

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de fevereiro de 2024



LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 28/02/2024

Recomendamos a leitura dos *Conselhos Milliman* do mês de fevereiro

O artigo “Apetite e gestão de risco no mercado de saúde suplementar” sobre a exposição das organizações a diversos riscos.

Nesse conselho, trataremos sobre: A maioria das organizações estão expostas a diversos riscos, mas o importante é definir quantidade e tipos de riscos que podem ser aceitos para atingir seus objetivos estratégicos.

[Clique aqui](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde coletivo cresce e individual some – para advogados, isso é “bomba relógio”](#) - Fonte: Info Money

[Mudança das regras para alteração de rede hospitalar pelas operadoras tem nova data](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS realiza evento sobre linhas de cuidado na saúde suplementar](#) - Fonte: Fena Saude

[Por que o compliance é uma preocupação cada vez maior na área de saúde?](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS atualiza painéis de reajuste de planos coletivos e de precificação](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Senadora questionará venda da Amil em reunião com presidente da ANS](#) - Fonte: Veja

PLANO DE SAÚDE COLETIVO CRESCE E INDIVIDUAL SOME – PARA ADVOGADOS, ISSO É “BOMBA RELÓGIO”

Info Money – 28/02/2024

Especialistas alertam para avanço dos planos “falsos coletivos” e questionam regulação por parte da ANS.

As operadoras de planos de saúde estão reduzindo a oferta de planos individuais e familiares e, paralelamente, ampliando a venda de planos coletivos, cujo reajuste não é controlado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), afirmam especialistas. Segundo advogados ouvidos pelo InfoMoney, a situação é uma “bomba relógio”.

De um lado, estão os consumidores que buscaram abrigo nos planos chamados de “falsos coletivos”, voltados para profissionais liberais e microempreendedores individuais (MEIs). Muitos desses segurados, no entanto, estão precisando recorrer à Justiça para garantir o benefício. No meio da disputa, especialistas dizem que a ANS está paralisada.

A agência reguladora deveria exigir que as empresas tenham cotas de planos individuais, diz Columbano Feijó, advogado especializado em direito da saúde suplementar e sócio da Falcon, Gail, Feijó & Sluizuzas Advocacia. “Está sendo omissa nesse ponto. O mercado precisa ser sustentável não só para os planos, mas também para os consumidores”.

Nos últimos cinco anos, de acordo com dados do site da ANS, o crescimento do volume de planos de saúde foi impulsionado por:

- planos coletivos empresariais (4,6% ao ano, em média) e por adesão (3,7% ao ano);
- planos com fator moderador (com coparticipação, franquia ou ambos), na ordem de 4,3%;
- e planos que oferecem cobertura com abrangência municipal (4,6% ao ano) ou em um grupo de municípios (3,2%).

Já nos planos de contratação individual o que houve foi uma queda significativa. O recuo foi de -18,7% em 2023 e de -5,5% ao ano, em média, nos últimos cinco anos. Apesar da entrada no mercado de operadoras que buscam, especificamente, o mercado individual, a ausência das seguradoras e de medicinas de grupo continua a impactar essa carteira.

Planos “falsos coletivos”

O advogado alerta que os planos “falsos coletivos”, que muitas vezes abrigam famílias de profissionais liberais, ainda têm a desvantagem de não poderem ser compensados no Imposto de Renda da Pessoa Física, uma vez que o contrato é feito na Pessoa Jurídica.

“O mercado caminha para o fim do plano individual, porque ele não é mais comercialmente atrativo para as operadoras. Para o consumidor, muitas vezes só resta a Justiça, mas muitos nem sabem o direito que têm quando o plano cancela o contrato unilateralmente”, afirma Feijó. “É uma bomba relógio. Não dá para abandonar o usuário”.

Procurada, a ANS não respondeu à reportagem. Em seu site, a agência informa que o usuário pode avaliar as operadoras e tipos de contratação de planos que tiveram maior ou menor reajuste desde 2014. O Painel de Reajustes de Planos Coletivos mostra as revisões de preços são uma composição entre custos assistenciais (que subiram em função dos preços dos procedimentos), a incorporação de novas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e o aumento do uso e da sinistralidade, entre outros.

O reajuste médio aplicado aos contratos coletivos de assistência médico-hospitalar foi de 14,38% de janeiro a novembro de 2023, ou 2,8 pontos percentuais acima do observado nos 12 meses de 2022, segundo a ANS.

Os contratos com menos de 30 vidas já representaram 24% do total de beneficiários nos contratos coletivos – e neles, o reajuste foi de 17,85%. É um percentual acima do observado nos contratos com 30 vidas ou mais (13,21%). Os contratos com até cinco vidas ampliaram sua participação de 5% em 2014 para 15% em 2023.

Para Henderson Fürst, advogado especialista em saúde do escritório CGV Advogados, a situação não é mais sustentável. “A ANS está passando ao largo, mas quem não é atendido pelo plano acaba no SUS, que vai ficando cada vez mais sobrecarregado e já não consegue mais atender. É ruim para todos”, diz.

Quais os direitos de quem tem plano de saúde?

Mas há direitos que os consumidores precisam saber que têm, tanto por parte da ANS como os garantidos pela Justiça, segundo o advogado. “Embora a regulação seja menor, ainda existem direitos que precisam ser observados e sempre é possível recorrer ao Judiciário, que tem sido sensível à situação”, diz Fürst, ressaltando os cancelamentos unilaterais, que só são resolvidos na Justiça.

Como a judicialização acaba sendo o caminho mais natural para o consumidor, órgãos de defesa como o Idec reivindicam que a ANS equipare os planos coletivos contratados por MEIs aos planos individuais, inclusive com limitação de reajuste, além de obrigar as operadoras a voltarem a vender planos para o consumidor final.

De acordo com estudo do Idec, enquanto as mensalidades dos planos individuais cresceram 35,41% nos últimos cinco anos, as parcelas dos coletivos apresentaram valores bem maiores:

- os planos empresariais com 30 vidas ou mais, aumentaram 58,94%;

- os coletivos por adesão com 30 vidas ou mais subiram 67,68%;
- os coletivos por adesão com até 29 vidas, 74,33%;
- e os empresariais com até 29 vidas, 82,36%.

MUDANÇA DAS REGRAS PARA ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR PELAS OPERADORAS TEM NOVA DATA

GOV (ANS) – 28/02/2024

Normativo que entraria em vigor em março teve o prazo estendido para 1º/09/2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou na quinta-feira (15/02), no [Diário Oficial da União](#), a [Resolução Normativa 598/2024](#), alterando a vigência da [Resolução Normativa 585/2023](#), que trata da atualização das regras para alteração da rede de hospitais nos planos de saúde. O normativo, que inicialmente entraria em vigor no dia 1º/03, teve o prazo renovado para 1º/09/2024.

A extensão do prazo se deu para permitir o desenvolvimento/adequação de sistemas, tanto por parte da Agência quanto pelas operadoras, e para que as operadoras se organizassem e se adequassem às mudanças trazidas pelo normativo.

As determinações do normativo serão válidas tanto para a retirada de um hospital da rede de uma operadora, como para a troca de um hospital por outro. Confira algumas alterações:

- Para o consumidor – O beneficiário passa a ter o direito de realizar a portabilidade nos casos de alteração da

rede hospitalar (exclusão/substituição de hospital ou do seu serviço de urgência e emergência), sem avaliação do prazo de permanência no plano origem nem da faixa de preço do plano destino, caso ocorra no seu município de residência ou no município de contratação do plano. O usuário também receberá comunicação individualizada sobre exclusões ou mudanças de hospitais como um todo, ou de seus serviços de urgência e emergência, quando ocorrerem no município de residência do beneficiário, com 30 dias de antecedência.

- Para a operadora – Os hospitais menos utilizados do plano poderão ser excluídos. Já, quando a retirada envolver os hospitais de maior importância da região será necessária a substituição por outro hospital equivalente.

- Para o hospital – Passam a existir critérios definidos e regulação sobre exclusão parcial de serviços hospitalares.

[Clique e saiba mais](#) sobre a atualização das regras para alteração de hospitais nos planos de saúde.

[Acesse aqui](#) e confira as perguntas e respostas sobre a norma (FAQ).

ANS REALIZA EVENTO SOBRE LINHAS DE CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Fena Saude – 27/02/2024

Encontro com transmissão ao vivo acontecerá no dia 7/3, das 10 às 12h.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, no dia 7/3, um evento para ampliar a discussão sobre o desenvolvimento de Linhas de Cuidado Prioritárias na Saúde Suplementar. O assunto é tema da Tomada Pública de Subsídios nº 2, iniciada em 1/12/2023 e que teve prazo prorrogado para recebimento de contribuições até 30/6/2024.

Voltado para operadoras, prestadores de serviços, sociedades e associações de especialistas em saúde o

evento acontecerá das 10 às 12h e será transmitido ao vivo pelo canal da ANS no Youtube. Os interessados em participar deverão fazer inscrição pelo portal da ANS – clique [aqui](#)

A Tomada Pública de Subsídios (TPS) das linhas de cuidado prioritárias na saúde suplementar e tem o objetivo de reunir contribuições para a reorganização do cuidado em saúde com vistas à melhoria da qualidade assistencial no setor.

Para enviar uma proposta é necessário preencher um formulário que está disponível na página da TPS nº 2 no site

da ANS, seguindo os critérios estabelecidos pela Nota Técnica nº 4/2023/DIRAD-DIDES/DIDES, além dos documentos descritivos das linhas de cuidado que podem ser enviados em formatos de texto, planilha e PDF.

O desenho da linha de cuidado deve ser orientado de acordo com os diferentes níveis de atenção: primária, especializada, hospitalar e domiciliar, e deve incluir:

- Promoção da saúde
- Prevenção de riscos, agravos e doenças
- Rastreamento e diagnóstico precoce
- Diagnóstico

- Tratamento
- Reabilitação
- Cuidados paliativos
- Cuidados de final de vida

Evento sobre Linhas de Cuidado Prioritárias na Saúde Suplementar

- Data: 7/3/2023
- Horário: 10 às 12h
- Local: [canal da ANS no YouTube](#)
- Inscrições: [clikando aqui](#)

POR QUE O COMPLIANCE É UMA PREOCUPAÇÃO CADA VEZ MAIOR NA ÁREA DE SAÚDE?

Saúde Business – 26/02/2024

O aumento da digitalização traz oportunidades e desafios. Soluções tecnológicas centralizadas e seguras são essenciais para garantir conformidade e proteger dados sensíveis.

Compliance, esta palavra inglesa que significa conformidade em tradução livre já adquiriu um espaço significativo ao longo dos últimos anos. Certamente você já leu ou ouviu falar sobre ela no noticiário ou em algum evento corporativo. A questão é que este conceito não está mais restrito apenas às grandes empresas privadas. Pelo contrário, já avança consideravelmente na educação, poder público, entidades do terceiro setor e, claro, na saúde – a ponto de se tornar uma das principais preocupações de médicos e hospitais nos últimos meses.

Mais do que simples “conformidade”, o termo compliance hoje remete a todo um conjunto de iniciativas e estratégias que busca adequar os processos de uma organização (grande ou pequena) às leis e normas que regem não só o seu próprio mercado de atuação, mas a sociedade como um todo. Pode parecer óbvio a obrigatoriedade de seguir as leis (e é), mas no universo confuso das leis e códigos que existem no Brasil, não é tão simples assim atender a todos estes requisitos ao mesmo tempo.

No caso de hospitais, clínicas e consultórios médicos, essa dificuldade é ainda maior. O setor de saúde é reconhecido por sua alta regulamentação interna e externa, com diferentes regras dependendo da atuação, uma vez que há sistemas público e privado, atuações nas esferas municipal, estadual e federal, além de questões fundamentais, como atualização das normas, surgimento de novos temas, entre outras

situações. Ficar em dia com tudo isso pode resultar em uma tremenda dor de cabeça para os profissionais.

Não à toa, 30% dos profissionais de compliance na área de saúde apontam a necessidade de se manterem atualizados com as constantes mudanças nos ambientes regulatórios e de fiscalização como a segunda maior prioridade da área em 2023, segundo levantamento da pesquisa 2023 Healthcare Compliance Benchmark Survey, realizada pela SAI Global. Além disso, 25% consideram como principal desafio do ano a necessidade de abordar áreas de alto risco dentro do setor.

Entretanto, o que fez o compliance no setor de saúde crescer tanto em importância nos últimos anos e, principalmente, virar motivo de preocupação para a maioria dos profissionais da área? A resposta passa justamente pelas facilidades adquiridas com a constante digitalização de tarefas e atividades médicas. A mesma tecnologia que oferece um novo mundo de possibilidades é a que obriga a ter um maior cuidado em seu expediente.

Utilização de dados elevou importância de boas práticas

Hoje, qualquer médico sabe que um bom tratamento a seus pacientes depende da quantidade de informação que se tem dele. Quanto mais dados à disposição, mais fácil para elaborar um diagnóstico preciso e, conseqüentemente, prescrever um tratamento que realmente faça a diferença na vida das pessoas – dados que podem vir de diferentes fontes, como entrevistas com pacientes, estudos clínicos, histórico médico, demografia, entre outros.

A questão é que essas informações representam dois lados de uma mesma moeda. Não dá mais para um médico acessar

armazenar todo o histórico médico de um paciente em um arquivo físico em sua sala e só utilizar novamente quando necessário. Os diversos serviços na área de saúde só avançaram graças à maior circulação desses dados nos canais digitais e sua utilização constante para aprimorá-los cada vez mais. Com a tecnologia de ponta, é possível levantar diferentes cenários a partir do relatado pela pessoa na consulta.

Em contrapartida, esse crescente volume de informações sobre as pessoas também pode revelar situações consideradas sensíveis – e nas mãos erradas trazer vários prejuízos físicos, financeiros e emocionais aos cidadãos. Dessa forma, também é preciso ter cuidado na coleta, tratamento e armazenamento, garantindo que a privacidade seja respeitada e sem qualquer transtorno para os envolvidos.

É nessa balança que o compliance na área de saúde precisa atuar. Ou seja, encontrar alternativas entre a necessidade de aprimorar diagnósticos e tratamentos médicos e a garantia do bom uso dos dados obtidos pelas instituições médicas. É daí que surgem regras e mais regras que buscam regulamentar não apenas o setor, mas a sociedade como um todo. Um consultório, por exemplo, precisa se atentar às normas da Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD), mas também às normas que regem a telemedicina, por exemplo. Uma tarefa ingrata em uma época de constante transformação e atualização.

Solução passa por centralização e segurança de informação

Diante deste novo status, importância, influência e poder dos dados, é natural que o compliance e o respeito às regras seja

uma prioridade no trabalho médico. Um simples descuido como um login aberto já pode ser suficiente para criminosos

vazarem dados médicos (considerados sensíveis pela LGPD) pela Internet. Por isso, todo cuidado é pouco.

Um primeiro passo para garantir a conformidade esperada em relação aos dados de saúde é justamente ter soluções tecnológicas capazes de centralizar essas informações e, claro, tenham níveis de segurança para dificultar qualquer vazamento que possa ocorrer. Assim, o médico consegue, entre outras coisas, manter o controle sobre os dados que possui (evitando que eles fiquem dispersos em diferentes fontes), agiliza a integração entre as informações, melhorando a tomada de decisão e, claro, conta com ferramentas que vão proteger o conteúdo de eventuais invasores – e sem acarretar um custo mais elevado.

O prontuário eletrônico, tão conhecido dos médicos brasileiros, assumiu esse papel ao longo dos últimos anos. O recurso, que antes era visto meramente como uma agenda eletrônica, se transformou no verdadeiro hub das informações médicas, garantindo maior transparência, atenção e confiança no manuseio de todos os dados que o profissional de saúde precisa lidar – além de contar com níveis de segurança que atendem aos requisitos exigidos pelos mais diferentes órgãos e entidades do setor.

O compliance na área de saúde é um assunto relevante demais não só para a boa gestão de clínicas e consultórios, mas também pela própria qualidade no atendimento aos pacientes. Com respeito às regras e boas práticas, as informações potencializam o expediente médico e, conseqüentemente, melhoram o tratamento oferecido. Uma preocupação que, convenhamos, vale a pena ter.

ANS ATUALIZA PAINÉIS DE REAJUSTE DE PLANOS COLETIVOS E DE PRECIFICAÇÃO

GOV (ANS) – 23/02/2024



Consumidores podem usar as ferramentas para verificar informações sobre preços praticados e índices aplicados até 2023.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou os painéis de Reajustes de Planos Coletivos e de Precificação, duas importantes ferramentas de pesquisa para o consumidor. O primeiro traz dados relativos aos reajustes aplicados aos contratos de planos empresariais e por adesão até novembro de 2023. Já o segundo contempla informações compiladas até dezembro de 2023.

Com formato interativo, o Painel de Reajustes de Planos Coletivos possibilita ao usuário analisar tanto planos médico-hospitalares como exclusivamente odontológicos por operadora, porte e modalidade e por tipo de contratação. O usuário pode avaliar, por exemplo, as operadoras e tipos de contratação de planos que tiveram maior ou menor reajuste ao longo dos últimos anos, com dados desde 2014.

Já o Painel de Precificação apresenta um panorama da oferta de planos de saúde e do seu preço no mercado nacional. A ferramenta permite aplicar filtros dinâmicos como tipo de contratação e segmentação assistencial do plano, modalidade e porte da operadora e se o plano tem fator moderador (franquia ou coparticipação). A publicação contempla informações desde 2019 e oferece uma visão ampla do setor, mostrando a evolução dos produtos comercializados na saúde suplementar.

“Os painéis disponibilizados pela Agência são instrumentos fundamentais e necessários para a transparência dos dados da saúde suplementar, beneficiando toda a sociedade. Esses dois, em especial, permitem que o consumidor tenha acesso a dados importantes para tomar sua decisão, tanto para a

contratação de um plano como para realizar a portabilidade de carências”, afirma o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

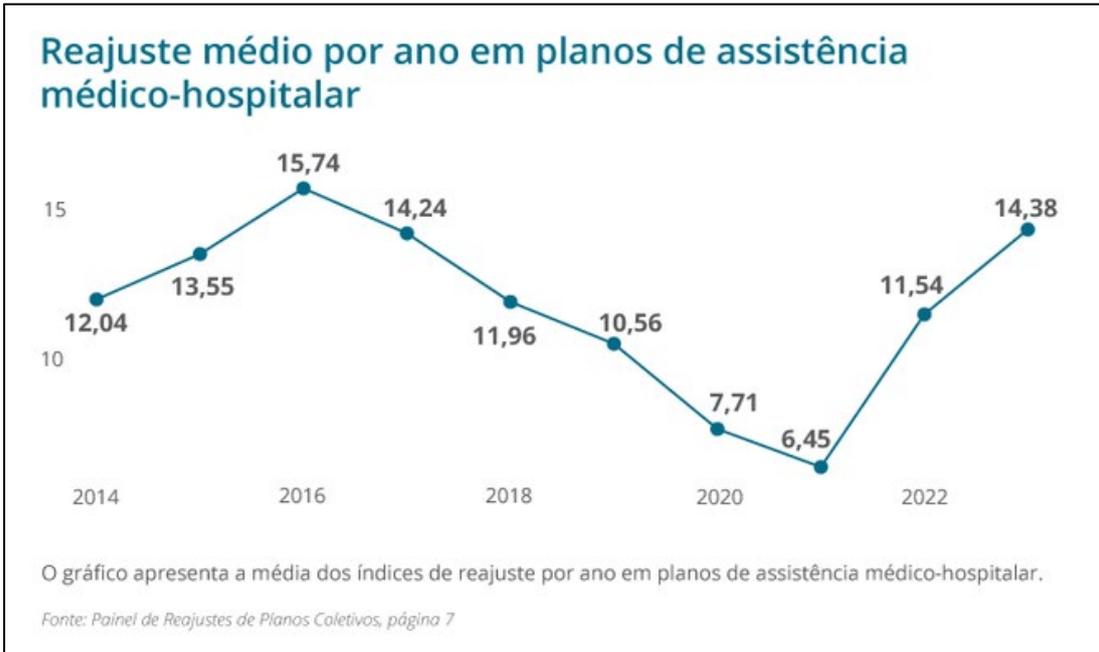
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli salienta os esforços da reguladora para atualizar e disponibilizar as informações para os consumidores: “A ANS tem investido cada vez mais em processos e ferramentas que buscam aperfeiçoar as formas de apresentar os dados do setor, tornando os painéis de dados mais completos e atrativos, para que fiquem cada vez mais acessíveis e de fácil compreensão a todos”.

Painel de Reajuste de Planos Coletivos

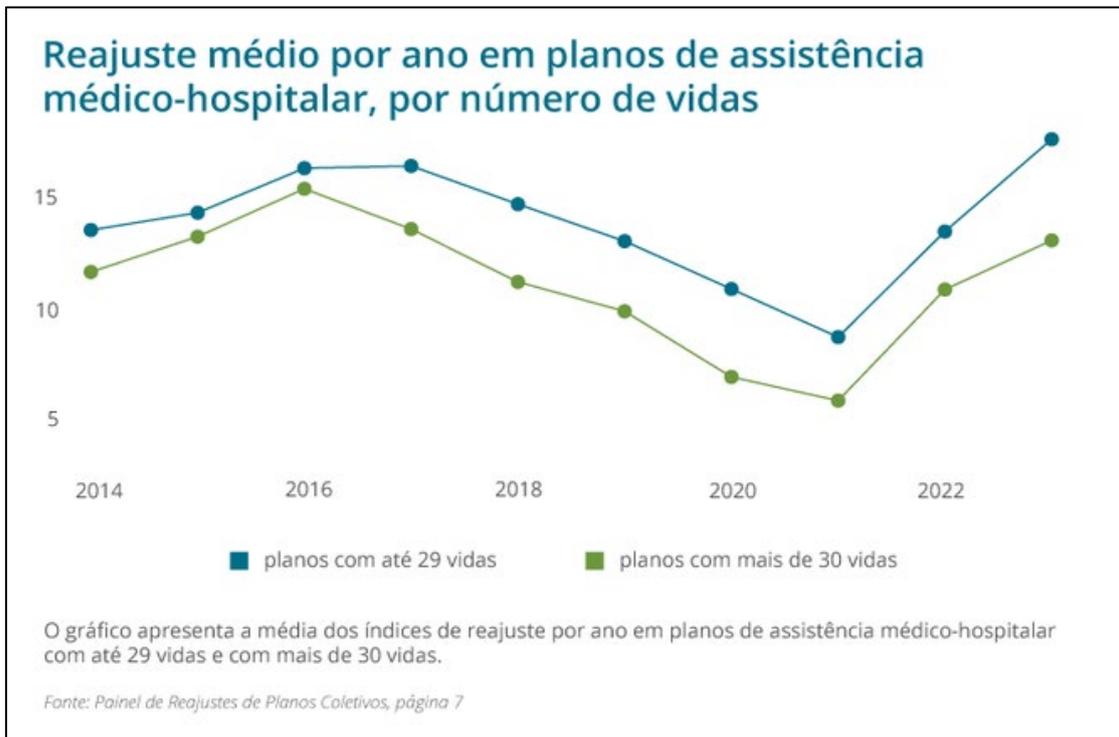
Os índices apresentados no Painel de Reajustes de Planos Coletivos refletem os percentuais informados pelas operadoras dos reajustes anuais praticados nos contratos coletivos. A composição dos reajustes de planos de saúde é influenciada pelo crescimento dos custos assistenciais, que podem ser reflexo de aumento do preço médio dos procedimentos, pela incorporação de novas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e pelo aumento da frequência de utilização e da sinistralidade, entre outros fatores.

Assistência médica

O reajuste médio aplicado aos contratos coletivos de assistência médico-hospitalar de janeiro a novembro de 2023 foi de 14,38%, ou 2,8 pontos percentuais acima do reajuste médio observado nos doze meses de 2022. O aumento nos reajustes coletivos em 2023 segue na esteira do aumento de sinistralidade observado nos resultados financeiros das operadoras no mesmo período.



Reajuste médio em planos de assistência médica



Reajuste médio em planos de assistência médica por porte

Os contratos com menos de 30 vidas estão sujeitos a agrupamento por operadora para que haja um percentual de reajuste anual único. Essa medida foi instituída pela ANS a partir de maio de 2013 com o objetivo de diluir o risco desses pequenos contratos em grupo maior, proporcionando maior mutualismo e estabilidade aos percentuais de reajuste aplicados a contratos de pequeno porte. O reajuste médio dos contratos com menos de 30 vidas foi de 17,85% e superou em +4,6 pontos percentuais o reajuste médio dos contratos com 30 vidas ou mais (13,21%).

Contratos com menos de 30 vidas representaram 24% do total de beneficiários nos contratos coletivos que receberam reajustes entre janeiro e novembro de 2023, apresentando um aumento de 10 pontos percentuais em relação à participação de 14% nos doze meses de 2014. Dentre estes contratos de menor porte, os contratos com até cinco vidas ampliaram sua participação de 5% em 2014 para 15% na parcial de 2023.

Proporção de Beneficiários por porte de contrato



O gráfico apresenta o percentual de beneficiários em planos de assistência médico-hospitalar por porte dos contratos.

Fonte: Painel de Reajustes de Planos Coletivos, página 13

*Resultado parcial com dados até novembro/2023.

Proporção de beneficiários por contratação em planos de assistência médica

Assistência exclusivamente odontológica

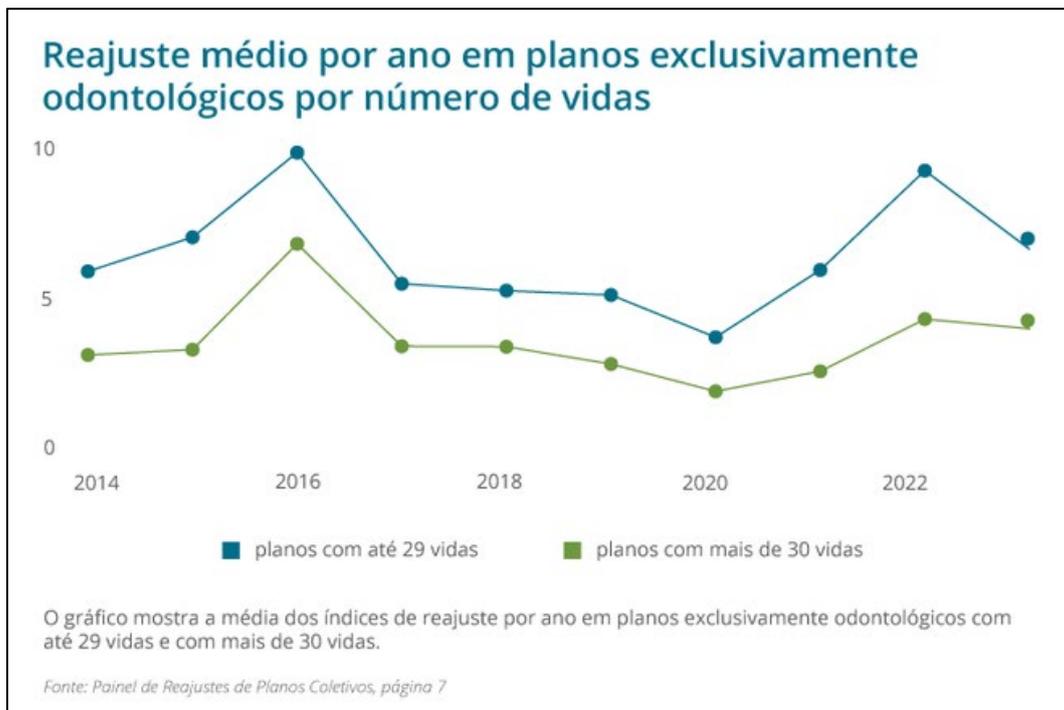
O reajuste médio aplicado aos planos com cobertura exclusivamente odontológica entre janeiro e novembro de 2023 foi 4,47% e está abaixo do reajuste médio observado nos doze meses de 2022.

Por porte de contrato, o reajuste médio correspondeu a 6,64% nos contratos com menos de 30 vidas, superando o reajuste

de contratos com 30 vidas ou mais em 2,6 pontos percentuais (4%). Os planos exclusivamente odontológicos não estão sujeitos à regra de agrupamento de contratos e representam 20% dos beneficiários em contratos coletivos que receberam reajustes entre janeiro e novembro de 2023. Neste segmento os contratos com até 5 vidas representavam 10% dos beneficiários.



Reajuste médio operadoras exclusivamente odontológicas



Reajuste médio operadoras exclusivamente odontológicas por porte

Painel de Precificação

O Painel de Precificação, por sua vez, mostra que, ao fim de 2023, havia 611 operadoras atuando no território nacional, com 18.391 planos de saúde de cobertura médico-hospitalar

disponíveis para comercialização em pelo menos um município. A redução do número total de operadoras atuantes no mercado de 623 (2022) para 611 dá continuidade à tendência de consolidação do setor, observada desde o início da série histórica

Operadoras com planos em comercialização

Ano	Operadoras	% a/a	Planos	% a/a
2018	643	...	16.396	...
2019	626	-2,6%	14.706	-10,3%
2020	636	1,6%	16.227	10,3%
2021	633	-0,5%	17.641	8,7%
2022	623	-1,6%	18.244	3,4%
2023	611	-1,9%	18.391	0,8%

A tabela apresenta a evolução da quantidade de operadoras e de planos de saúde em comercialização no país e o percentual de variação ano a ano.

Fonte: Painel de Precificação.

Operadoras e planos em comercialização

Em termos do volume de planos nas prateleiras das operadoras na média por município, o setor terminou 2023 com 1.692 planos, representando um aumento de 18,1% em relação a 2022. Esse aumento se observou na média dos municípios de todas as unidades da federação.

O crescimento anual do volume de planos nos últimos cinco anos foi impulsionado por planos coletivos empresariais e por adesão (4,6% e 3,7% respectivamente); por planos com fator moderador (planos com coparticipação ou franquia ou

ambos), na ordem de 4,3%, e por planos que oferecem cobertura com abrangência municipal ou em um grupo de municípios (4,6% e 3,2%, respectivamente). A queda mais expressiva é verificada nos planos de contratação individual (-18,7% em 2023 e -5,5% por ano nos últimos cinco anos). Apesar da entrada no mercado de operadoras buscando, especificamente, o mercado individual, a ausência das seguradoras e de medicinas de grupo continua a impactar essa carteira.

Planos em comercialização por tipo de contratação

Contratação	Planos	% ano anterior	% 5 anos (cagr)
Empresarial	10.486	7,1% ↑	4,6% ↑
Adesão	4.979	2,5% ↑	3,7% ↑
Individual	2.926	-18,7% ↓	-5,5% ↓
Total	18.391	0,8%	2,3%

A tabela mostra o número de planos de saúde em comercialização no país em 2023 e o percentual de variação quanto ao ano anterior e nos últimos cinco anos, por tipo de contratação.

Fonte: Painel de Precificação, página 12.

Planos por tipo de contratação

A leitura do painel também possibilita verificar que, de 2019 a 2023, as operadoras de grande porte aumentaram seu

volume de planos, na ordem de 8,8%, enquanto os planos de operadoras de pequeno porte tiveram queda de 6,7%.

Planos em comercialização por porte da operadora

Porte da operadora	Planos	% ano anterior	% 5 anos (cagr)
Grande	8.936	10,6% ↑	8,8% ↑
Médio	5.455	-4,5% ↓	2,2% ↑
Pequeno	4.000	-10,1% ↓	-6,7% ↓
Total	18.391	0,8%	2,3%

A tabela apresenta o número de planos de saúde em comercialização no país em 2023 e o percentual de variação quanto ao ano anterior e nos últimos cinco anos, por porte de operadora.

Fonte: Painel de Precificação, página 12.

Planos por porte de OP

Quando se faz uma análise por modalidade da operadora, percebe-se que o volume de planos de seguradoras e autogestões tiveram o maior crescimento anual, de 8% e

6,7%, respectivamente, seguidos de medicinas de grupo, de 5,8%. Já os planos de filantropias se mantiveram estáveis, mas as cooperativas médicas tiveram queda de 1,9%.

Planos em comercialização por modalidade

Modalidade	Planos	% ano anterior	% 5 anos (cagr)
Medicina de Grupo	8.652	4,6% ↑	5,8% ↑
Cooperativa Médica	7.269	-7,7% ↓	-1,9% ↓
Seguradora	1.322	30,6% ↑	8,0% ↑
Autogestão	575	4,5% ↑	6,7% ↑
Filantropia	573	7,1% ↑	0,0%
Total	18.391	0,8%	2,3%

A tabela mostra o número de planos de saúde em comercialização no país em 2023 e o percentual de variação quanto ao ano anterior e nos últimos cinco anos, por modalidade de operadora.

Fonte: Painel de Precificação, página 12.

Planos por modalidade

Sobre os valores comerciais médios (VCM) de referência dos planos, os aumentos nominais (sem descontar a inflação do período) ocorreram em todos os estados, sendo que os maiores no Maranhão e em Mato Grosso, ambos de 19,2%, em Mato Grosso do Sul, de 18,1% e Pernambuco, de 17,5%. Os estados com os menores aumentos foram Roraima (8,5%), Acre (9%) e Tocantins (10%).

A ANS salienta que os valores de comercialização informados a ela pelas operadoras são valores de referência para a precificação dos planos de saúde e podem apresentar diferenças em relação aos preços de comercialização efetivamente praticados nas tabelas de venda. Essa variação pode ser de até 30% a menos ou a mais do que o valor informado à ANS.

Indicadores por unidades federativas

Região	Unidade da Federação	Municípios BR	% com planos	Ops/mun	Ops/mun var aa	Planos/mun	Planos/mun var aa	VCM/mun	VCM/mun var aa
Centro-Oeste	Distrito Federal	1	100%	75	↓ -1	2.298	↑ 14,7%	\$1.359	↑ 12,9%
Centro-Oeste	Goiás	246	100%	54	↓ -3	1.628	↑ 20,0%	\$1.367	↑ 14,5%
Centro-Oeste	Mato Grosso	141	100%	50	↓ -4	1.571	↑ 24,0%	\$1.401	↑ 19,2%
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	79	100%	53	↓ -5	1.586	↑ 22,9%	\$1.395	↑ 18,1%
Nordeste	Alagoas	102	100%	52	↓ -3	1.604	↑ 20,2%	\$1.387	↑ 14,9%
Nordeste	Bahia	417	100%	57	↓ -4	1.684	↑ 20,4%	\$1.427	↑ 14,4%
Nordeste	Ceará	184	100%	53	↓ -4	1.650	↑ 16,8%	\$1.307	↑ 14,8%
Nordeste	Maranhão	217	100%	49	↓ -6	1.583	↑ 19,0%	\$1.520	↑ 19,2%
Nordeste	Paraíba	223	100%	52	↓ -3	1.613	↑ 19,9%	\$1.323	↑ 13,8%
Nordeste	Pernambuco	185	100%	55	↓ -3	1.684	↑ 19,9%	\$1.489	↑ 17,5%
Nordeste	Piauí	224	100%	50	↓ -5	1.589	↑ 22,1%	\$1.323	↑ 13,8%
Nordeste	Rio Grande do Norte	167	100%	52	↓ -3	1.609	↑ 19,6%	\$1.319	↑ 14,4%
Nordeste	Sergipe	75	100%	54	↓ -5	1.620	↑ 21,3%	\$1.380	↑ 15,1%
Norte	Acre	22	100%	48	↓ -5	1.378	↑ 14,5%	\$1.270	↑ 9,0%
Norte	Amapá	16	100%	47	↓ -6	1.568	↑ 23,0%	\$1.328	↑ 12,7%
Norte	Amazonas	62	100%	48	↓ -4	1.579	↑ 20,7%	\$1.417	↑ 12,6%
Norte	Pará	144	100%	49	↓ -4	1.588	↑ 20,6%	\$1.324	↑ 13,2%
Norte	Rondônia	52	100%	49	↓ -5	1.571	↑ 23,1%	\$1.323	↑ 13,8%
Norte	Roraima	15	100%	47	↓ -6	1.368	↑ 13,6%	\$1.268	↑ 8,5%
Norte	Tocantins	139	100%	49	↓ -4	1.378	↑ 14,1%	\$1.286	↑ 10,0%
Sudeste	Espirito Santo	78	100%	54	↓ -4	1.505	↑ 10,7%	\$1.255	↑ 13,3%
Sudeste	Minas Gerais	853	100%	55	↓ -4	1.656	↑ 18,3%	\$1.290	↑ 13,1%
Sudeste	Rio de Janeiro	92	100%	58	↓ -7	2.051	↑ 11,7%	\$1.465	↑ 12,5%
Sudeste	São Paulo	645	100%	61	↓ -4	2.187	↑ 17,3%	\$1.506	↑ 11,2%
Sul	Paraná	399	100%	55	↓ -5	1.619	↑ 12,8%	\$1.290	↑ 14,5%
Sul	Rio Grande do Sul	497	100%	53	↓ -4	1.679	↑ 18,4%	\$1.292	↑ 15,7%
Sul	Santa Catarina	295	100%	51	↓ -4	1.563	↑ 14,5%	\$1.282	↑ 14,6%
Total BR		5.570	100%	54	-4	1.692	18,1%	\$1.360	14,1%

O gráfico mostra o percentual de municípios com oferta de planos, a quantidade de operadoras que atuam no estado, o total de planos comercializados e a variação de valor comercial anual.

Fonte: Painel de Precificação, página 30

Quanto ao valor comercial médio por faixa etária, observa-se que, para a faixa de 0 a 18 anos de idade, o valor comercial médio atingiu R\$ 345, representando uma variação de 11,9% frente ao ano anterior. Para a última faixa etária, o valor

comercial médio foi de R\$ 1.973, ou seja, 11,7% superior ao valor registrado em dezembro de 2022. Os valores compreendem os três tipos de contratação (individual, coletivo empresarial e coletivo por adesão).



Fonte: Painel de Precificação, página 16



Fonte: Painel de Precificação, página 16

O Painel de Reajustes Coletivos e o Painel de Precificação estão disponíveis para consulta no site da ANS em [Dados e Indicadores do Setor > Painéis dinâmicos > Dados sobre planos de saúde](#).

Portabilidade de carências

A partir dos dados dos painéis, bem como de outras informações disponibilizadas pela Agência, o consumidor tem maior conhecimento do setor e pode optar, dentro das suas necessidades, pela portabilidade de carências, um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à [Lei nº 9.656/98](#). Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais,

coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento de requisitos.

A ANS elaborou uma cartilha com informações completas sobre o tema para orientar sobre prazos e critérios para realização da portabilidade. [Clique e confira aqui](#).

Guia ANS

Para consultar os planos disponíveis no mercado e compatíveis para fins de portabilidade, o beneficiário deve consultar o [Guia ANS de Planos de Saúde](#). Depois de preencher as informações requisitadas sobre o plano de origem e sobre os critérios desejados na contratação do novo plano, ao final da consulta serão retornados os planos disponíveis para portabilidade.

[Clique aqui e saiba mais sobre portabilidade](#).

SENADORA QUESTIONARÁ VENDA DA AMIL EM REUNIÃO COM PRESIDENTE DA ANS

Veja – 22/02/2024

Paulo Rebello irá na quinta-feira ao gabinete de Soraya Thronicke, que quer ouvi-lo sobre situação dos beneficiários dos planos de saúde e hospitais.

A senadora Soraya Thronicke (Podemos-MS) vai receber o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, em seu gabinete nesta quinta-feira para questioná-lo sobre a venda da Amil pelo UnitedHealth Group (UHG) para o empresário José Seripieri Filho, conhecido como Júnior.

A ANS aprovou a transferência do controle acionário da operadora de planos de saúde para Seripieri Filho em janeiro. O negócio também recebeu sinal verde do Cade.

Thronicke teme que o enorme valor em dívidas assumidas pelo empresário na compra resulte em corte significativo de funcionários e falta de atendimento a usuários de planos de saúde e da rede hospitalar da Amil. “Isso vai desaguar no SUS”, afirma a senadora.

A transação é avaliada em cerca de 11 bilhões de reais – 2 bilhões de reais a ser pagos à multinacional americana e 9 bilhões de reais em dívidas.

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.