

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

03 de janeiro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS abre consulta pública sobre multa proporcional ao porte da operadora](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde: reajustes devem repetir 2023, na faixa dos 20%, mas haverá espaço para negociação](#) -
Fonte: O Globo

[Reajuste do plano de saúde para empresa deve ser de 25%](#) - Fonte: Valor Econômico

[Atualização do Rol: ANS promove audiência e consulta pública em dezembro](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Atenção primária na saúde suplementar](#) - Fonte: Estadão

[ANS faz retrospectiva da saúde suplementar em 2023](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Cancelamento por falta de pagamento: ANS define novas regras para comunicação a beneficiários](#) - Fonte:
GOV (ANS)

[ANS lança manual do programa de acreditação de operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Reclamações contra planos de saúde cresceram quase 50% em 2023](#) - Fonte: Info Money

[Panorama – saúde suplementar: ANS divulga dados relativos ao 3º trimestre de 2023](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Maioria dos planos de saúde atende bem o beneficiário, avalia ANS](#) - Fonte: Info Money

ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA SOBRE MULTA PROPORCIONAL AO PORTE DA OPERADORA

GOV (ANS) – 03/01/2024

Sociedade pode participar enviando dados e comentários pelo portal da Agência até 16/02.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta quarta-feira (03/01), a [Consulta Pública 124](#), para colher contribuições de toda a sociedade sobre a revisão da Resolução Normativa 489/2022 quanto à aplicação de multas para as infrações de planos de saúde, levando em consideração o porte econômico das operadoras. A realização da consulta pública foi aprovada na 599ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 18/12/2023.

“Atualmente, os valores das multas são aplicados conforme o número de beneficiários. Não obstante a adequação da norma vigente, avançamos com proposta que prevê critérios mais modernos de regulação e proporcionalidade para o setor, levando em consideração o porte econômico das

operadoras”, afirma a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros.

A proposta revisa os parâmetros de proporcionalidade com base no porte econômico de acordo com o art.27 da Lei 9.656/1998, para efeito da dosimetria da multa-base das infrações administrativas que venham a ser cometidas pelas operadoras e administradoras de beneficiários. A atualização do normativo trará regras alinhadas às já definidas para melhor enquadramento na classificação de risco prudencial, conforme Resolução Normativa 475/2021.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 16/02 no próprio site da ANS, onde também estão disponíveis os documentos relacionados à proposta: www.gov.br/ans, em "Acesso à informação", no item "Participação Social", no subitem "[Consultas Públicas](#)".

PLANOS DE SAÚDE: REAJUSTES DEVEM REPETIR 2023, NA FAIXA DOS 20%, MAS HAVERÁ ESPAÇO PARA NEGOCIAÇÃO

O Globo – 02/01/2024

Presidente da Abramge admite que reajuste aplicado às mensalidades foi elemento de maior peso na recomposição das contas das operadoras.

Os reajustes dos planos de saúde devem continuar salgados em 2024. A perspectiva é que se repitam os índices aplicados às mensalidades do ano passado, que segundo estimativa da consultoria Arquitetos da Saúde o percentual deve variar entre 20% e 25% , vale lembrar que a inflação deve fechar o ano na casa dos 4%. No entanto, em regiões mais disputadas haverá espaço para uma estratégia comercial mais agressiva, o que pode significar aumentos em percentuais menores para o consumidor local, diz Renato Casarotti, presidente de Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Apesar do resultado líquido positivo de R\$ 2,27 bilhões alcançado pelo setor nos nove primeiros meses de 2023, último dado disponibilizado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), Casarotti diz que ainda não se pode falar em recuperação do setor. Mas o fato é que houve uma mudança de trajetória dos dados financeiros da saúde suplementar que tinham registrado o pior resultado da história em 2022. E a recomposição dos preços pelo aumento das mensalidades foi o grande fator dessa mudança.

-O reajuste aplicado às mensalidades dos planos foi o elemento de maior peso nessa recomposição. O resultado de 2022 foi tão ruim que não havia espaço para ser agressivo. Em 2024, acredito que em regiões e nichos mais competitivos será possível adotar uma estratégia diferente e praticar reajustes menores. No entanto, não há de se falar ainda de recuperação do setor diante de um resultado operacional ainda bastante negativo. É claro que o resultado financeiro é parte dessa operação, mas não é sustentável operar continuamente num mercado em que "se paga para trabalhar" e fechar as contas com as receitas das aplicações - pondera o presidente da Abramge.

Em 2022, Casarotti avisou que os aumentos seriam mais altos este ano e que as operadoras prefeririam rescindir contratos a mantê-los desequilibrados e assim foi. Muitos contratos coletivos, que correspondem mais de 80% do mercado da saúde suplementar, foram reajustados na casa dos 25%, 30%, alguns até mais.

- Nos planos de saúde de até 29 usuários, que são acompanhados pela ANS, tiveram aumento entre 19% e 22% nas principais operadoras. Nos contratos maiores, que não têm nenhum controle de índice de aumento pela ANS muitas vezes os reajustes superaram este índice. Então nenhuma aposta fora de 20% a 25% para o reajuste em 2024 parece boa neste exato momento. A não ser que o quarto trimestre traga algo diferente do que sabemos até agora - avalia Luiz Feitoza, da Arquitetos da Saúde.

E o ajuste não se restringiu as mensalidades dos clientes em 2023, os preços dos produtos oferecidos pelo setor para quem ingressou nesse mercado também subiu. Quem conhece alguém que está buscando um plano de saúde para contratar, na maioria das vezes a procura era para a troca por um contrato mais barato, não cansa de ouvir essa reclamação.

-As operadoras foram mais conservadoras na precificação dos produtos em prateleiras, aumentaram os preços de tabela para garantir produtos mais sustentáveis. A lógica atuarial mudou com o fim dos limites das terapias. De outro lado, foram implementadas ações concretas para gerenciar despesas, como redesenho de redes credenciadas, ampliação de uso de junta médica para análise de procedimentos, principalmente os ligados a recomendação de terapias para o espectro autista (TEA).

Para os clientes de planos de saúde estas novas medidas, no entanto, têm soado como restrição de acesso. Não à toa, o número de reclamações de usuários de planos de saúde à ANS registrou uma alta de 49,7% nos primeiros dez meses

de 2023. As reclamações referentes à assistência dos planos somaram 82,7% das notificações registradas pela agência até outubro, último dado disponibilizado pela agência reguladora.

Novas movimentações do mercado

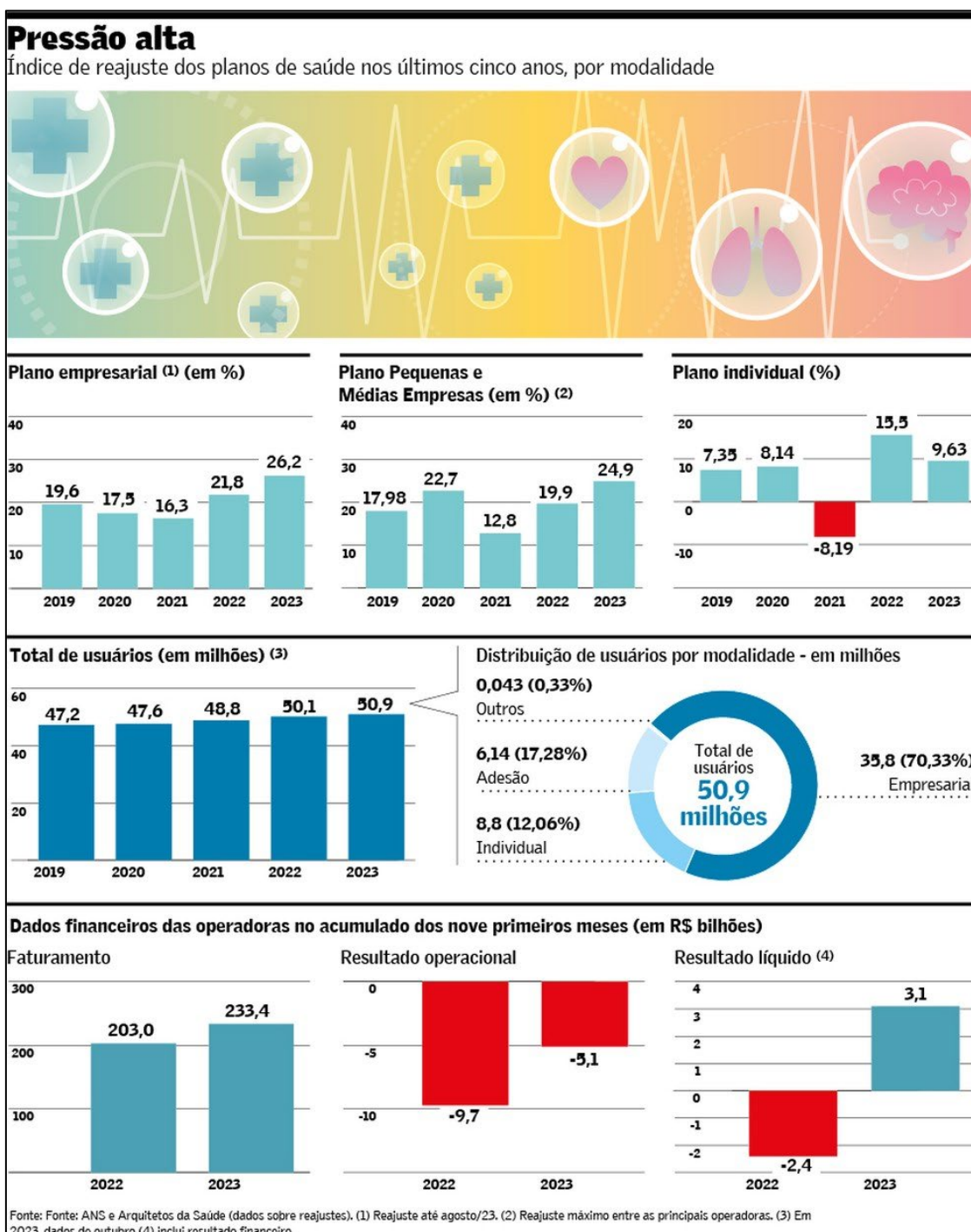
Apesar da recente negociação da Amil, que teve a venda fechado no fim de 2023, um negócio na casa dos R\$ 10 bilhões, entre desembolsos e passivos, na avaliação do presidente da Abramge, apenas em 2025 o setor deve retomar o que chama de "normalidade" o que pode retomar o

apetite do setor para novos investimentos. Ele aposta para este ano em novos arranjos que garanta maior viabilidade econômica principalmente no segmento de prestadores de serviços de pequeno e médio porte, como hospitais:

-Não falta oportunidade de aquisição, falta é capital. O juros ainda está alto e o que vejo é um movimento com mais cara de parceria do que aquisição, principalmente, pelo lados dos prestadores de serviços de saúde que podem ter ganhos de escala com atuação conjunta para fazer frente aos grandes grupos.

REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE PARA EMPRESA DEVE SER DE 25%

Valor Econômico – 02/01/2024



Patamar previsto para esse ano é semelhante ao aplicado em 2023, quando houve o maior aumento desde 2018.

Os planos de saúde empresariais, modalidade que representa 70% do setor, devem ter neste ano reajuste médio de 25%. Essa variação, equivalente a quatro vezes a inflação geral, é semelhante ao aumento aplicado no ano passado. Esse movimento interrompe uma sequência de altas nos reajustes, sendo que de 2023 foi o maior já registrado desde 2018.

“Acredito em estabilidade ou pequena melhora, o reajuste deve ser parecido com 2023”, disse Leonardo Coelho, vice-presidente da área de saúde da Aon, uma das maiores consultorias em gestão de benefícios. Segundo levantamento da Aon, o custo médico teve uma variação média de 14% em 2023, percentual parecido com o verificado em 2022. A visão é compartilhada por Thiago Torres, cofundador da consultoria Pipo, cuja expectativa é de uma melhora no nível de gastos com saúde mais para o segundo semestre de 2024.

Além do aumento nos custos e de volume de procedimentos médicos realizados, o último reajuste é explicado por um outro componente. Há planos de saúde com preços incompatíveis com o atual nível de despesas médicas e as operadoras estão aplicando majorações expressivas para compensar a diferença.

Esse descasamento começou em 2021, quando houve o reajuste negativo e as operadoras passaram a ofertar produtos precificados com base na sinistralidade de 2020. Na época, devido ao isolamento social, os gastos médicos despencaram. “Mas, houve uma retomada forte de procedimentos e os planos de saúde não estavam adequadamente precificados”, disse o executivo da Aon.

Em 2021, com uma sinistralidade ainda baixa, as operadoras comercializaram planos de saúde com valores reduzidos a fim de ganhar mercado tendo em vista a forte demanda por convênio médico diante da deflagração da covid. Em 2022, o setor teve um incremento de cerca de 1,3 milhão de novos usuários, mas amargou prejuízo operacional de cerca de R\$ 10 bilhões. “Entraram no sistema muitos usuários com desconto. O preço foi otimista demais, isso pesou para as operadoras e agora elas estão corrigindo o preço. Claro, que para as empresas isso não é bom”, disse Luiz Feitoza, sócio da consultoria Arquitetos da Saúde.

“A reprecificação começou no segundo semestre de 2022, mas veio com maior intensidade em 2023”, disse Coelho. Nos nove primeiros meses de 2023, as operadoras ganharam cerca de 750 mil novos clientes, mas tiveram prejuízo operacional de R\$ 5,1 bilhões. Ou seja, é a metade do prejuízo e do volume de novos usuários apurados ao longo de 2022.

“As operadoras estão corrigindo preço, que foi otimista demais”

— Luiz Feitoza

O aumento na base de usuários foi puxado, principalmente, pelos planos de saúde voltados à pequenas e médias empresas (PME), cujo preço inicial é menor e, em boa parte dos casos, adquirido por pessoas físicas que têm um CNPJ. O número de contratos de convênios médicos com até cinco vidas disparou 75% desde 2020. Essa modalidade teve reajuste de até 25% em 2023, sete pontos percentuais acima do aplicado em 2019. “O mercado fez uma aposta em PME para capturar crescimento. Mas não houve sucesso, não há um equilíbrio nessas carteiras, basta ver os reajustes elevados”, disse Feitoza.

Os planos de saúde vigentes antes da pandemia tiveram reajustes em patamares mais baixos e até queda de preço em 2021. O aumento aplicado no ano seguinte não compensou totalmente as despesas médicas. O vice-presidente da Aon lembra que, após a pandemia, o comportamento de uso do plano de saúde mudou, impactando o cálculo atuarial das operadoras. “Hoje, há novos exames, os médicos estão solicitando outros tipos de procedimentos e testes, surgiram descobertas envolvendo o transtorno do espectro autista (TEA) e há mais fraudes”, disse Coelho.

Nesse cenário, a palavra de ordem no setor é manter a rentabilidade mesmo que essa medida represente perda de clientes, o que tem gerado uma queda de braço ainda mais acirrada entre as empresas contratantes e as operadoras de planos saúde. Essa foi a fotografia de 2023 e deve se repetir neste ano. “Os reajustes devem continuar sendo o principal motor para aumentar as margens em todo o setor”, destacou o Citi em relatório.

A Fenasaúde nega que o setor tenha ofertado planos de saúde subprecificados para aumentar participação de mercado e afirma que os reajustes são baseados em custo médico e frequência de uso dos planos de saúde.

UnitedHealth assume US\$ 7 bi

O UnitedHealth Group (UHG), que vendeu sua operação no Brasil em dezembro, informou que assumirá encargos de US\$ 7 bilhões. A maior parte desse valor é referente a ajustes de câmbio da venda da operadora de planos de saúde Amil, da rede de 37 hospitais e de 28 clínicas médicas. O grupo disse ainda que espera concluir a transação no primeiro semestre de 2024, segundo a Bloomberg. O empresário José Seripieri Filho, fundador da Qualicorp e Qsaúde, adquiriu a operação brasileira do UHG por R\$ 2 bilhões mais assunção de passivos da ordem de R\$ 10 bilhões. O grupo americano havia comprado a Amil, em 2012, por cerca de US\$ 5 bilhões, o equivalente na época a R\$ 10 bilhões. Em todo esse período, a operação brasileira acumulou prejuízos, principalmente, devido à carteira de planos de saúde individuais. Mas também há perdas na divisão de hospitais. Segundo fontes, desde 2012, o UHG já fez aportes de cerca de R\$ 10 bilhões na operação brasileira, tendo em vista que o negócio é deficitário.

ATUALIZAÇÃO DO ROL: ANS PROMOVE AUDIÊNCIA E CONSULTA PÚBLICA EM DEZEMBRO

GOV (ANS) – 02/01/2024

Colaborações sobre proposta de incorporação à lista de coberturas obrigatórias são fundamentais para subsidiar decisões da Agência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu, em dezembro, duas oportunidades para participações sociais ampliadas sobre propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Uma delas foi a Consulta Pública 122, que recebeu contribuições sobre a Radioembolização Hepática, para o tratamento de metástase do câncer colorretal, entre os dias 13/12/23 e 01/01/24.

Por ter recomendação preliminar desfavorável, a mesma tecnologia foi objeto da Audiência Pública 39, realizada de forma remota, no dia 19/12/23.

Ainda em dezembro, a ANS abriu a Consulta Pública 123, para colher contribuições para a proposta de atualização do

Rol da Diálise peritoneal automática, uma forma de substituir a função dos rins nos pacientes que precisam de tratamento crônico. A consulta está aberta até 09/01 e pode ser acessada [clikando-se aqui](#).

Sobre o Rol

O Rol representa uma conquista para os beneficiários e para a sustentabilidade do setor, contando com terapias, exames, procedimentos e cirurgias que atendem às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

As tecnologias submetidas diretamente à ANS passam por processo que inclui a ampla participação social e criteriosa análise técnica, que utiliza uma metodologia de avaliação de tecnologias em saúde para garantir qualidade e segurança aos consumidores da saúde suplementar.

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Estadão – 30/12/2023

Por meio da Medicina da Família e Comunidade moldaremos alicerces sólidos para a melhoria da saúde coletiva.

Um chamado à reflexão bate às portas da rede de saúde suplementar do Brasil e daqueles que a ela recorrem. Temos atualmente inúmeros complicadores sistemáticos, a começar pelos altos valores das anuidades, cada vez mais inacessíveis.

Dos cerca de 50,7 milhões de usuários em 2023, cerca de 42 milhões são de planos coletivos e/ou empresariais. Todos afetados fortemente pela variação dos índices de sinistralidade, aplicados sempre que qualquer um dos beneficiários aciona o plano de saúde por algum motivo, seja por consulta ou tratamento.

O sinistro (hoje no patamar dos 90%) joga os valores das anuidades ainda mais para cima, convidando milhões de pessoas a deixarem seus planos, passando a depender 100% do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra agravante: a faixa de brasileiras(os) de 30 anos ou mais vem aumentando; representa 56,1% do total, conforme dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O percentual era de 50,1% em 2012.

Com o envelhecimento populacional, aumentam os episódios de alta complexidade. O impacto financeiro cria riscos a todos, planos de saúde, prestadores e pacientes.

Construir uma saúde suplementar menos custosa e mais resolutiva requer a revisão de conceitos de gestão e investimento. Esforços, inteligência e maior destinação

orçamentária devem ser direcionados em escala maior à prevenção e à educação em saúde, ou seja, à Atenção Primária à Saúde (APS).

Na Europa, por exemplo, a APS é a principal porta da rede suplementar. Cuida de forma singularizada, além de auxiliar os pacientes a gerir e tomar decisões sobre o bem-estar. No Brasil, pode contribuir ainda mais significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população, segundo conclusão de relatório técnico da Fundação Getúlio Vargas (FGV) de 2021. A propósito, de 80% a 90% das necessidades de saúde que um indivíduo tem ao longo da vida podem ser atendidas pela APS, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas).

Temos na assistência primária importante oportunidade para prevenir doenças e promover qualidade de vida. Estudos indicam a redução de internações estáveis, o que não apenas aprimora a assistência prestada, como também economiza recursos expressivos.

Dados da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) apontam que ao menos 5,2% das internações que acontecem no sistema de saúde foram classificadas como evitáveis – no total, são mais de 20 mil internações e quase R\$ 400 milhões anuais que poderiam ser aplicados em outras áreas.

A APS não se limita a resolver problemas de saúde: envolve a promoção de hábitos saudáveis e auxilia na prevenção de enfermidades.

Por tudo isso, precisamos da atenção primária como base do sistema, não como produto isolado dentro da cadeia da saúde, o que ocorre agora. A APS deve estar na coordenação/gestão.

Haverá, a partir dessa premissa, a diminuição de gastos e maior grau de satisfação, porque as pessoas se sentirão efetivamente cuidadas. Os pacientes têm de se sentir seguros com suas escolhas de saúde e somente terão essa tranquilidade se guiados por uma equipe e um(a) médico(a) de família e comunidade.

Assim teremos, ainda, a diminuição de tempo de acesso, além de menos exames duplicados ou desnecessários na saga da procura por diversos especialistas até acertar o especialista focal. Hoje, a empresa de saúde perde e a pessoa que precisa de serviços também perde.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) desenvolve projeto batizado de Cuidado Integral à Saúde, lançado em 2021 em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e o Institute for Healthcare Improvement. Visa a colocar a disposição e implementar a APS em maior escala aos pacientes de planos e operadoras.

ANS FAZ RETROSPECTIVA DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2023

GOV (ANS) – 29/12/2023

Setor encerra o ano com 50,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e começa a dar sinais de recuperação econômica.

A saúde suplementar enfrentou algumas incertezas ao longo de 2023. A imprecisão quanto à frequência de utilização dos planos de saúde pelos beneficiários e a elevação no valor dos insumos diante dos desdobramentos da pandemia marcaram o ano. Por outro lado, o setor alcançou marcos importantes, como o crescimento contínuo de beneficiários em planos de saúde, tanto em assistência médica, que encerra o ano com 50,9 milhões de clientes, quanto exclusivamente odontológicas, que fecham 2023 com mais de 32 milhões.

A inclusão de 31 itens no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e o lançamento de um Painel de Informações do Rol, para que toda a sociedade possa acompanhar as atualizações, também foram destaques do ano no setor de planos de saúde, bem como a abertura de participação da sociedade no processo de decisão na saúde suplementar em mais de 30 audiências e consultas públicas.

“Em 2023, a ANS reforçou a importância de que seja estabelecido um diálogo colaborativo entre todos os atores da saúde suplementar, para criarmos uma visão de futuro compartilhada. Estamos chegando em 2024 com o foco na melhoria da saúde suplementar, por meio de um grande pacto setorial, estimulando a reflexão e a colaboração acerca da coordenação do cuidado em saúde”, destaca o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

O objetivo é que os planos atuem de forma ativa, indo até o usuário, conhecendo seu histórico, antecipando-se no cuidado. Quinze operadoras integram este piloto, que prevê a certificação de boas práticas em APS para posterior implementação.

Por meio da Medicina da Família e Comunidade, do foco na atenção primária, moldaremos alicerces sólidos para a melhoria da saúde coletiva, com a consequente redução de complicações e de intervenções de complexidades secundária e terciária. O paciente será atendido de forma personalizada e humanizada, ao passo que o sistema terá a oportunidade de investir recursos com mais racionalidade.

Mais do que proporcionar economia de recursos no longo prazo, em especial no gerenciamento de pacientes crônicos, que representam grande parte dos custos de saúde, a APS pode desempenhar papel crucial na detecção precoce de várias condições e no incentivo a hábitos saudáveis, assim como já o faz no sistema público com sucesso.

Com uma rede suplementar organizada e saudável, garantiremos que os pacientes recebam por meio da APS o atendimento certo, no lugar certo e na hora certa

A retomada dos atendimentos, entre consultas, exames, internações, cirurgias eletivas e outros, impactou a saúde suplementar, como era esperado, com reflexo na redução dos índices de sinistralidade. Os dados econômico-financeiros apontam para uma melhoria do setor e a perspectiva é de uma retomada ainda maior, também influenciada pelo crescimento de beneficiários.

“No último trimestre do ano, foi possível observar uma pequena melhora dos dados econômico-financeiros em relação aos anos anteriores. Atravessamos uma pandemia com economia de recursos, seguida de um retorno grande de despesas que provocaram um certo desequilíbrio do setor. Hoje, temos um cenário ainda com prejuízos operacionais, mas já com sinais de recuperação que devem se sustentar no quarto trimestre deste ano e em 2024”, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino.

Confira, agora, alguns dos principais destaques de 2023.

Crescimento do setor

Em um ano de crescimento contínuo, o setor encerra 2023 com 50,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica em outubro de 2023 (mais de 900 mil a mais que em outubro de 2022); e 32,2 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (2,4 milhões a mais que no mesmo período de 2022). São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro são os estados que vêm apresentando o maior ganho em números absoluto nas duas modalidades.

A ANS em 2023

Ao longo de 2023, foram realizadas mais de 30 audiências e consultas públicas, além de mais de 60 reuniões de Diretoria Colegiada. Representantes da ANS participaram de centenas de eventos para promover um setor mais transparente e sustentável. A Agência também renovou e firmou novas parcerias importantes, e, hoje, conta com 46 acordos de cooperação técnica no Programa Parceiros da Cidadania.

Para o mercado e para a sociedade, a ANS fez lançamentos importantes como o seu novo boletim sobre planos de saúde, o Panorama – Saúde Suplementar, com periodicidade trimestral e o Painel de Informações do Rol, com dados econômicos sobre as tecnologias incorporadas à lista de coberturas obrigatórias. As novidades conferiram mais transparência sobre o setor à sociedade.

Já para o consumidor, a Agência lançou sua nova cartilha sobre mediação de conflitos em planos de saúde, para explicar, de forma clara e objetiva, como atua na resolução de problemas entre consumidores e operadoras. Além disso, promoveu a segunda edição da ação ANS com Você, uma série de eventos nas cinco regiões do Brasil para aproximar a reguladora dos consumidores. Dessa vez, a parceria foi feita com os Procons regionais para ampliar o acesso a informações, a capacitação nos atendimentos e para que o público entenda as regras do setor e conheça seus direitos e deveres.

“Este ano, optamos por realizar eventos em cidades onde não temos Núcleos da ANS, justamente para podermos chegar mais perto dos beneficiários que moram nesses locais. A parceria com os Procons foi fundamental para essa ampliação do nosso alcance e para o fortalecimento desse trabalho tão importante de atendimento aos consumidores”, ressalta a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros.

No âmbito institucional, a reguladora anunciou sua Política Integrada de Governança e Responsabilidade Socioambiental (ESG), sendo pioneira no assunto na Administração Pública, e lançou o Guia ANS de Diversidade e Inclusão, com foco em seu público interno, para orientar servidores e colaboradores sobre como lidar com a diversidade no ambiente de trabalho.

Os tradicionais Encontros ANS, que aconteciam anualmente até a pandemia, voltaram a integrar o calendário da Agência em 2023. O Encontro ANS Centro-Oeste I Brasília, ocorrido em agosto, reuniu mais de 300 pessoas para debater temas da saúde suplementar em Brasília.

Agenda Regulatória 2023-2025

Em janeiro de 2023, a ANS definiu e divulgou a sua Agenda Regulatória para o triênio 2023-2025 dividindo-a em três seções, estabelecendo os temas prioritários que serão analisados no período. Os assuntos estão divididos em três seções: a de Temas Regulatórios; a Agenda de Avaliação de

Resultado Regulatório (ARR) e a seção dedicada ao desenvolvimento de estudos preliminares.

Os temas prioritários de discussão são: Melhoria do relacionamento entre operadoras e beneficiários; Simplificação da situação do produto; Mecanismo de regulação financeira; Proporcionalidade na regulação de solvência e nas regras de ativo garantidor; Empoderamento do beneficiário/consumidor para contratação ou troca de plano; Estímulo ao desenvolvimento setorial; Integração da Saúde Suplementar e o SUS; e Transparência e qualidade de dados e informações do setor.

Já os temas selecionados para Avaliação de Resultado Regulatório (ARR), por sua vez, são: Visita técnico-assistencial; Parâmetros da metodologia do reajuste individual; Análise sobre os conceitos de grupo econômico e rede própria na saúde suplementar; e Autogestões.

Por fim, os temas para estudos preliminares: Seguro garantidor; Vazios assistenciais; e Avaliação econômico-financeira dos produtos.

Em 2024, a atuação regulatória estará voltada para garantir que os desafios estruturais enfrentados pelo setor possam ser superados, permitindo uma assistência de qualidade aos beneficiários de planos de saúde, sem desconsiderar a sustentabilidade do mercado.

Rol de coberturas obrigatórias

Mais uma vez, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi uma das principais pautas da saúde suplementar do ano.

Com um processo de atualização muito criterioso, hoje conta com prazo de análise de, no máximo, 9 meses. Tecnologias para o tratamento de câncer levam entre 4 e 6 meses para serem analisadas. E aquelas tecnologias que já tiverem sido aprovadas para incorporação no SUS passam pela análise da ANS em, no máximo, 2 meses.

Em 2023, foram incluídos 31 itens, entre procedimentos, medicamentos, indicações ou ampliações de uso. Entre eles, o rol recebeu importantes conquistas como tratamentos para esclerose múltipla, atrofia muscular espinhal, diversos tipos de câncer como o melanoma, o da tireoide, do endométrio e o câncer de intestino.

A ANS também realizou o seminário Parâmetros de Avaliação Econômica no Processo de Atualização do Rol, para debater os impactos financeiros da inclusão de novas tecnologias na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde.

“Nos últimos anos, temos dado passos importantes no sentido de aprimorar as nossas análises, em diferentes perspectivas, de dados econômicos obtidos durante o processo de atualização do Rol. Assim, ampliamos a visibilidade de nossas práticas e fornecemos subsídios para a evolução dos métodos e análises econômicas sobre as novas tecnologias em saúde. Esse que é um dos processos

mais importantes para o setor conta com ampla participação social”, salienta o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli.

Intermediação de conflitos

Em relação à fiscalização do atendimento prestado pelas operadoras aos seus beneficiários, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) completou 13 anos e continua se mostrando uma ferramenta importante para agilizar e solucionar demandas de consumidores, tanto em relação a questões de natureza assistencial, quanto às reclamações de natureza não-assistencial, com percentual de resolutividade que permanece ano a ano, na casa dos 90%.

Certificações e Painéis

No âmbito das certificações, a Agência instituiu a Certificação em Parto Adequado, com o intuito de promover qualidade e segurança no cuidado em saúde às gestantes e bebês.

Já nas melhorias feitas em seus painéis, a ANS lançou um novo painel dinâmico com os dados econômico-financeiros do setor. O Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar passou a organizar e consolidar o conteúdo anteriormente divulgado em três diferentes publicações: o Anuário da Saúde Suplementar, o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e o Painel Contábil da Saúde Suplementar. Em 2023, também foram lançados outros painéis dinâmicos, como o do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); de Governança e Responsabilidade Socioambiental (ESG) e de Informações do Rol. Todos podem ser acessados na área Dados e Indicadores do Setor >> Painéis Dinâmicos. [Clique aqui para conferir](#)

Promoção à saúde e qualidade de vida

A Agência manteve seus programas voltados à qualificação do setor. Em abril, a ANS realizou o Seminário Nacional de Promoprev, reforçando mensagens de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças. Os Programas de Promoprev estimulados pela Agência ofereceram, em 2023, cuidado contínuo a cerca de 2,8 milhões de consumidores de planos de saúde.

Já em relação ao Qualiss – projeto que estimula a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) –, este ano, a ANS reuniu, em duas sessões, mais de 250 pessoas em webinar dirigido aos hospitais que decidiram participar do programa.

“Com o Qualiss, vamos divulgar para toda a sociedade os resultados de indicadores de hospitais, o que é uma ação muito inovadora e de empoderamento do consumidor. Todos ganham com esse projeto, principalmente os usuários de planos de saúde, que assim terão uma fonte segura de verificação de indicadores de qualidade de hospitais”, pontua o diretor de Desenvolvimento Setorial, Maurício Nunes.

Para incentivar a adoção de modelos inovadores que priorizem a melhoria da atenção à saúde e a sustentabilidade do setor, a ANS estimula as operadoras a implementarem modelos de remuneração baseados em valor. Em dezembro, a Agência divulgou a lista dos 20 projetos selecionados por meio do segundo edital do projeto.

De maneira geral, a ANS trabalhou incansavelmente para assegurar que as operadoras cumprissem suas obrigações, buscando um funcionamento eficaz do setor. Com novas ferramentas e publicações, a Agência ampliou a divulgação e o acesso a informações que traduzem a situação da saúde suplementar e que esclarecem o funcionamento dos planos de saúde.

[Assista aqui](#) ao vídeo da Retrospectiva ANS 2023.

CANCELAMENTO POR FALTA DE PAGAMENTO: ANS DEFINE NOVAS REGRAS PARA COMUNICAÇÃO A BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 29/12/2023

Resolução Normativa 593/2023 permite notificação por meios eletrônicos e entra em vigor em 1º/04/2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou novas regras para regulamentar a notificação do beneficiário por inadimplência, seja ele o contratante do plano de saúde individual ou familiar, o empresário individual contratante de plano coletivo empresarial ou aquele que paga a mensalidade de plano coletivo diretamente à operadora. A nova norma agora prevê a utilização de meios eletrônicos para comunicação com o consumidor, além das formas que já eram utilizadas. Publicada no dia 20/12 no Diário Oficial da União, a [Resolução Normativa \(RN\) 593/2023](#) vai vigorar a partir de 1º/04/2024.

Pela nova RN, a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia do não pagamento como pré-requisito para exclusão do beneficiário, suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora motivada por inadimplência. Além disso, ela determina que a notificação será considerada válida após o quinquagésimo dia de inadimplência se for garantido, pela operadora, o prazo de 10 dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito. Contudo, os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de rescisão ou suspensão contratual.

A resolução define, ainda, que para que haja a exclusão do beneficiário ou a suspensão ou a rescisão unilateral do

contrato por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 meses, cabendo à operadora comprovar claramente a notificação sobre a situação de inadimplência, demonstrando a data da notificação ao consumidor.

Meios de notificação

Uma das novidades trazidas pela RN são as formas pelas quais poderão ser feitas as notificações: poderão ser utilizados meios eletrônicos de acordo com os dados informados à operadora que estejam no cadastro do beneficiário, como e-mail com certificado digital e com confirmação de leitura; mensagem de texto para telefones celulares; mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; e ligação telefônica gravada com confirmação de dados pelo interlocutor. Contudo, a notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis somente será válida se o destinatário responder confirmando a sua ciência.

A comunicação por carta ou através do preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado, continuarão a ser permitidas.

“A publicação desse normativo preenche algumas lacunas que existiam e moderniza a regulamentação, à medida que traz os meios eletrônicos, que facilitam a comunicação tanto para o beneficiário como para a operadora”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli.

A RN definiu, também, que na notificação precisa constar o período de atraso com indicação das competências em aberto e o número de dias da inadimplência; a forma e o prazo para o pagamento da dívida e regularização do contrato; bem como os meios de contato da operadora para esclarecimento de dúvidas.

Nos casos em que a operadora não conseguir notificar o consumidor sobre a inadimplência, a norma definiu que o cancelamento somente poderá ocorrer após 10 dias da última tentativa de contato com o beneficiário, desde que haja a comprovação pela operadora da tentativa de notificação por todos os meios descritos na resolução.

A nova regulamentação se aplicará aos contratos celebrados após 1º/01/1999 e àqueles que foram adaptados à Lei 9.656/1998.

[Clique aqui](#) para ler a RN 593/2023 na íntegra.

ANS LANÇA MANUAL DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

GOV (ANS) – 28/12/2023

Objetivo é qualificar a prestação dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de lançar o Manual do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. A publicação aborda os objetivos do programa e tem como meta divulgar, por meio de um material didático e acessível, a norma de Acreditação de Operadoras.

O Manual aborda desde a avaliação da gestão organizacional até a qualidade de estruturas físicas e tecnológicas dos prestadores de serviços de saúde, assim como a avaliação da gestão da assistência prestada, incluindo todo o escopo de atuação de uma operadora.

Confira o [Manual do Programa de Acreditação](#).

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, explica que o Programa é voluntário e tem o objetivo de qualificar a prestação dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde: “Ao incentivar a acreditação, a ANS está induzindo a melhoria da atenção à saúde e a mudança no modelo de gestão das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de melhorar experiência para o beneficiário”, ressalta o diretor.

A avaliação das operadoras é baseada nos critérios estabelecidos no Manual da ANS e realizada por Entidades Acreditoras (EA), reconhecidas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO. Para obter o selo no nível básico, a operadora deve ter conformidade em pelo menos 70% dos itens em cada uma das quatro dimensões: Gestão organizacional; Gestão da rede prestadora de serviços; Gestão em saúde; e Experiência do beneficiário.

Confira a [lista de operadoras acreditadas e de entidades credificadoras](#).

As vantagens do Programa de Acreditação

- Incentivos regulatórios para as operadoras acreditadas:
- bonificação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, correspondente ao nível de acreditação atingido.
- possibilidade de obter a redução dos fatores para o cálculo do capital regulatório
- Auxilia na gestão interna, apontando as oportunidades de melhoria

- Operadoras certificadas no Programa de Boas Práticas de Atenção Primária à Saúde (APS), recebem pontuação automática nos itens correspondentes.

- Operadoras exclusivamente odontológicas podem também se submeter ao processo de acreditação e receber o selo de qualidade.

RECLAMAÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE CRESCERAM QUASE 50% EM 2023

Info Money – 28/12/2023

Segundo a ANS, maior número de queixas foi registrado em agosto.

As reclamações de usuários de planos de saúde tiveram crescimento de 49,7% nos primeiros dez meses de 2023. Os dados foram divulgados nesta quarta-feira (27) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo a agência reguladora, o número de reclamações assistenciais e não assistenciais em 2023 superou os três anos anteriores em todos os meses do ano e chegou ao maior patamar em agosto, com 36.799 notificações de usuários dos planos de saúde. As reclamações referentes à assistência dos planos somaram 82,7% das notificações registradas pela agência até outubro.

Os dados da ANS permitem calcular o Índice Geral de Reclamações, que aumenta conforme a insatisfação dos usuários. Segundo a agência, os planos de assistência médica tiveram 55,1 reclamações para cada 100 mil beneficiários. Essa proporção era de 24,1 em 2020; de 30,2 em 2021 e de 36,8 em 2022.

Já os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,3 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários

nos primeiros 10 meses de 2023 e proporções semelhantes nos anos anteriores.

Outros dados

O Boletim Panorama – Saúde Suplementar da ANS mostra que os planos de saúde tinham 50,9 milhões de usuários de assistência médica e 32,2 milhões de clientes de planos exclusivamente odontológicos em outubro de 2023, o que representa um aumento de 1,9% em relação a outubro de 2022.

Segundo a ANS, apenas os planos coletivos empresariais apresentaram crescimento positivo (3,57%), enquanto os planos individuais registraram variação negativa (-1,30%), assim como os coletivos por adesão (-2,44%).

A ANS também informa que, nos últimos cinco anos, das mais de 11 milhões de internações anuais no âmbito do SUS, cerca de 1,6% ocorreram em pacientes cobertos por planos privados de saúde com assistência médica. Já os atendimentos ambulatoriais somaram, em média, 26,6 milhões de procedimentos anuais no SUS, dos quais 4,3% identificados como prestados a beneficiários

PANORAMA – SAÚDE SUPLEMENTAR: ANS DIVULGA DADOS RELATIVOS AO 3º TRIMESTRE DE 2023

GOV (ANS) – 27/12/2023

Nova edição traz estudo sobre envelhecimento da carteira e análise de demandas de consumidores referentes ao Rol de coberturas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira (27/12) a terceira edição do **Boletim Panorama - Saúde Suplementar**, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde atualizados até o 3º trimestre de 2023.

O número de usuários de planos de saúde apresentou aumento de 1,9% em relação a outubro de 2022, registrando 50,9 milhões de usuários de assistência médica e 32,2 milhões de clientes de planos exclusivamente odontológicos.

Nesta nova edição, o informativo traz dados referentes ao terceiro trimestre de 2023 e alguns dados atualizados até outubro.

Confira abaixo mais detalhes da **terceira edição do boletim Panorama – Saúde Suplementar**.

Na seção Beneficiários de planos de saúde, é possível verificar informações como a evolução do número de pessoas com planos de saúde de 2013 a 2023. O número de beneficiários em planos de assistência médica se manteve, em outubro de 2023, em um patamar muito próximo do mês anterior. Já os planos de cobertura exclusivamente odontológica mantiveram o ritmo de crescimento, com uma variação de 8,1% em 12 meses de análise.

Uma análise mais detalhada desses dados mostra, mais uma vez, que apenas os planos coletivos empresariais apresentaram crescimento positivo (3,57%), enquanto os planos individuais registraram variação negativa (-1,30%), assim como os coletivos por adesão (-2,44%).

As faixas etárias mais jovens – consideradas nesta análise até 39 anos – apresentaram o menor crescimento em um ano.

Já os consumidores acima de 40 anos aderiram mais aos planos de saúde no período observado. Esta tendência aponta para as discussões sobre o chamado envelhecimento da carteira e seus possíveis efeitos na sustentabilidade do setor.

O envelhecimento da carteira

De acordo com Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o Brasil se encontra na categoria de envelhecimento moderado, em que as taxas de fecundidade e mortalidade estão em queda. Esta etapa mantém uma proporção importante de jovens, mas a população idosa começa a aumentar. Em cerca de 20 anos, a população brasileira será considerada envelhecida.

Os resultados do Censo Demográfico de 2022, recentemente divulgados, mostram como, apesar das diferenças sociais e regionais, a população segue a tendência de envelhecimento. Entre os dois últimos censos, a população com idades de 60 anos ou mais passou de 10,8% para 15,8% do total. No mesmo período, os beneficiários de 60 anos ou mais em planos de assistência médica passaram de 11,3% para 14,3% de participação no total.

Assistência à Saúde

A utilização do plano por beneficiário em consultas médicas, terapias ambulatoriais, internações e procedimentos odontológicos ainda não alcançou o patamar de 2019. O índice de consultas médicas por beneficiário no terceiro trimestre de 2023 foi 12% inferior ao observado antes da pandemia (2019).

Já as terapias ambulatoriais, internações e procedimentos odontológicos ficaram mais próximos, com 4%, 6% e 6% abaixo do observado no terceiro trimestre de 2019, respectivamente.

De todos os grupos analisados pela ANS, o que apresenta um aumento mais significativo na utilização são os exames ambulatoriais. No 3º trimestre de 2023, observa-se um aumento de 15% nos exames realizados por beneficiário em comparação ao 3º trimestre de 2019.

Despesas médias de eventos assistenciais

Desde o primeiro trimestre de 2020, a variação das despesas com SP/SADT apresentou uma tendência a elevação, com um aumento de 35% no primeiro trimestre de 2023, em relação ao primeiro trimestre de 2019. Nesse período, a variação das despesas com consultas foi de 16%. As despesas com internações tiveram uma curva ascendente durante o período da pandemia. Nota-se uma queda em 2022, que se manteve no 1º trimestre de 2023, com valores ainda cerca de 8% maiores que em 2019.

Utilização da rede SUS por beneficiários

A terceira edição do boletim mostra que, nos últimos 5 anos, das mais de 11 milhões de internações anuais no âmbito do SUS, cerca de 1,6% ocorreram em pacientes cobertos por planos privados de saúde com assistência médica. Já os atendimentos ambulatoriais somaram, em média, 26,6 milhões de procedimentos anuais no SUS, dos quais 4,3% identificados como prestados a beneficiários.

Cenário econômico-financeiro

No cenário econômico-financeiro do terceiro trimestre de 2023, o resultado líquido de R\$5,2 bilhões foi influenciado pelo resultado financeiro, uma vez que o resultado operacional ficou negativo em R\$6 bilhões.

Observa-se que se mantém a trajetória de recuperação dos três trimestres mais recentes e que o resultado operacional do terceiro trimestre de 2023 equivale à metade do prejuízo operacional observado no terceiro trimestre do ano anterior.

O resultado financeiro, com lucro de R\$ 10,5 bilhões no terceiro trimestre de 2023, continua sustentando o maior patamar dessa série histórica (últimos quatro anos). O resultado financeiro acompanha a evolução das taxas de juros, sustentando crescimento contínuo desde 2020.

Demandas de consumidores

Nesta terceira edição do Panorama, a ANS fez uma análise específica sobre as reclamações relacionadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, considerando que a seção sobre Programas e Projetos da ANS destaca o lançamento do Painel Dinâmico de Informações do Rol [Veja aqui](#) mais informações.

Em relação às reclamações assistenciais e não assistenciais recebidas pela Agência, observa-se que, nos 10 primeiros meses de 2023, houve um aumento de 49,7% nos registros em comparação ao mesmo período de 2022, superando inclusive os números de reclamações de anos anteriores.

Já em relação às demandas relacionadas ao Rol de coberturas, embora o número absoluto de reclamações tenha aumentado ao longo dos três últimos anos, não houve grandes variações em relação ao total de reclamações cadastradas na Agência, mantendo-se entre 7% a 10%.

A última seção do Panorama apresenta informações atualizadas dos Programas e projetos da ANS e Aspectos Normativos e Legais, que colaboram para uma melhor visão de como está o setor de planos de saúde.

MAIORIA DOS PLANOS DE SAÚDE ATENDE BEM O BENEFICIÁRIO, AVALIA ANS

Info Money – 27/12/2023

Nota média das 896 operadoras de saúde analisadas pelo órgão regulador do setor foi 0,7898 - índice pode variar de 0 a 1.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a maioria das operadoras de planos de saúde do país atendem bem os usuários. Essa análise é baseada na nota média — 0,7898 — das 896 operadoras de planos de saúde avaliadas pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2023 (IDSS), ano-base 2022, da ANS (órgão regulador do setor). A nota máxima é 1 e a mínima é 0. O resultado foi divulgado na última sexta-feira (22).

O IDSS considera a média do desempenho das operadoras, ponderada pelo número de beneficiários que alcançou, em 2022, total de 78.616.588. Houve ligeira queda no IDSS em comparação a 2021, quando a nota atingiu 0,8128. Segundo a ANS, o número ainda está dentro da variação próxima à pontuação de 0,8, apresentada na série histórica nos últimos 5 anos.

O estudo revela também que 68,3% das operadoras avaliadas se enquadram nas duas melhores faixas do IDSS com notas igual ou acima de 0,6, o que significa que 90,9% dos beneficiários de planos de saúde estão nas operadoras melhores avaliadas no setor. No total, são cinco faixas avaliativas do IDSS.

O IDSS 2023 traz uma novidade, que é o Painel Dinâmico, com dados do setor por indicador, operadora e faixa de avaliação. O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, explicou que, a cada ano, a agência aperfeiçoa as ações de transparência em relação à qualificação das operadoras. “Acreditamos que essa divulgação do desempenho do setor é um importante parâmetro para uma escolha consciente do beneficiário no ato da contratação e para a manutenção de um plano de saúde”, avalia.

Destaques

O setor de saúde suplementar responde, atualmente, pela cobertura de 26,22% da população brasileira. De acordo com dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), apurados em outubro, o setor conta com 50,8 milhões de beneficiários vinculados a planos com assistência médica e 32,1 milhões a planos com assistência exclusivamente odontológica, o que, segundo a ANS, prova sua relevância do ponto de vista econômico, social e sanitário.

Para o cálculo do IDSS, são utilizados dados extraídos dos sistemas de informações da agência e dos sistemas nacionais de informação em saúde. Em 2022, das 896 operadoras avaliadas, 670 eram do segmento médico-hospitalar e 226 do segmento odontológico. Do total de avaliadas, 57 não atenderam aos requisitos normativos para a divulgação de suas notas finais à sociedade e, por essa razão, não tiveram suas notas disponibilizadas no portal da ANS.

Os resultados do IDSS 2023 também devem ser divulgados pelas próprias operadoras em seus sites, conforme determina resolução da ANS. O prazo limite para a divulgação do resultado é 22 de janeiro de 2024.

Caso discordem dos resultados do IDSS, as operadoras terão até o dia 9 de janeiro para apresentar recurso. A ANS lembra que não serão aceitos recursos fora do prazo.

Pesquisa de satisfação

A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários começou a ser aplicada em 2018 (ano-base 2017) e sua adesão pelas operadoras é voluntária. No ano-base 2022, 268 operadoras de planos de saúde realizaram o levantamento, com aumento de 18 operadoras em comparação ao ano-base 2021, o que representa 68,8% dos beneficiários de todo o setor no período.

A ANS considera que a pesquisa é uma boa prática, uma vez que proporciona o estabelecimento de um canal de diálogo com os beneficiários e uma maior participação na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos

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.