

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

13 de novembro de 2024



EVENTO RECOMENDADO

A Milliman estará no 28º Congresso da Abramge.

Venha conhecer nossas soluções inovadoras quanto ao combate à fraude e desperdício e ao processamento de sinistros.



[Clique aqui](#) para mais informações.

ÍNDICE INTERATIVO

[Tecnologias buscam oferecer eficiência aos planos de saúde](#) – Fonte: Terra

[Planos de saúde registram aumento no número de beneficiários homens e reforçam importância do autocuidado no novembro azul](#) – Fonte: Revista Cobertura

[Pressionadas, operadoras lutam para superar desafios e atender a desejo dos brasileiros de ter plano de saúde](#) – Fonte: O Globo

[Comissão discute cancelamentos unilaterais de planos de saúde](#) – Fonte: Câmara

[Entenda as razões do aumento de beneficiários de planos de saúde](#) – Fonte: Revista Apólice

[Consultas odontológicas iniciais crescem 8,9% na saúde suplementar](#) – Fonte: IESS

[Planos de saúde vão ter que oferecer novo medicamento para leucemia; saiba qual](#) – Fonte: O Globo

[A judicialização da saúde e seu impacto nos planos de saúde](#) – Fonte: Saúde Debate

[Combinação entre flexibilidade e tecnologia deve estar no radar da saúde suplementar](#) – Fonte: Bem Paraná

[Planos de saúde devem suavizar reajuste em 2025](#) – Fonte: Jornal O Sul

TECNOLOGIAS BUSCAM OFERECER EFICIÊNCIA AOS PLANOS DE SAÚDE

Terra – 13/11/2024

O mercado de planos de saúde empresariais no Brasil enfrenta desafios como transparência, reajustes e dificuldades de atendimento. Dados recentes da ANS e Fundação Procon-SP apontam insatisfações sobre negativas de cobertura e reajustes abusivos. Para contornar essas questões, empresas estão adotando tecnologias inovadoras, como a IA, telemedicina e dispositivos wearables, que personalizam ofertas e melhoram a experiência do consumidor.

Segundo o "Relatório Estatístico de Atendimento das Ouvidorias (REA) 2024" da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde no Brasil continuam a enfrentar desafios significativos. Em 2023, a ANS registrou um elevado volume de reclamações, aumento de 12,2% versus o ano anterior, evidenciando a complexidade e os obstáculos que muitos consumidores enfrentam ao tentar acessar os serviços para os quais foram contratados. O relatório revela que, ao longo do ano, foram registradas 710.971 queixas, das quais 30,8% estavam relacionadas à rede credenciada/referenciada, 21,7% cobertura assistencial, 19,3% financeiro, 15,9% administrado e SAC 12,3%.

A Fundação Procon-SP também realizou um levantamento sobre a percepção dos consumidores em relação aos Planos de Saúde e o cenário não é nada favorável, com 47% dos respondentes relatando estar parcialmente insatisfeitos e 42% insatisfeitos, sendo que apenas 11% estão satisfeitos. Esse estudo revelou também os valores de reajustes muito maiores que a inflação no período (o Índice de Preços ao Consumidor, o IPCA 23 foi de 4.63%), já os reajustes foram maiores que 10% em 63% dos casos, sendo que desses mais da metade foram de 10% até 20%.

Dentro desse panorama surgem empresas com inovações tecnológicas, como a Inteligência Artificial (IA), buscando uma maior eficiência no setor, através de redução de custos ou melhora na experiência dos clientes na contratação de serviços de saúde suplementar.

Soluções tecnológicas globais

No cenário internacional, algumas empresas têm adotado tecnologias avançadas em busca da melhora na experiência dos usuários de planos de saúde. A Oscar Health, nos Estados Unidos, utiliza IA para personalizar a experiência do usuário. Sua plataforma analisa os dados dos consumidores para oferecer planos que atendam suas necessidades a longo prazo, proporcionando maior transparência e previsibilidade nos custos.

Na Europa, a Vitality Health adota dispositivos wearables para monitorar a saúde dos clientes e recompensar comportamentos saudáveis. Esse modelo busca reduzir custos médicos e também incentiva os segurados a manterem hábitos saudáveis, o que também diminui o custo das seguradoras de saúde.

Já a Bupa Global, oferece consultas médicas virtuais como parte de sua oferta de telemedicina. Esta solução busca facilitar o acesso ao atendimento médico de qualidade e foi muito utilizada durante a pandemia, ao possibilitar consultas remotas em diferentes países para os donos de convênios médicos.

Inovação da Plano de Saúde Fácil no Brasil

No Brasil, a Plano de Saúde Fácil, corretora de seguros de saúde para empresas, utilizou da implementação de IA para aprimorar a experiência dos clientes na busca pela contratação de serviços mais assertivos, consequentemente reduzindo os custos com convênios médicos para empresas. A empresa desenvolveu uma ferramenta de comparação de planos que cruza os dados do cliente com as ofertas disponíveis, buscando proporcionar uma análise personalizada que leva em consideração o histórico de saúde e as necessidades específicas de cada consumidor. Alexandre Fonseca, sócio e diretor de relacionamento com o cliente da Plano de Saúde Fácil destaca que o objetivo da ferramenta não é apenas encontrar o plano de saúde mais barato, mas sim identificar aquele que oferece a melhor cobertura para evitar lacunas no atendimento visando com que os clientes não enfrentem custos inesperados no futuro.

O sócio e diretor de marketing e tecnologia, Vinícius Monteiro afirma que, embora a IA otimize o atendimento e facilite a tomada de decisões, o processo mantém o atendimento humanizado. "Nossa IA oferece suporte aos consultores, ajudando na tomada de decisões rápidas e precisas, mas o atendimento continua sendo 100% humano, almejando uma maior confiança do cliente e com o objetivo de melhorar nosso relacionamento com ele".

Além disso, Vinícius Monteiro, reforça "A utilização de tecnologias como Inteligência Artificial, telemedicina e dispositivos wearables anseia por melhorar a experiência do consumidor dentro do setor de planos de saúde empresariais no Brasil e no mundo, atendendo as principais dores do cliente, como custos e coberturas".

PLANOS DE SAÚDE REGISTRAM AUMENTO NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS HOMENS E REFORÇAM IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NO NOVEMBRO AZUL

Revista Cobertura – 12/11/2024

Homens têm procurado cada vez mais os planos de saúde para se cuidar. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) compilados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) mostram crescimento constante de beneficiários do sexo masculino nos planos de saúde nos últimos anos. Entre 2019 e 2023, o número de homens com assistência médica subiu de 21,9 milhões para aproximadamente 23,8 milhões, representando um aumento acumulado de 8,4% — superior ao crescimento total de 7,3% registrado no mesmo período entre todos os beneficiários de planos médicos da saúde suplementar. Atualmente, o público masculino constitui cerca de 47,2% dos beneficiários da saúde suplementar.

A alta na procura pelos planos ajuda a reforçar as ações de conscientização e promoção do autocuidado e do diagnóstico precoce, especialmente em relação ao câncer de próstata. De acordo com o Ministério da Saúde, o câncer de próstata é o tipo mais frequente entre os homens, depois do câncer de pele. Em 2023, aproximadamente 14 mil internações para tratamento de câncer de próstata foram cobertas pelos planos

de saúde, sendo 47% resultantes de cirurgias para remoção de tumores.

Uma pesquisa recente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) mostrou que o câncer é a doença urológica que mais preocupa os homens, com 58% relatando temer essa condição. Apesar disso, 46% dos homens só procuram atendimento médico ao perceberem sintomas — índice que chega a 58% entre os usuários do SUS. Esses dados evidenciam a ainda baixa procura por prevenção e cuidados regulares.

“O desafio central da campanha Novembro Azul é inspirar os homens a cuidar de sua saúde. O que começou com um alerta sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata evoluiu para uma iniciativa mais ampla, abordando a saúde masculina em todos os seus aspectos. É fundamental lembrar que consultas regulares, hábitos de vida saudáveis e exames preventivos são fundamentais para promover uma vida longa e saudável para os homens”, ressalta Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

PRESSIONADAS, OPERADORAS LUTAM PARA SUPERAR DESAFIOS E ATENDER A DESEJO DOS BRASILEIROS DE TER PLANO DE SAÚDE

O Globo – 12/11/2024

Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde, aponta temas do 28º Congresso Abramge, como judicialização excessiva, insegurança jurídica e alta na incidência de fraudes.

Os planos de saúde são o terceiro maior desejo de consumo do brasileiro, atrás somente da casa própria e da educação. Essa constatação está presente em uma série de pesquisas realizadas pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) ao longo dos últimos anos.

Mesmo diante de uma demanda reprimida, historicamente, o setor de saúde suplementar encontra dificuldades em ir além da atual barreira de 25% da população atendida. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são 51 milhões de beneficiários. Não falta entrega: todos os dias são autorizadas e realizadas 754 mil consultas médicas, 3,2 milhões de exames e 11,6 mil cirurgias. E o setor é apenas o 18º em reclamações, de acordo com dados do Consumidor.Gov. Isso evidencia qualidade nos milhões de atendimentos realizados e justifica o anseio da população em ter um plano de saúde, o que ajuda a encurtar o abismo social que vivemos.

Ainda assim, 43,15% das operadoras de planos médicos apresentam resultados financeiros negativos. Quais os motivos para tamanha dificuldade em crescer ainda mais e encontrar sustentabilidade financeira? E o que fazer para superar os desafios que se apresentam para as empresas?

Lideranças nacionais e internacionais, com destaque para Theresa May, ex-primeira-ministra do Reino Unido, dirigentes do setor e especialistas nos sistemas de saúde público e privado vão debater esse cenário e apresentar respostas em São Paulo, nos próximos dias 21 e 22, durante o 28º Congresso Abramge, uma realização da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Como explica Gustavo Ribeiro, presidente da entidade, o objetivo é trazer ideias, saídas e soluções para um estagnamento que abate o setor, resultado, principalmente, da judicialização excessiva e do aumento da incidência de fraudes.

— A proposta é trazer a expertise de outros modelos e sistemas, bem e malsucedidos, e debater as lições que podemos aprender com eles. Além de mostrar que o setor está, sim, disposto a um diálogo com os diversos outros agentes da sociedade, mas em uma discussão pautada por evidências e na visão de futuro.

Na entrevista a seguir, Ribeiro detalha os principais desafios que atingem as empresas e apresenta dois modelos internacionais que serão debatidos no congresso.

Como a judicialização indevida e as fraudes pressionam o setor no Brasil?

Gustavo Ribeiro: O sistema de saúde suplementar gerencia o dinheiro investido por seus clientes. Quando uma ação judicial exige a compra de um medicamento de, por exemplo,

R\$ 20 milhões, que não consta do rol de coberturas da ANS e que não foi precificado, ela compromete o atendimento a milhões de usuários. E ainda pode colocar sob risco o bem-estar clínico do beneficiário, porque muitas vezes esses produtos sequer foram aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). É um cenário que provoca falta de segurança jurídica, uma vez que a obrigação do setor é cobrir o que está na lei, na regulação e no contrato, sem colocar em risco a saúde dos pacientes. Por sua vez, as fraudes provocam uma série de perdas financeiras, com clínicas que declaram tratamentos que não ofertaram. A cada ano, mais de R\$ 30 bilhões são perdidos pelo setor em decorrência de fraudes, o que ajuda a explicar os resultados financeiros negativos.

Qual é o exemplo que poderia inspirar o setor e, em especial, os legisladores e reguladores?

Ribeiro: O do Reino Unido. O serviço público inglês, o NHS, tem como marca a busca incessante por sustentabilidade. Para acessar o sistema, o cidadão passa por um médico de família, dali para uma clínica, e, apenas se for o caso, vai para o hospital. Essa disciplina de acesso ajuda a manter o equilíbrio do custo e a segurança clínica do paciente. Outro ponto é que não se vê por lá a situação de insegurança regulatória experimentada no Brasil, onde uma lei, a 14.454 de 2022, tornou o rol de medicamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apenas um detalhe. Então, não existe judicialização do sistema, assim como em nenhum outro país o setor é obrigado, por judicialização indevida, a fornecer medicamentos em fase experimental, não aprovados pelas agências regulatórias. Esse é um dos raros setores em que o avanço da tecnologia torna a prestação de serviços mais cara, e os reguladores britânicos ainda assim garantem a sustentabilidade e a previsibilidade.

Por outro lado, qual é o caso recente que não deveria ser seguido?

Ribeiro: O modelo de prestação em serviços de saúde do Chile era muito parecido com o brasileiro, até que um conjunto de legislações aumentou, sem o devido custeio, as obrigações das empresas privadas, sem previsibilidade

alguma, sem foco no equilíbrio e na sustentabilidade financeira das empresas. O país chegou a um ponto de colapso do setor privado, sendo que o orçamento público não foi suficiente para atender às demandas da população. Simplesmente não havia orçamento para atender a todos. Com a quebra das empresas, naturalmente o sistema público foi pressionado a ponto de também colapsar. O Chile então precisou voltar atrás. Agora o sistema está se reestruturando.

De que forma incorporar as novas tecnologias oferecendo, de forma financeiramente sustentável, as soluções em saúde para atender às novas demandas?

Ribeiro: Uma das soluções seria uma maior integração entre os setores público e privado, como, por exemplo, a criação de uma agência única de incorporação de tecnologia de saúde. Hoje existe a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que faz a adoção de tecnologia para o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, com a Lei 14.454 de 2022, uma das ferramentas que o setor tinha para dar mais previsibilidade aos planos de saúde foi enfraquecida. Atualmente, existe um total desalinhamento e uma quebra de equidade entre aquilo que se incorpora, sob o prisma de seu custo-efetividade, entre os sistemas público e privado, com desvantagem para a saúde suplementar.

Como melhorar a integração entre os sistemas público e privado de saúde?

Ribeiro: Existem grandes parcerias que permitem um equilíbrio entre ambos os sistemas. Um dos maiores exemplos disso é como os grandes centros de referência do SUS se mantêm, bem como os grandes hospitais filantrópicos e Santas Casas. Toda Santa Casa, cujas contas operam no azul, ou tem um plano de saúde próprio atrelado ao hospital ou atende às demandas de saúde suplementar. Esse modelo híbrido funciona com cerca de 80% dos atendimentos feitos pelo SUS e 20%, pelos planos privados. Mas a receita que vem da saúde suplementar representa mais de 50% do faturamento dessa instituição. Esse é um exemplo de como a integração, no modelo de parceria, com interconectividade pode trazer muitos benefícios para o Brasil. O sistema é um só. Não existe concorrência, existe complementaridade.

COMISSÃO DISCUTE CANCELAMENTOS UNILATERAIS DE PLANOS DE SAÚDE

Câmara – 12/11/2024

Cancelamentos recentes de planos coletivos despertaram a necessidade do debate.

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promove audiência pública na quarta-feira (13) sobre as recentes rescisões unilaterais de planos de saúde. O debate atende a pedido dos deputados Leo Prates (PDT-BA), Eduardo da Fonte (PP-PE), Alice Portugal (PCdoB-BA) e Fernanda Pessoa (União Brasil-CE).

O encontro está marcado para as 17 horas, no plenário 7.

Esses cancelamentos atingem os planos de saúde coletivos por adesão, quando sindicatos, associações e cooperativas contratam o serviço para seus associados e dependentes.

Isso porque os planos do tipo individual ou familiar só podem ser cancelados pela operadora se houver fraude ou inadimplência.

"O direito de a operadora rescindir os contratos e cancelar os planos tem que ter limites estabelecidos pela legislação", afirma o deputado Leo Prates.

'Plano falso coletivo'

"O grande problema que a ANS não enfrenta de forma adequada é o chamado 'plano falso coletivo'", critica o deputado Eduardo da Fonte. "[Nesses casos], a operadora, em vez de celebrar contrato com um consumidor individual vale-se de associações fictícias. Faz isso para ter maior

liberdade para reajustar as mensalidades e poder cancelar unilateralmente o contrato."

Nos planos coletivos por adesão, os reajustes não são regulados pela ANS. "E as proteções da Lei dos Planos de Saúde são ignoradas", acrescenta o deputado.

Em 2009, a ANS aprovou nova resolução (195/09) para coibir o plano falso coletivo e passou a exigir comprovação do vínculo associativo. A medida, segundo Eduardo da Fonte, não foi suficiente.

"Primeiro, porque a regra da obrigatoriedade de vínculo entre a pessoa contratante e a suposta associação só é exigível a partir da resolução de 2009", lamenta. "Segundo, porque a resolução transfere a responsabilidade de fiscalizar o plano falso coletivo para as operadoras, que não tem o menor interesse em coibir esta prática", acrescenta.

ENTENDA AS RAZÕES DO AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Revista Apólice – 11/11/2024

A melhora dos indicadores de emprego formal puxou a alta recorde e um maior registro de planos empresariais. Pesquisa ANAB de Planos de Saúde confirma que 83% dos brasileiros têm medo de perder o plano e 47% dos entrevistados precisaram ajustar o orçamento para manter o benefício.

O reaquecimento do mercado de saúde suplementar levou a um novo recorde de beneficiários. Segundo o Relatório de Números do Setor – mensalmente feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de beneficiários com assistência da saúde suplementar chegou a 51,4 milhões em setembro, com um acréscimo de 1,57% em relação ao mesmo período de 2024.

Os planos chamados "coletivos empresariais" foram os contratos que mais ganharam novos clientes, totalizando 36,7 milhões de beneficiários. O segmento representa o maior crescimento do setor: 3,4% na mesma comparação de tempo. Segundo Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) e advogado especialista em Direito e Saúde, os bons números representam um respiro importante para o segmento, mas há caminhos para um crescimento ainda maior, ao mesmo tempo em que a ANS se entusiasma com a edição de novas regras para os planos coletivos.

"Estamos vivendo um momento de extrema atenção na economia, aumento das taxas de juros e tímidas reformas econômicas que antagonizam com o crescimento de beneficiários nos planos de saúde. Por outro lado, temos a menor taxa de desemprego no Brasil em quase uma década, o que favorece o mercado e faz com que mais pessoas possam procurar um plano de saúde. Esse balanço demonstra a resiliência dos planos de saúde, que permanecem no pódio do ranking dos produtos mais desejados pelos brasileiros."

Uma pesquisa divulgada em dezembro pela Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), encomendada ao Instituto Datafolha, indicou que 94% da população que

Fiscalização do Legislativo

A deputada Alice Portugal cobra a atuação do Parlamento. "É dever do Poder Legislativo zelar pelo cumprimento da legislação que rege o setor de saúde suplementar e defender as milhões de famílias que sofrem constantes abusos nos momentos em que mais precisam do apoio do plano de saúde pelo qual pagam mensalidades escorchantes."

Já a deputada Fernanda Pessoa quer esclarecimentos sobre os cancelamentos dos planos de saúde das pessoas com espectro autista e com doenças raras.

Em junho, representantes de pessoas com deficiência reunidos na Câmara pediram uma solução definitiva para os cancelamentos unilaterais, pelas operadoras, de planos de saúde de pessoas com deficiência e com doenças graves.

atualmente não possui esse tipo de serviço gostaria de ter. Entre os beneficiários, a maioria afirma sentir-se mais segura tendo acesso à saúde suplementar.

Esse resultado é semelhante ao levantado pelas duas edições da Pesquisa ANAB de Planos de Saúde. Em 2022, 83% das pessoas tinham medo de perder o plano e 47% dos entrevistados precisaram ajustar o orçamento para manter o benefício, de acordo com o estudo da ANAB feito em parceria com o Instituto Bateiah.

Judicialização e Normas Regulatórias são embates no setor

Apesar dessa perspectiva, há uma sensação agri-doce que perpassa analistas que acompanham esse mercado. Isto porque, o mesmo setor que é campeão de acesso, também experimenta momentos contínuos de instabilidade e debates acalorados no Judiciário e na ANS, que envolvem rescisões unilaterais, reajustes nos planos coletivos e fraudes, provocando tensão entre os envolvidos.

Um levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), indicou que nos últimos quatro anos os processos de beneficiários de planos de saúde aumentaram mais de 50%. As operadoras de saúde são as principais acionadas e esse desgaste requer um olhar atento de todos, segundo o especialista.

"Ao mesmo tempo em que os planos de saúde se consolidam como produtos cada vez mais importantes para os brasileiros, as condições e desgastes impostos às operadoras estressam o mercado e causam disputas judiciais. É preciso um compromisso de todos os interessados na melhora na comunicação e no aperfeiçoamento das normas para equalizar a situação", opina o especialista.

Apesar de muitas demandas judiciais terem fundamento e procedência importante, o especialista alerta para o crescimento da chamada "Judicialização Predatória", casos em que se utiliza de um potencial direito conhecido para

alcançar o maior número de decisões no mesmo sentido e acumular enriquecimento com base na mesma controvérsia originária.

“Essas demandas acabam transformando o sistema judiciário – já sobrecarregado com diversas outras demandas da sociedade – em um balcão de negociações entre consumidores e operadoras de saúde, desvirtuando sua finalidade. Tal prática se mostra como uma aposta lucrativa, com chances de obter honorários sucumbenciais altíssimos e indenizações a favor do cliente”, detalha.

Na esfera regulatória, a ANS está propondo mudanças significativas na regulação em várias direções. Em pouco menos de um ano, a Agência publicou quatro normas sobre o mesmo assunto – notificação por inadimplência. Esta nova regulação, com previsão de vigência a partir de dezembro próximo, cria enorme burocracia para punir o mal pagador, o que pode provocar maior reajuste.

A ANS também propõe um combo de resoluções normativas focadas em: (i) mudança no reajuste dos planos coletivos, para aumentar o número de beneficiários por agrupamento, atualmente até 30 vidas; (ii) mudança na nova política de preço e reajuste para contratos com fatores moderadores (coparticipação e franquia); (iii) obrigatoriedade de vendas on-line de planos de saúde; (iv) mudança nas regras de revisão técnica extraordinária nos planos individuais; e (v) mudança nas regras de cobertura dos planos ambulatoriais.

Todas as propostas têm pertinência por serem temas relevantes, mas diante do enorme grau de tecnicidade, complexidade e impacto para o consumidor, mereciam estar sendo tratadas individualmente, com o tempo adequado para que o mercado e a sociedade possam enriquecer o debate, contudo, percebe-se uma pressa para lacrar os assuntos.

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS CRESCEM 8,9% NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 11/11/2024

As chamadas primeiras consultas odontológicas, que avaliam a saúde bucal do paciente e identificam problemas na fase inicial para tratamento ou acompanhamento registraram aumento de 8,9% entre 2022 e 2023. Durante o período o volume total passou de 15,4 milhões para 16,8 milhões.

As informações são do estudo especial do IESS “Panorama da Odontologia Suplementar Brasileira: 2019-2023 – Análise do Mapa Assistencial da ANS”. Quando comparado o período

de cinco anos, a variação foi um pouco menor, de 5,9%, já que em 2019 foram 15,9 milhões desse tipo de consulta.

O estudo mostra ainda que, o número total de procedimentos odontológicos realizados na saúde suplementar no Brasil em clínicas e consultórios cresceu 6,3% entre 2022 e 2023 – passou 184,5 milhões para 196,2 milhões.

[Clique aqui](#) para ver o estudo na íntegra.

PLANOS DE SAÚDE VÃO TER QUE OFERECER NOVO MEDICAMENTO PARA LEUCEMIA; SAIBA QUAL

O Globo – 11/11/2024

O cloridrato de asciminibe é utilizado no tratamento de um tipo de câncer que tem origem na medula óssea.

Um novo medicamento para tratamento de leucemia foi incluído no rol dos planos de saúde, de acordo com decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicada no Diário Oficial da União. O fármaco cloridrato de asciminibe é utilizado por pacientes adultos com leucemia mieloide crônica (LMC).

Agora, será obrigatório que os planos de saúde ofereçam a cobertura do remédio para pacientes diagnosticados com a doença. O medicamento tem como principal ação impedir a proliferação de células cancerígenas e seu valor pode chegar a R\$ 30 mil.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), dos 10.810 novos casos de leucemia registrados entre 2020 e 2022, 15% deles eram de LMC. A leucemia é a 10º dentre os tipos de câncer mais frequentes no país.

O que é a leucemia mieloide crônica?

A leucemia mieloide crônica é uma doença que acomete a medula óssea. Devido a uma alteração presente no DNA dos glóbulos brancos, eles se multiplicam de forma anormal. Ainda não se sabe qual é a causa exata para a condição. No entanto, são considerados fatores de risco: exposição à radiação elevada, ser homem (ela é predominante em pessoas do sexo masculino) e ter idade acima dos 60 anos.

Medicamentos para leucemia incluídos

Além do cloridrato de asciminibe, outros fármacos para leucemia também têm cobertura obrigatória pelos planos de saúde. São eles: o hemifumarato de gilteritinibe, para o tratamento de leucemia mieloide aguda (LMA) em adultos e o ibrutinibe, em combinação com venetoclax, para o tratamento de leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC) em adultos.

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEU IMPACTO NOS PLANOS DE SAÚDE

Saúde Debate – 11/11/2024

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil tem apresentado um crescimento constante, caracterizado por um aumento significativo no número de ações judiciais que visam a obtenção de tratamentos e procedimentos médicos. Embora esse fenômeno não esteja diretamente relacionado à qualidade do atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde, sua repercussão traz grandes problemáticas, tanto para as operadoras quanto para o sistema judiciário na sua totalidade.

Uma pessoa ao precisar de acesso a um tratamento médico e que acaba não conseguindo pelo plano de saúde ou até mesmo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir este acesso por meio de ações judiciais. Contudo, a grande problemática surge quando este acesso não necessariamente está garantido pelas diretrizes ou até mesmo, por muitas das vezes, o indivíduo aciona o judiciário por querer um tratamento em uma clínica específica e solicita o reembolso, o que é uma prática irregular.

Desta forma, essa judicialização muitas vezes prematura ou incorreta afeta diretamente as operadoras de planos de saúde de diversas maneiras, sendo uma delas o aumento considerável dos custos, uma vez que as decisões judiciais favoráveis aos beneficiários obrigam as operadoras a arcar com despesas referentes a tratamentos que não estão previstos em seus contratos.

Além disso, o crescimento de decisões judiciais divergentes sobre temas semelhantes cria uma grande insegurança jurídica para as operadoras, complicando o planejamento e a gestão de seus negócios.

Tal fenômeno também tem exercido pressão para a inclusão de novos procedimentos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que, por sua vez, pode contribuir para um aumento adicional nos custos dos planos de saúde. Essa incerteza sobre os custos futuros, decorrente das demandas judiciais, dificulta ainda mais a precificação adequada dos planos, complicando o cenário financeiro das operadoras.

Destaca-se ainda que a judicialização da saúde é usada para garantir um direito constitucional os cidadãos. No entanto, seu uso exagerado pode causar sérios problemas ao judiciário e no acesso à saúde, porquanto os tribunais acabam sendo a primeira opção para resolver tais litígios ao passo que deveria ser a última.

Tal conduta gera uma grande demanda desnecessária que sobrecarrega o sistema jurídico, culminando em insegurança jurídica e na violação do acesso igualitário aos direitos à saúde.

Sendo assim, conclui-se que são diversos os impactos ocasionados pelo fenômeno da judicialização à saúde, tanto para as operadoras de saúde quanto para o judiciário e até mesmo para a população.

COMBINAÇÃO ENTRE FLEXIBILIDADE E TECNOLOGIA DEVE ESTAR NO RADAR DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Bem Paraná – 11/11/2024

O plano de saúde está entre os benefícios corporativos mais desejados pelos trabalhadores, conforme já apontado por diversas pesquisas, entre elas um levantamento recente da consultoria de recrutamento Robert Half. É um dado importante, em especial numa realidade como a do Brasil, onde menos de 24% da população conta com esse tipo de seguro – desse montante, 70,9% correspondem a planos coletivos empresariais, de acordo com dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em junho de 2024.

Ofertar plano de saúde, nesse contexto, é uma estratégia que precisa ser considerada para a atração e a retenção de talentos. Ao mesmo tempo, o benefício, por mais que seja fundamental para encantar bons profissionais, é significativamente custoso para as empresas, chegando, em alguns casos, a ser o segundo maior gasto das companhias brasileiras, atrás somente da folha de pagamento.

Destaque-se que os custos dos planos de saúde coletivos têm aumentado de forma considerável nos últimos anos. Em 2023, enquanto o reajuste dos planos individuais ficou em 9,63%, os convênios empresariais aumentaram entre 13,91% e 18,51%, dependendo do número de vidas cobertas, apurou reportagem do Infomoney.

A situação é delicada e não há “fórmula mágica” que a solucione, mas talvez a resposta esteja em unir flexibilidade e tecnologia, investindo em programas de benefícios que deem mais liberdade de escolha aos colaboradores quanto a serviços de saúde e bem-estar e tragam mais eficiência para as empresas. A personalização é outro fator relevante, pois os colaboradores vêm demonstrando o desejo de ter acesso a benefícios cada vez mais personalizáveis.

É interessante, assim, que as possibilidades abarcadas ultrapassem as consultas tradicionais e exames, englobando, por exemplo, modelos similares à da Estratégia Saúde da Família (ESF), com especialistas em atenção primária, essencial para prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), que no Brasil vitimam mais de 700 mil pessoas por ano e têm alto potencial incapacitante. Mais do que tratar as enfermidades, a Atenção Primária à Saúde (APS) cuida das pessoas, agindo sobre as principais causas de problemas de saúde e ameaças ao bem-estar.

Além do mais, por experiência própria e prática em projetos dos quais participei nos últimos anos, posso afirmar que uma atenção primária de qualidade leva à redução gastos totais em saúde e melhora a eficiência, reduzindo internações. Para as empresas, ofertar benefícios corporativos relacionados à atenção primária certamente traz melhores resultados.

A tecnologia também é uma aliada primordial. Pensemos na telemedicina. No ano passado, mais de 30 milhões de consultas remotas foram realizadas no Brasil, segundo dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). O número representa um aumento de 172% em comparação com o que se teve no período compreendido entre 2020 e 2022, quando a prática foi regulamentada no país (Lei n. 14.510/2022).

Trata-se, ademais, de uma solução importante para democratizar o acesso à saúde, reduzindo o impacto da concentração de profissionais nos grandes centros. Ainda que haja mais de meio milhão de médicos em atividade no Brasil, eles se concentram em determinadas áreas, o que aprofunda um cenário de desigualdade. A telemedicina poderia ajudar a solucionar essa questão.

PLANOS DE SAÚDE DEVEM SUAVIZAR REAJUSTE EM 2025

Jornal O Sul – 10/11/2024

As operadoras de planos de saúde tiveram no primeiro semestre deste ano o melhor resultado financeiro para o período desde 2019, com redução nas despesas assistenciais. Para especialistas no setor, isso indica que os contratos podem ter reajustes menores em 2025 depois de aumentos pesados nos últimos anos.

A previsão ainda é de alta de dois dígitos nos planos coletivos, mas abaixo das correções aplicadas neste ano, que passaram de 40%. Já para os planos individuais, a expectativa é de uma redução tímida no teto estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os reajustes dos planos de saúde são calculados a partir de indicadores apurados no ano anterior. Em 2024, os fatores que entram nessa conta estão mais controlados. Um deles é a inflação médica, tradicionalmente bem acima do índice geral de preços do país, o IPCA. O indicador leva em consideração as variações: de medicamentos, equipamentos hospitalares e novas tecnologias. Isso é combinado com frequência de uso dos usuários, que aumenta a despesa com os serviços médicos.

Na carteira da Mercer Marsh Benefícios, consultoria que administra planos empresariais de 4,7 milhões de pessoas, a média de reajustes no primeiro semestre deste ano foi de 22,9%, num reflexo do patamar mais alto dos indicadores de 2023. Mas, no terceiro trimestre de 2024, a inflação médica foi de 11,6%, abaixo dos 17,2% do mesmo período de 2023. Nos 12 meses até agosto, o índice ficou em 11,1%. O IPCA, em 4,24%. Além disso, a chamada taxa de sinistralidade da carteira que relaciona despesas assistenciais com receitas – caiu de 86,9% no primeiro semestre de 2023 para 78,4% entre janeiro e junho deste ano.

“Tivemos aumentos este ano de 40%, até 50%, e há seguradoras informando inflação médica em torno de 9,4%, 9,6%. Mostra, de certa forma, um retorno ao período anterior à pandemia. O cenário é de reajustes menores. Os percentuais não devem cair dos dois dígitos, mas teremos uma flexibilidade maior do que encontramos até este ano. Podemos falar, em média, em 11% a 12%”, diz o diretor executivo da Mercer, Marcelo Borges.

Mesmo assim, temos que frisar que, até o momento, a telemedicina não atingiu todo o seu potencial, o que deve mudar com o advento de novas tecnologias, atreladas ao suporte de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros.

Lembremos, por fim, do fato de que a população está cada vez mais envelhecida, conforme a expectativa de vida aumenta anualmente (que bom!). Indispensável, então, que surjam alternativas ao tradicional modelo de saúde suplementar, seguindo a lógica de ecossistema, a fim de integrar e ampliar as possibilidades de atendimento de acordo com as necessidades do paciente e, consequentemente, impulsionar a satisfação dos beneficiários.

Os altos reajustes aplicados nos contratos coletivos nos últimos anos foram uma tentativa das operadoras de corrigir a sinistralidade, que disparou depois da pandemia, alcançando 89,2% em 2022, segundo dados da ANS. É o que aponta Rafael Barros, head de Saúde e Educação da XP.

Parte dessa correção já aconteceu, mas ainda há espaço para reajustes de dois dígitos percentuais no ano que vem, ele diz: Os resultados ajudam. Entre janeiro e junho, as operadoras de saúde privada somaram lucro líquido de R\$ 5,1 bilhões, o melhor desempenho financeiro no período desde o ano anterior à pandemia. Além disso, pela primeira vez desde 2021, fecharam o primeiro semestre com saldo positivo entre receitas e despesas diretamente relacionadas à assistência. O resultado operacional foi de R\$ 2,4 bilhões.

“Nossa perspectiva é de um arrefecimento. Não quero dizer que teremos reajustes em linha com a inflação, mas veremos desaceleração nos próximos ciclos. Acredito que o mercado deve aplicar aumentos na casa de dois dígitos, mas mais baixos, perto de 11% e 12%, e até 10% no caso das operadoras com rede própria.

Para Barros, a melhora na sinistralidade e na inflação médica deve impactar também o reajuste dos contratos individuais e familiares. Nesse caso, o percentual máximo de correção é definido pela agência reguladora. Este ano, o teto dado pela ANS foi 6,91%:

“Deveríamos ver uma melhora, uma queda ligeira nesse teto de reajuste, mas não acredito que seja algo expressivo. Algo em torno de 0,5 ponto percentual já seria possível”.

Perspectivas

Para José Cechin, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess), outro fator favorável é que a mensalidade média, descontada a inflação, alcançou R\$ 488,10, acima dos valores dos últimos três anos, mas perto dos R\$ 487,40 de 2020, ano da pandemia, antes da alta na sinistralidade.

“Com os altos reajustes de 2022 e 2023, as operadoras reposicionaram o tiquete médio ao nível de 2020, então não há por que continuar com reajustes tão altos. Além disso, o

IPCA, que afeta os preços unitários dos serviços de assistência (sem considerar a variação de uso), caiu. Por isso, é de se esperar um reajuste menor dos planos coletivos”, analisa.

O cenário de alívio nos aumentos pode ajudar a atrair novos usuários. Apesar de alcançar o recorde de vidas este ano, com 51,4 milhões de brasileiros cobertos, a saúde suplementar no país não cresceu na última década. Em 2014, eram 50,5 milhões usuários. As operadoras precisam crescer, e há no País muita oportunidade para isso.

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.