

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

31 de julho de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde: usuários se queixam de preço e falta de transparência](#) – Fonte: Agência Brasil

[Oferta de planos de saúde individuais por município tem primeira alta em cinco anos](#) – Fonte: O Globo

[Fraudes contra planos de saúde prejudicam todos os usuários](#) – Fonte: O Globo

[Associação dos planos de saúde tenta barrar CPI na Alerj, mas justiça nega liminar](#) – Fonte: O Globo

[Veja como fica a saúde com a reforma tributária](#) – Fonte: Saúde Debate

[ANS incorpora novas tecnologias ao Rol](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde: dados mostram pequena redução no reajuste médio de planos coletivos e maior oferta de planos individuais](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS incorpora novo tratamento para linfoma folicular no Rol de procedimentos e eventos](#) – Fonte: Jota info

[ANS divulga resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Número de terapias cresce 19,7% na saúde suplementar entre 2022 e 2023](#) – Fonte: IESS

[ANS recebe entidades médicas para tratar do enfrentamento à obesidade na saúde suplementar](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Diretores de Previc, Abrapp e anapar questionam falta de debate sobre plano de ‘super-regulador’](#) – Fonte: Valor Econômico

PLANOS DE SAÚDE: USUÁRIOS SE QUEIXAM DE PREÇO E FALTA DE TRANSPARÊNCIA

Agência Brasil – 31/07/2024

O preço das mensalidades somado à sensação de falta de transparência são as principais queixas de usuários de planos de saúde.

Pesquisa do FGV – Justiça, Centro de Inovação, Administração e Pesquisa do Judiciário aponta que 48% dos entrevistados consideram os valores muito altos e 64% avaliam os reajustes como inadequados. O preço das mensalidades também está no topo do ranking na lista de pontos negativos em relação aos planos.

A pesquisa aponta ainda que 55% dos usuários de planos de saúde confiam pouco ou não confiam no Setor de Saúde Suplementar do país. Já 42% confiam ou confiam muito. Por outro lado a média de satisfação dos usuários com os planos foi de 7,7 pontos em uma escala que vai até dez.

O ministro do STJ, Antônio Saldanha Palheiro, coordenador Acadêmico do Fórum Permanente da Saúde, destaca a importância do combate às fraudes que pode contribuir para o problema dos altos preços das mensalidades.

O ministro ainda avalia que o Setor precisa melhorar a comunicação com os usuários. Muitos, segundo ele, desconhecem o conteúdo do próprio contrato.

A qualidade dos serviços foi citada como o principal ponto positivo pelos usuários de planos, mas também apareceu na segunda posição da lista dos negativos.

Na avaliação do que os usuários entendem como relevante, o atendimento no consultório ficou em terceiro, atrás apenas da qualidade dos serviços e dos profissionais.

OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS POR MUNICÍPIO TEM PRIMEIRA ALTA EM CINCO ANOS

O Globo – 30/07/2024

Dados da ANS, apontam ainda uma pequena queda no reajuste médio dos contratos coletivos. Preço dos planos com menor número de beneficiários sobe mais.

Pela primeira vez em cinco anos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apurou um crescimento de quantidade de planos individuais ofertados por município. A alta foi de 7,1% em 12 meses. Na média geral, a alta foi de 4,1%. Os contratos coletivos empresariais tiveram alta 8,9%, enquanto planos coletivos por adesão recuaram 9,4%.

Os painéis dinâmicos com os dados do setor, que acabam de ser atualizados pela agência reguladora, com dados até maio deste ano, apontam ainda uma pequena redução no reajuste

médio aplicado aos contratos coletivos: de 13,80% ante a 14,25% apurado no ano passado.

Quando classificado por porte de contrato, o reajuste médio dos contratos de assistência médica com menos de 30 vidas nos cinco primeiros meses do ano foi de 18,44%, cerca de 6 pontos percentuais acima do reajuste dos contratos com 30 vidas ou mais, que registram alta de 12,14%.

A ANS chama atenção para o fato que a participação dos contratos de pequeno porte mantém uma tendência de alta desde 2014. Os planos com até cinco beneficiários ampliaram sua participação de 4,7% em 2014 para 15,8% na parcial de 2024, o que pode se explicar pela baixa oferta de contratos individuais no mercado da saúde suplementar.

FRAUDES CONTRA PLANOS DE SAÚDE PREJUDICAM TODOS OS USUÁRIOS

O Globo – 30/07/2024

Irregularidades põem o sistema em risco. Gastos com reembolso subiram 98%. Há algo muito errado acontecendo.

De repente um homem fica cego. O caso isolado vira epidemia. Na pacata cidade sem nome, homens confinados em sua escuridão esquecem que cada ato seu tem impacto no outro. O grupo — que antes obedecia a padrões comportamentais, pois essenciais ao funcionamento do conjunto — agora é um aglomerado de indivíduos que agem pelas leis do benefício próprio. O resultado é um caos insustentável. “Ensaio sobre a cegueira”, de José Saramago, serve como metáfora para os desafios da saúde suplementar.

Assim como na ficção, o claro entendimento de que planos de saúde funcionam na base do coletivismo é essencial para o sistema. O ato de um beneficiário impacta os outros. Em princípio, todos aceitam as regras. Mais de 51 milhões de brasileiros pagam seus planos, cientes de que uns usarão

mais do que outros e de que as empresas precisam operar no positivo para entregar o contratado. Dentro do uso responsável desse acordo, a realização de mais de 1,6 bilhão de procedimentos por ano cabe no orçamento das operadoras e atende a contento à demanda da população por atendimento de qualidade.

Fraudes, no entanto, colocam o sistema em risco. O reembolso sem desembolso explodiu de 2019 para cá. Há cinco anos, as despesas assistenciais do setor de saúde privada eram de R\$ 172,8 bilhões. O reembolso, de R\$ 6 bilhões. Em 2023, as despesas alcançaram R\$ 239 bilhões, alta de 38%. Já os gastos com reembolso cresceram 98%, para R\$ 11,9 bilhões. Há algo muito errado acontecendo.

Outro exemplo ainda mais sensível acontece abertamente nas redes sociais, onde há vários advogados, agentes de saúde e pessoas comuns compartilhando dicas de como

fraudar os planos. Grave por si só, o quadro fica ainda pior, pois envolve o uso indevido da Justiça. A promessa é que, por meio de liminares, seja possível derrubar carências previstas na lei e nos contratos e obter procedimentos e medicamentos não autorizados.

Para coibir as fraudes, as empresas de saúde abriram mais de 4 mil notícias-crime e ações cíveis contra práticas abusivas. Só em 2023, foram 2.042 casos, alta de 66% sobre 2022. Mas a batalha é inglória. Do outro lado, o número de processos movidos contra operadoras chegou a 219,3 mil, volume 32,8% maior do que em 2022. Somente em 2023, as operadoras gastaram R\$ 5,5 bilhões com a judicialização, 37% a mais do que em 2022. Boa parte, com processos indevidos.

Não há dúvidas de que o plano de saúde deva arcar com o que é previsto em contrato. Mas fraude é crime previsto no artigo 171 do Código Penal. Triste é pensar que a própria Justiça é indevidamente usada e, por muitas vezes, levada a erro ao dar ganho de causa a fraudadores quando decide a favor de liminares que ferem as normas do setor. A insegurança jurídica é tamanha que, nos últimos três anos, três das maiores seguradoras do mundo que atuavam na área da saúde no Brasil saíram do país. A japonesa Sampo, a alemã Allianz e a americana UnitedHealth Group.

Dado o cenário, afirmo categoricamente que os planos de saúde não são o vilão da sociedade. O problema do setor não está no atendimento devido aos pacientes graves, aos que sofrem de transtorno do espectro autista e nem aos idosos. O problema está no uso indevido e até fraudulento do sistema. Quem perde é a sociedade.

ASSOCIAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE TENTA BARRAR CPI NA ALERJ, MAS JUSTIÇA NEGA LIMINAR

O Globo – 30/07/2024

Representação empresarial reclama sob competência da assembleia para tratar do tema.

A CPI dos Planos de Saúde aberta pela Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro parou na Justiça. A Associação Brasileira dos Planos de Saúde apresentou um mandado de segurança para que os trabalhos da comissão, previstos para serem reiniciados no próximo dia 8, fossem interrompidos.

A alegação era de que a Assembleia Legislativa do Rio não teria direito de atuar sobre assuntos relacionados ao tema - o que caberia somente à União. Foram acionados o presidente da CPI, Fred Pacheco, e o presidente da Alerj, Rodrigo Bacellar.

No entanto, a desembargadora Cíntia Santarém Cardinalli indeferiu o pedido de liminar sob a alegação de que a CPI tem plena legitimidade de realizar seus trabalhos no âmbito da defesa dos consumidores do estado do Rio de Janeiro.

VEJA COMO FICA A SAÚDE COM A REFORMA TRIBUTÁRIA

Saúde Debate – 30/07/2024

A recente aprovação do Projeto de Lei Complementar n.º 68/2024, que regulamenta a reforma tributária, trouxe mudanças significativas para o setor de saúde, com implicações positivas e negativas para os profissionais e os planos de saúde. Guilherme Di Ferreira, advogado especialista em Direito Tributário no Lara Martins Advogados, comenta as principais mudanças e seus impactos.

Segundo Di Ferreira, “a reforma traz a possibilidade das empresas se creditarem de planos de saúde coletivos previstos em convenção, algo que antes era proibido. Isso permitirá que empresas deduzam os valores pagos aos planos de saúde de seus funcionários como crédito tributário, reduzindo o impacto financeiro da tributação.” Essa mudança visa aliviar a carga tributária sobre as empresas e incentivar a manutenção dos benefícios de saúde aos funcionários.

No entanto, a carga tributária sobre os planos de saúde ainda gera preocupação. Apesar de serem beneficiados por alíquotas reduzidas, o setor deve enfrentar um aumento na tributação efetiva. “A estimativa é que as alíquotas de referência dos novos tributos (IBS e CBS), somadas, alcancem 26,5%, embora a alíquota efetiva seja de 10,6% para serviços médicos e hospitalares”, afirma Di Ferreira. Isso representa um desafio para a sustentabilidade do setor, que já lida com altos custos operacionais.

Para os serviços de saúde, medicamentos e equipamentos médicos, haverá uma redução de 60% na alíquota do IBS e

CBS, com isenção total para alguns medicamentos específicos, como aqueles utilizados no tratamento do câncer. “Essa medida é crucial para manter os custos dos tratamentos e medicamentos mais acessíveis à população, especialmente em um momento de crescente demanda por serviços de saúde”, destaca o advogado.

Profissionais liberais, como médicos, terão uma redução de 60% nas alíquotas dos serviços prestados. No entanto, clínicas médicas, especialmente as enquadradas no Lucro Presumido, podem ver um aumento na carga tributária de aproximadamente 8,65% para cerca de 10%. “Esse aumento pode gerar um efeito cascata, impactando os preços dos serviços oferecidos pelas clínicas e, eventualmente, os consumidores finais”, alerta Di Ferreira.

A reforma busca simplificar o sistema tributário, mas os aumentos na carga tributária para o setor de saúde podem trazer desafios significativos, como o aumento nos custos operacionais e a pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, há esperanças de que a produção local de equipamentos médico-hospitalares seja incentivada, reduzindo a dependência de importações e potencialmente baixando os custos a longo prazo.

As mudanças propostas pela reforma tributária exigem uma abordagem equilibrada e detalhada para garantir que os objetivos de simplificação e eficiência sejam alcançados sem comprometer a sustentabilidade dos serviços essenciais de

saúde. “É fundamental que o diálogo entre os setores envolvidos e o governo continue, para que possamos ajustar

as propostas e minimizar os impactos negativos”, conclui Guilherme Di Ferreira..

ANS INCORPORA NOVAS TECNOLOGIAS AO ROL

GOV (ANS) – 30/07/2024

Reguladora também ajustou termo em procedimento para cobertura de técnica por micro-ondas para tratamento de câncer.

Em reunião realizada nessa segunda-feira, 22/7, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a incorporação de três tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo elas:

- **Pamoato de Pasireotida**, medicamento injetável para tratamento de pacientes com acromegalia, uma doença rara causada pela produção excessiva do hormônio do crescimento e de uma proteína, que levam aumento exagerado de partes do corpo como mãos, pés e nariz e que pode gerar complicações como diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca;
- **Sulfato de Gentamicina** combinado à Doxiciclina, antibióticos para tratamento de brucelose humana, doença infecciosa causada por bactéria que pode causar febre, suor excessivo, dor de cabeça, dores musculares e articulares, cansaço, perda de peso, náuseas, vômitos, entre outros sintomas; e
- **Lenalidomida em combinação com Rituximabe**, antineoplásticos para o tratamento de pacientes com linfoma folicular (ocorre nos gânglios linfáticos) previamente tratados.

Assim, as três tecnologias - que já têm cobertura assegurada no período de internação hospitalar e na internação domiciliar - passarão a contar também com a cobertura obrigatória em regime ambulatorial a partir da publicação de resolução normativa em 1º/8/2024.

Procedimento tem nova técnica incluída

Durante a reunião também foi realizada a inclusão da técnica de micro-ondas nos procedimentos de ablação térmica para o tratamento de câncer de cólon e reto, que havia sido incorporado ao rol recentemente. A alteração foi feita após esclarecimentos adicionais feitos à ANS pela Conitec.

De modo que a tecnologia, que conta com cobertura para três situações, passará a ser identificada da seguinte forma:

- i. Ablação percutânea por radiofrequência ou microondas de metástase hepáticas de câncer colorretal guiada por ultrassonografia e/ou tomografia computadorizada (com diretriz de utilização);
- ii. Ablação percutânea por radiofrequência ou microondas de metástase hepáticas de câncer colorretal por laparotomia (com diretriz de utilização); e,
- iii. Ablação percutânea por radiofrequência ou microondas de metástase hepáticas de câncer colorretal por videolaparoscopia (com diretriz de utilização).

Os processos de análise para inclusão das tecnologias à lista de coberturas obrigatórias na saúde suplementar seguiram a Lei 14.307/2022, que determina que, após a recomendação positiva pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) para inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS), elas devem ser incluídas no Rol da Agência.

Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conta com tecnologias disponíveis aos beneficiários entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias, atendendo às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

PLANOS DE SAÚDE: DADOS MOSTRAM PEQUENA REDUÇÃO NO REAJUSTE MÉDIO DE PLANOS COLETIVOS E MAIOR OFERTA DE PLANOS INDIVIDUAIS

GOV (ANS) – 30/07/2024

Painéis dinâmicos atualizados pela Agência promovem transparência e auxiliam consumidores na tomada de decisão.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de atualizar dois painéis dinâmicos com dados do setor de planos de saúde: o painel de Reajuste de Planos Coletivos, com dados até maio de 2024, e o painel de Precificação, com dados até junho deste ano. No primeiro, é possível verificar que o reajuste médio aplicado aos contratos coletivos de assistência médica foi de 13,80%, pouco abaixo do ocorrido em 2023, que foi de 14,25%. O segundo painel apresenta o aumento de 4,1% na média de planos comercializados por

município, com o crescimento da oferta dos individuais na ordem de 7,1%, ambos em relação a junho do ano passado. É a primeira vez nos últimos cinco anos em que se observa essa ampliação na quantidade de planos individuais ofertados por município.

“As informações desses dois painéis nos trazem perspectivas do setor. Essas ferramentas disponibilizadas pela Agência permitem que o consumidor acompanhe importantes dados da saúde suplementar e tome suas decisões de forma mais embasada e consciente. Para algo tão importante como a contratação de um plano é fundamental que tenhamos essas

informações”, destaca o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Com formato interativo, o Painel de Reajustes de Planos Coletivos possibilita ao usuário analisar tanto planos médico-hospitalares como exclusivamente odontológicos por operadora, porte, 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 de Precificação 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), contando com informações dos últimos cinco anos e permitindo uma visão ampla do setor sobre os produtos comercializados na saúde suplementar.

“Os dados trazidos por esses painéis devem ser analisados de forma abrangente, seja pela sociedade, seja pelo próprio

setor, porque servem, inclusive, para as ações de gestão das operadoras, de concorrência do mercado, de indução de qualidade, dentre tantas outras situações”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli.

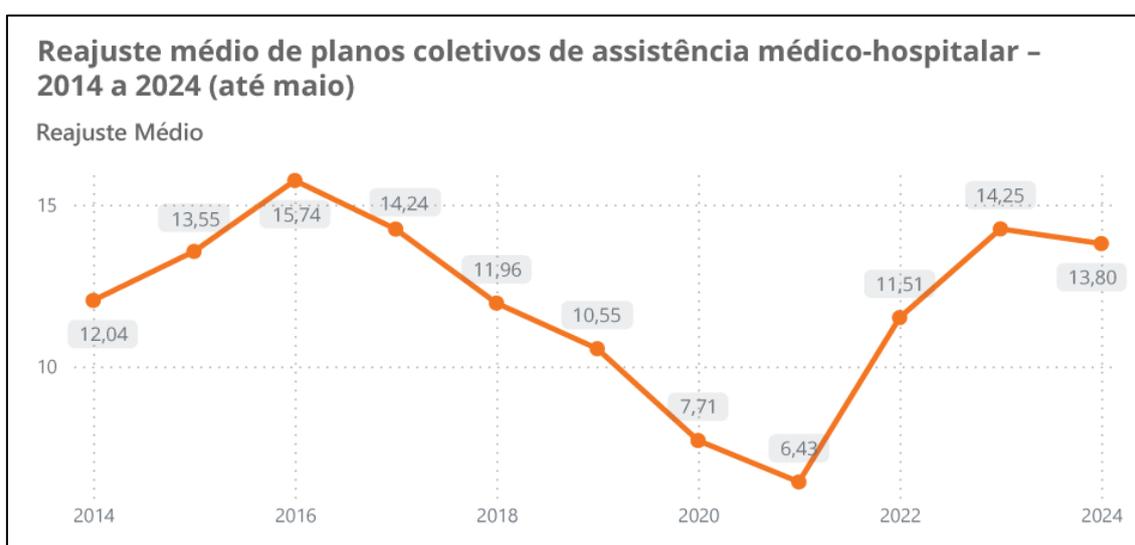
Confira pontos de destaque do Painel de Reajustes de Planos Coletivos:

- Assistência médica

O reajuste médio aplicado aos contratos coletivos de assistência médico-hospitalar de janeiro a maio de 2024 foi de 13,80%, abaixo do reajuste médio do ano passado.

Planos coletivos de assistência médico-hospitalar

O gráfico abaixo apresenta a evolução do reajuste médio de planos coletivos de assistência médico hospitalar no período de 2014 até maio de 2024:



Fonte: Painel de Reajustes de Planos Coletivos

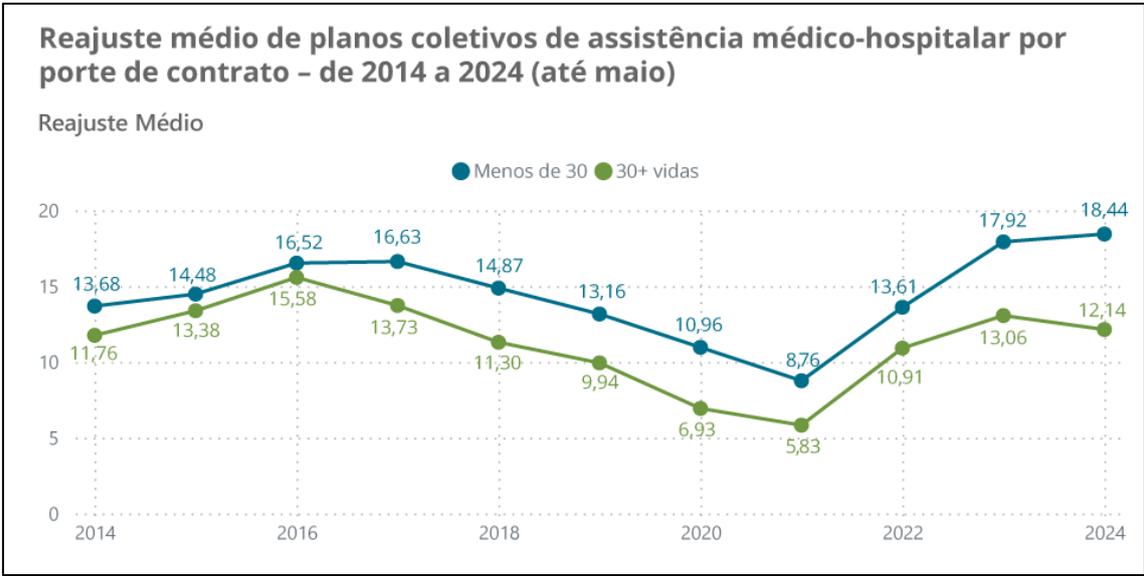
Na visão por porte de contrato, o reajuste médio dos contratos de assistência médica com menos de 30 vidas nos cinco primeiros meses do ano foi de 18,44%, cerca de 6 pontos percentuais acima do reajuste dos contratos com 30 vidas ou mais (12,14%).

O reajuste dos contratos com menos de 30 vidas segue tendência de distanciamento em relação ao de contratos com 30 vidas ou mais.

É importante destacar que os contratos com menos de 30 vidas seguem as regras do Agrupamento de Contratos: as

operadoras devem reunir em um grupo único todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste. Essa medida tem como objetivo a diluição do risco desses contratos para aplicação do reajuste ao consumidor, conferindo maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários considerados e estabilidade aos percentuais aplicados aos contratos de pequeno porte.

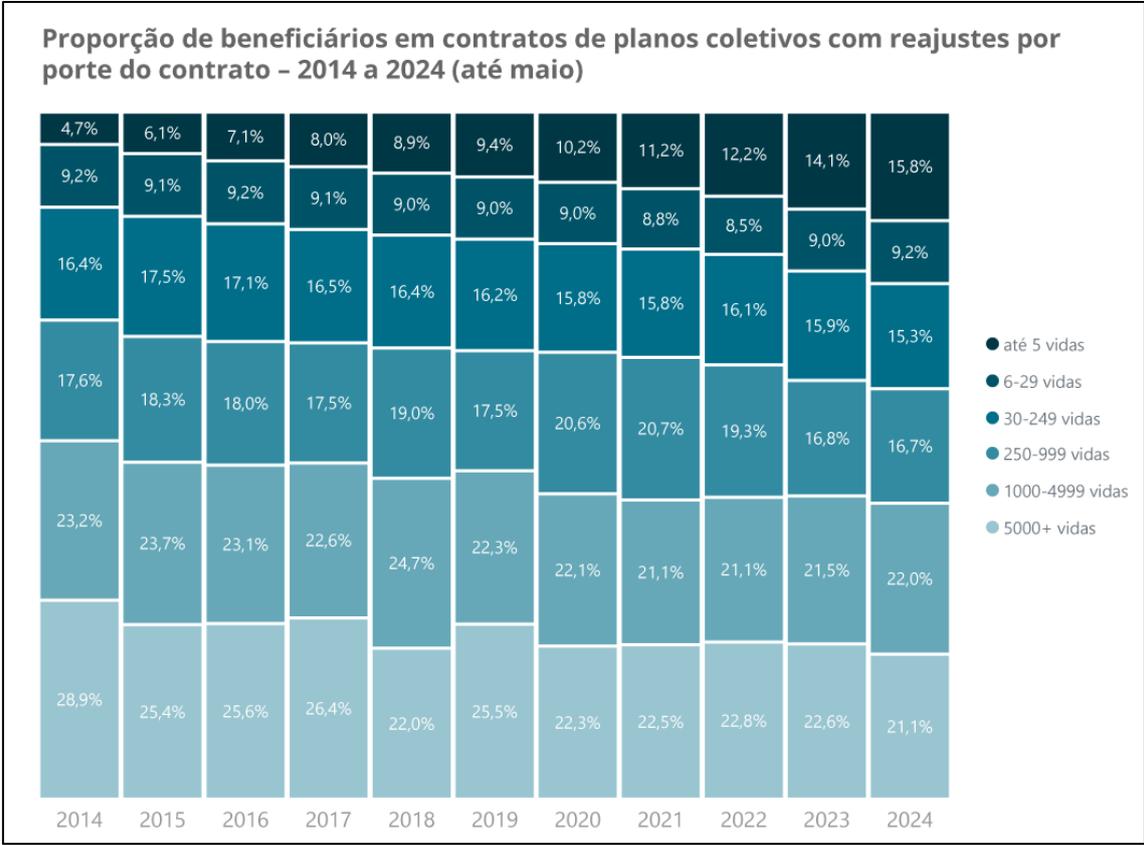
O gráfico abaixo mostra o histórico de reajustes médios por contratos com até 29 vidas e acima de 30 vidas, lembrando que o resultado de 2024 é parcial, com dados até maio.



Fonte: Painel de Reajustes de Planos Coletivos

O painel também mostra que um em cada quatro beneficiários em contratos coletivos que receberam reajustes entre janeiro e maio de 2024 estavam em contratos com menos de 30 vidas.

A participação dos contratos de pequeno porte continua com tendência de aumento, sendo 11,1 pontos percentuais maior nesse período do que era em 2014. Dentre estes contratos de menor porte, os contratos com até cinco vidas ampliaram sua participação de 4,7% em 2014 para 15,8% na parcial de 2024.



Resultado parcial com dados até maio/2024

- Assistência exclusivamente odontológica

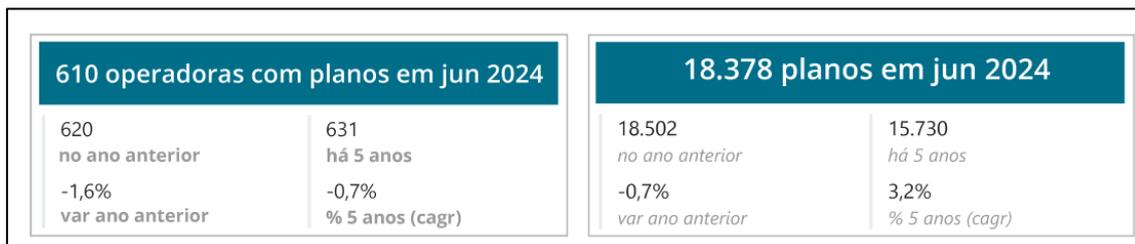
O reajuste médio dos planos com cobertura exclusivamente odontológica no período foi 4,08%, abaixo do observado em todo o ano passado, que foi de 4,40%.

O gráfico abaixo apresenta a evolução do reajuste médio dos planos coletivos exclusivamente odontológicos desde 2014 até maio de 2024.

Confira pontos de destaque do Painel de Precificação:

A ferramenta mostra que ao fim de junho de 2024 havia 610 operadoras atuando no território nacional, com 18.502 planos de saúde de cobertura médico-hospitalar disponíveis para comercialização.

O número total de operadoras atuantes no mercado vem apresentando sucessivas quedas – eram 631 há cinco anos e 620 em junho de 2023 –, o que mostra a continuidade à tendência de consolidação do setor.



Fonte: Painel de Precificação

Oferta de planos e valor comercial

Em termos do volume de planos nas prateleiras das operadoras em junho de 2024, havia planos disponíveis para comercialização em todos os municípios brasileiros nos três tipos de contratação.

O setor encerrou o primeiro semestre com 1.639 planos em média por município, representando um aumento de 4,1% em relação a junho de 2023. Esse crescimento segue a tendência

de aumento médio de 4,2% ao ano observada nos últimos cinco anos.

O crescimento do volume de planos por município nos últimos 12 meses foi impulsionado por planos coletivos empresariais (8,9%) e planos individuais (7,1%), enquanto planos coletivos por adesão tiveram queda de 9,4%. É a primeira vez nos últimos cinco anos em que se observa crescimento na quantidade de planos individuais ofertados em média por município.

Fator Moderador	% Municípios com planos	Operadoras	Ops/mun	Ops/mun var aa	Ops/mun var 5a	Planos	Planos/mun	Planos/mun var aa	Planos/mun var 5a	VCM/mun	VCM/mun var aa	VCM/mun var 5a
Com	100%	578	44	-1,0	-2,1%	12.213	951	+9,3%	+6,6%	1.341	+13,3%	+13,0%
Sem	100%	427	43	-1,5	-2,8%	6.165	688	-2,3%	+1,4%	1.548	+6,3%	+13,5%
Total	100%	610	54	-1,2	-3,5%	18.378	1.639	+4,1%	+4,2%	1.427	+9,4%	+13,1%

Fonte: Painel de Precificação

Contratação	% Municípios com planos	Operadoras	Ops/mun	Ops/mun var aa	Ops/mun var 5a	Planos	Planos/mun	Planos/mun var aa	Planos/mun var 5a	VCM/mun	VCM/mun var aa	VCM/mun var 5a
Empresarial	100%	560	40	-4,1	-4,0%	10.629	1.249	+8,9%	+7,3%	1.450	+8,6%	+14,2%
Adesão	100%	513	33	-1,8	-4,5%	5.000	371	-9,4%	-2,0%	1.377	+11,7%	+11,6%
Individual	100%	375	6,7	-0,0	-15,6%	2.749	19	+7,1%	-16,0%	935	-6,7%	-2,3%
Total	100%	610	54	-1,2	-3,5%	18.378	1.639	+4,1%	+4,2%	1.427	+9,4%	+13,1%

Fonte: Painel de Precificação

Abrg cobertura	% Municípios com planos	Operadoras	Ops/mun	Ops/mun var aa	Ops/mun var 5a	Planos	Planos/mun	Planos/mun var aa	Planos/mun var 5a	VCM/mun	VCM/mun var aa	VCM/mun var 5a
Grupo de municípios	75,0%	505	2,6	+0,2	-23,2%	10.151	24	-2,0%	-11,8%	635	+5,9%	+6,0%
Nacional	100%	237	48	-1,4	-2,3%	3.654	1.532	+6,5%	+5,8%	1.439	+10,1%	+13,1%
Municipal	3,8%	257	0,1	-0,0	-44,0%	2.221	0,4	+3,9%	-36,1%	730	+30,8%	+22,4%
Estadual	99,9%	210	5,8	+1,2	-3,5%	1.687	35	+11,4%	-4,8%	676	-4,1%	+1,5%
Grupo de estados	100%	47	6,0	-2,3	-4,6%	665	47	-40,3%	-10,6%	1.271	-9,5%	+8,8%
Total	100%	610	54	-1,2	-3,5%	18.378	1.639	+4,1%	+4,2%	1.427	+9,4%	+13,1%

Fonte: Painel de Precificação

O crescimento de planos também foi impulsionado por planos com fator moderador (planos com coparticipação ou franquia ou ambos) e por planos com área de cobertura definida por abrangência nacional ou por um único estado, sendo que planos com área de cobertura definida por grupos de estados observou a queda mais expressiva no período (-40,3%).

Sobre os valores comerciais médios (VCM) de referência, nos últimos 12 meses houve aumento nominal (sem descontar a inflação do período) em planos empresariais e coletivos por adesão (8,6% e 11,7% respectivamente) e queda de 6,7% em planos individuais.

A ANS salienta que os valores comerciais informados 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.

Os dados do painel também possibilitam observar que as operadoras de pequeno porte aumentaram sua oferta de planos por município, na ordem de 9,6%, superando o crescimento da oferta de operadoras de grande e médio porte. Isso representa uma reversão da tendência dos últimos cinco anos, em que operadoras de pequeno porte tiveram queda na oferta de planos equivalente a 1,5% ao ano.

Porte	% Municípios com planos	Operadoras	Ops/mun	Ops/mun var aa	Ops/mun var 5a	Planos	Planos/mun	Planos/mun var aa	Planos/mun var 5a	VCM/mun	VCM/mun var aa	VCM/mun var 5a
Grande	100%	84	17	-0,0	-3,3%	8.994	1.380	+3,6%	+5,2%	1.496	+7,7%	+13,6%
Médio	100%	211	17	-1,1	-3,8%	5.316	139	+4,8%	+0,9%	1.269	+47,8%	+11,4%
Pequeno	100%	315	20	-0,0	-3,4%	4.068	120	+9,6%	-1,5%	839	+1,7%	+5,0%
Total	100%	610	54	-1,2	-3,5%	18.378	1.639	+4,1%	+4,2%	1.427	+9,4%	+13,1%

Fonte: Painel de Precificação

Na visão por modalidade da operadora, percebe-se que a oferta de planos de seguradoras teve o maior crescimento anual com 16,3% comparado a junho de 2023. Medicinas de grupo e cooperativas médicas observaram quedas de 7,1% e 3,3%, respectivamente, no mesmo período. Todas as categorias de operadoras observaram aumentos nominais no valor comercial médio por município no último ano, sendo os

maiores aumentos observados em operadoras de médio porte e medicinas de grupo.

O valor comercial médio de referência teve aumento nominal na média por município em todos os estados, com destaque para 15,7% de aumento no Espírito Santo. Pernambuco e São Paulo tiveram os menores aumentos, com 7,5% e 6,7%, respectivamente.

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	+2,0	2.249	+2,5%	1.439	+9,5%
Centro-Oeste	Goiás	246	100%	54	-0,0	1.596	+7,0%	1.442	+9,8%
Centro-Oeste	Mato Grosso	141	100%	50	-1,1	1.493	+3,9%	1.465	+9,0%
Centro-Oeste	Mato Grosso Do Sul	79	100%	53	-1,5	1.523	+4,7%	1.464	+9,5%
Nordeste	Alagoas	102	100%	52	-0,5	1.566	+6,5%	1.459	+9,0%
Nordeste	Bahia	417	100%	57	-1,2	1.665	+8,7%	1.511	+10,3%
Nordeste	Ceará	184	100%	53	-1,6	1.600	+4,6%	1.375	+10,1%
Nordeste	Maranhão	217	100%	49	-2,2	1.511	+4,0%	1.614	+11,0%
Nordeste	Paraíba	223	100%	52	+0,1	1.555	+5,2%	1.402	+10,2%
Nordeste	Pernambuco	185	100%	56	+0,7	1.658	+5,7%	1.567	+7,5%
Nordeste	Piauí	224	100%	51	-2,1	1.527	+4,6%	1.380	+8,4%
Nordeste	Rio Grande Do Norte	167	100%	52	-0,1	1.560	+5,5%	1.392	+10,1%
Nordeste	Sergipe	75	100%	54	-0,9	1.585	+7,0%	1.459	+9,4%
Norte	Acre	22	100%	48	-1,6	1.331	+4,9%	1.341	+11,3%
Norte	Amapá	16	100%	47	-1,8	1.527	+6,2%	1.399	+9,3%
Norte	Amazonas	62	100%	48	-1,2	1.515	+5,3%	1.493	+9,1%
Norte	Pará	144	100%	49	-1,1	1.529	+5,0%	1.389	+9,2%
Norte	Rondônia	52	100%	49	-1,5	1.506	+5,0%	1.384	+9,3%
Norte	Roraima	15	100%	47	-1,9	1.321	+4,4%	1.340	+11,1%
Norte	Tocantins	139	100%	49	-1,1	1.318	+3,7%	1.366	+12,5%
Sudeste	Espírito Santo	78	100%	53	-2,1	1.438	+2,5%	1.332	+15,7%
Sudeste	Minas Gerais	853	100%	56	-1,6	1.636	+6,7%	1.347	+9,3%
Sudeste	Rio De Janeiro	92	100%	58	-2,3	2.011	+1,4%	1.550	+9,7%
Sudeste	São Paulo	645	100%	62	-1,7	2.101	+2,8%	1.549	+6,7%
Sul	Paraná	399	100%	55	-1,2	1.573	+0,3%	1.359	+9,7%
Sul	Rio Grande Do Sul	497	100%	53	-1,0	1.582	+0,1%	1.362	+10,4%
Sul	Santa Catarina	295	100%	51	-1,2	1.499	+0,4%	1.347	+9,2%
Total BR		5.570	100%	54	-1,2	1.639	+4,1%	1.427	+9,4%

Fonte: Painel de Precificação

ANS INCORPORA NOVO TRATAMENTO PARA LINFOMA FOLICULAR NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS

Jota info – 26/07/2024

Novas tecnologias para tratar pacientes com acromegalia e com brucelose humana também foram incorporadas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a inclusão de três terapias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em decisão anunciada na tarde da última segunda-feira (22/7), durante a 609ª Reunião de Diretoria Colegiada da agência. Os tratamentos foram previamente recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) para incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram incluídos o pamoato de pasireotida para tratamento de pacientes com acromegalia, o sulfato de gentamicina combinado com doxicilina para brucelose humana e a lenalidomida em combinação com rituximabe para pacientes com linfoma folicular previamente tratados.

A agência também anunciou uma correção em relação a uma tecnologia aprovada anteriormente para inclusão no Rol. Após consultas realizadas com a Conitec, a área técnica mudou a nomenclatura do procedimento ablação térmica para o tratamento da metástase hepática irressecável ou irressecável com alto risco cirúrgico do câncer de cólon de reto, para que fosse incluída a aplicação em forma de microondas.

Desaprovação

A ANS foi contrária à inclusão do tafamidis para tratamento de pacientes com cardiopatia amiloidose associada à transtirretina, além da a rivastigmina para terapia em indivíduos com doença de Parkinson e demência. As duas drogas são medicamentos orais para tratamento domiciliar, que não se encaixam aos parâmetros de incorporação, justificou a agência.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(GOV) ANS – 26/07/2024

Informações relativas ao 1º trimestre 2024 estão disponíveis para consulta

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2024. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento PRONTUÁRIO DE RESULTADOS - MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos RN nº 479/2022 e IN DIPRO nº 58/2022. As fichas técnicas dos indicadores podem ser acessadas [clikando aqui](#).

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 12/08/2024, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da Instrução Normativa (IN) da DIPRO nº 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática.

Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição

- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

Aviso importante:

Para evitar que o representante legal tenha de acessar o “ADMP Operadora” toda vez que precisar conceder o acesso a um usuário, é possível delegar essa

NÚMERO DE TERAPIAS CRESCE 19,7% NA SAÚDE SUPLEMENTAR ENTRE 2022 E 2023

IESS – 25/07/2024

Entre 2022 e 2023, os procedimentos médico-hospitalares passaram de 1,6 para 1,7 bilhão no Brasil – aumento de 7,5%, considerando os grandes grupos de assistência na saúde suplementar (nos últimos cinco anos o crescimento foi de 18,5%). No mesmo período, as terapias tiveram aumento significativo de 19,7%, saltaram de 66,8 para 79,9 milhões de um ano para o outro, respectivamente.

As informações do Panorama da Saúde Suplementar Brasileira: 2019 a 2023 - Análise do Mapa Assistencial da ANS, desenvolvido pelo IESS, revelam que, apesar da alta expressiva, o volume total de terapias ainda permanece um pouco abaixo que o período pré-pandemia, com queda de 1,4% quando comparado com 2019.

A apuração mostra ainda que, entre 2022 e 2023, houve aumento em todos os tipos de procedimentos analisados. Foi o caso de consultas médicas em prontos-socorros (8,5%), exames complementares (7,1%), internação (4,8%), e consultas médicas ambulatoriais (2,6%).

Além disso, durante o período, houve alta de 10,7% no grupo de outros atendimentos ambulatoriais, que incluem, por exemplo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais e psicólogos.

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

ANS RECEBE ENTIDADES MÉDICAS PARA TRATAR DO ENFRENTAMENTO À OBESIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

GOV (ANS) – 25/07/2024

Representantes da SBCBM, Abeso e Sbem apresentaram um manual sobre o tema, que contou com a colaboração da Agência na elaboração.

Em reunião na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na sexta-feira 19/7, o diretor-presidente da reguladora, Paulo Rebello, e o diretor de Desenvolvimento Setorial, Maurício Nunes, receberam representantes de importantes entidades médicas do país para falar sobre medidas de combate ao excessivo ganho de peso, motivo de alerta das autoridades em saúde no mundo todo. Na ocasião, representantes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (Sbem) apresentaram uma proposta para a atualização do [Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar](#), publicado pela ANS em 2017.

O documento apresentado foi recebido no âmbito da Tomada Pública de Subsídios n.º 2 para as Linhas de Cuidados em Saúde e, junto com as demais contribuições enviadas pelas entidades parceiras, servirá de base para a atualização do manual, que pretende ser um guia orientador para todo o setor de planos de saúde, desde as operadoras e prestadores de serviços aos beneficiários, trazendo conteúdo atualizado e baseado em evidências sobre o problema e apresentando formas de controle sobre ele.

“Essa troca de informações e experiências é fundamental para combatermos as causas da obesidade em nosso país, pois assim alinhamos nossas ações em um foco comum, seguindo as mesmas diretrizes e linhas de informação”, salientou Paulo Rebello, ao agradecer a parceria das entidades médicas com a ANS.

Por sua vez, Maurício Nunes parabenizou os membros das entidades pela elaboração do manual. “Este é um documento para a saúde suplementar e nos ajudará a nortear, desenvolver e apresentar propostas para o enfrentamento da obesidade, que é um desafio real e crescente no Brasil”, afirmou.

Também participaram da reunião, a diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS, Angélica Carvalho; a coordenadora de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial, Katia Audi; a assessora de Apoio aos Projetos Estratégicos e Parcerias para Desenvolvimento Setorial, Jacqueline Torres; e a coordenadora de Apoio à Comunicação e Eventos, Vanessa Carvalho. Pela SBCBM, participaram Antonio Carlos Valezi (presidente), Fernando Barros (presidente do Capítulo do Rio de Janeiro da SBCBM), Luiz Alfredo Vieira D’Almeida (membro da SBCBM) e Fábio Viegas (diretor executivo); e pela Sbem e Abeso, participou Cynthia Valério (diretora do Departamento de Dislipidemia e Aterosclerose).

DIRETORES DE PREVIC, ABRAPP E ANAPAR QUESTIONAM FALTA DE DEBATE SOBRE PLANO DE 'SUPER-REGULADOR'

Valor Econômico – 25/07/2024

Criação do modelo “twin peaks” de regulação dos mercados no Brasil vem sendo estudada no Ministério da Fazenda

Diretores de organizações de previdência privada e complementar questionaram nesta quinta-feira (25) a proposta que vem sendo estudada no Ministério da Fazenda sobre a criação do modelo “twin peaks” de regulação dos mercados no Brasil. As declarações ocorreram na abertura do Encontro dos Profissionais de Investimentos e Previdência dos Fundos de Pensão do Norte e Nordeste (Epinne-EPB), em Recife (PE).

“Estão falando em fechar a Previc, mas eu nunca vi proposta [concreta]. Até porque, se juntarem os reguladores, nosso setor vai ser despriorizado. Precisamos nos unir e defender o nosso setor”, afirmou Ricardo Pena, diretor-superintendente da Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc)

A proposta de um “super-regulador”, antecipada pelo Valor na semana passada, ainda não foi formalizada pelo governo. O modelo se inspira no padrão usado em países como Reino Unido, Austrália e Holanda.

A ideia é que o Banco Central (BC) concentre as atividades de regulação e supervisão prudencial do mercado financeiro e de capitais, além da política monetária, enquanto a Comissão de Valores Mobiliários (CVM) ficaria encarregada da regulação e supervisão de condutas dos mercados.

Antes disso, o BC incorporaria as atribuições da Previc e da Superintendência de Seguros Privados (Susep). A reforma, que estaria em estágios preliminares de análise, vem na esteira da proposta de emenda à constituição (PEC) que tenta garantir autonomia financeira ao BC e seria implementada via lei complementar.

Ao Valor, Pena afirmou que, até agora, ninguém chamou a Previc para conversar sobre o tema. Para ele, não há dúvidas de que, em uma possível incorporação pelo BC, o segmento previdenciário ficaria em segundo plano.

“Essa experiência aconteceu na Receita Federal, quando assumiu a parte da previdência. Ela despriorizou e focou só

na tributação, você canaliza esforços para outra área, é questão de escala e procedimento”, disse.

Ele também ponderou que esse tipo de reforma não é simples. “Até tem esse debate de talvez haver um sombreamento regulatório, pontos de intersecção. Mas no Reino Unido, por exemplo, há a ‘Previc’. Tem o FSA, que fiscaliza a conduta, mas tem o The Pensions Regulator, que fiscaliza o que seriam as nossas entidades”, destacou Pena.

O presidente da Associação Nacional dos Participantes de Fundos de Pensão e dos Beneficiários de Saúde Suplementar de Autogestão (Anapar), Marcel Barros, enfatizou no primeiro painel do evento que BC, Susep, CVM e Previc são órgãos diferentes e com distintas atribuições.

“Se vamos tratar a previdência complementar como um simples instituto do sistema financeiro, vamos ser relegados ao segundo plano. Precisamos estar vigilantes”, afirmou Barros.

Também no evento, o presidente da Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar (Abrapp), Jarbas Biagi, falou ao Valor que a entidade não é crítica, mas que o assunto precisa ser alvo de um amplo debate.

“Nós não somos críticos, não vimos nada formalizado. Primeiro nós gostaríamos de conhecer o projeto para poder opinar, até porque deve ser discutido a nível de Ministério da Previdência, da Fazenda, da Casa Civil. O que temos lido são alguns ‘insights’, sem nem ter o nome do responsável que falou. Não é um modelo republicano”, disse.

Biagi ainda destacou a relevância da Previc como um órgão especializado. “A nossa preocupação é que um segmento tão importante para a sociedade tenha um tratamento secundário. Trabalhamos para a sua criação e entendemos que, para a nação, esse órgão é importante e positivo.”

O presidente da Abrapp observou que, durante o processo de criação da Previc, houve o cuidado para a criação da Taxa de Fiscalização e Controle (Tafic), que são os próprios planos que pagam. “Não oneramos a sociedade em nada.”

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.