

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

08 de maio de 2024



EVENTO RECOMENDADO

SAÚDE SUPLEMENTAR - VISÃO ATUARIAL: AUMENTO DOS PREÇOS E SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Dia 16 de maio de 2024 às 18:30

Evento presencial em Torre Europa Salvador Shopping Business

Promovido pelo Clube de Seguros de Pessoas e Benefícios do Estado da Bahia

Palestrante: **Andréa Cardoso**

Diretora da Milliman e do Instituto Brasileiro de Atuária – IBA.

[Clique aqui](#) e saiba mais.

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde: quem cresce e quem encolhe em 2024](#) – Fonte: O Globo

[Como a reforma tributária pode inviabilizar os planos de saúde corporativos](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Situação de calamidade pública no Rio Grande do Sul](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Hospitais se unem à crítica contra fim de crédito na contratação de planos](#) – Fonte: Jota Info

[Plano de saúde e psiquiatria](#) – Fonte: Saúde Business

[Março de 2024: planos de assistência médica somam mais de 51 milhões de usuários](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga relatório das consultas realizadas ao conselho de usuários](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Amil negocia com a Golden Cross contrato para compartilhar a operação; saiba os termos](#) – Fonte: O Globo

[Autismo, cada vez mais presente](#) – Fonte: O Globo

[ANS concede portabilidade especial para beneficiários da operadora Unimed De Taubaté Cooperativa de Trabalho Médico](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga o Relatório Anual de Gestão e de Atividades 2023](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Operadoras aplicam reajuste de até 22% nos planos de saúde PME, com carteiras de até 29 usuários](#) – Fonte: Valor Econômico

[ANS informa sobre prazos de envio dos DIOPS mensais simplificados](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Comunicado aos ex-beneficiários da Unimed-Rio](#) – Fonte: GOV (ANS)

PLANOS DE SAÚDE: QUEM CRESCE E QUEM ENCOLHE EM 2024

O Globo - 08/05/2024

Na expansão de 165 mil vidas registrada pelo setor de planos de saúde no primeiro trimestre do ano, houve “vencedores” e “perdedores”. A partir dos dados informados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esta semana, o BTG Pactual tabulou quais operadoras mais cresceram e quais encolheram no período.

“A Hapvida registrou outro resultado sólido, adicionando 57 mil vidas no primeiro trimestre (com 78 mil na marca Hapvida e redução de 21 mil na NotreDame Intermédia). As adições líquidas no trimestre refletem parcialmente um ajuste interno (50 mil vidas da força de trabalho da GNDI que agora são elegíveis para a rede hospitalar da HAPV), o que não deve gerar receita adicional. Excluindo este efeito, a HAPV teria adicionado cerca de 7 mil vidas no primeiro trimestre (muito acima da queda de 50 mil que estimávamos)”, escreveram os analistas.

Segundo o relatório, a SulAmérica cresceu em 43 mil vidas, avanço também parcialmente explicado por um ajuste de

cálculo. Outra que cresceu foi a Porto Saúde, com a expansão da clientela em 21 vidas no trimestre.

“Os que tiveram desempenho abaixo do esperado foram Amil (-42 mil na comparação com o trimestre anterior) e Bradesco Saúde (-17 mil). Quanto a este último, observamos que a Bradesco Saúde, em seu balanço oficial de resultados, disse que perdeu 100 mil vidas no primeiro trimestre”, observou o relatório.

Segundo os analistas, “os últimos dados animadores de criação de empregos devem indicar mais meses de crescimento” para o setor.

“Esperamos que as medidas de austeridade do setor eventualmente produzam resultados positivos, mas a recuperação do setor deve ser gradual, provavelmente levando mais de 12 a 18 meses”, acrescentaram.

COMO A REFORMA TRIBUTÁRIA PODE INVIABILIZAR OS PLANOS DE SAÚDE CORPORATIVOS

GOV (ANS)- 07/05/2024

Uma provisão na regulamentação da reforma tributária está causando calafrios nas empresas de saúde suplementar – e pode ser um golpe de misericórdia num setor já de joelhos, nos empregadores que oferecem planos de saúde a seus funcionários e nos cerca de 44 milhões de brasileiros cobertos por planos corporativos, que representam 85% dos 52 milhões no sistema privado de saúde.

A norma impede que as empresas deduzam do cálculo do novo IVA os gastos com o plano de saúde corporativo dos funcionários.

Como a alíquota provável do IVA é de 27%, se a provisão for mantida, ela vai aumentar o custo dos planos de saúde para as empresas que oferecem este benefício a seus funcionários, na mesma proporção.

“Poucas vezes vi tamanho equívoco da área econômica do governo, e não é um equívoco econômico, é ideológico,” disse um empresário do setor. “Se isso for mantido, muitas empresas acabarão com os planos de saúde dos trabalhadores, que não terão condições de arcar sozinhos com plano de saúde e voltarão ao SUS.”

E se o funcionário quiser contratar fora, vai doer no bolso. Dadas as distorções históricas na regulação dos planos (leia-se, os reajustes sempre abaixo da inflação médica), o plano individual hoje é oferecido por poucas seguradoras – e é muito mais caro que o plano corporativo.

A lógica do Governo ao criar a vedação da dedução é de que a natureza dos planos é ser um benefício ao empregado – e não uma despesa qualquer da empresa, apesar de inúmeros outros benefícios continuarem dedutíveis da base de cálculo.

“Mas se for assim, o ticket-refeição, as cadeiras ergonômicas e a tela grande de computador também não escapam – e o governo não está indo atrás disso,” disse um advogado.

Mesmo com o encarecimento dos planos, algumas empresas podem não ter outra opção que não seja continuar pagando o plano. Acontece que, na maioria das vezes, a obrigação de pagamento do plano de saúde deriva da convenção coletiva de trabalho — que tem força de lei. “Ou seja, essas empresas não têm para onde correr, ou haverá uma guerra entre empregadores, sindicatos e justiça.”

Como quase tudo no Brasil, no entanto, a nova norma já nasce com um grande potencial de judicialização. A PEC da reforma tributária determina a dedução no cálculo do IVA de todas as despesas que uma empresa tiver com outro contribuinte no ciclo do IVA – ou seja, no curso de suas atividades; a única vedação é para bens de uso e consumo pessoal.

“No momento em que a regulamentação, que é infraconstitucional, tenta vedar essa dedução dos planos de saúde, ela já está em conflito com a própria Constituição,” disse um advogado tributarista.

A vedação à dedução do IVA pode ser o golpe mais recente num setor que vem acumulando bilhões de reais em prejuízo operacional nos últimos anos.

Desde 2021, os planos de saúde já perderam R\$ 20 bilhões – R\$ 7 bilhões apenas nos nove primeiros meses do ano passado, segundo dados da Abramge, que representa as operadoras.

Advogados que se mobilizam contra a vedação notam que o grande mérito da reforma tributária é instituir uma não-

cumulatividade plena nos impostos do Brasil. (Hoje os tributos são ditos não-cumulativos, mas isso nem sempre é verdade, porque as empresas não conseguem se creditar de inúmeras despesas, como as financeiras, propaganda, investimento em P&D – tudo isso porque a jurisprudência apenas autoriza a dedução de despesas tidas por “indispensáveis”, criando uma diferenciação bizantina entre o que é “necessário” e o que é “indispensável”.

Com a vedação à dedução, o tributo sobre o plano de saúde deixa de ser não-cumulativo: a empresa pagou pelo plano, e não pode mais se ressarcir. “O governo conseguiu criar mais uma jabuticaba contra a economia, e dessa vez diretamente contra o brasileiro,” disse outro empresário do setor.

Mas para o pai da reforma, o secretário extraordinário da Reforma Tributária, Bernard Appy, os críticos estão criando uma “tempestade em copo d’água.”

“[Esse impedimento] não vai quebrar ninguém. ... Tenho certeza absoluta de que todo mundo vai continuar tendo direito ao plano de saúde,” Appy disse num evento recente.

Quando confrontado sobre o assunto, Appy argumentou ainda que vedar o creditamento seria positivo para evitar assimetrias com as empresas do Simples (que estarão, em geral, fora da sistemática não-cumulativa). Mas foi a própria reforma que manteve a assimetria geral para as empresas do Simples – logo, o que Appy aponta não é causa, mas consequência.

O impedimento de dedução do IVA pode até “não quebrar ninguém” – ainda que o estado de saúde das operadoras não recomende esta aposta – mas uma coisa é certa: o imposto de todas as empresas que oferecem planos já aumentou, e mais uma confusão pode estar a caminho.

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL

GOV (ANS)- 07/05/2024

ANS adota medidas regulatórias excepcionais para o setor e mobiliza operadoras e público interno para ações humanitárias

Em razão da situação de calamidade pública em que se encontra o estado do Rio Grande do Sul, em decorrência de inundações causadas por fortes chuvas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) resolveu adotar medidas regulatórias excepcionais para o setor de planos de saúde e mobilizar seu público interno para ações humanitárias.

A decisão se deu por conta do cenário conhecido até o momento: pelo menos 336 municípios afetados pelas inundações; mais de 80 mil pessoas desalojadas; dezenas de óbitos, de feridos e de desaparecidos; 110 hospitais atingidos, estando alguns deles com atendimento parcial outros sem atendimento; diversos serviços essenciais interrompidos, com mais 400 mil pontos sem energia elétrica, mais de 1 milhão de unidades consumidoras sem abastecimento de água e dezenas de municípios sem telefonia e internet.

Sendo assim, diante dessas informações, a ANS reitera a importância de as operadoras, bem como de suas redes próprias ou conveniadas de prestadores de serviços de saúde enviares todos os esforços possíveis para a manutenção da assistência à saúde de seus beneficiários, com as seguintes recomendações:

- priorização do atendimento aos casos de urgência e emergência;
- manutenção de tratamentos de doenças crônicas que não possam ser interrompidos;
- preferência pelo uso do teleatendimento sempre que possível;
- reagendamento de procedimentos eletivos que possam ser adiados.

Quanto às medidas regulatórias excepcionais, a ANS informa que em relação a operadoras com sede no estado do Rio Grande do Sul decidiu:

- Pela suspensão, por 30 dias a contar do dia 1º de maio, da exigência do cumprimento dos prazos máximos de atendimento
- pela flexibilização de prazos para envio de informações periódicas obrigatórias para a ANS, como os dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema de Informações de Produtos (SIP), Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS) e Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS);
- pela suspensão, de 2 de maio a 2 de junho, dos prazos de processo administrativo;

Pensando nos beneficiários que residem no estado do Rio Grande do Sul, a ANS decidiu pela suspensão, por 10 dias, do prazo de pagamento da mensalidade com vencimento entre 1º e 17 de maio.

Mobilização para ações humanitárias

Diante da maior catástrofe climática já ocorrida no estado do Rio Grande do Sul, a ANS fez um comunicado às operadoras de planos de saúde para reiterar necessidade de garantir a assistência aos beneficiários e para que se engajem em ações que possam colaborar para atendimento às necessidades da população afetada.

A Agência também está realizando uma campanha interna para arrecadar itens como água, alimentos, materiais de limpeza e higiene para levar até a Base Aérea Militar do Galeão ou outro ponto de arrecadação oficial. A primeira leva de doações seguirá no dia 10 de maio, sexta-feira.

A solidariedade, especialmente para quem atua em assistência à saúde já é ponto basilar e mais uma vez devemos praticar em sua máxima ação, promovendo atuações humanitárias.

HOSPITAIS SE UNEM À CRÍTICA CONTRA FIM DE CRÉDITO NA CONTRATAÇÃO DE PLANOS

Jota Info - 07/05/2024

Setor teme que empresas fiquem desestimuladas a contratar planos para seus funcionários. FenaSaúde e Abramge vão defender alterações.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) se uniu a representantes de operadoras e tributaristas nas críticas ao fim das deduções tributárias para despesas com planos de saúde. O JOTA apurou que a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) vão iniciar um esforço de convencimento para que mudanças no texto sejam realizadas.

No mercado, há temor de que empresas fiquem desestimuladas a contratar planos para seus funcionários, o que, ao fim, pode impactar toda a cadeia de saúde suplementar: do médico ao hospital.

“Se uma medida qualquer desestimula empresas a oferecerem plano de saúde, restringe uma fonte que responde por 80% da oferta dos planos de saúde”, afirmou ao JOTA Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp.

À exceção do fim dessa dedução para planos, o diretor-executivo da Anahp informou que os hospitais tiveram pleitos atendidos na proposta de regulamentação entregue pelo ministro da Fazenda, Fernando Haddad (PT), na semana passada.

O projeto prevê uma redução de 60% nas eventuais alíquotas de IBS e CBS para serviços hospitalares e médicos. Pelas estimativas da Anahp, isso deve manter a carga tributária no mesmo patamar ao atual.

“Do ponto de vista exclusivo dos hospitais, foram atendidos os dois pedidos que a gente tinha feito. Primeiro, que o setor de saúde fosse tratado de forma diferenciada, o que foi feito ao garantir que paguemos os 40% (de alíquotas de IBS e CBS). O segundo pedido era que não aumentasse a carga tributária. Temos a profunda esperança que o conjunto da reforma gere benefícios indiretos com a redução da burocracia e do custo para declarar obrigações fiscais”, afirmou Britto.

Planos de saúde

A FenaSaúde sustenta que alguns pontos do texto enviado ao Congresso, caso aprovados, poderão onerar os planos de saúde, como a previsão de que as operadoras não vão gerar créditos dos tributos IBS e CBS para as empresas que venham a adquirir os serviços.

“A geração de créditos, nesse caso, seria um estímulo para que companhias de qualquer porte oferecessem a seus trabalhadores o tão desejado benefício do plano”, destacou a entidade, por meio de nota.

A limitação também é criticada pela Abramge. “É algo que pode ser negativo para a indústria e principalmente os trabalhadores. Depois do salário, um dos principais atrativos em um emprego é o plano de saúde”, destacou Marcos Novais, superintendente executivo da entidade.

O setor de saúde suplementar tem esperanças de que a medida possa ser revista pelo parlamento. “Vamos conversar com os parlamentares e explicar que esse modelo pode ser prejudicial, além de ser algo totalmente diferente do que é utilizado em outros países”, adiantou Novais

PLANO DE SAÚDE E PSIQUIATRIA

Saúde Business - 06/05/2024

O sistema de saúde brasileiro, em crise, enfrenta dificuldades na transição dos serviços psiquiátricos privados para o público. Como garantir assistência de qualidade?.

Saúde não significa apenas ausência de doença. Por definição, saúde se entende por bem-estar físico, psíquico e social.

Dentro desta visão, a saúde no Brasil está doente há muito tempo e pode piorar. A crise no setor é de conhecimento de toda sociedade. Entretanto, pouco se fala do processo que tem sido particularmente prejudicial a uma significativa parcela da mesma.

As pessoas que perdem o plano de saúde, antes pagos pelas empresas onde trabalhavam, não conseguem arcar com um novo seguro saúde, salvo algumas exceções.

Desta forma, caberá ao serviço de saúde público, o SUS, assumir o atendimento destas pessoas. Tal qual as operadoras de planos de saúde, o SUS foi obrigado a fazer

convênios com a rede particular de hospitais e clínicas e, assim, assistir pacientes que antes eram atendidos pelos planos.

As clínicas particulares têm travado verdadeiras batalhas no campo gerencial para compatibilizar custos crescentes com receitas estagnadas. A qualidade de seus serviços, muitas vezes, é comprometida. Muitos hospitais gerais com várias especialidades alocadas aos mesmos, passam por dificuldade na execução de procedimentos médicos.

Na psiquiatria é especialmente preocupante, em função das características desta especialidade. A demanda crescente de clientes portadores de transtornos mentais, a tendência à cronicidade das doenças mentais, a incidência alarmante de dependência química e poucos serviços disponíveis para o atendimento desta clientela, são questões de conhecimento da sociedade.

A psiquiatria moderna exige equipe interdisciplinar na relação com a família e o paciente, num trabalho insano para

conseguir resultados efetivos. Só quem viveu 50 anos acompanhando a evolução das terapias psiquiátricas, entende o significado da equipe multidisciplinar.

Geralmente as operadoras dos planos de saúde credenciam serviços psiquiátricos e pagam a diária e a medicação. Procedimentos como terapia de grupo, terapias individuais de paciente ou família, reunião nuclear e outros, não são contemplados.

As equipes multidisciplinares têm a preocupação de transformar seres humanos em pessoas. As operadoras têm uma visão estritamente econômica da psiquiatria, sem considerar o bem-estar físico, psíquico e social do paciente. Assim, é possível prever a sobrevivência das clínicas psiquiátricas de menor custo.

Todos seus atores (segurados, prestadores de serviço e planos) estão insatisfeitos. Os prestadores de serviço são submetidos a uma rotina de atrasos nos pagamentos dos serviços prestados, além do congelamento dos seus preços.

Entendemos ser urgente um encontro entre os protagonistas (sociedade de psiquiatria, operadoras de planos de saúde, ANS, prestador de serviço) para juntos encontrarmos uma saída para a especialidade. Manter a qualidade de serviços psiquiátricos em meio a este cenário, quando não se tem uma parceria financeira/econômica, é o desafio diário que a psiquiatria enfrenta diariamente.

Vale ressaltar que, em cidades como Rio de Janeiro, São Paulo e outras do mesmo porte, o atendimento psiquiátrico de 70% da população é promovido pelo setor privado. Seria uma catástrofe com repercussão insuportável para o SUS, a eliminação do setor privado.

Clínicas, hospitais psiquiátricos e serviços de saúde sofrem com reajustes inferiores aos seus procedimentos para manutenção do trabalho. Antes da falência, a venda se torna imperiosa.

E assim, o Brasil vai vivendo o desafio de oferecer a população a assistência psiquiátrica digna que merece.

MARÇO DE 2024: PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SOMAM MAIS DE 51 MILHÕES DE USUÁRIOS

GOV (ANS) – 06/05/2024

Planos exclusivamente odontológicos registram 32,7 milhões de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de publicar em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a março de 2024. No período, o setor registrou 51.035.365 de usuários em assistência médica e 32.734.438 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 868.746 beneficiários em relação a março de 2023. Já no comparativo de março deste ano com fevereiro de 2024, houve um aumento de 152.393 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.207.213 beneficiários em um ano, embora tenha ocorrido uma queda de 68.097 usuários na comparação de março deste ano com o mês anterior.

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

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

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

Número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
mar/24	36.068.035	6.133.764	233	8.793.652	39.681	51.035.365
fev/24	35.898.506	6.156.321	233	8.788.101	39.811	50.882.972
jan/24	35.731.530	6.154.502	233	8.809.784	39.991	50.736.040
dez/23	35.818.201	6.197.272	233	8.814.404	40.118	50.870.228
nov/23	35.757.872	6.166.884	233	8.807.942	40.266	50.773.197
out/23	35.713.853	6.177.940	233	8.828.277	40.396	50.760.699
set/23	35.677.120	6.201.183	234	8.839.380	40.525	50.758.442
ago/23	35.516.797	6.102.413	236	8.843.657	40.661	50.503.764
jul/23	35.395.294	6.129.555	238	8.877.257	40.788	50.443.132
jun/23	35.321.651	6.125.571	239	8.876.110	40.966	50.364.537
mai/23	35.238.310	6.159.849	241	8.867.347	41.115	50.306.862
abr/23	35.135.357	6.176.937	241	8.885.087	41.199	50.238.821
mar/23	35.052.593	6.183.851	241	8.888.082	41.852	50.166.619

Número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
mar/24	23.459.784	3.710.184	1.280	5.559.809	3.381	32.734.438
fev/24	23.602.641	3.626.035	1.280	5.569.194	3.385	32.802.535
jan/24	23.465.484	3.553.401	1.286	5.573.953	3.387	32.597.511
dez/23	23.542.890	3.423.824	1.286	5.583.697	3.390	32.555.087
nov/23	23.328.091	3.429.967	1.287	5.549.071	3.400	32.311.816
out/23	23.252.419	3.245.615	1.287	5.540.797	3.406	32.043.524
set/23	23.109.469	3.227.455	1.315	5.455.827	3.418	31.797.484
ago/23	22.971.849	3.084.965	1.315	5.446.423	3.431	31.507.983
jul/23	22.857.281	3.025.007	1.354	5.405.137	3.563	31.292.342
jun/23	22.775.224	2.989.595	1.461	5.358.617	3.567	31.128.464
mai/23	22.648.317	2.933.672	1.464	5.308.210	3.589	30.895.252
abr/23	22.500.901	2.889.573	1.466	5.326.661	3.598	30.722.199
mar/23	22.320.334	2.889.000	1.470	5.312.819	3.602	30.527.225

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	mar/23	mar/24	mar/23	mar/24
Acre	42.818	43.979	17.085	20.858
Alagoas	387.182	390.661	411.432	438.496
Amapá	61.658	62.345	51.415	47.173
Amazonas	582.033	609.865	544.025	565.522
Bahia	1.668.890	1.695.474	1.725.070	1.861.353
Ceará	1.346.201	1.384.584	1.176.060	1.340.162
Distrito Federal	924.972	943.998	626.701	677.089
Espírito Santo	1.246.704	1.295.586	658.494	740.422
Goiás	1.333.184	1.371.821	838.439	934.442
Maranhão	502.951	525.534	287.897	339.303
Mato Grosso	658.469	672.654	252.056	278.881
Mato Grosso do Sul	648.274	669.043	323.506	341.188
Minas Gerais	5.548.168	5.718.796	2.637.338	2.916.244
Pará	848.861	874.262	510.831	543.591
Paraíba	453.876	469.885	471.322	528.195

Paraná	3.057.402	3.100.632	1.610.481	1.796.579
Pernambuco	1.397.944	1.420.830	1.225.428	1.287.321
Piauí	391.210	408.115	159.048	204.221
Rio de Janeiro	5.546.798	5.657.736	3.520.127	3.620.742
Rio Grande do Norte	599.740	615.222	497.027	554.731
Rio Grande do Sul	2.568.959	2.622.894	865.120	1.029.914
Rondônia	150.430	154.624	113.145	123.805
Roraima	31.914	31.239	11.382	11.716
Santa Catarina	1.629.744	1.667.477	815.907	883.941
São Paulo	18.039.303	18.112.660	10.820.636	11.265.945
Sergipe	327.686	337.866	227.861	249.940
Tocantins	121.408	125.401	122.138	125.792

ANS DIVULGA RELATÓRIO DAS CONSULTAS REALIZADAS AO CONSELHO DE USUÁRIOS

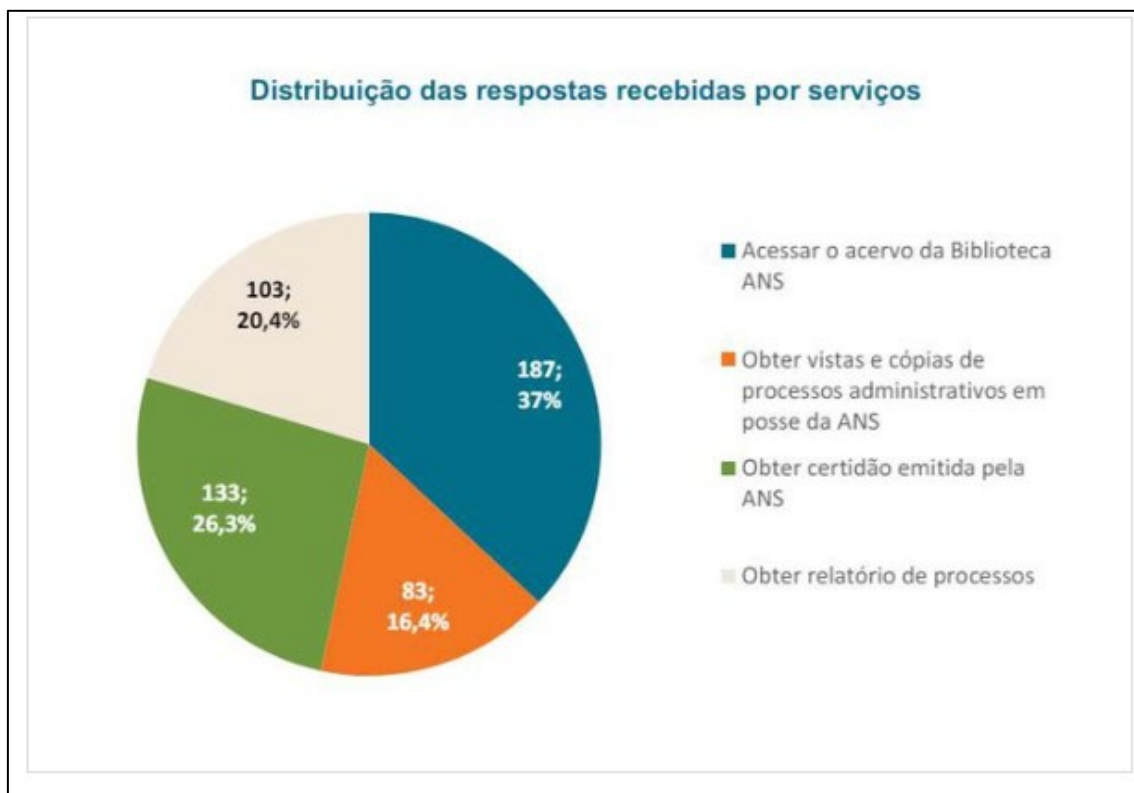
GOV (ANS) - 06/05/2024

Planos exclusivamente odontológicos registram 32,7 milhões de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou o relatório das consultas realizadas ao Conselho de Usuários da ANS em 2023. Nesta edição, que pode ser encontrada no portal da reguladora, a publicação apresentou o resultado das consultas referentes a quatro

serviços: Acessar o acervo da Biblioteca ANS, Obter certidão emitida pela ANS, Obter vistas e cópias de processos administrativos em posse da ANS e Obter relatório de processos.

Ao todo, foram mais de 500 respostas recebidas, sendo a maioria delas referente ao acesso da Biblioteca da ANS



Com base nessas perguntas, os conselheiros informam sobre a eficiência dos serviços e apontam espaços para melhorias, o que permite à Agência estruturar ideias com o objetivo de aperfeiçoar os processos e as entregas à sociedade pela reguladora.

“A Ouvidoria da ANS classifica como bastante positiva e produtiva a experiência das consultas relatadas neste estudo. As avaliações recebidas são importantes insumos para o aprimoramento dos serviços analisados. Por isso reforçamos que o Conselho de Usuários é uma importante ferramenta de participação da sociedade, em que os cidadãos têm a oportunidade de avaliar os serviços realizados no setor. Através dessas informações a ANS pode basear sua tomada de decisões em busca de melhorias”, destaca o ouvidor interino da ANS, João Paulo de Araújo.

O relatório está disponível no portal da ANS, na página da Ouvidoria, e pode ser acessado neste [link](#), bem como todos os relatórios produzidos nos últimos anos.

Sobre o Conselho de Usuários de Serviços Públicos da ANS

O Conselho de Usuários é um mecanismo instituído pela [Lei nº 13.460/2017](#), cuja finalidade é promover a conexão entre o usuário e o gestor responsável pelo serviço. Periodicamente, os conselheiros voluntários são chamados para responder consultas enviadas pela Ouvidoria da ANS e pelos gestores dos serviços a respeito da percepção sobre a qualidade da prestação de serviços.

A ANS lembra que qualquer cidadão pode se tornar um Conselho de Usuários de Serviços Públicos da Agência, colaborando com a otimização dos serviços prestados pela entidade e, consequentemente, com a evolução do setor. Para se tornar um conselheiro da Agência, o processo é bem simples: basta acessar a [plataforma da Controladoria-Geral da União](#) e se inscrever. A atuação é voluntária e a participação é feita de forma online, rápida e gratuita.

[Clique aqui](#) e saiba mais sobre o Conselho de Usuários de Serviços Públicos da ANS.

AMIL NEGOCIA COM A GOLDEN CROSS CONTRATO PARA COMPARTILHAR A OPERAÇÃO; SAIBA OS TERMOS

O Globo - 05/05/2024

A Amil negocia com a Golden Cross um contrato de compartilhamento de riscos. Nele, a rede da Golden seria totalmente disponibilizada via Amil. Está previsto ainda que toda a operação de faturamento, regulação e atendimento

passa a ser feita pela empresa recém-comprada por José Seripieri Filho, o Junior.

A Amil, por sua vez, garantiria "o cumprimento de todas as condições contratuais acordadas entre os clientes e a Golden". Em resumo, a Amil estaria assumindo a operação

da Golden. O acordo, se andar, precisará ser aprovado pela ANS.

AUTISMO, CADA VEZ MAIS PRESENTE

O Globo - 04/05/2024

Condição tem ganhado mais atenção não só pelos casos em crianças como entre adultos.

Uma condição da qual se ouvia falar muito pouco até o início desse século, agora parece ser mais frequente entre crianças – e mesmo entre adultos – que se descobrem autistas. Cada vez mais, lemos na internet sobre algum famoso que se descobriu dentro do espectro, e que agora entende por que enfrenta algumas dificuldades desde a infância.

O transtorno do espectro autista (TEA) reúne desordens do desenvolvimento neurológico presentes desde o nascimento ou começo da infância. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5, pessoas dentro do espectro podem apresentar déficit na comunicação ou interação social (como nas linguagens verbal ou não verbal, e na reciprocidade socioemocional) e padrões restritos e repetitivos de comportamento — como movimentos contínuos, interesses fixos e hipo ou hipersensibilidade a estímulos.

Todas as pessoas com TEA partilham dessas dificuldades, mas com intensidades diferentes. Segundo o DSM-5, os distúrbios são rotulados como um espectro justamente por se manifestarem em diferentes níveis.

Uma pessoa diagnosticada como de grau 1 de suporte apresenta prejuízos leves, que podem não impedir de estudar, trabalhar e se relacionar. Já o indivíduo com grau 2 tem menos independência e necessita de algum auxílio para desempenhar funções cotidianas, como tomar banho ou preparar sua refeição. E a pessoa com grau 3 manifesta dificuldades graves, normalmente necessitando de apoio especializado ao longo da vida.

As causas do TEA são pouco conhecidas, e as pesquisas buscam uma predisposição genética analisando mutações espontâneas ou a "herança" passada de pais para filhos. No entanto, há poucas evidências das causas hereditárias. Outros fatores, como ambientais que impactam o feto, estresse, infecções, exposição a substâncias tóxicas, complicações durante a gravidez e desequilíbrios metabólicos teriam algum peso no aparecimento da condição.

Os primeiros sinais podem surgir já nos primeiros meses de vida, mas são difíceis de serem verificados. Em geral, o diagnóstico é feito entre 1 e 2 anos. Quanto mais cedo, melhor é o resultado do tratamento. A terapia comportamental, que nas minhas décadas como pediatra parece ter melhores resultados, é iniciada mais precocemente e os pais são treinados desde cedo sobre como agir.

Atuo junto a uma organização social chamada Autismo e Realidade. E é impressionante como pais, profissionais de saúde e gestores públicos estão ávidos por informação. Hoje, essa entidade tem como prioridade a pesquisa e a geração de conhecimento. Difunde materiais didáticos de fácil entendimento e articulando via advocacy com outras organizações.

Nestes últimos anos realizaram pesquisas, com o Ministério da Saúde, para desenvolver uma ferramenta de detecção precoce do autismo antes do primeiro ano de vida, por meio dos movimentos oculares. Foram avaliadas mais de mil crianças, triadas com testes psicológicos tradicionais, abordagem neuropediátrica e o registro do movimento dos olhinhos de acordo com um protocolo de estímulos. Os resultados ainda não foram publicados, mas acenam com a esperança de uma ferramenta utilíssima ao diagnóstico.

Estão elaborando, também, uma metodologia simplificada de terapia comportamental para ser usada no SUS e na medicina suplementar já que, hoje, essa é uma das maiores causas de judicialização na saúde infantil. O custo social para a criança podemos dimensionar. O impacto nas famílias brasileiras, também. Mas precisamos olhar com atenção ao custo financeiro, quando só lares mais esclarecidos conseguem na Justiça algum auxílio.

Passou da hora de criarmos um "colchão social" para receber essas crianças, que em alguns anos serão adolescentes, depois adultos e idosos. Precisamos ter escolas, serviços médicos e de assistência para dar condições à população estimada em 2 a 5% das crianças.

ANS CONCEDE PORTABILIDADE ESPECIAL PARA BENEFICIÁRIOS DA OPERADORA UNIMED DE TAUBATÉ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

GOV (ANS) - 03/05/2024

Beneficiários têm até 60 dias para mudar de plano sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no Diário Oficial da União desta quinta-feira, 2/5, a concessão da portabilidade especial de carências para os clientes da operadora Unimed de Taubaté Cooperativa de Trabalho Médico. (Registro ANS nº 36.328-6). A partir dessa data, os usuários dos planos têm até 60 dias para ingressarem em um novo plano à sua escolha. Ao final desse período, a operadora terá seu registro na ANS cancelado e suas atividades encerradas.

Os clientes poderão contratar qualquer plano disponível no mercado sem cumprir novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária. Caso ainda estejam em carência no plano atual, o período remanescente poderá ser cumprido na nova operadora.

Na portabilidade especial de carências os beneficiários podem escolher qualquer plano em comercialização, independente do seu preço, em qualquer outra operadora. Para auxiliar nessa decisão, a Agência disponibiliza em seu portal o [Guia ANS de Planos de Saúde](#), que aponta ao consumidor os planos disponíveis para contratação e exercício da portabilidade de carências.

Para fazer uso do benefício, os interessados devem se dirigir diretamente à operadora escolhida portando a seguinte documentação: identidade, CPF, comprovante de residência e cópias de, pelo menos, três boletos pagos na operadora de origem referentes ao período dos últimos seis meses. Vale

destacar que a ANS não participa diretamente da contratação de planos de saúde.

As regras gerais para o exercício da portabilidade de carências estão atualmente dispostos na Resolução Normativa nº 438/2018. A ANS também disponibiliza em seu portal uma cartilha que explica a portabilidade de forma didática e acessível. [Clique aqui para acessá-la.](#)

Os beneficiários que tiverem dúvidas sobre a portabilidade ou estiverem enfrentando problemas de atendimento devem registrar reclamação na ANS. Para isso, eles têm à disposição os seguintes [Canais de Atendimento](#):

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito de 2ª a 6ª feira das 8h às 20h, exceto feriados nacionais.
- Formulário eletrônico Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor.
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105 e
- [Núcleos da ANS](#) existentes nas cinco regiões do país. [Confira aqui](#) as unidades com atendimento presencial e faça o agendamento online.

[CONFIRA A RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 2897/2024 – UNIMED DE TAUBATÉ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO](#)

ANS DIVULGA O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E DE ATIVIDADES 2023

GOV (ANS) - 03/05/2024

Documento é uma ferramenta de prestação de contas à sociedade sobre as ações da reguladora.

Já está disponível no portal Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a edição do Relatório Anual de Gestão e de Atividades (RAG) referente ao exercício de 2023. O documento, que foi produzido pela Gerência de Planejamento e Acompanhamento (GPLAN) da reguladora, agrega todas as ações executadas no ano passado, atendendo às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU), órgão

responsável por julgar e auditar as contas dos órgãos da Administração Pública Federal e ao Art. 15 da [Lei 13.848/19](#).

O objetivo do relatório é prestar de contas à sociedade, seguindo as melhores práticas adotadas pelas organizações, sejam públicas ou privadas. Para isso, ele conta com a participação de todas as áreas da ANS em sua elaboração, seguindo as premissas da Agência de prezar pela transparência e pela lisura em suas ações cotidianas.

[Acesse aqui](#) o Relatório Anual de Gestão - Exercício 2023 da ANS.

OPERADORAS APLICAM REAJUSTE DE ATÉ 22% NOS PLANOS DE SAÚDE PME, COM CARTEIRAS DE ATÉ 29 USUÁRIOS

Valor Econômico - 02/05/2024

Segmento é o que mais cresce no setor com cerca de 6 milhões de usuários.

Os planos de saúde PME, aqueles cujas carteiras têm até 29 usuários, terão reajuste médio de até 22% neste ano. Na maioria dos casos, o percentual é inferior ao praticado em 2023, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O segmento PME é o que mais cresce no setor com cerca de 6 milhões de usuários.

Entre as grandes operadoras, a maior alta é da Amil (22%) e a menor, da Unimed-BH (9,6%). Já o reajuste da Porto Saúde é o que apresenta a maior desaceleração. Neste ano, o aumento médio da seguradora é de 17%, o que representa uma redução de 7,9 pontos percentuais quando comparado a 2023.

A Hapvida está aplicando um aumento médio de 16,8%, uma queda de 3,6 pontos percentuais em relação a 2023. Esse indicador inclui os reajustes de Hapvida, Notredame Intermédica e HB Saúde que pertencem ao mesmo grupo.

Na SulAmérica, o reajuste é de 19,7%, ou seja, 5,1 pontos percentuais abaixo do aplicado no ano passado. Na Bradesco Saúde, a redução foi de 2,8 pp ficando em 21%. A Amil está promovendo reajuste de 22%, ou seja, 2,3 pp a menor do que o praticado em 2023.

No Grupo Assim, do Rio, o aumento é de 18,3% contra 19,9%.

Entre as maiores cooperativas médicas, as mensalidades vão subir em média 14,3% contra 16,2%, aplicado em 2023.

A Unimed Nacional está elevando o preço dos planos de saúde PME em 18%, sendo que anteriormente havia sido 23%. Na Unimed-BH, a queda foi de 5,9 pp para 9,6%.

Já a Unimed Campinas foi no caminho contrário: o reajuste neste ano é de 13%, sendo que antes havia sido de 9,7%. A Unimed Seguros manteve-se no mesmo patamar de 16,7%.

O Itaú BBA destaca em relatório que, embora os planos para pequenas e médias empresas representem uma fatia do mercado, “interpretamos os aumentos de preços como um sinal de que a rentabilidade continua sendo a principal prioridade dos planos de saúde no Brasil”.

O Citi, por sua vez, pondera que a sustentabilidade é dúvida diante dos reajustes elevados. “Embora cruciais para melhorar gradualmente a rentabilidade das operadoras (como visto em 2023), aumentos acentuados de preços vêm às custas da acessibilidade, principalmente, quando se considera seu efeito composto, o que naturalmente não augura nada de bom para sua sustentabilidade de longo prazo e o potencial de seleção adversa de curto prazo”.

ANS INFORMA SOBRE PRAZOS DE ENVIO DOS DIOPS MENSIS SIMPLIFICADOS

GOV (ANS) - 02/05/2024

Período de transição das regras sobre o documento referente a janeiro, fevereiro e março de 2024 permite envio até 15/5.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, conforme os incisos I, II e III do artigo 8º-A da Resolução Normativa (RN) 527/2022, os prazos de envio dos Documentos de Informações Periódicas das Operações de Planos de Saúde (DIOPS) referente aos meses de janeiro, fevereiro e março são 28/2, 31/3 e 30/4, respectivamente. Entretanto, como regra de transição, o artigo 6º da RN 594/2023 estabeleceu que o envio do novo DIOPS Mensal Simplificado de janeiro, fevereiro e março de 2024 poderá ser feito até 15/05/2024. Ou seja, no mesmo prazo do DIOPS do 1º trimestre de 2024.

Mas atenção: como a recepção de cada DIOPS exige que a operadora esteja regular em relação ao envio do DIOPS anterior, o envio deve ser encaminhado na seguinte ordem:

1. DIOPS Mensal de janeiro/2024, até 15/05/2024, tendo como requisito DIOPS do 4º trimestre de 2023 aceito e validado;

2. DIOPS Mensal de fevereiro/2024, até 15/05/2024, tendo como requisito DIOPS Mensal de janeiro de 2024 aceito e validado;

3. DIOPS Mensal de março/2024, até 15/05/2024, tendo como requisito DIOPS Mensal de fevereiro de 2024 aceito e validado; e

4. DIOPS do 1º trimestre/2024, até 15/05/2024, tendo como requisito DIOPS Mensal de março de 2024 aceito e validado.

O que é o DIOPS Mensal Simplificado?

O documento consiste em um DIOPS-XML reduzido ao balancete e ao fluxo de caixa, nos mesmos formatos do DIOPS Trimestral. Ele não contém os demais quadros auxiliares e não é acompanhado de PPA ou qualquer outro documento.

Quem tem que encaminhar o DIOPS Mensal Simplificado?

Conforme artigo 8º-A da RN [527/2022](#), o envio do DIOPS Mensal Simplificado é obrigatório para as operadoras enquadradas no segmento de classificação prudencial S1 e S2, com mais de 20 mil beneficiários em 31/12 do exercício anterior.

Também estão obrigadas ao envio do DIOPS Mensal Simplificado as operadoras em acompanhamento especial, por estarem em Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira – PAEF (Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras [TAOEF] ou Plano de Adequação Econômico-Financeira [PLAEF]), direção fiscal ou em Programa de Saneamento, exceto operadoras enquadradas no segmento de classificação prudencial S4 com menos de 20 mil beneficiários em 31/12 do exercício anterior.

O quadro a seguir sintetiza as operadoras que devem enviar cada DIOPS, conforme o segmento de classificação prudencial, porte e tipo de acompanhamento:

Porte e Classificação Prudencial RN nº 475		Em Acompanhamento Regular			Em Acompanhamento Especial		
		DIOPS Mensal	DIOPS 1º, 2º e 3º Trim	DIOPS 4º Trim	DIOPS Mensal	DIOPS 1º, 2º e 3º Trim	DIOPS 4º Trim
Acima de 20 mil vidas	S1	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S2	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S3	Não Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S4	Não Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
Até 20 mil vidas	S1	Não Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S2	Não Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S3	Não Envia	Envia	Envia	Envia	Envia	Envia
	S4	Não Envia	Não Envia	Envia	Não Envia	Envia	Envia

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no Diário Oficial da União desta quinta-feira, 2/5, a concessão da portabilidade especial de carências para os clientes da operadora Unimed de Taubaté Cooperativa de Trabalho Médico. (Registro ANS nº 36.328-6). A partir dessa data, os usuários dos planos têm até 60 dias para ingressarem em um novo plano à sua escolha. Ao final desse período, a operadora terá seu registro na ANS cancelado e suas atividades encerradas.

A ANS ressalta que administradoras de benefícios, por não possuírem beneficiários vinculados, equiparam-se às operadoras com até 20 mil beneficiários.

Importante observar que para as operadoras que entrarem ou saírem do acompanhamento especial durante o ano (PAEF ou direção fiscal), conforme o artigo 9º-A da RN 527 a obrigação se inicia com o DIOPS referente ao primeiro mês do trimestre subsequente e termina em relação ao mês em que ocorrer o formal encerramento do PAEF, direção fiscal ou programa de saneamento.

O que é o segmento de classificação prudencial e como saber o enquadramento válido para a operadora?

A [RN 475/2021](#) define quatro segmentos de riscos prudencial (S1, S2, S3 e S4, seguindo ordem decrescente de risco) e os critérios que determinam tal classificação. Seu objetivo é possibilitar uma ponderação de como os padrões de regras de solvência podem ser apropriadamente aplicados, em particular dada a heterogeneidade de entidades reguladas.

No Portal da ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-econômico-financeiro/regulacao-prudencial-1/classificacao-de-operadoras-aplicacao-proporcional-da-regulacao-prudencial-1>), as operadoras podem verificar sua classificação anual, além de todas as métricas utilizadas e o manual, que descreve em detalhes todos os critérios estabelecidos pela norma.

A Agência destaca que a classificação vigente para todos os fins em cada exercício (no caso do DIOPS e demais informações econômico-financeiras, o ano da obrigação de envio) é a indicada como "Ano da Classificação em Vigor".

COMUNICADO AOS EX-BENEFICIÁRIOS DA UNIMED-RIO

GOV (ANS) - 30/04/2024

ANS dá orientações para realização de portabilidade de carências.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, devido à transferência de todos os beneficiários da Unimed-Rio para a operadora Unimed FERJ, os dados dos beneficiários encontram-se em processamento e ainda não estão disponíveis no sistema do [Guia ANS de Planos de Saúde](#), ferramenta de pesquisa de planos de saúde disponíveis no mercado de saúde suplementar.

Dessa forma, para exercer o direito à portabilidade de carências, os ex-beneficiários da Unimed-Rio devem observar atentamente as orientações abaixo:

· Ao acessar o Guia ANS de Planos de Saúde para a Portabilidade de Carências, insira as informações abaixo nos campos a seguir:

- Registro da Operadora na ANS: 312363 (deve ser inserido o número de registro da operadora Unimed FERJ: 312363)

- Registro do Plano na ANS: (deve ser inserido o número registro do plano de saúde que possuía na Unimed-Rio (conforme consta em sua carteirinha ou contrato)

- O vínculo do beneficiário ao plano está ativo? Sim

- Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

- Data de adesão do beneficiário na operadora: (deve ser inserida a data de ingresso na Unimed-Rio)

Para apoiar os consumidores e prestar um atendimento rápido e efetivo, a ANS criou um canal específico para os beneficiários da Unimed-Rio/Unimed Ferj por meio de sua central de atendimento telefônico.

Ao entrar em contato com o Disque ANS pelo 0800 701 9656, o usuário terá uma opção de direcionamento para esclarecimento de dúvidas sobre a transferência da carteira entre as operadoras. A ligação para o Disque ANS é gratuita e o atendimento é feito de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto em feriados nacionais.

Confira abaixo os canais da ANS e Unimed Ferj para atendimento ao consumidor:

· Disque ANS - 0800 701 9656

· Canais de atendimento Unimed Ferj - (21) 3900 3400 e 0800 970 9080

· Formulário eletrônico Fale Conosco na [Central de Atendimento ao Consumidor](#), no site da ANS

· [Núcleos da ANS](#) existentes nas cinco regiões do país para atendimento presencial – é preciso fazer agendamento online pelo site da ANS

· Central de atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800 021 2105.

[Clique aqui](#) para ler o comunicado da ANS anterior à transferência dos beneficiários.

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.