

## ÍNDICE INTERATIVO

[50% dos usuários da saúde suplementar estão satisfeitos com os serviços, aponta pesquisa inédita da Anahp](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS promove evento sobre nova classificação de operadoras para Regulação Prudencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Sinistralidade no ramo saúde preocupa](#) - Fonte: Segs

[Rede D'Or \(RDOR3\) compra ações da Sulamérica \(SULA11\) e avança sobre empresa; veja tamanho da fatia](#) - Fonte: Money Times

[STJ julga prazo prescricional de ressarcimento ao sus por operadoras de planos](#) - Fonte: Conjur

[Plano de saúde: ANS entrega cálculo de reajuste anual de planos individuais ao Ministério da Economia. Entenda](#) - Fonte: Extra Globo

[Despesas de planos médicos atingiram R\\$ 206 bi na pandemia](#) - Fonte: Monitor Mercantil

[ANS inclui sete novas tecnologias no Rol de procedimentos e eventos em saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde alegam 'explosão' de despesas em 2021 e preveem reajuste de 16% neste ano](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

# 50% DOS USUÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR ESTÃO SATISFEITOS COM OS SERVIÇOS, APONTA PESQUISA INÉDITA DA ANAHP

Saúde Business – 24/05/2022

Estudo da associação revela que a grande maioria compromete até 33% da renda para pagar pela assistência

Uma pesquisa inédita da Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, em parceria com o PoderData, revela que 5 em cada 10 usuários dos serviços de saúde suplementar estão satisfeitos com o sistema. No recorte de usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), 45% aprovam a assistência. A avaliação “regular” é feita por 45% do público geral pesquisado, que reúne usuários dos serviços público e privado.

O levantamento faz parte da campanha da associação “**2022: o ano de ouvir a saúde**”, que visa pautar o setor público e privado. Ao todo, foram entrevistados mais de 3 mil brasileiros em 388 municípios que demonstraram suas percepções sobre os serviços oferecidos no país.

Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp, acredita que durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, cresceu a preocupação das pessoas com a qualidade dos serviços de saúde. “O brasileiro agora tem mais propriedade e conhecimento sobre os sistemas, partes boas e ruins. Ele se sente mais participante das discussões sobre o tema”, afirma.

Os achados da pesquisa indicam ainda que o nível de instrução da população está diretamente ligado à percepção dos brasileiros sobre os sistemas. Quanto mais alta a escolaridade, maior a insatisfação, que chega a 50% entre os que têm ensino superior.

## A saúde no Brasil em 2023

Para colocar o tema no centro das discussões que antecedem o calendário eleitoral, a Anahp reuniu lideranças políticas na saúde para debater as ações que podem otimizar os serviços de assistência. Para Humberto Costa, senador e atual presidente da Comissão de Direitos Humanos do Senado, a pesquisa é um roteiro para quem está pensando a política de saúde daqui para frente. “Apesar do estudo apontar investimento em desenvolvimento tecnológico como prioridade, é preciso colocar o tema recursos humanos em evidência. Nós precisamos ter médicos que atendam no SUS com qualidade. Essa questão é fundamental. Por exemplo, regulamentar a telemedicina pode ser fantástico para capacidade de resolução na atenção básica, na própria área de especialidades, e fazer uso disso com a preocupação profissional, de recursos humanos, é essencial.”

Trabalhar a meritocracia na saúde pode ser um caminho. É o que sugere Osmar Terra, deputado federal pelo PMDB-RS. “Deveríamos ter um prêmio pela diminuição de pessoas acometidas por doenças e não pelo tratamento. Os profissionais que trabalham na ponta devem ter mapeado de

maneira adequada desde a promoção da saúde até o atendimento ultrassofisticado. Quanto melhores forem os indicadores na área geográfica que o médico atua, mais ele deve ganhar. Isso faz com que o profissional esteja mais presente. Afinal, médico sem dedicação exclusiva não tem tempo para atender com qualidade”, considera. Essa harmonia entre prevenção, promoção e atendimento médico hospitalar tem que existir no sistema, de acordo com Terra.

A falta de cuidado com prevenção é preocupante e envolve mudança de hábito de vida, o que é muito difícil, segundo Denizar Vianna, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e ex-secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. “Temos muitos desafios, esse é só um. Entender como fazer a integração dos setores público e privado e onde faz sentido que isso aconteça, é outro ponto relevante. Assim como telemedicina sem regulação gera mais gasto sem necessariamente entregar mais resultados. É um instrumental muito importante para dar acesso a mais de 5 mil municípios, mas precisamos do cuidado presencial também. Temos, ainda, que olhar para P&D com uma visão interministerial. Esses são os pontos principais para articular numa proposta.”

Para Leandro Piquet, professor e coordenador do Programa Partido Novo, na área da saúde é fundamental pensar a ideia de parcerias público privadas (PPPs) e a reforma do sistema previdenciário. “Passar para papel de prestador de serviço e não apenas de assistencialista para que não gere esse tipo de relação quase parasitária que existe também é uma preocupação. E, ainda, precisamos pensar de uma forma inovadora a importância fundamental nos gastos de saúde no setor privado, pensar a efetividade dos gastos e olhar o resultado final dos atendimentos”, completa.

Líderes das principais entidades do setor como Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Conselho Nacional de Saúde (CNSaúde), Interfarma, Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para Saúde (Abimed), SindHosp, Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (ABIMO), Sindusfarma, Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) foram responsáveis por compor o debate.

## Gastos com saúde suplementar

Sete a cada 10 brasileiros (73%) usuários da saúde suplementar gastam até 33% da renda mensal para pagar pela assistência. Na perspectiva da Anahp, esse índice não é sustentável, mas a diminuição dos custos com essa despesa e ampliação dos serviços de saúde suplementar, estão

diretamente ligadas à geração de emprego e renda. Isso porque a associação estima que cerca de 70% dos planos de saúde contratados no Brasil são feitos de forma corporativa. "Se a economia, o volume de empregos, a renda e salários não crescerem, de onde as pessoas e as empresas vão tirar dinheiro para aumentar o número de beneficiários?", questiona o diretor-executivo.

O estudo acende um alerta com relação às atividades de prevenção. A saúde suplementar no Brasil deixa a desejar no quesito ao constatar que apenas 15% dos usuários participam das iniciativas preventivas oferecidas visando o cuidado e a promoção à qualidade de vida. Segundo Antônio Britto, esse é um dos dados mais preocupantes da pesquisa. O executivo prevê que "se não começarmos rapidamente a dar mais importância à prevenção, a corrida para oferecer saúde de qualidade será perdida, porque o número de doenças crônicas está aumentando assim como a expectativa de vida."

### Novo governo

Quando questionados sobre o que desejam que seja a principal prioridade do próximo governo na área da saúde, em primeiro lugar, os brasileiros esperam mais tecnologia e inovação, seguido de maior disponibilidade de medicamentos gratuitos fornecidos pelo SUS.

Na visão de Britto, é preciso definir uma política de inovação, consistente, coerente e continuada para o setor. "O potencial dos nossos cientistas, reconhecido mundialmente e a capacidade produtiva de instituições como a FioCruz e o Butantan não são acompanhadas de políticas públicas e interesse privado que ampliem o nível de inovação. Por consequência, nós dependemos dos chamados grandes insumos para produção de vacinas, medicamentos e equipamentos. Isso ficou evidente durante a pandemia quando passamos a ter carência de insumos básicos para serviços assistenciais", avalia o executivo.

### Metodologia

Os dados da pesquisa "O que pensam os brasileiros sobre a saúde no Brasil?" foram coletados entre os dias 1 e 8 de abril de 2022, por meio de ligações telefônicas, adotando seleção aleatória do discador e IVR (Interactive Voice Response). Foram entrevistadas 3.056 pessoas acima de 16 anos em 388 municípios nas 27 unidades da Federação, sendo que 83% são usuários do SUS e 17% da saúde suplementar, mesmos percentuais do universo pesquisado. A margem de erro é de 2 pontos percentuais e o intervalo de confiança é de 95%. Foi aplicada ponderação paramétrica para compensar desproporcionalidades nas variáveis de sexo, idade, grau de instrução, região e renda. Alguns resultados da pesquisa foram arredondados. Devido a esse processo, é possível que o somatório de algum dos resultados para algumas questões seja diferente de 100. [Acesse o estudo na íntegra.](#)

## ANS PROMOVE EVENTO SOBRE NOVA CLASSIFICAÇÃO DE OPERADORAS PARA REGULAÇÃO PRUDENCIAL

GOV (ANS) – 24/05/2022

Webinar será realizado de forma remota no dia 1º/06 e contará com lançamento de novo manual

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, no dia 1º de junho, o webinar Classificação de Operadoras para Fins de Aplicação Proporcional da Regulação Prudencial. Dedicado a operadoras e suas associações, prestadores de serviços de saúde, investidores e órgãos de governo que tenham interesse no tema, o evento terá apresentação da Resolução Normativa nº 475/2021 e o lançamento de um manual sobre a normativa.

Com a nova classificação de operadoras em quatro segmentos (S1, S2, S3 e S4, do maior para o menor risco prudencial), a ANS pretende revisar, em segunda etapa, suas normas de regulação prudencial, com foco na simplificação e desburocratização para as operadoras de segmentos de

menor risco, de forma a incentivar a concorrência e a inovação no setor. Assim, a oficina virtual será uma oportunidade para que os participantes esclareçam suas dúvidas sobre o novo normativo e sua aplicação.

O evento será realizado das 10h30 às 12h, por meio do aplicativo Teams, sendo retransmitido pelo Youtube.

Para participar, clique aqui e faça a sua inscrição até o dia 30 de maio.

No dia do evento, caso haja problemas para acessar a reunião, envie um e-mail para [eventos@ans.gov.br](mailto:eventos@ans.gov.br) com o assunto "Problema de acesso - Oficinas RN nº 475/21" ou ligue para (21) 97151-2101 (Luciana) ou (21) 99509-2511 (Lara).

## SINISTRALIDADE NO RAMO SAÚDE PREOCUPA

Segs – 24/05/2022

A rápida ascensão das taxas de sinistralidade no seguro saúde preocupa o mercado de Seguros. Segundo a diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar

(FenaSaúde), Vera Valente, o índice registrado em 2021 é 12% maior que o registrado no fim de 2020. A tendência vem se mantendo em 2022. "Se olharmos para o primeiro trimestre

de 2022 essa tendência se confirma, com a sinistralidade acima da registrada no mesmo período dos últimos três anos”, revela a executiva, em comunicado publicado pela FenaSaúde.

Ela frisa ainda que as despesas assistenciais também estão evoluindo, tendo crescido 24% em 2021. “Toda essa conjuntura aponta para uma retomada dos custos em saúde em patamares já mais elevados que o pré-pandemia”, acrescenta Vera Valente.

De acordo com a FenaSaúde, a taxa de sinistralidade dos planos de saúde médico-hospitalares chegou a 86% em 2021. Esse é o maior percentual registrado desde 2001, quando o índice começou a ser divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Federação lembra que a sinistralidade é um dos mais importantes indicadores da saúde suplementar, pois mostra a relação entre receita das operadoras/seguradoras frente aos pagamentos (exames, consultas, internações, medicamentos e cirurgias).

Assim, na prática, a cada R\$ 100 reais dos custos das operadoras de saúde em 2021, R\$ 86 foram destinados ao pagamento de despesas assistenciais. Os dados foram divulgados na semana passada pela ANS.

Os planos exclusivamente odontológicos também apresentaram alta no último ano, chegando a 41% de sinistralidade em 2021. Com isso, o segmento registrou elevação de 3% na sinistralidade em 12 meses.

---

## REDE D'OR (RDOR3) COMPRA AÇÕES DA SULAMÉRICA (SULA11) E AVANÇA SOBRE EMPRESA; VEJA TAMANHO DA FATIA

Money Times – 23/05/2022

O grupo de hospitais **Rede D'Or (RDOR3)**, em conjunto com outros veículos de investimento de seus acionistas controladores, atingiu o controle de 12% do capital social da **SulAmérica (SULA11)**, conforme anunciou a operadora de planos de saúde nesta segunda-feira (23).

Ao todo, a rede agora controla cerca de 51 milhões de ações ordinárias e 102 milhões de ações preferenciais de emissão da companhia.

A Rede D'Or informou que a operação faz parte da estratégia da companhia mediante a combinação de negócios com a SulAmérica, e que “não objetiva alterar a composição do controle ou a estrutura administrativa da SulAmérica por qualquer outro meio distinto da Combinação de Negócios”.

### Resultados

A Rede D'Or encerrou o primeiro trimestre com queda de 44% no lucro líquido e alavancagem medida pela relação entre dívida líquida sobre Ebitda de 2,9 vezes.

O valor, reflexo da empreitada de fusões e aquisições sendo realizada pela rede, veio acima do nível de 2,5 vezes de um ano antes e perto do nível de até três vezes que o diretor financeiro, Otávio Lazcano, afirmou que a companhia considera como adequado.

“Uma vez concluída a incorporação da SulAmérica, a empresa expandida se beneficiará da posição líquida de caixa da SulAmérica e existem outras oportunidades de otimização de estrutura de capital que serão exploradas”, disse Lazcano, abordando também os planos de incorporação da operadora de planos de saúde cujo o lucro líquido caiu 56% no 1T22.

---

## STJ JULGA PRAZO PRESCRICIONAL DE RESSARCIMENTO AO SUS POR OPERADORAS DE PLANOS

Conjur – 23/05/2022

A 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça vai definir, sob o rito dos recursos repetitivos, qual é o prazo prescricional apropriado em caso de demanda que envolva pedido de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos ou seguros de saúde, em razão do atendimento de seus clientes na rede pública.

O colegiado irá definir se, nessa hipótese, é aplicável prazo quinquenal (artigo 1º do Decreto 20.910/1932) ou prazo trienal (artigo 206, parágrafo 3º, do Código Civil).

Também irá decidir “qual o termo inicial da contagem do prazo prescricional: se começa a correr com a internação do paciente, com a alta do hospital, ou a partir da notificação da

decisão do processo administrativo que apura os valores a serem ressarcidos”.

### Entenda

O rito dos recursos repetitivos é regulado pelo Código de Processo Civil de 2015, no artigo 1.036. Nesse regime, o julgamento ocorre por amostragem, mediante a seleção de recursos especiais que tenham controvérsias idênticas. Seu objetivo é aplicar o mesmo entendimento jurídico a diversos processos e, com isso, facilitar a solução de demandas que se repetem nos tribunais brasileiros.

Neste caso, foram selecionados dois recursos como representativos da controvérsia, cadastrada como Tema 1.147: os Recursos Especiais 1.978.141 e 1.978.151. A relatoria é do ministro Og Fernandes.

Nesses dois recursos, os recorrentes – uma operadora de plano de saúde e um centro hospitalar – pedem a reforma de acórdãos do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF-3), em São Paulo, para que seja aplicada a prescrição trienal prevista no Código Civil. Eles defendem que o ressarcimento ao SUS decorreria de uma “relação ressarcitória privada”, já que o débito não se origina de infração legal.

Amparado na jurisprudência do STJ, o TRF-3 reconheceu a prescrição quinquenal e apontou que as seguradoras de saúde não podem enriquecer ilícitamente, em prejuízo do Estado, com a cobrança por um serviço que não prestaram por meio de sua rede credenciada.

Após considerar que há multiplicidade de processos com idêntica questão de direito, a seção, por unanimidade,

acolheu a proposta do relator e afetou o tema ao rito dos repetitivos.

### "Caminho pavimentado"

Segundo o relator, a jurisprudência atual do STJ considera aplicável o prazo prescricional de cinco anos, contado a partir da notificação da decisão do processo administrativo que apurou o valor do ressarcimento ao SUS. Esse é o momento em que o crédito pode ser quantificado.

Para o magistrado, o entendimento da corte já fornece "um caminho jurisprudencial bem pavimentado, que pode servir de guia segura aos demais tribunais e julgadores a respeito da temática objeto da afetação". Por isso, ele decidiu não restringir a suspensão de processos que tratem da questão que será discutida pelo STJ — como costuma acontecer quando se instala o rito dos repetitivos.

Apenas os recursos especiais e agravos em recurso especial, interpostos na 2ª instância ou já no STJ, serão interrompidos até a definição da tese repetitiva

## PLANO DE SAÚDE: ANS ENTREGA CÁLCULO DE REAJUSTE ANUAL DE PLANOS INDIVIDUAIS AO MINISTÉRIO DA ECONOMIA. ENTENDA

Extra Globo – 20/05/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou, nesta quinta-feira (dia 19), que enviou ao Ministério da Economia o cálculo do índice de reajuste anual dos planos individuais para este ano, e que percentual está em apreciação pela pasta. A agência reguladora não divulgou o percentual sugerido e informou que não comenta projeções sobre índice de correção dos contratos de saúde. Após a análise da pasta, o percentual será publicado no Diário Oficial da União, mas ainda sem data definida.

O Ministério da Economia informou que "só haverá manifestação quando for concluída a avaliação" e que não há previsão para divulgação do índice. Já a ANS acrescentou que a recomendação do índice ao ministério foi feita ainda no dia 10 de maio.

A agência reguladora afirmou ainda que participou de uma audiência pública na Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados, na última quarta-feira (dia 18), para detalhar todo o processo que envolve o cálculo do reajuste para os planos individuais ou familiares deste ano.

Durante a audiência, representantes das operadoras de planos de saúde defenderam reajuste anual em torno de 16% para os planos individuais — o maior da história. As operadoras dizem que a pandemia de Covid-19 provocou redução das despesas em 2020, mas os custos voltaram crescer em 2021.

Além disso, dizem que os contratos individuais tiveram redução nas mensalidades de 8% em 2021 por causa da

redução das despesas das operadoras no ano anterior, e que seria necessária a compensação neste ano.

### Busca por consultas e exames

O superintendente de Estudos e Projetos Especiais da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal Alves, lembrou que a redução nas atividades ocorreu pelo medo das pessoas de procurarem serviços de saúde nos piores momentos da pandemia. Por isso, segundo ele, ocorreu a diminuição na procura principalmente por consultas e exames, mas a busca por esses serviços voltou a crescer no ano passado.

Já o superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), Marcos Novais, afirmou que a pandemia gerou uma distorção nas despesas, que caíram durante o isolamento social e depois "explodiram".

Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa em Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), ressalta que as entidades representativas das operadoras tentam justificar um aumento elevado. Mas, segundo ela, com os argumentos que não necessariamente são técnicos

— Já vimos que os dados de referência do reajuste de 2022 são a variação de despesas médicas de 2020 para 2021, e essa variação ficou abaixo dos níveis pré-pandêmicos, o que não justificaria um aumento tão elevado como o que estão querendo nos fazer crer que virá — afirma ela, acrescentando que os contratos coletivos devem amargar reajustes ainda maiores.

O presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa, Denis Bezerra (PSB-CE), avaliou que um reajuste de dois dígitos nos planos de saúde vai penalizar ainda mais a faixa

da população com idade avançada, em meio à crise econômica agravada pelo aumento geral de preços

## DESPESAS DE PLANOS MÉDICOS ATINGIRAM R\$ 206 BI NA PANDEMIA

Monitor Mercantil – 20/05/2022

Estudo mostra que aumento de 24% durante um ano está relacionado com a retomada de procedimentos médicos a partir de 2021.

Os efeitos da pandemia da Covid-19 refletiram, de forma direta, no crescimento do volume de despesas assistenciais de planos médico-hospitalares no País. Em um ano, de 2020 para 2021, o valor com esse tipo de despesa passou de R\$ 166 bilhões para R\$ 206 bilhões, aumento de 24,3%, índice superior à inflação medida pelo IPCA/IBGE que, de junho de 2020 a junho de 2021, fechou em 8,6%. Os dados são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 69, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (less).

Em 2020, quando teve início a pandemia, houve grande queda na frequência de utilização em consultas, exames, terapias, internações e tratamentos, que resultaram em menores despesas assistenciais. Por outro lado, no ano seguinte, as pessoas retomaram, de forma acentuada, essas atividades e procedimentos, aumentando fortemente a frequência com que os beneficiários utilizaram os serviços de assistência à saúde, gerando maiores despesas. Entre 2020 e 2021, o número médio de beneficiários de planos saltou de 47,1 milhões para 48,4 milhões.

O estudo também revela que houve aumento representativo do gasto médio anual por beneficiário. Ao dividir a despesa assistencial médico-hospitalar (em valores nominais) pelo número médio de beneficiários, constatou-se que no período de 2011 a 2021, o gasto médio quase triplicou, saltando de R\$ 1.483 para R\$ 4.262, respectivamente — alta de 187%. No período, a inflação (IPCA/IBGE) foi de 74,1%.

“Observamos que houve aumento do gasto médio por beneficiário em praticamente todos os anos, inclusive, nos momentos de registro de queda de beneficiários de planos de saúde (entre 2014 e 2019). A exceção foi o ano inicial da pandemia, em 2020, resultado da forte queda na utilização dos serviços de assistência à saúde. O gasto médio por beneficiário entre 2011 e 2021 aumentou 187%, percentual 2,5 vezes superior à inflação do período, de 74,1%”, afirma José Cechin, superintendente-executivo do less.

A Análise Especial da NAB aponta que os dados anuais apresentados estão em linha com a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) calculada periodicamente pelo less. A mais recente, fechou em 27,7%, relativa aos 12 meses encerrados em setembro de 2021, comparado com os 12 meses anteriores, atingindo um novo patamar histórico.

A retomada acentuada por parte de beneficiários de planos médicos individuais em procedimentos que haviam sido postergados, aumentou muito a frequência de utilização de todos os grupos de procedimentos e tratamentos médicos, a partir de abril de 2021. O impacto na VCMH foi ampliado pela combinação com os preços unitários desses grupos que haviam mantido seu crescimento durante o período da pandemia.

O estudo tem como base de cálculo a despesa assistencial por exposto de uma amostra de planos individuais/familiares e considera o comportamento de preços médios por grupos de despesa na saúde e, também, o volume de serviços prestados (frequência de utilização).

## ANS INCLUI SETE NOVAS TECNOLOGIAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

GOV (ANS) – 19/05/2022

Cobertura obrigatória pelos planos de saúde passa a contar com mais cinco medicamentos e dois testes

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incluiu cinco medicamentos e dois testes de sete tecnologias no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. As inclusões foram publicadas na edição de 6/05 do Diário Oficial da União, após aprovação dos diretores da Agência na 9ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada, realizada e transmitida ao vivo no dia 4/05.

Entre as novas inclusões, cinco foram submetidas pelo FormRol (processo de análise e incorporação continuados),

por discussão da Cosaúde e por participação social ampla, por meio de consulta pública:

- Risanquizumabe, para tratamento da psoríase moderada a grave.
- Brigatinibe, para tratamento do câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático.
- Trifluridina + cloridrato de tipiracila, para tratamento do câncer colorretal metastático.

· Trifluridina + cloridrato de tipiracila, para tratamento do câncer gástrico metastático incluindo adenocarcinoma da junção gastroesofágica.

· Venetoclax, para tratamento da leucemia linfocítica crônica.

Já as outras duas tecnologias foram incorporadas após recomendação positiva pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) para incorporação ao SUS. Trata-se de teste de provocação oral (TPO) para o diagnóstico e monitoramento de pacientes de até 24 meses de idade com alergia à proteína do leite de vaca e de teste de elastase pancreática fecal, para pacientes com dúvida diagnóstica de insuficiência pancreática exócrina em casos de fibrose cística. Com a Lei 14.307/2022, a inclusão das tecnologias recomendadas no SUS pela Conitec se torna obrigatória na saúde suplementar, em um prazo máximo de 60 dias.

### Consulta pública aberta

## PLANOS DE SAÚDE ALEGAM 'EXPLOÇÃO' DE DESPESAS EM 2021 E PREVEEM REAJUSTE DE 16% NESTE ANO

Agência Câmara de Notícias – 18/05/2022

Demanda reprimida por consultas e exames durante a pandemia provocou aumento dos custos, dizem representantes do setor

A Agência Nacional de Saúde (ANS) e as operadoras esperam um reajuste em torno de 16% nos planos de saúde do para este ano. A previsão foi revelada em audiência pública da Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados. A justificativa apresentada foi que o setor teve reajuste negativo de menos 8% em 2021, e seria necessária a compensação neste ano.

Superintendente Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde, Marcos Novais afirma que a pandemia de Covid-19 provocou redução das despesas em 2020, mas os custos voltaram crescer consideravelmente em 2021. “Esse é um ciclo da pandemia. A pandemia gerou uma distorção nas nossas despesas. As despesas em um momento caem e, em um outro momento, que é ano passado, elas explodem”, disse.

O superintendente de estudos e projetos especiais da Federação Nacional de Saúde Suplementar, Sandro Leal Alves, acrescentou que a redução nas atividades ocorreu pelo medo das pessoas de procurarem serviços de saúde nos piores momentos da pandemia. Por isso, segundo ele, ocorreu a diminuição na procura principalmente por consultas e exames, mas a busca por esses serviços voltou a crescer em igual proporção com a retomada da normalidade. “É o chamado efeito rebote: você guardou toda aquela demanda que estava reprimida e, quando as pessoas voltam às suas atividades normais, é natural que esse efeito aconteça”, completou.

Além das incorporações anunciadas, está aberta para participação social, até o dia 25 de maio, a Consulta Pública 96 (quanto à recomendação preliminar da área técnica de incorporação do Hemifumarato de Gilteritinibe, uma monoterapia para o tratamento de pacientes adultos com leucemia mieloide aguda recidivada ou refratária com mutação no gene FLT3 (tirosina quinase 3 semelhantes à FMS). Tal tecnologia foi discutida na quarta reunião da Cosaúde, realizada no dia 19 de abril.

### Sobre o Rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista de consultas, exames, terapias e cirurgias que constitui a cobertura obrigatória para os planos de saúde regulamentados, ou seja, contratados após 02/01/1999 ou adaptados à Lei 9.656/98. Ele contempla mais de 3 mil itens que atendem a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

Para o presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa, **Denis Bezerra (PSB-CE)** o reajuste nos planos de saúde vai penalizar ainda mais a faixa da população com idade avançada, principalmente porque o Brasil já passa por um período de crise, com inflação e aumento geral de preços.

Os reajustes nos planos de saúde são concedidos anualmente e servem para manter o equilíbrio financeiro do setor.

### Histórico

Para Gerson Sanford Vieira Lima, da Comissão de Defesa do Consumidor da OAB e representante dos usuários da saúde suplementar no Comitê Estadual da Saúde do Ceará, o reajuste não se justifica. Ele alega que, apesar do aumento das despesas, as receitas das operadoras apresentam longo histórico de crescimento.

“Não há argumento sustentável para dizer que as operadoras de planos de saúde, como regra, estão passando por uma situação de dificuldade do equilíbrio econômico e financeiro. Ao contrário, elas estão numa situação extremamente confortável. Isso demonstrado de forma objetiva”, alertou.

Representante do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça, Frederico Moesch lembrou ainda que o consumidor brasileiro também passou por dificuldades na pandemia, com perda de empregos ou redução na renda. “E, mesmo assim, observando os dados do setor, os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, nós não identificamos grandes oscilações na

inadimplência, no número de beneficiários. Teve até um aumento no número de beneficiários”, ponderou

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto: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](http://milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.