falta de acesso a medicamentos;
- a dificuldade em encontrar especialistas e serviços especializados;
- negativas de cobertura por parte dos planos de saúde;

A crescente judicialização da medicina não afeta apenas a relação médico-paciente, mas também sobrecarrega o sistema judiciário e impacta negativamente a gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

Pensando nisso, é imprescindível destacar o papel fundamental da Acreditação na redução da judicialização e na promoção de uma prática assistencial mais segura e eficiente. A Acreditação, por meio dos processos e padrões estabelecidos com a instituição, busca garantir a qualidade e

a segurança dos serviços de saúde, promovendo a padronização de procedimentos, a melhoria contínua da qualidade e a adoção de boas práticas clínicas.

Ao implementar esses processos, as instituições de saúde se comprometem com a excelência em todos os aspectos do atendimento, desde a infraestrutura física até a qualificação dos profissionais e a segurança do paciente. Esses processos não apenas ajudam a prevenir erros e eventos adversos, mas também fortalecem a confiança e a credibilidade das instituições de saúde junto aos pacientes e à sociedade como um todo.

Um dos principais benefícios da Acreditação é a redução da chamada medicina defensiva, um fenômeno em que os profissionais de saúde adotam medidas excessivamente cautelosas para se protegerem de possíveis processos judiciais. Com padrões claros e processos bem definidos, a Acreditação oferece orientações que ajudam os profissionais a tomarem decisões mais seguras e embasadas, reduzindo a necessidade de práticas defensivas que podem comprometer o atendimento aos pacientes.

Além disso, ao promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos serviços de saúde, a Acreditação contribui para a redução de imprevistos e erros assistenciais, que são uma das principais causas de processos judiciais na área da saúde. Instituições de saúde Acreditadas têm taxas significativamente menores de complicações e incidentes adversos, o que se reflete em uma menor incidência de processos e uma maior confiança por parte dos pacientes.

ANS ADIA INÍCIO DE NOVAS REGRAS DE INADIMPLÊNCIA

Uol - 25/04/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adiou o início de vigência da Resolução Normativa (RN) 593/2023, que estabelece novas regras para tratar a inadimplência em planos de saúde, incluindo exclusão, suspensão ou rescisão de contrato. Agora, o início da resolução ficou fixado para 1.º de setembro deste ano.

Em comunicado, a ANS afirma que o adiamento dará mais prazo para o desenvolvimento de material informativo que esclareça dúvidas que possam surgir com as mudanças criadas pela resolução. Além disso, ele visa a dar tempo adicional para as operadoras se adaptarem às novas regras. Com as novas diretrizes em vigor, os planos de saúde terão que contatar o beneficiário para discutir a inadimplência até o 50º dia de atraso no pagamento, antes de considerar qualquer exclusão, suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

Alterações no contrato em decorrência da inadimplência só serão válidas se a operadora conceder prazo de dez dias, após o 50º dia de atraso, para que o pagamento pendente seja efetuado, contando a partir do momento em que o beneficiário é contatado. A exclusão do beneficiário ou a suspensão e rescisão unilateral do contrato por inadimplência só poderão ocorrer após pelo menos duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, num período de 12 meses. Cabe à operadora comprovar a notificação da situação de inadimplência. Novas formas de contato serão permitidas, como e-mails, mensagens de texto e telefonemas. Só serão aceitas as notificações por SMS ou aplicativo se o destinatário responder, confirmando que recebeu a mensagem.

As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

SUPERCICLO TECNOLÓGICO: RISCOS E OPORTUNIDADES PARA HEALTHTECHS

Saúde Business - 25/04/2024

Futuro tecnológico impulsionado por IA, ecossistemas conectados e biotecnologia requer uma abordagem colaborativa e ética para assegurar benefícios e segurança na saúde..

As previsões de Amy Webb na 17ª Tech Trends Report destacam um futuro tecnológico dominado por avanços significativos em inteligência artificial, ecossistemas conectados e biotecnologia. Para a futurista e CEO do Future Today, esses três pilares definem o "superciclo tecnológico", um período de expansão sem precedentes com impactos profundos em vários setores, incluindo a saúde. Alguns estudiosos dizem que o mundo já está vivenciando a Quarta Revolução Industrial, ou Indústria 4.0, com introdução da tecnologia, análise de dados e automação de processos como parte do cotidiano das sociedades. Tecnologias como Machine Learning, IA e Big Data aceleram o processo e ampliam seu alcance, de forma global.

O cenário complexo e dinâmico apresentado por Amy sugere que a sociedade está à beira de uma transformação significativa na forma como vivem, trabalham e cuidam da própria saúde, exigindo reflexão profunda e ação estratégica de todos os envolvidos.

A biotecnologia, por exemplo, é um ponto crítico de atenção para o setor. A exploração da Organoid Intelligence (OI) e da tecnologia de interface cérebro-máquina sugerem um futuro em que as fronteiras entre biologia e novos recursos se tornam cada vez mais tênues. Esta tecnologia faz parte de um grupo também chamado de deeptechs, com o uso de alta tecnologia para resolução de problemas de alto impacto. Esses avanços prometem revolucionar diagnósticos, tratamentos e a compreensão do cérebro humano, além de trazerem métodos para a criação de medicamentos e terapias personalizadas. No entanto, também levantam questões éticas, de privacidade e segurança.

Para lidar com o novo superciclo, o setor de saúde deve adotar uma abordagem proativa, focada em inovação e adaptação às novas tecnologias, enquanto avalia

cuidadosamente seus riscos e oportunidades. Investir em pesquisa e desenvolvimento, formar parcerias estratégicas com startups de tecnologia e atualizar constantemente as práticas de segurança da informação são passos essenciais. Também é crucial considerar as implicações éticas em cena, envolvendo comunidades, pacientes e reguladores nas discussões para garantir que os avanços beneficiem a todos de maneira justa e segura. Esta percepção da saúde envolvendo todos os protagonistas do cuidado do paciente, também é chamada de Value Based Healthcare, ou VBHC, que no Brasil significa Saúde Baseada em Valor.

As startups de saúde no Brasil

A posição das healthtechs brasileiras em relação a esse superciclo tecnológico varia. Algumas startups já exploram a inteligência artificial, a biotecnologia e os ecossistemas conectados para oferecerem soluções inovadoras no setor. Porém, há vários desafios, entre eles o acesso a financiamentos, regulações e a necessidade de maior colaboração com o setor público de saúde. Para se manterem competitivas a nível global, as healthtechs devem acelerar a adoção e o desenvolvimento dessas tecnologias emergentes, e se aprofundarem em questões regulatórias e éticas.

A colaboração entre diversas áreas, a formação de um quadro regulatório claro e adaptável e a educação contínua dos profissionais de saúde também são fundamentais. Além disso, é necessária uma atenção especial à inclusão digital e à redução das disparidades no acesso aos avanços, assegurando que os benefícios sejam compartilhados de forma ampla pela sociedade. Afinal, o Brasil é um país de tamanho continental, com diferentes realidades, regionalismos e diferenças sociais, econômicas e culturais.

Por fim, a vigilância contínua contra o uso indevido de dados e a garantia de que as inovações tecnológicas respeitem os direitos dos pacientes são indispensáveis para construir um futuro em que a tecnologia vá ao encontro de pacientes, profissionais da saúde e empresas..

PLANOS DE SAÚDE: NOVAS REGRAS PARA AVISO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS ENTRAM EM VIGOR EM SETEMBRO

Estadão - 24/04/2024

Em caso de inadimplência, operadoras terão prazo de 50 dias para contatar beneficiários antes de considerar qualquer exclusão, suspensão ou rescisão de contrato.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estendeu o prazo de vigência da Resolução Normativa (RN) 593/2023, que estabelece novas regras para tratar de questões de inadimplência em planos de saúde, incluindo exclusão, suspensão ou rescisão de contrato. A nova data para início da resolução ficou fixada para 1º de setembro de 2024.

Em comunicado nesta segunda-feira, 22, a ANS afirmou que decidiu prorrogar o prazo para desenvolver material

informativo que esclareça de forma simples e rápida as dúvidas que possam surgir com as mudanças introduzidas pela resolução.

Além disso, a extensão tem como objetivo proporcionar tempo adicional para as operadoras de saúde se adaptarem às novas diretrizes.

O que vai mudar?

Com as novas diretrizes em vigor, as operadoras de planos de saúde terão a responsabilidade de entrar em contato com o beneficiário para conversar sobre a inadimplência até o 50º

dia de atraso no pagamento, antes de considerar qualquer exclusão, suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

É importante destacar que as mudanças no contrato em decorrência da inadimplência só serão válidas após o 50º dia de atraso se a operadora conceder um prazo de dez dias para que o pagamento pendente seja efetuado, contando a partir do momento em que o beneficiário é contatado. É válido ressaltar que atrasos em mensalidades já quitadas não serão contabilizados como inadimplência para fins de rescisão, suspensão ou exclusão do contrato.

Além disso, a resolução estabelece que a exclusão do beneficiário ou a suspensão e rescisão unilateral do contrato devido à inadimplência só poderão acontecer após pelo menos duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, em um período de 12 meses. E cabe à operadora comprovar claramente a notificação sobre a situação de inadimplência, demonstrando a data da notificação ao consumidor.

Meios de notificação

Quando a RN 593 começar a valer, novas formas de tratar sobre inadimplência com os usuários de plano de saúde serão permitidas, como enviar e-mails, mandar mensagens de texto por aplicativos de mensagens (como o WhatsApp) e realizar ligações telefônicas.

Mas, atenção: só serão aceitas as notificações por SMS ou aplicativo se o destinatário responder, confirmando que recebeu a mensagem.

Continuará valendo também a comunicação por carta ou por representantes da operadora, com um comprovante de entrega assinado. A RN também diz que as notificações devem trazer informações como quais parcelas estão pendentes, quantos dias de atraso já ocorreram, quando a dívida deve ser quitada e como o usuário pode regularizar o contrato, além de fornecer os contatos da operadora para tirar dúvidas.

Se a operadora não conseguir falar com o usuário sobre a falta de pagamento, o cancelamento do contrato só é permitido depois de 10 dias desde a última tentativa de contato, desde que ela prove ter tentado avisar o beneficiário por todos os meios permitidos pela resolução.

A RN 593 se aplica aos contratos assinados depois de 1º de janeiro de 1999 e aos que foram ajustados seguindo a Lei 9.656/1998, que trata especificamente sobre planos de saúde privados. Caso o contrato tenha sido feito antes da resolução começar a valer, mudanças serão permitidas para incluir as novas diretrizes.

PLANOS DE SAÚDE PARA IDOSOS APRESENTAM DESAFIOS

Valor Economico - 24/04/2024

Diferentes modalidades, diferentes regulamentações e reajustes: especialista explica por que é tão desafiante encontrar planos de assistência médica suplementar após os 60 anos..

O processo de envelhecimento da população brasileira já começou. Os resultados dos últimos Censos Demográficos mostram que o número de pessoas com 60 anos ou mais no país foi de 10,8% em 2010 para 15,8% em 2022.

Um dos reflexos desses dados é o aumento do número de idosos entre os beneficiários dos planos de saúde no Brasil. Segundo o Panorama da Saúde Suplementar divulgado pela ANS (Agência Nacional da Saúde Suplementar), os beneficiários com 60 anos ou mais em planos de assistência médica saltaram de 11,3% para 14,3% no mesmo período.

Marcelo Pontes, diretor comercial da Tenet Benefícios, vê esse aumento do número de beneficiários idosos na saúde suplementar com preocupação. “Novamente cairemos nos excessos de regulamentações praticados pela ANS, que aparentemente, parece beneficiar os usuários da rede hospitalar privada”.

Como os planos de saúde funcionam

Segundo a Lei dos Planos de Saúde, a idade não pode ser fator impeditivo para a contratação de um plano de

assistência médica suplementar, sob pena de multa para as operadoras. Contudo, o que se vê atualmente são valores considerados por muitos impraticáveis e mesmo entraves à contratação e na portabilidade para e na portabilidade para este público.

Atualmente, existem três modalidades de contratação de planos de saúde mais comuns: planos individuais, coletivos empresariais e por adesão, com diferentes taxas de reajuste. O plano individual é o mais conhecido, e também o mais caro, pois além de oferecer maior cobertura, é a ANS que estabelece a regulamentação dos reajustes.

Os planos individuais podem realizar dois tipos de reajustes. Um deles é determinado pela ANS e ocorre todo ano, a fim de cobrir a variação de custos ao longo do período. Em 2023, o reajuste médio determinado pela Agência foi de 14,38%, independente de quantos anos tenha o usuário. A este aumento, soma-se o relativo à idade, quando o beneficiário muda de faixa etária.

Já os planos coletivos ou por adesão são os mais comuns entre os idosos. Geralmente o plano é feito por meio de um vínculo com alguma entidade representativa profissional. O preço da mensalidade inicial costuma ser mais baixo, no entanto os reajustes tendem a ser maiores.

O plano empresarial depende de um CNPJ ativo e geralmente pode ser contratado a partir de dois beneficiários. Assim como o coletivo, a mensalidade inicial é mais barata, contudo, não há limitação para reajustes.

Por fim, há uma modalidade que começa a se destacar, que são os planos vinculados a hospitais. Ou seja, são planos com uma rede própria de cobertura, o que ajuda na gestão de recursos e redução de custos.

O desafio de equilibrar custos para a operadora e os reajustes para os beneficiários

Um recente estudo do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) revelou que o número de idosos em planos de saúde bateu recorde de vínculos no último ano. Em novembro de 2023, haviam mais de 7,5 milhões de beneficiários com 60 anos ou mais.

Considerando as diferentes modalidades de contratação, o estudo demonstra que nos planos coletivos empresariais, o aumento do número de idosos foi de 3 milhões em 2022 para 3,2 milhões em 2023, um crescimento de 5,9%.

Para Marcelo Nogueira, mesmo o plano empresarial sofre com as interferências externas. “Essas infinidades de regulamentações obrigam as operadoras e seguradoras a cumprirem um quadro imenso de procedimentos médicos/hospitalares, que vai de consultas até transplantes, acabam estrangulando economicamente as empresas de medicina privada”.

Ele explica que isso restringe cada vez mais o ingresso de idosos no plano de saúde, “usando a negativa de que não existe interesse técnico na contratação”.

Já os planos individuais ou familiares cresceram 3,1%, com 2,7 milhões de seniores. Por fim, os planos coletivos, conhecidos como por adesão, possuem 1,6 milhão de beneficiários, com um crescimento de 4,3% no período.

A lei determina que, nos planos individuais, a última faixa etária - acima de 59 anos - custe, no máximo, seis vezes mais que o valor da primeira faixa para o mesmo produto. Ou seja, um usuário com 60 anos e outro com 80 pagarão o mesmo de base, com o valor sendo corrigido somente de acordo com a taxa anual da ANS.

Contudo, é esta faixa que mais utiliza os serviços. E é este gargalo que faz com que muitas operadoras sequer emitam contratos de planos de medicina suplementar para pessoas com mais de 65 anos.

“Com esse tipo de regulamentação, quase todas as operadoras e seguradoras deixaram de comercializar o produto pessoa física. E as que trabalham, tem uma série de restrições para a população com mais de 60 anos, tal como a impossibilidade da compra de carência contratual do beneficiário advindo de outra operadora”, explica Marcelo.

Por fim, Nogueira reflete que, hoje em dia, devido ao custo, apenas uma pequena parte da população acima dos 60 anos pode contratar um plano de saúde. “Na minha concepção, se não houvesse esse excesso de regulamentações, exigências de procedimentos e controle de reajustes, teríamos, com toda a certeza, muitas outras empresas com diferentes tipos de atendimento e com valores menores, pois o mercado se auto regulamentaria”.

Para mais informações, basta acessar: <http://www.tenetbeneficios.com.br>

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.