

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

07 de agosto de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Novas diretrizes da ANS pedem inovação no setor de saúde](#) – Fonte: Revista Apólice

[Novas regras para emissão de notas fiscais de OPME entram em vigor](#) – Fonte: Saúde Business

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

[Setor de seguros e planos de saúde acelera no compasso da IA](#) – Fonte: Valor Econômico

[Brasileiros devem gastar mais de R\\$ 450 bilhões com serviços de saúde em 2024, aponta pesquisa](#) –
Fonte: O Globo

[Planos de saúde: contratos coletivos pequenos tiveram mais do que o dobro do aumento dos individuais, diz estudo](#) – Fonte: O Globo

[Junho: Número de beneficiários de planos de saúde segue em crescimento](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Planos odontológicos somam 33,3 milhões de beneficiários](#) – Fonte: IESS

[Operadoras de saúde registram primeiro trimestre positivo desde 2021](#) – Fonte: Saúde Business

[Análise especial da NAB apresenta evolução dos resultados líquidos das operadoras](#) – Fonte: IESS

[IA generativa e telemedicina em prol da sustentabilidade da saúde privada](#) – Fonte: Saúde Business

NOVAS DIRETRIZES DA ANS PEDEM INOVAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE

Revista Apólice – 07/08/2024

No último mês, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou em seu portal os dados econômico-financeiros relativos ao 1º trimestre de 2024. As informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios à ANS demonstram que o setor registrou lucro líquido de R\$ 3,33 bilhões.

Embora o segmento, no geral, tenha apresentado crescimento e mostrado recuperação econômica, o cenário continua desafiador, já que 82,5% das receitas advindas das mensalidades pagas pelos usuários são utilizadas com despesas assistenciais, tornando as operações financeiramente inviáveis. Para ajudar a compensar o déficit, há duas semanas, a ANS fixou o reajuste para o período em 6,91%.

Enquanto tramita no Congresso o projeto de lei que pretende alterar as regras do setor, 2024 registra a saída de grandes seguradoras internacionais de saúde do Brasil, prejuízo operacional dos planos e falência de gigantes do setor, deixando mais de 5 milhões de pessoas sem assistência imediata.

Modelos alternativos emergentes

Se para as operadoras e planos a situação é tensa e desafiadora, o cenário impulsionou o crescimento dos modelos alternativos de prestação de serviço.

“Hoje as duas principais empresas de Cartões de Acesso atendem aproximadamente 50 milhões de usuários. Isso significa que o segmento detém uma parcela de mercado muito similar aos planos de saúde”, comenta Gláucia Saffa, CMO da TEM Saúde.

Há 20 anos atuando na construção desse novo mercado, a executiva não tem dúvidas de que essas empresas viabilizaram – e muito – o acesso aos serviços de saúde particular por valores mais viáveis e condições mais favoráveis para a população sem cobertura dos planos.

“A população aprendeu a consumir saúde. Hoje as pessoas sabem que podem recorrer ao atendimento particular com preços populares para serviços como consultas e exames diagnósticos – onde estão as maiores filas do SUS. Esse é um modelo muito saudável, que desonera o sistema público e não concorre com as operadoras”, completa a executiva.

Sobre a relevância e maturidade do setor, a diretora afirma que os números falam por si. “Fechamos 2023 com mais de 6MM de usuários ativos e para 2024 esperamos chegar a marca de 10MM. O resultado está diretamente relacionado à venda de upsell dos novos serviços de atenção primária e da entrada em novos canais de distribuição, como os bancos digitais. Isso é reflexo do aumento da demanda por serviços de saúde.” finaliza Gláucia Saffa.

NOVAS REGRAS PARA EMISSÃO DE NOTAS FISCAIS DE OPME ENTRAM EM VIGOR

Saúde Business – 06/08/2024

Alterações significativas no SINIEF 02/2024 exigem colaboração entre fornecedores, clínicas, hospitais e fontes pagadoras para garantir o cumprimento das novas normas e promover a ética no setor da saúde.

Desde 1º de agosto, as regras para a emissão de notas fiscais de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) sofreram alterações significativas, conforme determinação do Conselho Nacional de Política Fazendária. As modificações no SINIEF 02/2024 incluem novas definições sobre a emissão de notas fiscais e o prazo para a conclusão das operações.

Fornecedores, clínicas, hospitais e fontes pagadoras precisam trabalhar em conjunto para cumprir as novas normas. As regras estabelecidas para a comercialização de dispositivos médicos são a materialização da ética no setor. O não cumprimento das obrigações fiscais, conforme mencionado na SINIEF, será considerado uma ação antiética

e irregular, que pode causar prejuízos para todo o setor da saúde e, conseqüentemente, para os pacientes, direta e indiretamente.

O Instituto Ética Saúde (IES) apoia o cumprimento de todas as regras e promove a autorregulação no setor da saúde, fundamentada em diálogos éticos. Essa abordagem é vista como o melhor caminho para alcançar a igualdade de tratamento nas relações econômico-financeiras, gerando melhores resultados para os pacientes.

“Nós estamos dispostos a intermediar um debate amplo e aberto junto a todos os players da cadeia da saúde. Relações econômico-financeiras saudáveis, com o fiel cumprimento das regras em benefício de todos, são sinônimo de um setor onde os profissionais responsáveis primam pela ética na sua mais fiel essência”, afirma o diretor executivo do IES, Filipe Venturini Signorelli.

ANS INCORPORA NOVAS TECNOLOGIAS AO ROL

GOV (ANS) – 06/08/2024

Pacientes com psoríase e asma passam a ter mais opções de tratamentos cobertos na saúde suplementar.

Em reunião extraordinária realizada na segunda-feira 29/7, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a incorporação de cinco

tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo elas:

- Brodalumabe, medicamento para tratar psoríase em placas, moderada a grave, em pacientes adultos que são elegíveis para terapia sistêmica ou fototerapia;

- Ibrutinibe em combinação com venetoclax, medicamentos para pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC), em primeira linha;

- Tezepelumabe, medicamento complementar para o tratamento da asma alérgica grave;

- Tezepelumabe, medicamento complementar para tratar a asma eosinofílica grave; e

- Belimumabe, medicamento destinado a pacientes adultos com nefrite lúpica (uma doença inflamatória que atinge os rins) ativa que estejam em uso de tratamento padrão.

As sugestões de incorporação foram submetidas diretamente à ANS, tendo o Brodalumabe e o Ibrutinibe passado pela 28ª e pela 31ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) e pela Consulta Pública 129. Por terem recomendação preliminar desfavorável à incorporação, eles também passaram pela Audiência Pública 42. Já o Tezepelumabe e o Belimumabe foram debatidos na 29ª e 31ª

reuniões técnicas da Cosaúde e foram objetos de contribuições na Consulta Pública 132. Por também terem recomendação preliminar desfavorável à incorporação ao rol, eles ainda passaram pela Audiência Pública 44.

As cinco tecnologias terão cobertura obrigatória na saúde suplementar, de acordo com suas diretrizes de utilização, a partir de 2/9/2024.

Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista de coberturas obrigatórias pelas operadoras de planos de saúde a todos os seus beneficiários. Ele conta com tecnologias disponíveis entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias que atendem às doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Seu processo de atualização tem sido constantemente aprimorado, com ampla participação social e buscando garantir a segurança das tecnologias oferecidas aos consumidores, a partir de bases científicas e da sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

SETOR DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE ACELERA NO COMPASSO DA IA

Valor Econômico – 06/08/2024

Personalização de ofertas, automatização de processos, combate a fraudes e ações de suporte a parceiros, como corretores e médicos, motivam avanços tecnológicos.

O setor de seguros e planos de saúde está entre os cinco que mais fazem uso de inteligência artificial, segundo o anuário Valor Inovação Brasil, que pesquisa as 150 empresas mais inovadoras do país. O resultado reflete o cenário de transformação com a mudança de hábitos dos consumidores e novas regulações como o open finance, que acirram a concorrência e desafiam seguradoras e operadoras de saúde a se pautarem em uma combinação de inovação tecnológica, parcerias estratégicas, foco nas relações com o consumidor e canais de distribuição.

As seguradoras e operadoras de saúde almejam encerrar 2024 com crescimento de dois dígitos nas vendas e no lucro,

investindo em inovação para elevar a baixa penetração dos produtos no mercado brasileiro. Comparativamente, nos Estados Unidos e em alguns países europeus, a penetração geral de seguros chega a mais de 10% do PIB. No Brasil, é de 6%. O indicador de saúde está em 1,5%; o de seguros gerais, em 1,3%; e o de vida, em 1,2%.

O mercado de seguros encerrou 2023 com receitas de R\$ 338 bilhões e o de saúde suplementar, com R\$ 319 bilhões. Enquanto o lucro de R\$ 3 bilhões em saúde suplementar representou 1% da arrecadação total, o de seguros chegou a 8,8%, com ganhos de R\$ 29,9 bilhões. Saúde prioriza redução de custos, em meio a um cenário de elevada judicialização. Seguradoras buscam a hiperpersonalização de ofertas, colocando o cliente no centro de suas atenções.

Top 5

- 1º SULAMÉRICA
- 2º UNIMED-BH
- 3º BRADESCO SEGUROS
- 4º ICATU SEGUROS
- 5º JUNTO SEGUROS

A biometria facial para reembolso médico foi um dos destaques entre os projetos de inovação da SulAmérica Saúde, que passou a ser administrada pela Rede D'Or em 2023 e foi a vencedora do segmento de seguros e planos de saúde do Valor Inovação Brasil. “Isso nos ajudou a reduzir em mais de 10% as fraudes de identidade no reembolso”, conta Fernando Morad, diretor de inovação e canais digitais da SulAmérica. A biometria avalia as características do rosto e detecta se atrás da câmera está mesmo uma pessoa ou um vídeo, uma foto ou uma deepfake.

Reembolsos, fraudes e desperdícios são áreas estratégicas em saúde por representarem quase R\$ 30 bilhões em gastos das operadoras, segundo levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Somente na SulAmérica Saúde, com 2,8 milhões de beneficiários, o volume de pedidos de reembolsos chegou a representar quase 15% da receita no passado — proporção que o processo de combate a fraudes busca reduzir.

Morad conta que em 2023 os investimentos se concentraram em eficiência operacional. Já em 2024 e para 2025, a equipe de inovação tem na pauta projetos que envolvem a inteligência artificial e generativa para aprimorar a jornada de clientes e parceiros comerciais. “O app de saúde tem mais de um milhão de usuários ativos, que realizam diversos tipos de atendimento, desde pedido de segunda via de boleto até o envio de documentos para autorização de procedimentos. Mais de 50% das demandas já são resolvidas sem contato humano, com avanço das resoluções via WhatsApp, canal que representa 10% dos atendimentos de clientes e corretores.”

Frederico Peret, diretor-presidente da Unimed-BH, segunda colocada no ranking deste ano, conta que a operadora dedica entre 1% e 2% da sua receita líquida a inovação. Por meio de um modelo de inovação matricial e transversal, cerca de cinco mil colaboradores são envolvidos e incentivados a praticar inovação no dia a dia, liderados por uma área com 36 colaboradores.

Peret diz que o portfólio de inteligência artificial conta com mais de 30 modelos em operação e outros 12 em desenvolvimento. Entre eles, modelos de recomendação e classificação de serviços, que visam orientar o percurso assistencial do cliente, IA generativa para agilizar as tratativas

de reclamações e copilotos para apoio a médicos e equipes de saúde, a fim de facilitar o trabalho com grande quantidade de informações, automatizar tarefas e identificar anomalias e desperdícios. “Tal portfólio de IA tem sido desenvolvido também por meio da prática de inovação aberta com parceiros”, diz o presidente da Unimed-BH.

No grupo Bradesco Seguros, que ocupa a terceira colocação no ranking, o ritmo de inovação é intenso, afirma José Loureiro, diretor de inovação, digital e dados. O investimento anual de R\$ 1 bilhão se concentra basicamente em colocar o cliente no centro de todas as decisões. “Seguro é feito por pessoas para pessoas. Ter o corretor como parceiro estratégico é fundamental na venda consultiva para atingirmos as necessidades e interesses dos clientes”, afirma o executivo.

São mais de 28 mil corretores e 3,1 milhões de clientes. Os aplicativos foram otimizados, com mais de 30 funcionalidades e 65 serviços. Entre os clientes do grupo segurador, foram validados mais de 3,6 milhões de transações em 2023, crescimento de 75% em relação a 2022. No app de corretores, a linha de autosserviços atingiu 85 mil interações por mês em 2023, alta de 143% em relação ao ano anterior.

Segundo Loureiro, o atendimento via WhatsApp avança rapidamente com a aprendizagem do chatbot BIA, lançado em 2016, e que ganha uma nova geração, a BIA GenAI. A IA otimizou a subscrição de apólices, sendo as mais simples aprovadas e emitidas de forma on-line. O pagamento de indenizações também ficou mais ágil com a checagem de dados e imagens enviados eletronicamente pelos clientes. A melhora dos processos aumenta a percepção do cliente para as ofertas apresentadas em momentos decisivos, como um seguro-viagem oferecido durante a compra de moedas estrangeiras, que registrou avanço de 41% no ano passado em relação ao ano anterior.

A Icatu investiu R\$ 1,5 bilhão nos últimos seis anos, o que permitiu criar um portal de integração de APIs, que permite a interface entre aplicativos e é vital para a diversificação e capilaridade dos canais de distribuição, informa Luciano Antoniolo, superintendente de transformação digital da Icatu Seguros. Em 2024, a empresa pretende aportar mais de R\$ 400 milhões, atuando com uma equipe composta de 200 pessoas em diferentes projetos.

Um dos focos é o seguro de vida, que passa por uma otimização de processos de aceitação de riscos com o uso de inteligência artificial e machine learning. Segundo Antoniolo, a partir da segregação, tratamento e análise de dados, foi possível desenvolver uma inteligência que define se determinado cliente terá acesso a uma oferta de seguro pré-aprovada, sem a necessidade de se submeter a processos de subscrição, como preenchimento de formulários de saúde ou realização de exames médicos.

“O resultado dessa análise é feito em questão de segundos. Antes levava horas. Movimentos como este fizeram a companhia alcançar o marco de dez milhões de clientes em 2023. A partir desse modelo de negócio, conseguimos democratizar o acesso à proteção e ao planejamento financeiro no país”, diz o executivo.

Sem pressa, a companhia testa, com a ajuda da Microsoft, seu modelo de IA generativa com um grupo de funcionários de diferentes áreas.

Para a Icatu, a questão da segurança requer atenção. “Somos uma empresa que garante a proteção financeira aos clientes. Qualquer ruído pode gerar risco reputacional, econômico e financeiro”, diz o executivo. “Entendemos a velocidade da transformação, mas é preciso cautela. Queremos que, num futuro próximo, 100% da companhia seja capaz de extrair o máximo desse tipo de ferramenta no seu dia a dia”, afirma Antoniolo.

Karine Chaves, diretora de tecnologia e inovação na Junto Seguros, conta que a companhia, líder na venda de seguro garantia, investe mais de 30% do seu orçamento anual em tecnologia e inovação. “Esse investimento vem crescendo consideravelmente ano a ano. Passamos por uma transformação digital em 2018 e, desde então, este é um dos principais pilares estratégicos da companhia”, diz.

O uso de inteligência artificial e de APIs e integrações é a principal ferramenta da seguradora para propor uma nova forma de fazer negócios no complexo mundo do seguro garantia, que assegura que um contrato assinado entre empresas será cumprido, mesmo diante de imprevistos. Segundo Karine, o uso de APIs elevou em 60% as apólices emitidas pela seguradora no primeiro trimestre de 2024, 30% do volume de vendas e mais de 12% do número de corretores que chegaram até a Junto Seguros pelo aplicativo.

Na pauta deste ano, a Junto tem um projeto focado em garantias para licitações e contratos públicos, utilizando inteligência artificial para identificar oportunidades e agilizar processos, com o objetivo de impulsionar negócios e contribuir para que as obras públicas no Brasil sejam concluídas. Segundo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), o Brasil tinha 8,6 mil empreendimentos paralisados, de um total de 21 mil obras existentes em 2023. Outros pilotos em andamento utilizando IA visam automatizar e melhorar a eficiência de vários processos, mapear oportunidades na fase de prospecção de negócios e no uso de modelos de análise de crédito e risco para novos produtos.

BRASILEIROS DEVEM GASTAR MAIS DE R\$ 450 BILHÕES COM SERVIÇOS DE SAÚDE EM 2024, APONTA PESQUISA

O Globo – 06/08/2024

Gastos com planos de saúde devem consumir mais de R\$ 236,4 bilhões ao fim de dezembro.

O setor de saúde deve movimentar no país, até o final de 2024, um total de R\$ 451 bilhões, o que representa um acréscimo de 8,8% em comparação a 2023. É o que aponta a Pesquisa IPC Maps, especializada em potencial de consumo dos brasileiros há 30 anos, com base em dados oficiais.

Nos cálculos, são levadas em conta as despesas com medicamentos e itens para curativos, bem como com bens e serviços relativos a planos de saúde e tratamentos médico e dentário.

De acordo com o levantamento, os brasileiros devem desembolsar R\$ 236,4 bilhões só com planos de saúde e tratamentos médico dentário, e R\$ 214,5 bilhões com medicamentos em 2024.

Na liderança do ranking nacional, o estado de São Paulo responderá por quase R\$ 138 bilhões dos gastos, porém é o Piauí que, na comparação de 2023 para 2024, contabilizará a maior alta — de 16,8% — nas despesas com saúde, resultando em mais de R\$ 3,5 bilhões desembolsados pelas famílias.

O Estado do Rio aparece em terceiro lugar da lista, com um aumento de 4% das despesas em relação a 2023, e gasto esperado de R\$ 43,6 bilhões.

PLANOS DE SAÚDE: CONTRATOS COLETIVOS PEQUENOS TIVERAM MAIS DO QUE O DOBRO DO AUMENTO DOS INDIVIDUAIS, DIZ ESTUDO

O Globo – 05/08/2024

Segundo o Idec, de 2018 a 2022, aumento médio foi de 82,4%.

Os reajustes dos planos de saúde têm pesado mais para os consumidores vinculados a contratos coletivos empresariais de pequeno porte, com até 29 beneficiários. De 2018 a 2022, o aumento médio foi de 82,4%, contra um índice de 35,4% apurado no período para os planos individuais — que têm um limite de correção estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

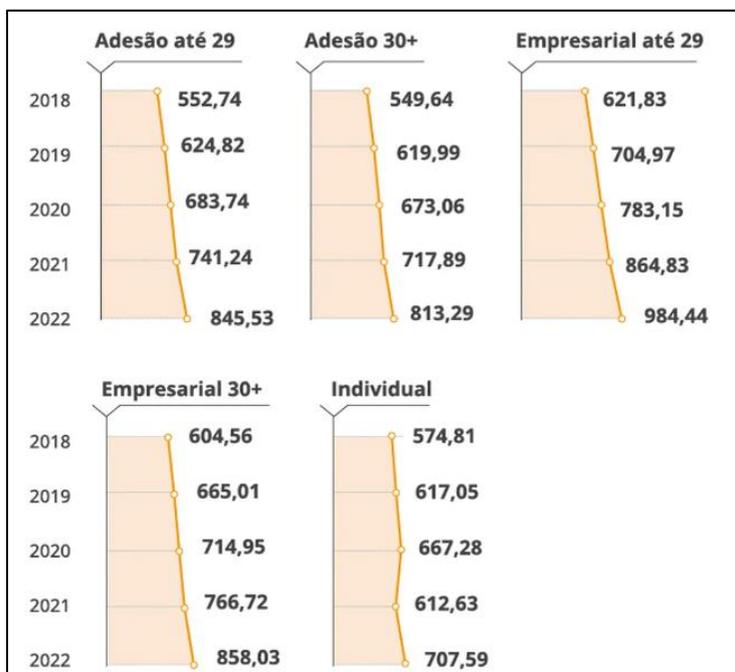
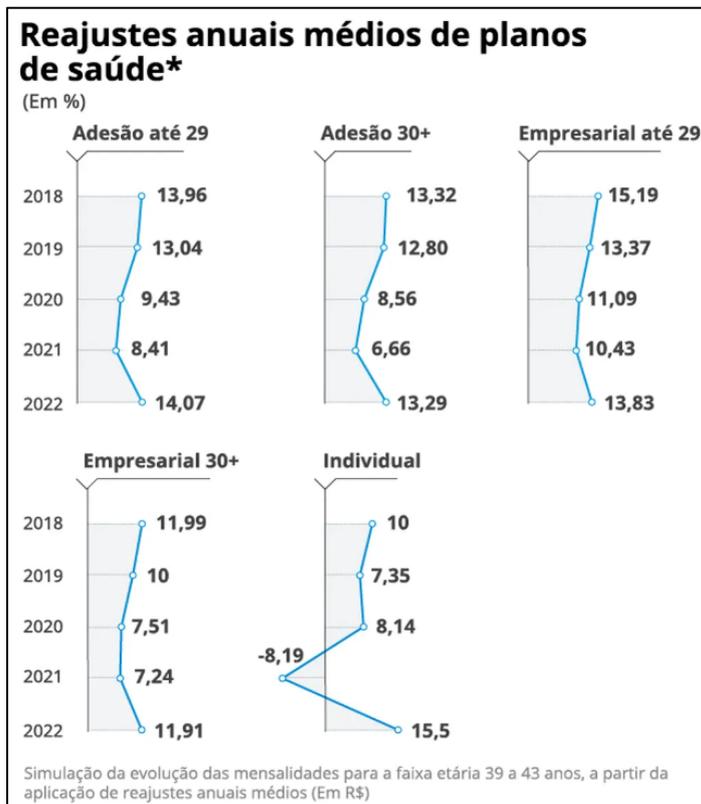
Na prática, significa que um microempresário que contratou, em 2017, um plano de saúde coletivo pagava em 2022 R\$ 276,85 a mais do que quem firmou um plano individual com a mesma mensalidade inicial naquela data.

Um estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) compara a evolução dos reajustes de planos por tipo contratação, a partir de dados da ANS. O

tamanho do plano coletivo é inversamente proporcional ao índice médio de reajuste: quanto menor, maior o aumento.

em situação melhor: de 2018 a 2022, o aumento médio foi de 58,99% — 23 pontos percentuais acima da correção dos individuais.

Os reajustes dos contratos corporativos de maior porte (aqueles com mais de 30 beneficiários), no entanto, não estão





No mesmo período, os contratos de adesão — em que os usuários se vinculam via entidades profissionais e que são geridos por uma administradora de benefícios — tiveram reajustes médios de 74,3%, em planos com até 29 pessoas, e 67,7%, com 30 ou mais.

Para Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de Saúde do Idec, o estudo reforça a necessidade de regulação para os reajustes dos contratos coletivos, que representam 82% do mercado, já que hoje a oferta de planos individuais, mais regulados, é extremamente restrita.

— A ANS alega que as empresas têm poder de barganha, mas, na prática, não é isso que se vê. Nem o agrupamento dos contratos com até 29 vidas para cálculo do reajuste está sendo capaz de produzir aumentos menores — afirma Ana Carolina.

Lei quer regular coletivos

A regulação dos reajustes dos planos coletivos pode ser votada no Congresso Nacional ainda neste mês, diz o deputado federal Duarte Júnior (PSB-MA), relator do projeto de lei 7.419/2006, que atualiza a Lei dos Planos de Saúde:

— Hoje, cada contrato tem uma regra. Queremos que haja um cálculo único, criar indicadores para que a ANS fiscalize. A ideia é pôr em votação na segunda quinzena.

Paulo Rebello, presidente da ANS, preferia que a discussão ocorresse dentro da agência. Ele diz que há estudos avançados sobre o aumento do agrupamento de contratos para a diluição de risco — o que permite reduzir os custos para a operadora e, conseqüentemente, os reajustes. Também estão em discussão indicadores para dar mais transparência e previsibilidade aos reajustes. A primeira audiência poderia ocorrer neste semestre.

— Não há pretensão de regular o coletivo como o individual, mas de criar ferramentas de transparência e previsibilidade, o que estimularia a concorrência, a discussão de preço e a qualidade — diz Rebello.

A diferença entre os reajustes de planos coletivos e individuais tende a se aprofundar. Enquanto o aumento máximo autorizado pela ANS ficou abaixo de 10% em 2023, os contratos empresariais de pequenas e médias empresas (PMEs) vêm recebendo correções acima de 25%, e os de adesão, de 30% a 40%, diz Rafael Robba, advogado especialista em Direito à Saúde:

— Esses casos acabam na Justiça. O percentual acumulado de reajuste das PMEs é mais do que o dobro de individuais, apesar de terem o mesmo perfil. Mesmo para os contratos empresariais com mais de 30 vidas, o poder de negociação é utopia. Há casos de aumento de 90%. Uma empresa com plano para 300 usuários está fora do pool de risco, mas não tem receita para suportar o custo de dois beneficiários com doenças graves — diz.

A administradora de empresas Daniela Bocchile, de 45 anos, decidiu ir à Justiça depois de seu contrato ser reajustado em 34,9%, chegando a R\$ 13.300, com cobertura para ela e os dois filhos:

— Meu marido já tinha deixado o plano. Esperávamos o reajuste na casa dos 15%, mas 35% é inviável. Não posso trocar. Tenho um filho do espectro autista, e nenhum plano o aceitaria.

A médica Ana Fujie, de 79 anos, conta que há uma década o plano de saúde consumia menos da metade de sua aposentadoria. Com o último aumento, de 32,90%, a mensalidade de R\$ 5.215 ficou próxima do benefício total:

— Já mudei de quarto particular para enfermaria. Agora, avalio ir para um contrato com rede credenciada mais enxuta. Como médica, sei que o custo da saúde é alto, mas está ficando inviável.

O aposentado Moacir Meneguim, de 62 anos, conseguiu manter o plano coletivo mesmo após deixar a empresa em que trabalhou por 25 anos. Até 2016, quando era funcionário, pagava R\$ 900 para ele, a mulher e a filha. Hoje, desembolsa R\$ 2.900 para todos. Isso após dois enxugamentos, nos quais perdeu parte da rede referenciada e trocou apartamento por enfermaria.

Em 2022, a operadora pediu um reajuste de 37%. Após negociação, ficou em 20%. Este ano, o plano queria uma correção de 49,15%, mas fechou o índice em 26,39%. Meneguim fez duas queixas à ANS, pedindo explicações sobre o cálculo:

— Eles não apresentam um número de sinistralidade que justifique aumentos tão altos. O reajuste dos planos não acompanha o aumento dos salários dos aposentados.

Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), diz que a

discussão deve ser mais ampla do que o reajuste dos coletivos:

— É preciso repensar o sistema. Os reajustes altos não estão impedindo as operadoras de acumular prejuízos. Foram R\$ 10,7 bilhões negativos em 2022 e prejuízo de R\$ 1,7 bilhão no primeiro trimestre. Temos que ir nas causas, como incorporação de tecnologia, gestão de rede, criação de protocolos e diretrizes de utilização para terapias que hoje, em muitas operadoras, já têm gasto superior ao da oncologia.

Vitor Hugo do Amaral, coordenador-geral de Estudo e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), diz que a falta de regulação dos coletivos criou um desequilíbrio na oferta de planos:

— A crescente oferta de coletivos se justifica na inaceitável liberalidade de reajuste.

Ele diz que, enquanto não há regulação, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) pode proteger os usuários:

— O CDC é claro ao elencar como abusivo o aumento de preço injustificável, que não se sustente em informação clara, precisa e ostensiva.

Inflação dos hospitais

Para o economista Carlos Ocké-Reis, técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), tanto os índices oficiais de inflação da saúde quanto a metodologia de reajuste dos planos coletivos devem ser debatidos. Uma possibilidade seria construir um índice específico para os hospitais, como foi feito nos Estados Unidos em 1991, para avaliar esse custo das operadoras.

Para Maria Stella Gregori, diretora do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon), não se pode mais adiar o debate com empresas, clínicas, laboratórios, hospitais e usuários:

— A pesquisa mostra uma fotografia do que acontece há 25 anos. A regulação foi leniente com os planos coletivos, e a ANS superestimou o poder de barganha desses contratos.

JUNHO: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SEGUE EM CRESCIMENTO

GOV (ANS) – 05/08/2024

Setor registrou 51 milhões de usuários em planos de assistência médica e 33,5 milhões em planos exclusivamente odontológicos.



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta segunda-feira (05/08), os números de beneficiários de planos de saúde referentes a junho de 2024. Nesse mês, o setor totalizou 51.030.366 de usuários em planos de assistência médica e 33.483.799 em planos de assistência exclusivamente odontológica. Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 743.137 beneficiários em relação a junho de 2023. Já no comparativo de junho com maio de 2024, houve crescimento de 75.808 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se

2.432.916 beneficiários em um ano; e 221.539 na comparação de junho com o mês anterior.

Esses e outros dados podem ser conferidos na Sala de Situação, ferramenta de consulta disponível no portal da ANS.

Na análise dos dados por gênero, observa-se que o público feminino é maioria nas duas segmentações, representando 53% nos planos com cobertura médico-hospitalar e 51% nos planos com cobertura odontológica.

Beneficiários de planos de saúde por gênero - junho/2024

Assistência Médica
51.030.366 de beneficiários



26.927.402
de beneficiários
mulheres



24.102.964
de beneficiários
homens



Exclusivamente Odontológica
33.483.799 de beneficiários



17.118.197
de beneficiários
mulheres



16.365.602
de beneficiários
homens

Na análise por faixa etária, em junho de 2024, é possível verificar que a faixa de 40 a 44 anos foi a que apresentou o maior número de beneficiários em planos de assistência médica (4.993.126 novos beneficiários), seguido pela faixa etária de 35 a 39 anos (4.981.595 novos beneficiários). Já as faixas etárias que apresentaram o maior número de usuários nos planos odontológicos, em junho de 2024, foram 35 a 39 anos (aumento de 3.675.381 beneficiários) e 40 a 44 anos (mais 3.633.901 beneficiários).

Em relação aos estados, no comparativo com junho de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo Minas Gerais, São Paulo e Ceará, os estados tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, as 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Panorama do 1º semestre de 2024

Na variação absoluta entre dezembro de 2023 e junho de 2024 (que corresponde ao 1º semestre de 2024), o setor apresentou evolução de 202.250 beneficiários em planos de assistência médica; e de 1.012.736 em planos

exclusivamente odontológicos. Na análise por gênero, houve um aumento de 71.493 beneficiárias e de 130.757 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil. Já nos planos exclusivamente odontológicos, o crescimento foi de 549.386 beneficiários do sexo feminino e 463.350 do sexo masculino, em todo o país.

Quanto aos dados por faixa etária, observa-se que a faixa de 45 a 49 anos foi a que apresentou o crescimento mais expressivo na assistência médica (99.938 novos beneficiários), seguido pela faixa etária de 10 a 14 anos (44.697 novos beneficiários). Já nos planos odontológicos, a faixa etária que apresentou maior evolução foi a de 65 a 69 anos (aumento de 191.897 beneficiários), seguida pela 70 a 74 anos (mais 188.885 beneficiários).

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jun/24	36.260.763	5.912.316	232	8.792.603	64.452	51.030.366
mai/24	36.062.931	6.045.769	232	8.781.092	64.534	50.954.558
abr/24	35.951.781	6.074.300	232	8.759.133	63.578	50.849.024
mar/24	35.931.105	6.118.641	232	8.754.674	38.806	50.843.458
fev/24	35.813.771	6.147.852	232	8.750.794	38.973	50.751.622
jan/24	35.709.358	6.149.430	232	8.778.920	39.156	50.677.096

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jun/24	24.071.918	3.790.500	1.279	5.616.842	3.260	33.483.799
mai/24	23.778.288	3.889.094	1.279	5.590.325	3.274	33.262.260
abr/24	23.520.395	3.853.132	1.279	5.576.534	3.275	32.954.615
mar/24	23.379.179	3.702.039	1.279	5.548.613	3.303	32.634.413
fev/24	23.518.924	3.618.083	1.279	5.547.993	3.307	32.689.586
jan/24	23.400.362	3.546.159	1.285	5.554.353	3.309	32.505.468

dez/23	23.484.016	3.416.555	1.285	5.565.895	3.312	32.471.063
nov/23	23.274.254	3.420.110	1.286	5.531.389	3.322	32.230.361
out/23	23.203.093	3.235.932	1.286	5.510.964	3.328	31.954.603
set/23	23.059.743	3.217.729	1.314	5.429.232	3.340	31.711.358
ago/23	22.921.954	3.075.241	1.314	5.423.685	3.353	31.425.547
jul/23	22.807.132	3.015.412	1.353	5.387.088	3.485	31.214.470
jun/23	22.725.478	2.980.015	1.460	5.340.441	3.489	31.050.883

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jun/23	jun/24	jun/23	jun/24
Acre	43.040	44.238	17.349	21.692
Alagoas	386.577	387.662	468.248	438.753
Amapá	62.115	62.796	50.313	48.079
Amazonas	583.861	605.616	549.525	574.961
Bahia	1.682.351	1.685.967	1.755.995	1.912.516
Ceará	1.360.561	1.441.528	1.194.993	1.372.626

Distrito Federal	931.100	945.836	634.100	690.483
Espírito Santo	1.254.215	1.305.968	667.284	777.268
Goiás	1.323.640	1.364.781	844.760	951.837
Maranhão	508.400	524.186	293.209	368.400
Mato Grosso	665.249	676.013	258.180	293.702
Mato Grosso do Sul	658.099	675.477	439.872	343.640
Minas Gerais	5.602.070	5.729.173	2.651.392	2.940.529

Pará	862.022	884.009	518.613	560.777
Paraíba	447.769	463.777	479.508	546.107
Paraná	3.078.735	3.115.371	1.628.435	1.860.355
Pernambuco	1.404.277	1.420.349	1.222.555	1.314.318
Piauí	397.561	410.696	169.434	220.050
Rio de Janeiro	5.501.258	5.519.549	3.531.854	3.712.883
Rio Grande do Norte	605.567	615.493	512.582	569.069
Rio Grande do Sul	2.581.187	2.622.711	964.364	1.064.910
Rondônia	153.042	161.255	115.597	130.639
Roraima	31.592	30.958	11.631	12.204
Santa Catarina	1.644.599	1.680.361	818.832	914.351
São Paulo	18.013.071	18.138.461	10.894.369	11.450.021
Sergipe	327.194	336.857	229.278	257.429
Tocantins	122.249	124.828	121.469	129.574
Categoria				
Saúde e Vigilância Sanitária				

PLANOS ODONTOLÓGICOS SOMAM 33,3 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

IESS – 02/08/2024

Resultado operacional acima de R\$ 1 bilhão marca recuperação significativa, com melhoria nos três principais indicadores econômico-financeiros do setor.

A odontologia suplementar encerrou maio de 2024 com 33,3 milhões de beneficiários, maior número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos desde o início da série histórica da ANS. A informação é da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) n° 95, do IESS.

Em 12 meses, houve registro de alta de 8%. Em maio de 2023, foram registrados 30,8 milhões de vínculos. Assim, houve adição de 2,5 milhões de contratos no período.

Dentre os tipos de planos, os coletivos por adesão tiveram a maior alta no período (33,5%) e encerraram maio com 3,9 milhões de beneficiários. Os coletivos empresariais somaram 23,8 milhões e tiveram um crescimento de 5,4%.

Os planos individuais e familiares seguiram também a tendência. Entre os meses de maio de 2023 e 2024, tiveram adição de 267,8 mil vínculos, alta de 5,1%, encerrando os 12 meses com 5,6 milhões de beneficiários.

Baixe gratuitamente a NAB 95 [aqui](#) e confira os detalhes.

OPERADORAS DE SAÚDE REGISTRAM PRIMEIRO TRIMESTRE POSITIVO DESDE 2021

Saúde Business – 01/08/2024

Resultado operacional acima de R\$ 1 bilhão marca recuperação significativa, com melhoria nos três principais indicadores econômico-financeiros do setor

As operadoras de planos de saúde médico-hospitalares encerraram o primeiro trimestre deste ano com um resultado operacional (RO) positivo de R\$ 1,9 bilhão, marcando o primeiro desempenho positivo para o período desde 2021.

Esse dado trouxe uma convergência inédita e positiva dos três principais indicadores econômico-financeiros do setor: RO, resultado líquido (RL) e resultado financeiro (RF), algo que não ocorria desde 2020. Até então, pelo menos um dos três indicadores apresentava desempenho negativo no primeiro trimestre.

Os números constam no relatório “Análise econômico-financeira dos planos de assistência médica no Brasil (2018-2024): Impactos da pandemia e perspectivas de recuperação”, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

“A Receita Operacional reflete todas as entradas e saídas das operadoras relacionadas especificamente ao negócio de plano de saúde, excluindo ganhos financeiros, como aplicações de Tesouraria. Obter um resultado operacional positivo é crucial para a sobrevivência e sustentabilidade de qualquer negócio, e o mesmo vale para uma operadora de plano de saúde”, analisa José Cechin, superintendente executivo do IESS.

O RO representa a diferença entre receitas e despesas operacionais, após a dedução de despesas assistenciais, administrativas, comerciais e outras, excluindo ganhos financeiros. Em março de 2024, o RO do setor apresentou uma recuperação significativa em relação ao mesmo período de 2023, quando o resultado foi negativo em R\$ 1,7 bilhão.

Após a crise econômica desencadeada pela pandemia de Covid-19 em 2020, este é o primeiro sinal de recuperação do sistema de saúde suplementar, segundo Cechin. O primeiro trimestre de 2024 registrou uma melhoria considerável no RO, que havia sido negativo em R\$ 1,7 bilhão no mesmo período de 2023.

Desde 2022, o setor enfrentou um aumento na demanda por serviços de saúde, com a retomada de procedimentos suspensos durante a pandemia. Entre 2022 e 2023, o resultado operacional do setor deteriorou, com valores negativos de R\$ 10,7 bilhões e R\$ 5,9 bilhões, respectivamente.

Em contrapartida, os resultados financeiros melhoraram significativamente, impulsionados pelo aumento das taxas de juros, alcançando R\$ 9,4 bilhões e R\$ 11,2 bilhões, respectivamente. O resultado líquido foi negativo em R\$ 529,8 milhões em 2022 e positivo em R\$ 1,9 bilhão em 2023.

A margem de lucro líquido (MLL), que representa a porcentagem do RL em relação ao total de receitas operacionais acumuladas no período, variou consideravelmente ao longo do tempo, oscilando entre -4,7% e 16,2% (início da pandemia). No primeiro trimestre de 2024, a MLL foi de 3,7%, refletindo uma melhoria gradual nas margens das operadoras médico-hospitalares.

O estudo, realizado a partir de dados da base da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), destaca que os primeiros sinais de recuperação são resultado de diversas iniciativas das operadoras, como renegociações de contratos com fornecedores e prestadores de serviços, ganhos de eficiência administrativa por meio de tecnologias e melhorias de processos, combate ao desperdício e reorientação assistencial focada na promoção da saúde, cuidados preventivos e gestão de saúde de portadores de doenças crônicas.

Essas iniciativas também resultaram em uma melhora na sinistralidade, um indicador importante. A proporção das receitas destinadas às despesas assistenciais caiu de 91,7% no segundo trimestre de 2022 para 82,5% no primeiro trimestre de 2024, dentro da média histórica.

“Observa-se uma tendência de redução da sinistralidade em todos os períodos, indicando uma possível recuperação econômica e financeira do setor, com a ressalva de que o primeiro trimestre de cada ano tende a apresentar resultados líquidos mais favoráveis”, afirma o relatório.

O estudo na íntegra está disponível no site do IESS. [Acesse!](#)

ANÁLISE ESPECIAL DA NAB APRESENTA EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS LÍQUIDOS DAS OPERADORAS

IESS – 31/07/2024

Acompanhar a evolução econômico-financeira das operadoras de planos de saúde é fundamental para entender melhor a dinâmica do setor. A nova Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) n° 95 apresenta

os dados trimestrais de 2018 a 2024, mostrando os resultados líquidos, bem como a quantidade de operadoras no País.

Os dados são do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, divulgados em junho de 2024 pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e revelam um cenário de desafios e recuperações econômicas para o setor.

Isso porque durante o período analisado nota-se que, no primeiro trimestre de cada ano, houve tendência de melhores resultados, conforme ocorreu em 2018, quando 81% das operadoras apresentaram resultados líquidos positivos. Nos demais trimestres do ano, no entanto, essa porcentagem diminuiu. E essa mesma tendência foi observada entre 2019 e 2023, onde o primeiro trimestre frequentemente registrou a

maior proporção de operadoras com resultados líquidos positivos.

Vale ressaltar que a pandemia de Covid-19 impactou significativamente o setor entre o 4º trimestre de 2020 e o último trimestre de 2022.

Baixe gratuitamente a Análise Especial da NAB 95 [aqui](#) e confira os detalhes.

IA GENERATIVA E TELEMEDICINA EM PROL DA SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE PRIVADA

Saúde Business – 31/07/2024

Tecnologias ajudam a enfrentar desafios da saúde privada, ressaltando a importância de políticas públicas inclusivas e inovadoras para um sistema de saúde eficiente e equitativo.

Muito tem se discutido sobre as potencialidades da Inteligência Artificial Generativa (GenAIs, em inglês). No que diz respeito a operadoras de saúde, pode ser uma ferramenta para minimizar os desafios da saúde privada diante do envelhecimento populacional e das novas fronteiras da telemedicina.

O assunto foi um dos pontos debatidos no Future of Digital Health International Congress, que ocorreu durante a Hospitalar 2024. Saiba o que esse tipo de plataforma pode fazer em prol da sustentabilidade da saúde suplementar.

Desafios da saúde privada no envelhecimento populacional

Muito tem se discutido sobre as potencialidades da Inteligência Artificial Generativa (GenAIs, em inglês). No que diz respeito a operadoras de saúde, pode ser uma ferramenta para minimizar os desafios da saúde privada diante do envelhecimento populacional e das novas fronteiras da telemedicina.

O assunto foi um dos pontos debatidos no Future of Digital Health International Congress, que ocorreu durante a Hospitalar 2024. Saiba o que esse tipo de plataforma pode fazer em prol da sustentabilidade da saúde suplementar.

Um dos pontos principais levantados, durante o congresso, foi a questão do envelhecimento populacional e seus impactos na saúde privada. Com o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas, o sistema de saúde enfrenta grandes desafios de custeio e capacidade de atendimento. Guilherme Hummel, curador do congresso, destacou que a população acima dos 60 anos continuará crescendo até meados deste século, aumentando significativamente a demanda por serviços de saúde.

A pandemia de Covid-19 exacerbou as deficiências existentes, criando um descompasso significativo entre a necessidade dos pacientes e a capacidade dos sistemas de saúde de prover serviços adequados. A inflação médica foi identificada como uma consequência inevitável desse descompasso, o que exige a reorganização do sistema de saúde em torno de princípios de autocuidado e eficiência.

Inteligência artificial e saúde suplementar

A aplicação de IA também pode ajudar a resolver problemas de alto custo, cobertura insuficiente e desigualdade de acesso. Felipe Cezar Cabral, Gerente Médico de Saúde Digital do Hospital Moinhos de Vento, e Marcos Roberto Loreto, Diretor Técnico Médico da Omint, entre outros, compartilharam exemplos práticos de como instituições estão utilizando a IA para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços.

A IA está sendo empregada para reduzir fraudes e desperdícios, por exemplo. Há estimativas de que 12% dos recursos da saúde suplementar são perdidos nesses processos, representando cerca de R\$ 30 bilhões. Além disso, a IA está sendo utilizada para auxiliar médicos no registro eletrônico de saúde dos pacientes, proporcionando uma visão mais completa e integrada das informações clínicas, melhorando a assertividade dos diagnósticos e tratamentos.

Futuro da saúde: personalização e prevenção

O futuro da saúde, conforme discutido no congresso, aponta para uma medicina cada vez mais personalizada e preventiva. Com o advento de tecnologias avançadas, como a fabricação de órgãos sobressalentes e dispositivos de monitoramento remoto, espera-se que os tratamentos se tornem mais precisos e adaptados às necessidades individuais dos pacientes.

A criação de políticas públicas que garantam o acesso equitativo a essas tecnologias foi destacada como uma necessidade urgente. A inclusão digital e a integração de prontuários eletrônicos são vistas como medidas fundamentais para assegurar que todos os cidadãos possam se beneficiar dessas inovações. Além disso, a conscientização sobre a importância do autocuidado e a promoção de hábitos saudáveis foram identificadas como áreas críticas para a construção de um sistema de saúde mais sustentável e eficiente.

Essas discussões realizadas no fórum ressaltam a complexidade e as oportunidades que a transformação digital traz para a saúde suplementar. A integração de IA, a expansão da telemedicina e o foco na personalização e prevenção são tendências que prometem revolucionar o setor. No entanto, é essencial que essas inovações sejam acompanhadas por políticas públicas robustas e inclusivas. Somente com essas medidas será possível garantir o acesso equitativo a todos os cidadãos e promover um sistema de saúde mais justo e eficiente.

Enquanto olhamos para o futuro, é fundamental continuar a explorar e implementar essas tecnologias de forma ética e responsável, garantindo que os benefícios sejam amplamente distribuídos e que os desafios sejam enfrentados com soluções inovadoras e sustentáveis. O caminho para um

sistema de saúde transformado está diante de nós, e cabe a todos os atores do setor, incluindo governos, instituições de saúde e profissionais, trabalhar juntos para moldar esse futuro promissor.

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.