

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

03 de julho de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Justiça autoriza plano de saúde a não cobrir tratamento de câncer de segurado](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[Projeto de lei quer obrigar operadoras a ofertar plano de saúde individual no Brasil](#) – Fonte: Info Money

[ANS aprova ajuste no indicador do monitoramento da garantia de atendimento](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Esclarecimentos sobre reajuste dos beneficiários transferidos da Unimed-Rio para a Unimed Ferj](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Gestão de pessoas: peça fundamental na recuperação financeira das empresas de saúde](#) – Fonte: Saúde Debate

[Norma ISO 7101 chega ao Brasil e estabelece padrões internacionais para saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Empresas negociam planos de saúde sem internação: como fica o consumidor?](#) – Fonte: Info Money

[Região Norte apresenta o maior crescimento percentual de empregos na cadeia da saúde do país](#) – IESS

[Deliberações da 30ª reunião técnica da Cosaúde](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS recebe novo pedido de suspensão de venda de planos da Golden Cross](#) – Fonte: GOV (ANS)

[52% das clínicas privadas enfrentam dificuldades com reembolsos de planos de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Espaços promissores impulsionam atividade de fusões e aquisições no setor de saúde em 2024](#) – Fonte: Saúde Business

JUSTIÇA AUTORIZA PLANO DE SAÚDE A NÃO COBRIR TRATAMENTO DE CÂNCER DE SEGURADO

Folha de São Paulo – 03/07/2024

Paciente teria omitido doença preexistente na hora de assinar o contrato.

A Leve Saúde, empresa de planos médicos, conseguiu uma decisão judicial para suspender os pagamentos de um segurado no Rio de Janeiro que se tratava de câncer e tinha omitido da companhia a doença preexistente.

Segundo a companhia, o cliente teria deixado de relatar que possuía um linfoma não Hodgkin, diagnosticado em junho de 2022.

Ele contratou o serviço da Leve Saúde em dezembro de 2023 e, em janeiro deste ano, foi internado e diagnosticado com linfoma.

Segundo a empresa, na entrevista de assinatura do contrato, ele foi questionado se possui alguma doença.

Essa é uma forma de evitar surpresas com tratamentos que estejam fora do escopo do plano e estabelecer períodos de carência para determinados tipos de doença.

A Leve Saúde afirma que o cliente disse ter apenas uma hérnia umbilical e não relatou o câncer.

Consta no processo que as informações foram prestadas pelo cliente sem a orientação de um médico da operadora para averiguar o questionário.

No processo, a operadora informou que, já usufruindo dos serviços do plano de saúde, o segurado se consultou com um hematologista.

Durante a consulta, um familiar disse ao médico que o segurado tinha feito biópsia da medula óssea, em fevereiro de 2022, em um procedimento típico de tratamento de câncer.

Para a juíza Maria Cecilia Pinto Gonçalves, da 52ª Vara Cível do Rio de Janeiro, a "omissão intencional em contrato de seguro contamina o contrato".

Além do tratamento contra o linfoma, a Leve Saúde também foi dispensada de cobrir qualquer tratamento para outras doenças preexistentes até que o cliente possa se defender e seja proferida uma sentença.

Em nota, a Leve Saúde diz que continuará a monitorar e agir com rigor contra tentativas de fraude e que tomará todas as providências legais necessárias.

PROJETO DE LEI QUER OBRIGAR OPERADORAS A OFERTAR PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL NO BRASIL

Info Money – 03/07/2024

Planos empresariais têm reajuste acima dos individuais e devem seguir regras da agência reguladora.

Apenas 15,6% dos brasileiros têm planos de saúde na modalidade individual ou familiar. Nos últimos anos, as operadoras de saúde têm optado por oferecer coberturas do tipo empresariais ou coletivas, que não são reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Desta forma, seguem o caminho da livre negociação de mercado. Isso permite, por exemplo, que os planos empresariais tenham reajustes bem acima dos individuais, que devem seguir as regras da agência reguladora.

É neste cenário que tramita, no Congresso Nacional, o PL 1.174/2024, do senador Romário (PL-RJ), que obriga as empresas de planos de saúde a oferecer e a comercializar opções individuais aos consumidores. A proposta, que altera a Lei 9.656, de 1998, aguarda escolha de um relator na CAE (Comissão de Comissão de Assuntos Econômicos).

"Atualmente, as empresas de planos de saúde obrigam, na prática, os consumidores a adquirirem planos coletivos, os quais não contam com garantias importantes aos consumidores e especificação de condições", afirma Romário, segundo a agência Senado.

O senador carioca também explicou que o objetivo do projeto é garantir as duas proteções fundamentais dos planos individuais de saúde que os coletivos não possuem:

- reajuste autorizado anualmente pela ANS, que proíbe as operadoras de aplicar aumentos maiores do que os autorizados;

- as seguradoras não podem cancelar unilateralmente os contratos sem antes justificar e notificar os consumidores.

De acordo com o projeto de lei, as operadoras continuariam autorizadas a comercializar planos coletivos, empresariais e por adesão, mas teriam a obrigação legal de oferecer também a opção de planos individuais aos consumidores. Dessa forma, caberia ao cliente escolher a modalidade que lhe for mais conveniente.

"O projeto garante à população o direito de contratar um plano de saúde individual, determinando que as operadoras de saúde ofertem, necessariamente, esse produto ao consumidor", afirma Romário na justificativa do projeto.

Em 2021, a Comissão de Transparência e Defesa do Consumidor aprovou um projeto (PLS 153/17) do ex-senador Reguffe, que tinha o mesmo objetivo. Mas após ser enviada para a CAS (Comissão de Assuntos Sociais), a proposta foi arquivada.

"O projeto busca inserir na lei que regulamenta os planos de saúde a obrigatoriedade de planos individuais, pois é fato que na prática do mercado, há uma gradativa substituição dos planos individuais pelos planos coletivos, nos quais as regras de proteção são mais limitadas, mas acabam sendo menos

custosos ao consumidor”, diz o advogado Bruno Boris, sócio e fundador do escritório Bruno Boris Advogados.

Ele ressalta, no entanto, que a simples obrigatoriedade de criação desses planos, não significa que serão economicamente acessíveis ao consumidor. “Não se pode ignorar que as seguradoras de plano de saúde, ao serem obrigadas a disponibilizar tal modelo de plano, repassarão ao consumidor final o custo dessa determinação legal”, diz Boris.

O Idec informou, por meio da sua assessoria de imprensa, que defende que operadoras de planos de saúde ofereçam planos individuais aos consumidores que preencham o perfil e queiram contratar esse tipo de produto.

“A retirada destes planos do mercado é um movimento proposital das operadoras para precarizar vínculos e eliminar o poder de escolha dos consumidores”, diz nota oficial do instituto ao destacar que a mera obrigação legal de oferecer planos individuais não resolve o problema, já que as operadoras poderiam passar a oferecer produtos muito caros.

“É mais urgente e estratégico defender que a regulação de planos coletivos seja equiparada à dos individuais. Entendemos que apenas assim o problema estrutural de práticas abusivas será resolvido.”

O que diz o setor?

Por meio da sua assessoria de imprensa, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) informou que acompanha o tema, com a devida atenção, e está pronta para contribuir com a sustentabilidade do setor de saúde suplementar, que tem como objetivo oferecer atendimento eficiente e de qualidade ao beneficiário.

“A entidade reafirma seu compromisso institucional de colaborar com informações técnicas na busca por elucidar pontos importantes sobre as operadoras dos planos de saúde e às regras a que estão submetidas”, diz a nota oficial.

Já a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) preferiu não comentar.

ANS APROVA AJUSTE NO INDICADOR DO MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

(GOV) ANS – 03/07/2024

Diretoria Colegiada votou pela ampliação da base de cálculo que utiliza reclamações sobre negativas de cobertura ou demora para realização de procedimentos.

Durante a **608ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada (DICOL)** da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada na segunda-feira 1º/07, os diretores da reguladora aprovaram a implementação de um ajuste no indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento. O Monitoramento é uma importante ferramenta da ANS para estimular a mudança de comportamento das operadoras, já que prevê a suspensão temporária da comercialização de planos de saúde por operadoras consideradas em risco assistencial, a partir de reclamações sobre negativas de atendimento ou de descumprimento de prazos para a realização de procedimentos por beneficiários de planos de saúde.

Com a decisão, o programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento passará a usar um número maior de demandas assistenciais registradas na ANS pelos consumidores. A grande diferença é que o indicador ajustado irá considerar 50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo como base de cálculo do numerador. Diferente do indicador ainda vigente, que se baseia em demandas assistenciais analisadas e classificadas pela Diretoria de Fiscalização. O denominador permanece usando como base a média do número de beneficiários no período.

“Estamos fazendo um ajuste importante, ampliando a base de demandas assistenciais utilizadas para o cálculo do indicador. Essa mudança vai proporcionar resultados mais alinhados com a realidade de cada ciclo”, avalia o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Para o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli, a alteração é uma resposta que a ANS está dando à sociedade: “A implementação do ajuste no indicador para o Monitoramento da Garantia de Atendimento permitirá ao órgão regulador identificar com maior eficiência as operadoras com problemas, a existência de risco à assistência dos beneficiários, e proteger cautelarmente os consumidores, quando identificadas inadequações”, destacou Fioranelli.

Também na **608ª Reunião Ordinária da DICOL**, os diretores votaram a favor da suspensão dos ciclos relativos ao 2º e ao 3º trimestre de 2024, a fim de que possa ser implementada a utilização das demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários como fonte de dado para cálculo do indicador da operadora.

No ciclo relativo ao 2º trimestre de 2024 está prevista apenas a liberação da comercialização dos planos suspensos no 1º trimestre deste ano, de acordo com os resultados que serão divulgados pela ANS na próxima quinta-feira, 4/07.

Como a metodologia prevê a comparação dos resultados das operadoras em dois ciclos seguidos, a suspensão de planos em função do Monitoramento da Garantia de Atendimento com o indicador ajustado será divulgada em abril de 2025, após avaliação dos ciclos referentes ao 4º trimestre de 2024 e ao 1º trimestre de 2025.

A elaboração do ajuste na base de cálculo do indicador atende à recomendação da Auditoria Interna da ANS para a realização de estudos sobre a possibilidade de ampliação do quantitativo de reclamações utilizadas, quando da auditoria realizada no Mapeamento do Risco Assistencial, do qual o Monitoramento da Garantia de Atendimento faz parte.

Entenda o que muda com o ajuste do indicador

| Antes do ajuste no indicador | Depois do ajuste no indicador |
|--|---|
| Tipo de demanda | |
| - Demandas assistenciais classificadas como Núcleo e RVE* | - Demandas assistenciais informadas como não resolvidas pelo beneficiário |
| Quantidade de demandas | |
| - Todas as demandas analisadas/classificadas como Núcleo e RVE até a data do processamento do Monitoramento da Garantia de Atendimento | - 50% das demandas assistenciais informadas como não resolvidas pelo beneficiário durante o período avaliativo do ciclo do Monitoramento da Garantia de Atendimento |

*demandas assistenciais classificadas como Núcleo são aquelas que foram analisadas pela Diretoria de Fiscalização e enviadas para apuração nos Núcleos da ANS. As demandas classificadas como RVE (Reparação Voluntária e Eficaz) são aquelas que a operadora soluciona o problema corrigindo eventuais danos ou prejuízos ao beneficiário dentro do prazo de 5 dias úteis da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP).

Nas simulações realizadas com o aprimoramento da base de cálculo do indicador, foi verificado um aumento médio de 82% na quantidade de demandas consideradas no monitoramento para as operadoras médico-hospitalares e de 1.492% para as exclusivamente odontológicas. Isso implica no aumento de

operadoras com demandas válidas para o monitoramento, em média 67%, para as operadoras médico-hospitalares e 550% para as exclusivamente odontológicas.

Principais vantagens com o ajuste do indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

- Não depende da análise manual de demandas assistenciais

- Mantém uso de demandas com indícios de infração em questões relacionadas ao atendimento do beneficiário

Novo calendário do Monitoramento da Garantia de Atendimento

| | | |
|--------------|--|---|
| 1º trim/2024 | Processamento normal | Divulgação em 4/07/2024 |
| 2º trim/2024 | Ciclo suspenso | Divulgação apenas da liberação dos planos eventualmente suspensos no 1º trim/2024 |
| 3º trim/2024 | Ciclo suspenso | Sem divulgação |
| 4º trim/2024 | 1º ciclo processado com o novo indicador | Divulgação em fevereiro/2025 - Resultado das operadoras por Faixa de Classificação |
| 1º trim/2025 | 2º ciclo processado do novo indicador | Divulgação em abril/2025 - Resultado das operadoras por Faixa de Classificação e planos eventualmente suspensos |

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 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.

ESCLARECIMENTOS SOBRE REAJUSTE DOS BENEFICIÁRIOS TRANSFERIDOS DA UNIMED-RIO PARA A UNIMED FERJ

(GOV) ANS – 02/07/2024

Ajuste técnico foi aprovado em caráter excepcional e visa ao equilíbrio da carteira dos planos individuais/familiares

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece que a transferência de beneficiários da Unimed-Rio (registro ANS 393321) para a Unimed Ferj (registro ANS 312363), assinada em 5/3/2024 por meio de Termo de Compromisso estabelecido entre as duas operadoras, os ministérios públicos Federal e Estadual do Rio de Janeiro, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e a Diretoria Colegiada da reguladora, contou com o estabelecimento de um ajuste técnico-atuarial das mensalidades dos planos individuais/familiares.

O ajuste de 21,1% - limitado ao percentual máximo de 20% no ano - foi autorizado a partir de maio, para coincidir com o período de vigência do reajuste anual, para todos os contratos de planos individuais/familiares transferidos. Trata-se de uma medida extraordinária e estritamente baseada no Termo de Compromisso firmado, na tentativa de reduzir os efeitos de desequilíbrio da carteira da Unimed-Rio assumida pela Unimed Ferj. A operadora se comprometeu a informar aos seus beneficiários sobre a cobrança com os devidos esclarecimentos.

O percentual, a forma e o período de aplicação do ajuste técnico-atuarial foram aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS em 8/04/2024, ressaltando que o reajuste anual autorizado pela ANS teria que estar contemplado nesse ajuste, limitado ao percentual máximo de 20% no ano (reajuste anual + ajuste técnico-atuarial). Assim, ficou decidido que o percentual de ajuste atuarial que excedesse 20%, incluído nesse limite o reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais/familiares, deveria ser diferido pelos exercícios subsequentes, de forma que não fosse ultrapassado o limite de 20% ao ano.

Portabilidade de carências

A ANS destaca que os beneficiários que não desejarem permanecer na Unimed Ferj, por qualquer motivo, têm direito a realizar a portabilidade de carências, devendo apenas cumprir os requisitos dispostos na Resolução Normativa 438/2018. A Agência disponibiliza, de forma didática e acessível, uma cartilha sobre o tema. [Clique aqui](#) para acessá-la.

No [Guia ANS de Planos de Saúde](#), o beneficiário pode pesquisar opções de planos de saúde para realizar a portabilidade de carências.

GESTÃO DE PESSOAS: PEÇA FUNDAMENTAL NA RECUPERAÇÃO FINANCEIRA DAS EMPRESAS DE SAÚDE

Saúde Debate – 02/07/2024

Entidades são parceiras em projeto de Avaliação de Tecnologias para a saúde suplementar.

O mercado de saúde privada no Brasil movimenta anualmente cerca de R\$ 415 bilhões, de acordo com o IPC Maps. Esse desempenho é impulsionado, em parte, pelo elevado gasto particular dos brasileiros com saúde, que representa 5,3% do PIB do País ao longo de seis anos. Em contrapartida, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) estima que o resultado operacional das empresas de planos de saúde foi negativo em R\$ 8 bilhões em 2023.

A crescente demanda por serviços de saúde, acompanhada também por reclamações de pacientes, pelo aumento da sinistralidade e pela maior incidência de fraudes, levam a esses resultados. O comportamento do usuário também mudou e, no pós-pandemia, prioriza a prevenção, sobrecarregando muitas estruturas de atendimento.

Nas empresas listadas, a situação não é diferente. Os custos elevados e a dificuldade de repasses de preços têm provocado o alongamento de prazos de pagamentos. No entanto, o recém-lançado Panorama Setorial da Saúde, da Robert Half, revelou que o setor continua a buscar profissionais, com um aumento médio anual de 3,9% nas contratações no último quinquênio. Contudo, enfrentam a crescente concorrência de outros setores, que oferecem pacotes de remuneração mais atrativos e melhores oportunidades de progressão na carreira.

Nos últimos 20 anos, ocorreu um movimento robusto de consolidação, com mais de 800 fusões e aquisições

registradas. A concentração dos negócios aponta para uma busca de ganhos de escala e ganhos de eficiência. Por outro lado, especialistas indicam um longo caminho para o estabelecimento de organizações coesas e eficientes.

Até o momento, notamos que as operações se tornaram mais complexas, com estruturas, processos e sistemas muitas vezes redundantes ou, até mesmo, incompatíveis. Com a consolidação, por exemplo, muitas empresas incorporaram hospitais e laboratórios, entrando em áreas diferentes.

Por vezes, os negócios são desenvolvidos por uma força de trabalho que carece de habilidades técnicas e comportamentais essenciais para as posições. Muitas empresas têm origem familiar e histórico de administração por profissionais da área médica, resultando em um déficit de capacitação desde as atividades operacionais até os níveis executivos.

O setor requer cada vez mais perfis de profissionais diferenciados, com flexibilidade e resiliência para fazer a conexão entre operações de diferentes naturezas. Há uma forte demanda por profissionais seniores da área financeira com bom entendimento dos processos do setor, além de conhecimentos especializados nas áreas de faturamento, auditoria e autorizações.

Dadas as dificuldades para encontrar os perfis necessários, a alternativa, nem sempre eficiente, tem sido investir no treinamento dos colaboradores juniores. Outra solução costuma ser a contratação por projeto para resolver backlogs gerados pelas ineficiências internas e pelos atritos entre

operadoras e prestadoras, assim como transferir know-how aos colaboradores permanentes da empresa.

As empresas de Saúde no Brasil são essencialmente “pré-digitais”, ou seja, incorporam pouca tecnologia e automatização em sua gestão. Por isso, há carência de profissionais de Tecnologia da Informação (TI). No entanto, como a procura por especialistas em sistemas existe em praticamente todos os setores, as empresas de Saúde têm

ainda mais dificuldade para recrutar, assim como para repor colaboradores assediados pela concorrência.

Dentro deste cenário, torna-se evidente que o setor precisa aprimorar suas estratégias de recrutamento e retenção, de forma que os talentos possam contribuir decisivamente para o desempenho das companhias. É fundamental reconhecer a importância da gestão de pessoas na recuperação financeira das empresas de Saúde. Adaptabilidade, treinamento, inovação e investimento contínuo em pessoas são essenciais para garantir o sucesso futuro do setor no Brasil.

NORMA ISO 7101 CHEGA AO BRASIL E ESTABELECE PADRÕES INTERNACIONAIS PARA SAÚDE

Saúde Business – 02/07/2024

Nova norma visa estabelecer padrões globais para toda a indústria da saúde, trazendo credibilidade e segurança para o setor.

A recém-lançada norma ISO 7101:2023, que estabelece padrões internacionais de qualidade, chegou ao Brasil e está em processo de tradução pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Destinada a toda a indústria da saúde, ela é a primeira norma de consenso e entendimento global para a gestão de qualidade no setor.

"Este é um momento muito importante para o Brasil. As empresas que aderirem à ISO 7101 terão ganhos incalculáveis, pois sua implantação exige a participação e o endosso das lideranças para apoiar o desenvolvimento do sistema de qualidade. Essa abordagem envolve planejamento, gestão de riscos, monitoramento, avaliação, ação corretiva e melhoria contínua", destaca Mara Machado, CEO do Instituto Qualisa de Gestão (IQG).

Por que a Norma ISO 7101 é diferente?

Embora já existam certificações e creditações renomadas adotadas pelo setor no Brasil, muitas normas relacionadas aos cuidados de saúde têm foco restrito em tipos específicos de serviços, como hospitais, laboratórios e clínicas especializadas. Embora esses programas sejam importantes, eles não abordam a gestão de forma holística e baseada nos

resultados do cuidado. "A chegada da ISO 7101 representa mais um passo fundamental para uma saúde sustentável, conferindo ainda mais credibilidade às empresas atuantes no país", avalia Mara.

Já existem também diversas certificações e creditações relacionadas à ISO 7101, focadas em sistemas de gestão de qualidade, dispositivos médicos, laboratórios clínicos, gestão hospitalar e outras áreas. "A chegada da norma é o primeiro passo. Agora, os executivos do setor precisam se conscientizar de sua importância e se organizarem para a sua implementação. São diversos ganhos para todos os envolvidos. Com a norma, a gestão da saúde se torna mais segura e sustentável", afirma a CEO do IQG

Apresentação da Norma ISO 7101:2023 para o mercado brasileiro

Para apresentar a nova norma ao mercado, Mara Machado realizará a palestra "A Importância da Norma ISO 7101:2023 para o Cenário Brasileiro" no evento "Lançamento da Comissão Especial de Estudos da ABNT para Tradução da Norma ISO 7101:2023 de Sistemas de Gestão de Qualidade em Instituições do Setor de Saúde", durante o MetroSaúde – Simpósio de Metrologia na Área de Saúde. O evento ocorrerá nos dias 16 e 17 de julho, no prédio do InRad, em São Paulo, com a participação de especialistas, gestores e líderes da saúde.

EMPRESAS NEGOCIAM PLANOS DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO: COMO FICA O CONSUMIDOR?

Info Money – 01/07/2024

Entenda o que está em jogo no setor de saúde complementar no Brasil.

O acordo verbal firmado entre o presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), e as operadoras de planos de saúde do país para suspender as rescisões unilaterais de pacientes em tratamento continuado tem gerado debate sobre um possível condicionamento do acordo à inclusão de novos termos no projeto de lei que regulamenta o setor.

O ponto principal dos embates é o que permite contratos sem internação. Oficialmente, nada foi confirmado, mas essa é uma demanda antiga do setor e que tem levantado reclamações de órgãos que representam os consumidores.

"O Idec acompanha historicamente o PL 7.419 e sempre nos manifestamos quando há movimentação na sua tramitação.

Vemos o movimento atual com muita preocupação, porque, diferentemente de outras vezes, a movimentação não foi impulsionada por algum relatório, mas por uma verdadeira chantagem dos planos de saúde", diz o Idec por meio de nota oficial. "As empresas decidiram investir pesadamente nas rescisões unilaterais de contrato, atingindo patamares que nunca havíamos visto antes, e utilizaram essa prática ilegal e abusiva como 'moeda de troca' para conseguir acesso ao presidente da Câmara", afirma a entidade.

E o Idec continua: "As propostas de subsegmentação de planos e de compartilhamento de riscos com o setor público são demandas já antigas do mercado, e já foram rechaçadas muitas vezes pela sociedade civil organizada — não só Idec, mas muitas outras. Acabaram nunca avançando pelas vias legislativas ordinárias."

A entidade disse ainda que pedirá que o Idec e outras entidades representativas dos consumidores e de pacientes sejam recebidos pelo deputado Arthur Lira, assim como foi noticiado que aconteceria, e espera que as reivindicações sejam ouvidas. “É inaceitável que uma nova regulação setorial seja feita à revelia de quem vai sofrer diretamente as suas consequências negativas. Além de aprofundar os problemas do setor, isso seria uma verdadeira premiação da postura abusiva das empresas, que, chantageando e vitimando milhares de consumidores, conseguirão emplacar retrocessos inestimáveis na legislação.”

Produto de prateleira

O advogado Bruno Boris, sócio e fundador do escritório Bruno Boris Advogados, comenta que a proposta de plano de saúde sem internação, em princípio, seria uma possibilidade ofertada ao mercado, como um produto de prateleira ao consumidor que optar por um plano que atenda apenas exames e consultas, sem internação. “Em princípio, não vejo ilegalidade nessa proposta. Mas, obviamente, um plano que restringe a internação deve ser comunicado claramente ao consumidor, para que ele saiba exatamente os limites daquele plano, como em qualquer contrato. Pela questão envolver saúde, certamente haverá um movimento contrário à proposta, mas num regime privado de saúde, alguém precisa arcar com a despesa”, comenta o advogado.

Fabio Izoton, corretor de seguros e de planos de saúde, diz que existem produtos que têm a possibilidade de ter registro apenas com a cobertura ambulatorial ou hospitalar.

“Esse movimento atual no Congresso não é direcionado para essa questão porque existem produtos sendo comercializados desta forma”, afirma. Para ele, tudo isso é reflexo dos últimos 2 anos — no pós-pandemia, as operadoras apresentaram prejuízo em seus balanços com algumas fechando as operações.

Serviços alternativos

De fato, os serviços alternativos de saúde têm ganhado destaque entre os brasileiros, que estão sem recursos para arcar com planos tradicionais de saúde e vêm fazendo a customização de coberturas que cabem em seu bolso. Especialistas, no entanto, alertam que os consumidores devem ficar atentos aos serviços oferecidos.

Os tipos de planos de saúde que são regulamentados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e pela legislação e suas respectivas coberturas são os seguintes:

Plano Ambulatorial – compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas. Não abrange internações. Os exames que não exijam permanência em hospital por um período superior a 12 horas devem ser cobertos nessa modalidade de plano;

Plano Hospitalar sem Obstetrícia – compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive em UTI, transespaço, quimioterapia e radioterapia entre outros tratamentos, que são necessários durante o período de internação. Inclui também os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. É assegurada a cobertura de exames complementares realizados durante o período de internação hospitalar e procedimentos em hemodinâmica.

Plano Hospitalar com Obstetrícia – acrescenta ao Plano Hospitalar sem Obstetrícia a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida. Garante também a inscrição do recém-nascido como dependente, isento do cumprimento de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias após o nascimento.

Plano Referência – É a modalidade de plano mais completa e compreende assistência médico-hospitalar para todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos e os atendimentos de urgência e emergência. Nessa modalidade, há cobertura para realização de todos os exames e procedimentos especiais previstos nos planos ambulatorial e hospitalar.

Plano Odontológico – compreende a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo endodontia, periodontia, exames radiológicos e cirurgias orais menores realizadas em nível ambulatorial sob anestesia local.

O que diz a ANS?

Procurada, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) informou, por meio da sua assessoria de imprensa, que tem acompanhado o discurso das operadoras sobre o que já chamaram de ‘planos acessíveis’.

“Essa questão foi objeto de um Grupo de Trabalho criado em 2017 pelo ministério da Saúde e que contou com representantes do MS, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização [CNseg]. Nesse processo, foram realizadas análises técnicas, encontros com especialistas e com representantes de entidades de defesa do consumidor e do setor que participaram de debates públicos sobre a criação de planos acessíveis”, diz a nota oficial.

A entidade destaca que planos apenas com cobertura para consultas e exames já existem na saúde suplementar: são os planos ambulatoriais.

“Também vale ressaltar que a ANS é contra a redução de coberturas ou de qualquer direito do consumidor a uma assistência integral à saúde. Para a ANS, o mais importante é a qualidade da assistência. A reguladora entende que o produto ideal é aquele que mede o desfecho do atendimento prestado”, diz a nota.

REGIÃO NORTE APRESENTA O MAIOR CRESCIMENTO PERCENTUAL DE EMPREGOS NA CADEIA DA SAÚDE DO PAÍS

IESS – 01/07/2024

Setor privado teve alta acentuada de 6,9% no trimestre, acima da média nacional. Segmento acumula mais de 4,9 milhões de vínculos, aponta estudo do IESS

O Brasil encerrou o mês de março com 4,9 milhões de empregos na cadeia produtiva da saúde. A região Norte se sobressaiu e fechou o trimestre com 157,2 mil vínculos referentes ao setor privado com crescimento de 6,9%, acima da média nacional (1,5%). As informações são do Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde nº 70, publicação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estudo considera os setores público, privado e empregos diretos e indiretos sendo que do total, a grande maioria (81,5%) corresponde, justamente, a vínculos formais do setor privado. As regiões Norte e Centro-Oeste se destacam com o mesmo percentual (12,5%), quando considerado o peso da cadeia no mercado de trabalho total.

Depois do Norte, as regiões que mais cresceram no setor privado, levando-se em conta a variação percentual do trimestre foram o Sudeste (2,3%), Nordeste (1,2%), e Centro-Oeste (0,4%) O Sul teve variação negativa (-1,2%) no período.

Maior concentração no Sudeste

O relatório mostra ainda que, pouco mais da metade do total de vínculos da cadeia da saúde (2,5 milhões) pertencem ao Sudeste. No entanto, a região que registrou o maior crescimento percentual no trimestre (2,1%) foi o Norte, seguido do Sudeste (1,8%), Centro-Oeste (1%) e Nordeste (0,7%). O Sul apresentou variação negativa (-1,1%) no período.

“O crescimento de empregos na cadeia da saúde no Brasil foi puxado, especialmente, pelo setor privado, já que o setor público fechou o trimestre com leve queda (-0,9%). Nota-se que o segmento como um todo segue forte e aquecido. Com exceção do Sul, as demais regiões do País apresentaram indicadores positivos em volume de contratações”, observa o superintendente executivo do IESS, José Cechin,

Já o saldo mensal de oportunidades, registrado em março, foi de 2,2 mil empregos no setor. No acumulado do ano, considerando os subsetores, o que mais gerou empregos formais na cadeia foi o de prestadores (130,8 mil), seguido por fornecedores (45,5 mil). Já operadoras tiveram saldo de 6,9 mil postos de trabalho. No total, o saldo do setor privado (183,3 mil) representa 13,2% do volume gerado pela economia (1,4 milhão).

Para acessar o relatório na íntegra, [clique aqui](#).

DELIBERAÇÕES DA 30ª REUNIÃO TÉCNICA DA COSAÚDE

(GOV) ANS – 28/06/2024

ANS apresentou estudo sobre preços de medicamentos selecionado.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 25/06, a 30ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde).

O diretor de Normas e Habilitações dos Produtos (DIPRO), Alexandre Fioranelli, iniciou o encontro salientando a importância do primeiro item da pauta. “Começaremos essa manhã com a apresentação de estudos sobre preços de medicamentos na saúde suplementar com a comparação de valores da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e com os gastos registrados no padrão Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS)”, explicou.

O estudo foi realizado pela Coordenadoria de Avaliação Econômica em Saúde, da DIPRO, com o objetivo de verificar os valores informados pelas operadoras de planos privados de saúde relacionados a medicamentos que são objeto de propostas de atualização do rol. Os medicamentos selecionados foram: dupilumabe, osimertinibe e olaparibe. “Esse trabalho é parte do esforço de aprimoramento das informações referentes a preços na saúde suplementar que

são elementos fundamentais nas análises econômicas de novas tecnologias”, destacou o diretor Fioranelli.

Segundo a análise, cada tecnologia dispõe de uma realidade diferente de utilização que se traduz em particularidades, tornando desafiadora a análise das informações encaminhadas à ANS. Diante desse cenário, os membros da Comissão apresentaram sugestões de desdobramentos do estudo, que serão avaliadas pela ANS.

Sobre o segundo item da pauta, foi apresentada proposta de atualização das diretrizes de utilização 65.9 e 65.10 do Anexo II do rol, relacionadas ao tratamento da asma grave com medicamentos imunobiológicos. A proposta preliminar será enviada aos membros da Cosaúde através de formulário eletrônico para apresentação de manifestações e contribuições, de forma a trazer maior completude ao material a ser disponibilizado para Consulta Pública.

Sobre a Cosaúde

A Cosaúde é composta por representantes indicados pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), conforme previsto na Resolução Normativa 555/22. Seu principal objetivo é assessorar a ANS na definição da amplitude da cobertura assistencial no âmbito da saúde suplementar.

Para assistir à íntegra da reunião, [clique aqui](#).

ANS RECEBE NOVO PEDIDO DE SUSPENSÃO DE VENDA DE PLANOS DA GOLDEN CROSS

(GOV) ANS – 28/06/2024

Operadora oficializou solicitação para suspender a comercialização de outros nove produtos

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que a operadora Golden Cross (razão social Vision Med Assistência Médica Ltda e registro ANS 403911) registrou, em 21/06, nova solicitação junto à reguladora para interromper a comercialização de outros nove planos médico-hospitalares. Assim, de acordo com as regras da ANS, a partir de 22/7 a Golden Cross poderá suspender a venda desses produtos.

A suspensão da comercialização dos planos não afeta nenhum dos atuais beneficiários da operadora, pois essa suspensão não cancela os contratos existentes.

Com as suspensões solicitadas anteriormente, a partir de 22/07, a Golden Cross terá 20 planos ativos para comercialização, sendo três de cobertura médico-hospitalar (da segmentação referência) e 17 exclusivamente odontológicos. Vale destacar que a operadora também poderá solicitar a suspensão da comercialização desses planos a qualquer momento. No entanto, os planos da segmentação referência somente podem ter a comercialização suspensa se todos os demais planos também forem suspensos.

52% DAS CLÍNICAS PRIVADAS ENFRENTAM DIFICULDADES COM REEMBOLSOS DE PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 28/06/2024

Pesquisa realizada pela Conclínica destaca também a preocupação com o controle de despesas, especialmente a separação dos gastos pessoais dos profissionais..

Entre os numerosos desafios enfrentados pelas clínicas particulares no Brasil, um dos mais críticos é o recebimento de reembolsos dos planos de saúde. Para 52% dessas empresas, manter a saúde financeira em ordem e lidar com os procedimentos de reembolso são questões primordiais para os gestores.

Esses dados são extraídos de uma pesquisa conduzida pela Conclínica, que também destaca a preocupação com o controle de despesas, especialmente a separação dos gastos pessoais dos profissionais.

Um dos principais obstáculos que as clínicas enfrentam ao receber reembolsos dos planos de saúde reside na complexidade dos processos exigidos pelas operadoras, frequentemente resultando em atrasos prolongados nos pagamentos pelos serviços prestados, o que pode afetar negativamente o fluxo de caixa das clínicas.

Além disso, as clínicas particulares também enfrentam desafios na negociação de valores com as operadoras de planos de saúde, nem sempre alcançando acordos favoráveis que cubram adequadamente os custos reais dos procedimentos, potencialmente impactando suas margens de lucro ou até mesmo resultando em prejuízos financeiros.

O impacto dos planos de saúde sobre as clínicas particulares é significativo, influenciando tanto a gestão financeira quanto a operacionalização dos serviços. A dependência dos reembolsos para manter as operações e garantir um fluxo de caixa saudável é crucial.

A burocracia excessiva nos processos de solicitação frequentemente resulta em atrasos nos pagamentos, sendo os planos individuais mais padronizados e menos flexíveis nas negociações de valores e prazos de pagamento, enquanto os planos corporativos envolvem contratos mais complexos e exigem uma maior capacidade administrativa das clínicas.

Para enfrentar esses desafios, as clínicas particulares podem adotar estratégias eficazes para minimizar problemas de reembolso:

1. Investimento em sistemas de gestão financeira eficientes: Implementar sistemas que permitam monitorar de perto os reembolsos e identificar possíveis atrasos, melhorando a transparência financeira e otimizando a comunicação com as operadoras de planos de saúde.
2. Automação de processos: Automatizar processos sempre que possível pode acelerar o fluxo de trabalho, reduzir erros e garantir uma gestão mais precisa e eficiente, além de facilitar a comunicação com as operadoras.
3. Conhecimento profundo dos contratos e regulações: Manter-se bem-informado sobre os termos dos contratos com as operadoras de planos de saúde e acompanhar as mudanças regulatórias é essencial para uma negociação assertiva e adaptação rápida às novas exigências.
4. Diversificação de fontes de receita: Reduzir a dependência exclusiva dos reembolsos de planos de saúde diversificando as fontes de receita pode estabilizar as finanças da clínica e mitigar impactos financeiros negativos.
5. Combinação de estratégias para sustentabilidade a longo prazo: Integrar essas estratégias pode fortalecer a gestão financeira e as negociações com as seguradoras,

posicionando melhor as clínicas para garantir sustentabilidade e crescimento no mercado de saúde.

Utilizar soluções tecnológicas que integrem sistemas de atendimento e finanças em um só lugar é uma maneira inteligente de reduzir problemas. Softwares de gestão clínica

que permitem o envio eletrônico de documentos e comunicação direta com operadoras de planos de saúde exemplificam essa abordagem, centralizando tarefas burocráticas, automatizando processos e minimizando riscos relacionados a atrasos em pagamentos, reembolsos e controle de despesas.

ESPAÇOS PROMISSORES IMPULSIONAM ATIVIDADE DE FUSÕES E AQUISIÇÕES NO SETOR DE SAÚDE EM 2024

Saúde Business – 27/06/2024

Mesmo com desafios econômicos globais, o setor de saúde continua a se destacar em fusões e aquisições, impulsionado por inovações pós-pandemia e novas estratégias de investimento, especialmente no Brasil.

O setor de saúde manteve sua relevância em fusões e aquisições em 2023, mesmo diante de taxas de juros globais mais altas, pressões inflacionárias e incertezas geopolíticas. Após o ano recorde de 2021, quando representou 20% dos acordos, o setor de saúde global observou uma queda na atividade e na participação. No entanto, alguns segmentos positivos refletem os fortes fundamentos do setor e o impulso gerado pela inovação da pandemia, como a aceleração de novos modelos assistenciais, novos modelos de negócio na produção farmacêutica (como CDMOs) e avanços em Healthcare IT, especialmente em acordos entre provedores de prontuários eletrônicos de saúde.

No Brasil, o cenário seguiu uma tendência semelhante à global, com forte crescimento em 2021 (atingindo US\$ 13 bilhões, 17% do valor e 9% das transações totais) e desaceleração nos anos subsequentes. Em 2023, houve uma recuperação mais lenta, com acordos no setor de saúde alcançando US\$ 3,4 bilhões, dos quais 60% foram concentrados na aquisição da Amil, em uma transação de US\$ 2,25 bilhões. As aquisições em saúde representaram cerca de 6% do total no país em valor e volume no último ano.

O estudo aprofundado da Bain & Company no setor demonstra alguns pontos relevantes:

- O mercado brasileiro de saúde é robusto, com mais de R\$ 1 trilhão em receita e potencial de crescimento no longo prazo, impulsionado por mudanças demográficas, potenciais ganhos de escala e integrações, e pelo aumento da importância da saúde no dia a dia do consumidor pós-Covid.
- O setor de prestação de serviços assistenciais ainda atrai o maior foco de acordos, concentrando cerca de 70% das negociações, onde a principal tese historicamente tem sido o ganho de escala, com 30-50% das transações.
- Impulsionadas pela participação de private equity, as teses para entrar em novos elos da cadeia e para prover novos modelos assistenciais têm ganhado crescente representatividade, chegando a 61% do total de transações em 2023.

Mercado robusto, com alto potencial de crescimento no longo prazo com a evolução demográfica

O profit pool de Saúde no Brasil ainda é bastante relevante e com potencial de crescimento no longo prazo. Com cerca de R\$1 trilhão de receita e aproximadamente \$100 bilhões (10%) de EBITDA estimado em 2022.

Somado a isso, considerando o perfil histórico de gastos no Brasil, a expectativa é de que o crescimento futuro previsto para a indústria de saúde no país seja concentrado principalmente no setor privado e, com isso, potencialmente siga estimulando os movimentos de fusões e aquisições. O Brasil apresenta historicamente cerca de 55% dos gastos com saúde concentrados no setor privado – percentual mais elevado que em outros países.

O que a análise do profit pool também mostra é a tensão na qual vive o setor, com grande pressão sobre as margens e, com isso, incentivos a movimentos de aumento de eficiência por meio de ganhos de escala ou de novos modelos de atuação. O subsetor de pagadores se mostra como segmento mais desafiador em termos de margens, apresentando resultados negativos de até 7%, devido a pressões de sinistralidade relevantes no período pós-pandemia.

Prestadores como maior força em fusões e aquisições, historicamente buscando ganhos de escala

O subsetor de prestadores (empresas que oferecem assistência, como hospitais, empresas de medicina diagnóstica, clínicas e consultórios médicos) manteve-se como o segmento com maior número de acordos, concentrando aproximadamente 70% do volume ao longo dos anos. A maioria das fusões visa ganhos de escala, destacando-se pela redução de custos, expansões regionais ou estratégias de verticalização.

Para prestadores e pagadores, alvos na área de TI em saúde (health techs) têm se tornado mais relevantes, representando mais de 10% das transações nos últimos anos. Esses investimentos visam a integração de dados, uso de analytics e digitalização, além de parcerias cada vez mais importantes.

A transição das principais teses de investimento em M&As está mais focada na entrada em novos elos da cadeia e novos modelos de assistência e acesso, com maior presença de private equity

Apesar de fusões e aquisições buscando ganho de escala ainda serem bastante frequentes, elas vêm perdendo força em relação ao que já trouxeram historicamente. Em 2018, testes de ganho de escala representavam 75% das transações – eram 40% em 2023. Passados os movimentos mais evidentes e esperados de consolidação no setor, com os líderes de cada subsetor hoje concentrando maior participação do mercado, vemos uma transição para teses de investimento mais disruptivas, buscando a entrada em novos elos da cadeia de valor e o desenvolvimento de novos modelos de acesso e assistência. Em especial, nessas últimas duas teses de investimento, é onde observamos maior presença de private equity como motor de investimento, atuando em mais 70% das transações.

Com essa transição, a expectativa é de uma maior participação de private equity no setor nos próximos anos, seguindo uma tendência observada globalmente, e que tem o potencial de trazer maior agilidade e capital para acelerar as fusões e aquisições.

Para recompor a margem no setor, no curto prazo, o cenário de recuperação no Brasil é fortemente correlacionado com fatores exógenos, como custo da dívida e manutenção de uma inflação controlada, mas também com fatores endógenos, como regulamentações setoriais (como pisos salariais, cobertura da saúde suplementar, compartilhamento de dados etc), resultados dos grandes M&As dos últimos anos em termos de eficiência e a demonstração de sinais preliminares de sucesso de iniciativas para gestão do beneficiário e racionalização de custo.

A médio e longo prazo, o setor de saúde privada deve continuar atraindo capital devido ao tamanho e oportunidades do seu profit pool. Entretanto, as taxas internas de retorno, historicamente impulsionadas por receitas e expansão de múltiplos, agora exigem investimentos em criação de valor. Isso levará as diligências para além do comercial, incorporando fatores operacionais e tecnológicos, e a busca por novas competências para lidar com os desafios de integração na cadeia de valor e gestão de custos

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.