

ÍNDICE INTERATIVO

[O rápido e surpreendente desfecho para fusão entre rede D'Or e SulAmérica](#) - Fonte: Veja

[Paraná cresce e bate recorde em número de beneficiários com planos de saúde médico-hospitalares](#) -
Fonte: Revista Cobertura

[ANS recebe contribuições sobre inclusão de tecnologias no Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pacheco afirma que Senado vai votar PEC que viabiliza piso da enfermagem ainda neste ano](#) - Fonte:
Agência Câmara de Notícias

[Aprovação do Zolgensma aumenta pressão para criação de fundo para doenças raras](#)- Fonte: Jota Info

[111ª Reunião encerra calendário de 2022 da Câmara de Saúde Suplementar](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde regionais adaptam serviços para crescer](#) - Fonte: Correio Braziliense

[ANS suspende a comercialização de 19 planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

O RÁPIDO E SURPREENDENTE DESFECHO PARA FUSÃO ENTRE REDE D'OR E SULAMÉRICA

Veja – 21/12/2022

VEJA Mercado: processo será consumado na próxima sexta-feira, 23.

Os conglomerados de saúde Rede D'Or e SulAmérica anunciaram a conclusão do processo de fusão entre as companhias iniciado em fevereiro. A consumação do maior grupo de saúde do país acontece de forma mais rápida e sem tantas imposições por parte dos órgãos controladores. O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não exigiram que a Rede D'Or vendesse sua participação na Qualicorp e tampouco impuseram restrições quanto à troca de informações entre a seguradora e a prestadora de saúde. As únicas cláusulas exigidas são as de que os planos de saúde da SulAmérica não poderão ser comercializados exclusivamente pela Qualicorp e que o representante da Rede D'Or no conselho de administração da Qualicorp deve se abster de pautas que envolvam a SulAmérica. “O resultado

foi positivo, dado que as restrições impostas foram menores do que era esperado pelo mercado”, avalia a XP Investimentos em relatório enviado a clientes.

Ainda resta a chancela do Banco Central para o negócio, uma vez que a SulAmérica tem uma frente de gestão de ativos financeiros. No entanto, como a única entidade sujeita às restrições é a própria gestora, a Rede D'Or dará 51% dos direitos a voto da entidade em questão aos acionistas da SulAmérica, que serão transferidos depois do sinal verde. Dessa forma, a fusão foi fechada antes mesmo do aval da autarquia. Ao todo, serão emitidas 308 milhões de novas ações da Rede D'Or para os acionistas da SulAmérica receberem-nas em 23 de dezembro, podendo negociá-las a partir de 26 de dezembro. Por volta das 13h desta quarta-feira, 21, os papéis de ambas companhias subiam entre 6% e 7% na bolsa de valores

PARANÁ CRESCE E BATE RECORDE EM NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES

Revista Cobertura – 20/12/2022

Estado acumula 3 milhões de vínculos, o maior em toda a região Sul do País, aponta análise do IESS

O Paraná segue em crescimento contínuo quando se trata de novas adesões de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Nos 12 meses encerrados em outubro deste ano, o estado atingiu a marca de 3 milhões de vínculos, o maior número da região Sul e recorde desde o início da série histórica da [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#) em 2000. As informações são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 76, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estudo revela que, em números absolutos, o estado foi o que mais cresceu na região Sul durante o período de um ano, com acréscimo de 98,8 mil vínculos, a frente de Santa Catarina (78,6 mil) e do Rio Grande do Sul (76,9 mil). No Brasil, o número de beneficiários atingiu a marca de 50,2 milhões.

O Paraná tem se destacado em volume de novos contratos, especialmente, no período entre junho de 2020 e outubro de 2022, quando houve aumento de 194 mil beneficiários. Entre setembro de 2014 e junho de 2020, o número de vínculos se manteve estável com média de 2,8 milhões.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em outubro de 2022 havia registro de 11,7 milhões de habitantes no Paraná. Dessa forma, cerca de 1 a cada 4 moradores (26%) possuíam um plano de assistência médico-hospitalar.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, observa que os planos coletivos empresariais puxaram o bom desempenho registrado no Paraná. “Importante destacar que cerca de 70% dos planos médico-hospitalares do País são do tipo coletivo empresarial. Portanto, o bom desempenho em adesões no estado é reflexo do emprego formal, que em 12 meses cresceu 4,9%”, afirma

[Clique aqui](#) para ver a Análise Especial da NAB 76 na íntegra.

ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES SOBRE INCLUSÃO DE TECNOLOGIAS NO ROL

GOV (ANS) – 19/12/2022

Medicamentos para tratar linfoma e deficiência de ferro foram objetos de audiência pública

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na sexta-feira, 09/12, a Audiência Pública 27, que debateu a análise de dois medicamentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: a Carboximaltose férrica, para tratamento de deficiência de ferro, com ou sem anemia, em pacientes com insuficiência cardíaca (NYHA Classe II e III), e o Zanubrutinibe, para tratar pacientes adultos com linfoma de células do manto que receberam pelo menos uma terapia anterior (LCM recidivado/refratário).

O evento foi realizado de forma remota e pode ser visto na íntegra. [Clique aqui](#) para assistir.

Ao abrir a audiência, a diretora-adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS, Carla Soares, agradeceu a participação de todos e reforçou que aquela era uma oportunidade para a ampliação e o enriquecimento dos debates. “Este é um momento em que conseguimos coletar mais subsídios e informações para que a área técnica possa levar o máximo de elementos até a Diretoria Colegiada da Agência, para a melhor tomada de decisão possível”, destacou.

Carla explicou que, seguindo o fluxo dos processos de atualização do Rol, as duas tecnologias tiveram recomendação preliminar de não incorporação à lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde, motivo pelo qual estavam sendo submetidas à audiência pública.

A coordenadora de Apoio à Gestão da ANS e gerente geral de Regulação Assistencial substituta, Renata Campos,

convidou o coordenador de Gestão de Tecnologias em Saúde da Agência, Carlos Rezende, para apresentar as avaliações e as informações que embasaram as recomendações preliminares desfavoráveis da Carboximaltose férrica e do Zanubrutinibe. Ele salientou que ambos foram discutidos na 11ª Reunião Técnica da Cossaúde, realizada em novembro, e estão recebendo contribuições pela Consulta Pública 106 até 21/12.

Quanto à Carboximaltose férrica, Carlos destacou que o benefício sobre qualidade de vida não foi comprovado adequadamente, acrescentando que renomadas entidades internacionais de avaliação de tecnologias baseada em evidência ainda não analisaram o medicamento para incorporação em seus respectivos países e que existem opções no mercado com formulações que atendem à necessidade de reposição de ferro nos pacientes.

Já as apreciações preliminares relativas ao Zanubrutinibe dão conta de incertezas sobre os seus efeitos e grau de eficácia, principalmente em comparação às tecnologias de primeira e segunda geração para tratamento do linfoma de células do manto refratário ou recidivado que já constam do Rol.

Cidadãos, médicos e representantes de diversos segmentos e entidades do setor de saúde deram seus depoimentos e colaborações, que serão cuidadosamente avaliados pela equipe técnica da ANS.

De acordo com o percurso pelo qual as tecnologias devem passar, após a análise das informações coletadas na audiência pública, bem como na CP 106, a DIPRO fará suas recomendações finais à Diretoria Colegiada da ANS

PACHECO AFIRMA QUE SENADO VAI VOTAR PEC QUE VIABILIZA PISO DA ENFERMAGEM AINDA NESTE ANO

Agência Câmara de Notícias – 16/12/2022

O piso de R\$ 4.750 para enfermeiros está suspenso por determinação do Supremo Tribunal Federal

O presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (PSD-MG), anunciou que vai colocar em pauta na próxima sessão de votação do Senado a proposta de emenda à Constituição (PEC) que viabiliza o pagamento do piso salarial da enfermagem. A proposta aprovada é de autoria do deputado Mauro Benevides Filho (PDT-CE), originalmente apresentada como PEC 27/22, que foi incorporada a uma proposta mais antiga, a PEC 390/14, do deputado André Figueiredo (PCdoB-BA).

O texto de Figueiredo autoriza a ampliação de limite de despesas com pessoal ativo nas áreas da saúde e da educação. Já a PEC apresentada por Benevides Filho permite que o superávit financeiro de fundos públicos do

Poder Executivo seja usado, entre 2023 e 2025, como complementação federal para o pagamento do piso salarial da enfermagem. A proposta de Mauro Benevides Filho foi aprovada integralmente.

“Na próxima sessão do Senado Federal, nos apreciaremos a proposta de emenda à constituição que viabilizará o piso nacional da enfermagem numa solução que haveremos de construir com o Supremo Tribunal Federal para que esse piso nacional se torne uma realidade no Brasil”, disse Pacheco durante a sessão do Congresso.

A PEC aprovada na Câmara é uma resposta à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que suspendeu a aplicação do piso salarial nacional da enfermagem a pedido da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde).

O argumento é que não há fonte de financiamento para o pagamento do piso. A [Lei 14.434/22](#) estabeleceu piso salarial de R\$ 4.750 para os enfermeiros, 70% desse valor para os

técnicos de enfermagem e 50% para os auxiliares de enfermagem e parteiras.

APROVAÇÃO DO ZOLGENSMA AUMENTA PRESSÃO PARA CRIAÇÃO DE FUNDO PARA DOENÇAS RARAS

Jota Info – 16/12/2022

Com a incorporação do medicamento no SUS, o plano é que as médias e pequenas operadoras destinem recursos a essa reserva.

Com a incorporação do Zolgensma no Sistema Único de Saúde (SUS) na última semana, no dia 7/12, planos de saúde aventaram o debate sobre a criação de um fundo para bancar medicamentos contra doenças raras. O plano é que as médias e pequenas operadoras destinem recursos a essa reserva, que seria a responsável por custear o tratamento de cada paciente.

A ideia, inicialmente levantada para o tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME) tipo 1, pode se estender a outras enfermidades raras. O tema ainda precisa ser discutido junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), Anderson Mendes, é um dos defensores da implementação desse fundo e afasta a possibilidade de judicialização dessa cobertura. Para o gestor, a discussão deve se centrar nas fontes de financiamento, já que o alto custo pode inviabilizar o funcionamento de planos de saúde de pequeno porte:

“Não é uma questão de mérito, que é totalmente aceitável. Não discordamos (da incorporação do Zolgensma). Mas precisamos buscar alternativas para viabilizar esse atendimento”, afirmou ao JOTA.

O Zolgensma custava cerca de US\$ 2,1 milhões em 2019. O valor ultrapassa R\$ 10,9 milhões de acordo com a cotação do dólar na quinta-feira (US\$ 1 = R\$ 5,22).

Ainda não se sabe o que deverá ser feito caso o valor total dos tratamentos ultrapasse o que for arrecadado pelo fundo. Uma das opções aventadas é delegar a cobertura à rede pública, mas cabe discussão. O SUS tem até junho, isto é, 180 dias depois da publicação da portaria da última quarta-feira, para disponibilizar o medicamento.

A ANS tem até fevereiro para incluir o Zolgensma (Onasemnogeno Abeparvoveque), em seu rol de cobertura obrigatória. O prazo de 60 dias pós-divulgação da portaria está fixado na lei 14.307, de março. O texto definiu novas regras para a atualização da lista.

Ao JOTA, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que as operadoras cobrirão o uso da terapia gênica assim que entrar no rol da ANS. Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) informou que

ainda aguarda o rito adotado pela agência para a inclusão do medicamento na lista.

A reportagem questionou ambas as entidades sobre uma possível judicialização dessa cobertura junto às Cortes superiores, a exemplo do que ocorreu com o piso da enfermagem no Supremo Tribunal Federal (STF) e com o rol da ANS. Não houve respostas.

Restrição de faixa etária reduzirá acesso a um dos medicamentos mais caros do mundo

A decisão do Ministério da Saúde de incluir o Zolgensma para o tratamento da AME tipo 1 no SUS animou pais, especialistas e a comunidade científica. Contudo, a limitação da idade a bebês de até 6 meses, fora de ventilação invasiva por mais 16 horas diárias, dificultará o acesso ao tratamento, avaliam médicos.

Dados do Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal (Iname) enviados à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) apontam que, aproximadamente, 49% dos casos de tipo 1 da doença no Brasil são diagnosticados dentro da faixa etária. Segundo estudos, a taxa é maior nos Estados Unidos e na Europa diante do maior acesso a testes genéticos.

“(A restrição) vai limitar com certeza. Mas, pelo menos, um subgrupo poderá se beneficiar do tratamento e mostrar aos gestores que é seguro e eficaz”, resumiu o presidente do Departamento Científico de Genética da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Salmo Raskin.

Em entrevista ao JOTA, o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, justificou que a definição de faixa etária para o Zolgensma atendeu a dados analisados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). O ministro negou já ter sido contra à inclusão da terapia gênica na rede pública apesar de ter declarado, em ocasiões anteriores, que o alto custo dela representava um entrave para a medida.

“A evidência científica, embora seja pouca, porque é uma doença rara, é abaixo de 6 meses. Também é necessário se verificar se a promessa de que as crianças não precisem de suporte ventilatório e não tenham déficit motor (será cumprida pela farmacêutica Novartis) e há como monitorar (isso)”, afirmou Queiroga.

A Conitec, subordinada à pasta, recomendou a inclusão dessa terapia gênica na rede pública semana passada, já chancelada pela publicação de uma portaria na última quarta-

feira. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) deu aval ao medicamento para bebês de até 2 anos em agosto de 2020.

É difícil estimar o total de pacientes acometidos pela AME tipo 1. Isso porque o Brasil não dispõe de vigilância epidemiológica para doenças raras, explicam médicos cientistas consultados pela reportagem. Antes da incorporação ao SUS, o acesso ao tratamento vinha sendo judicializado caso a caso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), doenças raras acometem, em geral, 65 a cada 100 mil pessoas. A projeção é de que existam cerca de 7 a 8 mil delas em todo o mundo.

Nesse cenário, uma das possibilidades levantadas é que o Brasil invista na prevenção, com a realização de testes

genéticos em casais. Outra remete ao diagnóstico precoce da AME, com o teste do pezinho ampliado.

O presidente Jair Bolsonaro (PL) sancionou a lei que determina a realização do exame no SUS em maio de 2021. A cobertura é escalonada e a AME está na última etapa.

“Existem testes de triagem que podem ser feitos logo após o nascimento. Essa doença poderia ser prevenida testando portadores (dos genes SMN-1 e SMN-2). É uma herança autossômica recessiva em que a criança só vai nascer afetada se receber uma mutação do pai e outra da mãe para a doença. Poderia se fazer triagem dos casais antes de terem filhos, evitando o nascimento de uma criança com essa doença. O custo é altíssimo e, mesmo assim, metade do cobrado nos Estados Unidos”, explicou a bióloga molecular e geneticista Mayana Zatz, professora da Universidade de São Paulo (USP). Com a incorporação do medicamento no SUS, o plano é que as médias e pequenas operadoras destinem recursos a essa reserva

111ª REUNIÃO ENCERRA CALENDÁRIO DE 2022 DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Jota Info – 08/12/2022

Encontro virtual aconteceu no dia 08/12. Gravação está disponível no canal da ANS no YouTube

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, na quinta-feira, 08/12, a 111ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS). O encontro reuniu o diretor-presidente e diretor de Gestão da Agência, Paulo Rebello, o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli, a diretora de Fiscalização, Eliane Medeiros, e o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino, além dos demais representantes da Câmara. O diretor de Desenvolvimento Setorial, Maurício Nunes, esteve ausente por motivo de férias, tendo sido representado interinamente pela diretora adjunta Angélica Carvalho. O vídeo do encontro está disponível no canal da ANS no YouTube.

Ao abrir a reunião, o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, comunicou a aprovação da ata da 110ª reunião da CAMSS, o envio do link para acompanhamento da Agenda Regulatória 2019-2022 para os membros e a alteração de representantes da Câmara para o biênio 2021-2022 por meio da Portaria nº 339/2022.

ITEM DIPRO - O diretor Alexandre Fioranelli apresentou os informes sobre as Consultas Públicas nº 100, 101 e 103, que tiveram, respectivamente, 1.144, 2.226 e 104 contribuições sobre a revisão da lista de coberturas dos planos de saúde. As contribuições da Consulta Pública nº 104, sobre atualizações extraordinárias do rol para inclusão dos testes para detecção de antígeno Sars-Cov 2 (Covid-19) e do vírus Monkeypox, ainda se encontram em análise. Em 2022, foram realizadas 11 consultas públicas com 35 propostas de

atualização do rol, sendo que a de nº 106 foi iniciada em 02/12 e seguirá aberta à participação até 21/12/2022.

ITEM DIOPE – O diretor Jorge Aquino informou sobre a Consulta Pública nº 102, que tratou da proposta de Resolução Normativa sobre os critérios para definição do capital regulatório e o patrimônio mínimo preservado pelas operadoras para garantir a manutenção de operação regular. A proposta altera a Resolução Normativa nº 515, de 29/04/2022, e revoga as Resoluções Normativas ANS nº 526, de 29/04/2022, nº 514, de 29/04/2022, além da Instrução Normativa ANS nº 22, de 29/04/2022. A proposta altera o modelo atual, baseado em margem de solvência, para o de capital baseado em risco, que permite medir com mais precisão os riscos aos quais cada operadora está mais exposta e, desta forma, equacioná-los para garantir o curso das operações.

ITEM DIOPE – Na sequência, foi feito o informe sobre a Audiência Pública nº 25, realizada no dia 29/09/2022 com o objetivo de simplificar e desburocratizar itens da regulação prudencial previstos nas RN 519 (Autorização Prévia Anual - APA - para livre movimentação de ativos garantidores), RN 521 (ativos garantidores) e RN 523 (procedimentos de adequação econômico-financeira - PAEF). O impacto agregado da proposta representa um potencial de corte de exigências no valor de R\$ 18 bilhões para as operadoras. Foram recebidas 32 contribuições. Dessas, 19 serão apreciadas pela Diretoria Colegiada (DICOL), por estarem enquadradas no escopo da AP e terem sido acatadas pela equipe técnica da ANS.

ITEM DIFIS – A diretora Eliane Medeiros apresentou o informe da Consulta Pública nº 105 sobre a simplificação da

análise de reclamações registradas nos canais de atendimento da ANS e tratadas no âmbito da mediação de conflitos entre usuários de planos de saúde e operadoras, feita por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A proposta é extinguir a fase de classificação residual da NIP para facilitar e agilizar a análise, sem prejuízos na comparação entre custos e resultados. A CP foi aberta no dia 14/11/2022 e está em andamento para contribuições até o dia 28/12/2022.

ITEM GPLAN/PRESI – Em seguida, foi realizada a apresentação das etapas de elaboração da Agenda Regulatória 2023-2025, destacando a realização da tomada pública de subsídios, de 19/09/2022 a 11/10/2022, e da Audiência Pública nº 26, no dia 29/11/2022, concluída no dia 13/12/2022, para receber contribuições da sociedade. A AR

será enviada para apreciação e aprovação final da Diretoria Colegiada.

Para finalizar a pauta da ANS, as diretorias apresentaram o balanço das realizações do ano de 2022.

Encerrando a reunião, a diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, alertou sobre o impacto e o desafio no combate às fraudes na saúde, informando que, pelo menos, 2,3% do que é investido em saúde são perdidos com atividades fraudulentas. Isso significa quase R\$ 23 bilhões por ano, segundo o Instituto Ética Saúde (IES). O tema foi amplamente debatido pelos participantes e a reunião foi concluída com os agradecimentos de Paulo Rebello por todas as contribuições.

PLANOS DE SAÚDE REGIONAIS ADAPTAM SERVIÇOS PARA CRESCER

Correio Braziliense – 16/12/2022

Custando até 40% a menos, os planos regionais se adequaram ao bolso do consumidor e já somam 21,8 milhões usuários, superando os serviços nacionais, que possuem 19,8 milhões de clientes

A crise econômica nacional forçou as operadoras de planos de saúde a diversificarem a oferta de serviços em todo o país. Custando até 40% a menos, os planos regionais se adequaram ao bolso do consumidor em municípios ou em grupos de cidades conurbadas e já somam 21,8 milhões usuários, superando os serviços nacionais, que possuem 19,8 milhões de clientes.

Pela legislação, convênios médicos precisam oferecer pelo menos uma rede de atendimento municipal para operar. Progressivamente, grupos de municípios, estaduais ou grupos de estado, bem como os nacionais, dispõem de redes maiores.

Média de valores

Os valores das mensalidades acompanham a abrangência. Enquanto planos nacionais custam, em média, R\$ 922, os municipais ficam na casa dos R\$ 577. Planos que atendem em grupos de estados, comuns para grandes empresas, são os mais caros, girando em torno de R\$ 1.443. Serviços que compreendem grupos de cidades possuem preços mensais em média de R\$ 612.

De acordo com Marcos Novais, superintendente-executivo da Associação Brasileiro de Planos de Saúde (Abramge), os planos municipais ganharam relevância nos últimos anos, mas também foram impulsionados pelo agravamento dos problemas econômicos nacionais durante a crise sanitária e hospitalar. “O mercado de planos de saúde era dominado pela cobertura nacional, mas, já na pandemia, a procura por planos regionais cresceu e já supera, em números de usuários, os nacionais”, explica.

De acordo com dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde (ANS), em setembro de 2021, os planos nacionais somavam 19,2 milhões e cresceram 2,96%, chegando aos 19,8 milhões de usuários. Nesse período, os municipais atenderam a 21,8 milhões, 3,04% a mais que no ano passado, mantendo o crescimento semelhante ao registrado nos anos anteriores — 19,8 milhões, em 2018; e 20 milhões e 20,1 milhões, em 2019 e 2020, respectivamente, de acordo com dados da ANS.

Os planos que atendem aos grupos municipais também apresentam melhores resultados do que aqueles com abrangência estadual. Em 2022, usuários do planos de abrangência num determinado estado são 3,7 milhões, com isso, também registrando crescimento de 6,84% do total de usuários. Em relação aos planos por grupos de municípios — com 21,8 milhões de usuários —, representam 15,46% do total. Usuários de planos em uma única cidade são 2,3 milhões.

Planos voltados a grupos municipais também apresentam melhores resultados do que aqueles com abrangência estadual. Em 2022, usuários do planos de abrangência num determinado estado são 3,7 milhões, com isso, também registrando crescimento de 6,84% do total de usuários. Em relação aos planos por grupos de municípios, representam 15,46% do total.

Rol taxativo

Além da economia no vermelho, outro motivo para o desenvolvimento dos planos de saúde regionais está na necessidade de se adaptar à derrubada do rol taxativo, com a publicação da Lei 14.454, no Diário Oficial da União (DOU), uma vez que a nova legislação estabelece que as empresas não podem se negar a atender a uma demanda específica de grupos com necessidades especiais, como autistas. “A queda

do rol taxativo aumenta os custos. Claro que, quem opera mais barato, sobrevive melhor”, comenta Novais.

Para “trabalhar” mais barato, os planos regionais recorrem à verticalização de serviços, compondo a rede de atendimento e assistência envolvendo uma cadeia local, bem como

fornecedores. “Planos regionais tem como principal vantagem a verticalização. Com isso, podem criar estratégias por nicho, como para idosos ou diferentes classes sociais”, explica o superintendente-executivo da Associação Brasileiro de Planos de Saúde (Abramge).

ANS SUSPENDE A COMERCIALIZAÇÃO DE 19 PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 15/12/2022

Medida é resultado do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia as operadoras a partir de reclamações assistenciais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quinta-feira (15/12) a lista de planos de saúde que terão a venda temporariamente suspensa devido a reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida faz parte do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha regularmente o desempenho do setor e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 19 planos de seis operadoras em razão das reclamações efetuadas no 3º trimestre.

A proibição da venda começa a valer no dia 22/12. Ao todo, 387.894 beneficiários ficam protegidos com a medida, já que esses planos só poderão voltar a ser comercializados para novos clientes se as operadoras apresentarem melhora no resultado do monitoramento.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo, 46 planos de 11 operadoras terão a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (3º trimestre)

- 19 planos com comercialização suspensa
- 46 planos com a comercialização liberada
- 387.894 beneficiários protegidos
- 45.515 total de reclamações no período de 01/07/2022 a 30/09/2022

Consulte o resultado nas listas abaixo:

[Planos com comercialização suspensa](#)

Planos reativados

[Planos que já estavam suspensos por outros motivos e que também foram suspensos pelo monitoramento da garantia de atendimento](#)

[Planos liberados pelo monitoramento da garantia de atendimento, mas que continuam suspensos por outros motivos](#)

Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

A partir dessas informações as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. As operadoras enquadradas nas faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador da operadora.

As informações são processadas periodicamente, e os resultados são divulgados trimestralmente.

Sobre a suspensão da comercialização de planos

A partir do resultado do monitoramento, as operadoras reiteradamente com pior resultado são avaliadas e para aquelas que apresentam risco à assistência à saúde são identificados os planos que terão o ingresso de novos beneficiários vedado temporariamente.

A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações

MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 14/12/2022

Confira o resultado final do 2º trimestre de 2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível para consulta o resultado do Programa de Mapeamento do Risco Assistencial referente ao 2º trimestre de 2022, conforme previsto no art. 12 da Instrução Normativa DIPRO (IN DIPRO nº 58), de 26 de janeiro de 2022. Passado o período de questionamentos, não foi identificada a necessidade

de reprocessamento dos resultados, que se mantêm inalterados em relação ao resultado preliminar divulgado.

O resultado final do 2º trimestre de 2022 poderá ser acessado pela operadora no portal da ANS, em Central de Relatórios, clicando em “Monitoramento do Risco Assistencial”, mediante login e senha. Lembramos que nesta fase não são mais recepcionados questionamentos, conforme previsto na IN DIPRO nº 58/2022

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

© 2018 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.