

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

02 de outubro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga dados de beneficiários referentes a agosto de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos de saúde: ANS quer limitar cobrança de franquia e coparticipação](#) – Fonte: Extra (Globo)

[Negativa de planos provoca explosão de ações judiciais](#) – Fonte: Província

[Planos de saúde deverão justificar negativa de cobertura ao usuário](#) – Fonte: O estado

[Planos de saúde individuais poderão ter reajuste extraordinário, propõe ANS; entenda](#) – Fonte: O Globo

[Reclamações contra cancelamento de planos de saúde sobem 80%; órgãos cobram ANS](#) – Fonte: InfoMoney

[Proposta da ANS para baratear planos de saúde já enfrenta resistência](#) – Fonte: Estadão

[Votação sobre mudança de garantias de planos coloca setor em risco, diz CNSaúde](#) – Fonte: Jota Info

[ANS vai analisar viabilidade de plano de saúde ambulatorial sem internação de emergência](#) – Fonte: Valor Econômico

[Como a automação de processos pode reduzir custos no ecossistema de saúde](#) – Fonte: Saúde Debate

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A AGOSTO DE 2024

(GOV) ANS – 02/10/2024

Planos exclusivamente odontológicos registraram aumento de mais de 180 mil beneficiários em um mês.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a agosto de 2024. Neste período, o setor registrou 51.407.752 de usuários em assistência médica e 33.776.415 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 996.550 beneficiários em relação a agosto de 2023. Já no comparativo de agosto deste ano com julho de 2024, houve um aumento de 174.508 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.384.927 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 180.473

usuários na comparação de agosto deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com agosto de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 24 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.

Competência	Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação					Total
	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
ago/24	36.667.192	5.904.499	228	8.772.917	62.916	51.407.752
jul/24	36.450.948	5.934.691	229	8.783.488	63.888	51.233.244
jun/24	36.263.771	5.953.068	229	8.790.986	64.042	51.072.096
mai/24	36.078.280	6.086.287	229	8.777.424	64.145	51.006.365
abr/24	35.956.234	6.096.054	229	8.754.953	63.192	50.870.662
mar/24	35.929.848	6.109.743	229	8.750.291	38.416	50.828.527
fev/24	35.806.497	6.137.970	229	8.746.793	38.581	50.730.070
jan/24	35.701.490	6.139.718	229	8.774.902	38.761	50.655.100
dez/23	35.799.126	6.184.638	229	8.782.663	38.894	50.805.550
nov/23	35.695.701	6.155.016	229	8.777.313	39.041	50.667.300
out/23	35.653.992	6.166.488	229	8.798.618	39.170	50.658.497
set/23	35.616.063	6.189.469	230	8.810.381	39.297	50.655.440
ago/23	35.460.089	6.095.367	232	8.816.083	39.431	50.411.202

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
ago/24	23.981.869	2.943.875	1.278	6.846.156	3.237	33.776.415
jul/24	23.781.553	2.937.283	1.278	6.872.586	3.242	33.595.942
jun/24	23.665.264	2.938.500	1.279	6.823.403	3.247	33.431.693
mai/24	23.568.280	3.032.658	1.279	6.624.433	3.261	33.229.911
abr/24	23.459.653	3.048.479	1.279	6.392.494	3.262	32.905.167
mar/24	23.325.767	3.035.818	1.279	6.224.000	3.290	32.590.154
fev/24	23.470.779	3.024.874	1.279	6.150.045	3.294	32.650.271
jan/24	23.357.332	3.031.059	1.285	6.077.879	3.296	32.470.851
dez/23	23.450.031	3.020.431	1.285	5.962.228	3.299	32.437.274
nov/23	23.237.437	3.023.788	1.286	5.927.719	3.309	32.193.539
out/23	23.169.470	3.021.530	1.286	5.725.291	3.315	31.920.892
set/23	23.026.868	3.003.266	1.314	5.641.929	3.327	31.676.704
ago/23	22.889.654	2.957.167	1.314	5.540.013	3.340	31.391.488

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	ago/23	ago/24	ago/23	ago/24
Acre	43.269	44.756	17.926	21.586
Alagoas	386.665	384.454	469.667	441.315
Amapá	61.731	63.366	47.772	47.701
Amazonas	580.263	616.676	547.729	574.217
Bahia	1.690.127	1.704.772	1.778.788	1.911.046
Ceará	1.365.565	1.441.332	1.217.668	1.375.976
Distrito Federal	934.822	957.346	659.684	691.016
Espírito Santo	1.268.116	1.320.443	692.509	814.321
Goiás	1.328.189	1.373.676	857.274	952.115
Maranhão	513.622	527.170	302.418	370.779
Mato Grosso	669.119	681.292	262.241	297.533
Mato Grosso do Sul	662.768	672.308	445.013	345.348
Minas Gerais	5.635.576	5.744.487	2.697.341	2.973.677
Pará	865.429	899.450	521.914	558.904
Paraíba	452.990	466.379	489.818	551.214
Paraná	3.087.200	3.132.929	1.645.017	1.880.394

Pernambuco	1.410.462	1.425.184	1.239.145	1.328.701
Piauí	395.173	410.591	174.065	230.211
Rio de Janeiro	5.523.682	5.626.050	3.574.200	3.792.743
Rio Grande do Norte	605.829	621.730	513.245	570.218
Rio Grande do Sul	2.592.518	2.626.379	979.489	1.073.941
Rondônia	153.493	162.337	114.758	130.870
Roraima	31.617	30.649	11.695	12.228
Santa Catarina	1.655.137	1.690.382	832.977	922.787
São Paulo	17.990.775	18.265.289	10.938.425	11.510.481
Sergipe	328.362	338.060	230.967	259.408
Tocantins	123.154	125.581	122.698	131.203

PLANOS DE SAÚDE: ANS QUER LIMITAR COBRANÇA DE FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO

Extra (Globo) – 02/10/2024

Agência reguladora vai levar à audiência pública 'combo' de medidas para o setor; entenda.

Agência Nacional de Saúde (ANS) quer criar regras para limitar a cobrança de franquia e coparticipação em planos de saúde. O órgão regulador vai levar a proposta — que sugere amplas mudanças na regulação de preços do setor — a uma audiência pública a ser realizada no próximo dia 7.

O texto, classificado pelo diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Alexandre Fioranelli, como um “combo” para evitar distorções com “medidas isoladas”, prevê, entre outras mudanças, que planos de saúde terão limites para franquias e coparticipações.

A proposta prevê a criação de um percentual máximo de cobrança por procedimento, com limites financeiros mensais e anuais. E, ainda, a listagem de procedimentos para os quais não poderia haver cobrança.

O “combo” de medidas prevê ainda novas regras para os reajustes de planos individuais, familiares e coletivos. E, ainda, a regulamentação de planos ambulatoriais, hoje

conhecidos como cartões de benefícios. Confira abaixo as mudanças:

Reajuste de planos individuais

O texto prevê que planos de saúde individuais e familiares possam ter reajustes excepcionais nas mensalidades quando a operadora em questão estivesse em dificuldade financeira.

A proposta prevê uma revisão técnica de preços de planos individuais ou familiares. Segundo o órgão, seriam estabelecidos requisitos para que as operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro pudessem ter reajustes “excepcionais” — ou seja, acima do teto estabelecido pela ANS para o tipo de contrato. Esse desequilíbrio, no entanto, teria que ser caracterizado por indicadores pré-definidos.

Para Marina Pauledli, advogada do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o reajuste via revisão técnica é uma prática vedada pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC).

— Esse tipo de reajuste coloca o consumidor numa situação de extrema desvantagem e, na prática, autoriza a alteração

unilateral de preço. Seria adequado pensar como as operadoras podem aprimorar a gestão das carteiras e em critérios de transparência e compliance para evitar desequilíbrios econômico-financeiros — analisa.

A possibilidade de um reajuste por revisão técnica já era prevista pela ANS, mas sua regulamentação estava suspensa após uma liminar do Supremo Tribunal Federal (STF) suspender a eficácia desta norma.

Para Vinicius Figueiredo, analista de Saúde do Itaú BBA, a medida pode dar um "respiro" nas carteiras deficitárias, mas não soluciona o problema. Já Gustavo Vilela, sócio-lider HealthCare da consultoria KPMG, analisa que a medida pode trazer mais equilíbrio para as operadoras, mas acarretar num aumento de preços aos usuários.

– Tudo vai depender de como as regras serão estabelecidas e aplicadas. Conceitualmente, se bem calculadas e planejadas, podem equilibrar o setor. A regulação não pode tornar o produto impagável, mas também não pode quebrar o setor. A grande quebra de braço é encontrar um equilíbrio para que a conta caiba nos dois bolsos – afirma.

Já para Rafael Robba, advogado especializado no tema, especialista em Direito à Saúde do escritório Vilhena Silva, a medida exige cautela, sendo usada apenas em situações muito pontuais:

– Se o reajuste técnico for usado de maneira ampla pelas operadoras, é um retrocesso, pode virar um reajuste por sinistralidade, similar ao dos coletivos, que não tem um limite. É a mesma coisa que desregularizar.

Reajuste dos planos coletivos

Pela proposta, uma das medidas seria a definição de uma cláusula padrão de reajuste dos planos coletivos, o que, segundo a agência, daria ao consumidor mais transparência sobre o cálculo realizado para definição do percentual.

Hoje, os aumentos são definidos entre a operadora e a empresa contratante (ou a administradora, no caso dos contratos por adesão).

Planos para pequenas e médias empresas

O texto propõe ampliar o tamanho dos planos para Pequenas e Médias Empresas (PMEs), hoje com no máximo 29 usuários. A ideia, segundo a ANS, seria ter uma maior "diluição do risco" e reajustes mais equilibrados.

Cartões de benefício

Outro ponto que será debatido na audiência pública são as regras de comercialização de planos exclusivamente ambulatoriais, os chamados cartões de desconto, que cobrem apenas a realização de exames e consultas, mas não a internação hospitalar.

— Sabemos que há cerca de 60 milhões de pessoas usando cartões de desconto, que são produtos baratos, sem qualquer tipo de regulação e fiscalização. É a forma como essas pessoas encontraram de ter acesso aos serviços de saúde. A proposta de rever as regras dos planos exclusivamente ambulatoriais é dar a esses consumidores a possibilidade de ter planos de saúde com preços mais baixos, regras claras e coberturas garantidas — disse o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Venda on-line

O texto prevê criar critérios para venda on-line de planos, inclusive com a obrigatoriedade de que os contratos sejam comercializados via internet "a fim de facilitar o acesso dos consumidores a diferentes opções de produtos, de forma rápida".

Próximos passos

A proposta de mudanças foi aprovada em reunião da diretoria colegiada da ANS na última sexta-feira, e será discutida em audiência pública marcada para o próximo dia 7. Após recolher sugestões das partes interessadas, a ANS poderá levar adiante a nova regulamentação ou não.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) disse que vai comentar o tema apenas após a publicação do edital pela ANS.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) avaliou a iniciativa da ANS como positiva.

NEGATIVA DE PLANOS PROVOCA EXPLOSÃO DE AÇÕES JUDICIAIS

Província – 01/10/2024

O aumento das ações judiciais contra operadoras de planos de saúde reflete a insatisfação dos beneficiários, que enfrentam negativas de cobertura.

O aumento expressivo das ações judiciais entre consumidores e operadoras de planos de saúde tem gerado grande preocupação no setor de saúde suplementar no Brasil. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), entre 2020 e 2023, o número de ações contra operadoras cresceu 50%. Esse dado reflete uma insatisfação crescente dos beneficiários, que se sentem prejudicados por práticas adotadas por algumas empresas.

Um levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) mostra que, em 2023, as operadoras

gastaram R\$ 5,5 bilhões com despesas judiciais, um aumento de 37,6% em relação ao ano anterior. Nos últimos cinco anos, esses custos totalizaram R\$ 17 bilhões, afetando diretamente a sustentabilidade financeira do setor.

Em entrevista à CNN, o ministro Antônio Saldanha Palheiro, do Superior Tribunal de Justiça (STJ), afirmou que o volume crescente de processos movidos contra as operadoras contribui para o aumento das mensalidades dos planos. Grande parte dessas ações resulta da recusa de cobertura para procedimentos solicitados pelos beneficiários, que muitas vezes não estão previstos nos contratos.

O ministro observa ainda que os planos de menor porte enfrentam dificuldades para cumprir decisões judiciais

envolvendo procedimentos de alto custo, o que acaba resultando em reajustes para os consumidores.

Em meio a esse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou que, no primeiro semestre de 2024, o setor de planos de saúde registrou um lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões. Esse crescimento foi impulsionado pela expansão da base de beneficiários e pela recuperação da demanda por serviços médicos, após os piores momentos da pandemia, além dos ajustes tarifários aplicados aos contratos.

Magnus Rossi, advogado especialista em Direito do Consumidor e Planos de Saúde, aponta que o aumento das ações judiciais está diretamente relacionado às práticas das operadoras. “O crescimento das ações judiciais é motivado, em grande parte, pela recusa em autorizar tratamentos indispensáveis, o que fere os direitos dos beneficiários”, afirma Rossi. Ele observa ainda que, muitas vezes, o descumprimento dos contratos obriga os consumidores a recorrerem ao Judiciário como última alternativa.

Além disso, Rossi destaca o impacto dessas recusas no sistema público de saúde. “Quando os planos negam tratamentos, muitos pacientes acabam buscando atendimento no SUS, sobrecarregando ainda mais um sistema que já enfrenta grandes desafios e recursos limitados”, explica o advogado.

Magnus Rossi também defende a necessidade de medidas alternativas e eficazes para reduzir o número de processos. “É fundamental que as operadoras sejam mais transparentes e que se busquem soluções como mediação e conciliação, para diminuir os conflitos e garantir que os direitos dos beneficiários sejam respeitados”, concluiu o advogado.

Diante desse cenário, juristas e entidades concordam que é preciso equilibrar a sustentabilidade das operadoras com os direitos dos beneficiários. Transparência e mediação são apontadas como soluções para reduzir conflitos e garantir o acesso a tratamentos, sem comprometer as finanças do setor.

PLANOS DE SAÚDE DEVERÃO JUSTIFICAR NEGATIVA DE COBERTURA AO USUÁRIO

O estado – 01/10/2024

Foi publicada no Diário Oficial desta terça-feira (1º), a Lei 6.313 de 2024, de autoria do deputado estadual Paulo Duarte (PSB), que dá nova redação e acrescenta dispositivos à Lei 3.885 de 2010. A nova regra dispõe sobre a obrigatoriedade do fornecimento ao consumidor de informações e documentos, pelas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, no caso de negativa de cobertura.

Conforme a lei, as operadoras deverão justificar a negativa de cobertura parcial ou total de exames, procedimentos médicos, cirúrgicos ou de diagnóstico, bem como de tratamento e internação, no prazo de 24 horas após a comunicação, por meio de aplicativo próprio, via sistema médico ou SMS.

As informações também poderão ser encaminhadas via correio eletrônico ou qualquer outro meio, conforme opção do segurado, desde que assegurado o seu recebimento. A

operadora deverá entregar ao consumidor, independente de solicitação, o comprovante constando o motivo da recusa de forma clara, sem expressões vagas, abreviações ou códigos.

No documento deverão constar o nome do cliente, número do contrato do plano de saúde, a razão ou denominação social da operadora ou seguradora, o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), endereço e uma via da guia de requerimento para autorização da cobertura.

“As operadoras ou seguradoras designam unilateralmente todas as cláusulas do contrato, sem qualquer participação do usuário, obrigando o consumidor a acatar as coberturas dispostas. Entendendo os contratos como instrumentos respaldados pelo Direito do Consumidor, as condutas de lealdade, informação, lisura, cooperação e boa-fé, também devem ser mais do que visíveis, garantindo o equilíbrio contratual entre as partes”, destacou o autor da lei.

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS PODERÃO TER REAJUSTE EXTRAORDINÁRIO, PROPÕE ANS. ENTENDA

O Globo – 01/10/2024

Agência reguladora vai levar à audiência pública 'combo' de medidas para o setor que prevê que contratos individuais e familiares tenham revisão técnica de valores em caso de dificuldades financeiras das operadoras.

Será levada a uma audiência pública no próximo dia 7 uma proposta da Agência Nacional de Saúde (ANS) para reformular a política de preços dos planos de saúde. O texto, classificado pelo diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Alexandre Fioranelli, como um “combo” para evitar distorções com “medidas isoladas”, prevê, entre outras

mudanças, que planos de saúde individuais e familiares possam ter reajustes excepcionais.

Essa correção “excepcional” das mensalidades ocorreria quando a operadora em questão estivesse em dificuldade financeira.

A proposta prevê uma revisão técnica de preços de planos individuais ou familiares. Segundo o órgão, seriam estabelecidos requisitos para que as operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro pudessem ter reajustes “excepcionais” — ou seja, acima do teto estabelecido pela

ANS para o tipo de contrato. Esse desequilíbrio, no entanto, teria que ser caracterizado por indicadores pré-definidos.

Para Marina Paulelli, advogada do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o reajuste via revisão técnica é uma prática vedada pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC).

— Esse tipo de reajuste coloca o consumidor numa situação de extrema desvantagem e, na prática, autoriza a alteração unilateral de preço. Seria adequado pensar como as operadoras podem aprimorar a gestão das carteiras e em critérios de transparência e *compliance* para evitar desequilíbrios econômico-financeiros — analisa.

A possibilidade de um reajuste por revisão técnica já era prevista pela ANS, mas sua regulamentação estava suspensa após uma liminar do Supremo Tribunal Federal (STF) suspender a eficácia desta norma.

RECLAMAÇÕES CONTRA CANCELAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE SOBEM 80%; ÓRGÃOS COBRAM ANS

InfoMoney – 30/09/2024

As reclamações contra o término injustificado do vínculo contratual em planos de saúde coletivos, por iniciativa das operadoras, se tornaram mais frequente neste ano.

O número de reclamações de consumidores contra o cancelamento unilateral dos planos de saúde coletivos tem sido cada vez mais frequente e levou a Fundação Procon-SP, o Idec (Instituto de Defesa de Consumidores) e a Defensoria Pública da União a pedirem à ANS (Agência Nacional de Saúde) que tome medidas urgentes de atendimento às reclamações de consumidores sobre cancelamento de planos de saúde coletivos. O documento foi enviado à agência reguladora na sexta-feira (27). O ofício, enviado na última sexta-feira, propõe a criação de um plano de trabalho para tratar com prioridade os problemas relacionados a cancelamentos e sugere que a ANS ajuste seus sistemas para fornecer informações mais detalhadas sobre vínculos e contratos, incluindo a identificação de beneficiários que necessitam de tratamentos contínuos.

As entidades pedem ainda que a ANS avance no tratamento deste assunto no âmbito regulatório, criando normas com critérios mais definidos e protetivos aos consumidores.

As reclamações contra o término injustificado do vínculo contratual em planos de saúde coletivos, por iniciativa das operadoras, se tornaram mais frequente neste ano. Procon-SP, por exemplo, contabilizou um aumento de 80% no número de reclamações neste ano na comparação com 2022.

De acordo com dados da entidade, a quantidade de processos judiciais atingiu o pico de mais de 27 mil ações apenas no mês de abril deste ano, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça, o que representa quase o dobro de ações no mesmo período do ano passado. Entre janeiro e julho deste ano, já são 164.905 novos processos relacionados à saúde suplementar.

“Estes dados ganham ainda maior relevância quando se considera que a prática de cancelamento unilateral

Além de criar a possibilidade de um reajuste extra nos planos individuais, a proposta da ANS também contempla novas regras para os planos coletivos, limites para reembolso e co-participação e a regulamentação dos programas conhecidos como cartões de benefícios. Entenda abaixo os principais pontos.

Reajuste dos planos coletivos

Pela proposta, uma das medidas seria a definição de uma cláusula padrão de reajuste dos planos coletivos, o que, segundo a agência, daria ao consumidor mais transparência sobre o cálculo realizado para definição do percentual.

Hoje, os aumentos são definidos entre a operadora e a empresa contratante (ou a administradora, no caso dos contratos por adesão).

injustificado vem sendo questionada há tempos, sem qualquer reação por parte das operadoras, que seguem atuando sob um regulamento que não oferece equilíbrio na relação com os consumidores. Além disso, acordos têm sido tentados com a auxílio de outras instituições, inclusive legislativas, igualmente sem efetividade para evitar prejuízos aos consumidores”, afirma Luiz Orsatti Filho, diretor executivo do Procon-SP.

Neste sentido, as entidades pedem à ANS:

- adequação da base de dados, com informações precisas sobre o término do vínculo contratual (destaque para a necessidade de inclusão do campo ‘cancelamento de contrato por iniciativa da operadora’ nas plataformas de registro de reclamações);
- e adequação da tramitação e análise das notificações sobre cancelamentos (pelo efeito imediato que produz até sobre consumidores que têm tratamentos interrompidos, entende-se que de imediato os registros destes casos precisam ser analisados de forma prioritária).

As entidades defendem ainda a análise e consideração de nota técnica já encaminhada à ANS, sugerindo uma melhor regulação do assunto, passando a incluir, dentre vários pontos:

- Proibição de cancelamento unilateral de contratos coletivos pelas operadoras;
- Garantia de acesso de todos os consumidores à cópia do contrato de plano coletivo;
- Garantia de acesso de contratantes, consumidoras e consumidores às justificativas de reajustes;

- Regulação e limitação de reajustes anuais pela ANS, por meio do aumento do agrupamento de contratos (pool de risco) de 30 para mais vidas.

As constantes reclamações contra o cancelamento unilateral de planos de saúde têm sido motivo de várias ações tanto no âmbito legislativo quanto no judiciário para tentar garantir os direitos dos consumidores.

O presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), por exemplo, anunciou no fim de maio um acordo com operadoras de planos de saúde para suspender cancelamentos relacionados a algumas doenças e transtornos. E no mês passado, a Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que proíbe as operadoras de cancelarem unilateralmente os planos de saúde em situações de emergência ou urgência, independentemente do tipo de assistência médica contratada. A rescisão unilateral só será possível em caso de inadimplência do consumidor por mais de 90 dias, após notificação do beneficiário para pagamento.

PROPOSTA DA ANS PARA BARATEAR PLANOS DE SAÚDE JÁ ENFRENTA RESISTÊNCIA

Estadão – 30/09/2024

Órgãos de defesa do consumidor questionam itens de pacote apresentado pela agência.

As propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de baratear os planos de saúde irão à consulta pública apenas em 7 de outubro, mas já enfrentam resistência dos órgãos de defesa do consumidor. Batizado de “combo preço”, a proposta da agência reguladora pretende dar transparência a reajustes e agrupar contratos de planos de saúde coletivos, bem como prevê a possibilidade de revisão técnica nos reajustes dos planos individuais.

Na sexta-feira, 27, foi incorporado mais um item à proposta, o debate sobre as regras para venda de planos exclusivamente ambulatoriais.

“Toda audiência pública é importante do ponto de vista do debate social e de discussões, mas vemos com temeridade alguns itens apresentados”, diz Maria Lacerda, especialista em defesa do consumidor do Procon-SP.

Planos individuais

Um dos três pilares do “combo preço”, por exemplo, envolve a revisão técnica do reajuste dos planos individuais. O objetivo da agência é equilibrar contratos deficitários para as operadoras e gerar incentivo para a retomada da venda desse tipo de plano.

Para Lacerda, não é justo que o consumidor arque com todo o desequilíbrio econômico dos planos individuais. “A administração dos planos de saúde pode não ser tão zelosa se souber que pode sempre contar com recursos extras em caso de desequilíbrio”, diz ela.

Ana Carolina Navarrete, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e consultora em Direito à Saúde no Instituto de

E mais recentemente, o Conselho da Justiça Federal um caderno com 47 entendimentos relacionados ao direito à saúde que devem servir de referência para decisões judiciais.

O que diz a ANS

Por meio da sua assessoria de imprensa, a ANS informa que recebeu o ofício assinado pela Defensoria Pública da União, pelo Idec e pelo Procon-SP no final da tarde de sexta-feira (27).

“O documento foi encaminhado para análise interna das áreas técnicas da ANS, sem haver, neste momento, previsão para possíveis deliberações pela reguladora”, diz a nota.

A agência destaca ainda que, em relação à rescisão contratual na saúde suplementar, a ANS publicou uma nota reunindo as principais informações sobre o assunto, e que está disponível no portal da agência.

Defesa de Consumidores (Idec), tem opinião semelhante. Para ela, essa possibilidade criaria riscos ao teto dos reajustes.

Segundo Navarrete, os planos individuais são vítimas do próprio sucesso, com pouca judicialização e reclamações, exatamente porque são bem regulados. “Isso gera menos problemas para a agência e os Procons”, afirmou, durante o seminário “Saúde não tem preço. Mas tem custo”, realizado pelo Brazil Journal. “Mas ele requer ginástica maior em termos de gestão, para que não haja mero repasse de aumento de custos ao usuário final.”

Hoje, diz ela, as informações dos planos individuais são muito transparentes e há previsibilidade de reajustes, cenário que poderia mudar. “É o tipo de medida que, uma vez que sai da caneta, é muito difícil reverter depois”, afirmou. De acordo com ela, foi o sucesso das regras dos planos individuais que fez com que as empresas da área preferissem atuar apenas com produtos que não estendessem os mesmos direitos aos consumidores. Uma solução seria regulamentar de maneira mais assertiva também os planos coletivos.

Outro lado

O posicionamento gerou discordância. Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge) e vice-presidente da NotreDame Intermédica, disse não haver espaço para retrocessos e nem para regular todos os planos, inclusive os coletivos. Para ele, se há mecânicas de revisão técnica na lei, não é adequado abrir mão delas. “Se o plano individual se colocou e hoje precisa de revisão, que seja feita de maneira republicana, técnica e clara”, disse.

O empresário José Seripieri Filho, controlador da Amil, afirmou que apesar de ter sido um grande canal de

acessibilidade, o plano de saúde individual não é um grande sucesso. “Se fosse sucesso, ele estava na rua, sendo oferecido ao consumidor”, disse.

Mais pontos de discordância

Há outros pontos que o Procon-SP diz também serem temerários nas mudanças propostas pela ANS. Um é a coparticipação e a franquia dos associados. Segundo Lacerda, em 2018, houve normas que tentaram fazer com

que a coparticipação chegasse a 40%, o que tornaria o atendimento médico inviável aos participantes.

Ela também vê com preocupação a regulamentação de planos ambulatoriais que não garantem atendimento mínimo em casos mais complexos. Em relação ao agrupamento de vidas nos planos coletivos, ela diz que os órgãos de defesa do consumidor precisam ver cálculos para entender se fazem sentido. “Ainda temos informações preliminares e queremos nos aprofundar nas discussões”, afirmou.

VOTAÇÃO SOBRE MUDANÇA DE GARANTIAS DE PLANOS COLOCA SETOR EM RISCO, DIZ CNSAÚDE

Jota Info – 27/09/2024

ANS discute nesta sexta-feira (27/9) caminho para ampliar reajuste de mensalidades de contratos antigos e mudança nos ativos garantidores.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prevê discutir em reunião nesta sexta-feira (27/9) dois temas que podem representar uma profunda mudança no mercado de planos de saúde.

O primeiro abre caminho para ampliar o reajuste das mensalidades de contratos antigos, por meio da mudança dos critérios da revisão técnica. Esse mecanismo permite aumentos diferenciados das mensalidades de contratos no caso de desequilíbrio econômico.

Pela proposta, empresas poderiam lançar mão do recurso com maior facilidade, desde que algumas condicionantes fossem aceitas.

O JOTA apurou haver ainda pontos em discordância sobre as condicionantes. Há, portanto, possibilidade de que a discussão seja adiada para uma próxima reunião de diretores da agência.

O segundo ponto em pauta da reunião, não menos impactante, trata da mudança das regras dos ativos garantidores, recursos que empresas devem apresentar como lastro para honrar seus compromissos.

A proposta amplia de 20% para 50% a possibilidade de que essa garantia seja feita por meio de imóveis hospitalares.

Apresentada pelo diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Jorge Aquino, a sugestão não foi precedida de uma Análise de Impacto Regulatório, sob a justificativa de que ela não traria prejuízos para o setor.

Para prestadores de serviços de planos, contudo, a proposta vai muito além de uma mera mudança percentual no lastro das operadoras. “Isso certamente provocará prejuízo para as prestadoras. Vai nos deixar numa situação muito delicada”, afirmou ao JOTA Breno Monteiro, presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), entidade que representa estabelecimentos de serviços de saúde no país, como hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios e serviços de diagnóstico.

“Esperamos que a proposta não seja aprovada, levando-se em conta os reflexos negativos que ela traria”, completou.

Atrasos no pagamento

Monteiro observa que as operadoras se valem cada vez mais da prática de atrasar o pagamento pelos serviços prestados e de questionar as contas apresentadas pelas operadoras.

Uma mudança na regra sobre ativos garantidores, afirma, tem potencial de incentivar ainda mais esse comportamento, colocando em risco a sustentabilidade de hospitais, clínicas e demais empresas do setor.

Dívida confortável

Quando uma operadora atrasa ou questiona uma dívida do prestador, normalmente não há um ônus. Os pagamentos, mesmo quando realizados tardiamente, são feitos geralmente sem cobrança de multas. Para as operadoras, portanto, essa é uma dívida, em última análise, “confortável”.

Pelas regras da ANS, a dívida deve ser garantida por um valor equivalente. Os recursos bloqueados devem ser formados em 80% por ativos financeiros e até 20% por imóveis assistenciais. Com a mudança proposta, imóveis assistenciais poderão também chegar ao mesmo percentual, dando espaço para contrair e alongar pagamento de dívidas.

“Isso trará mais liquidez para as operadoras, mas a que preço para a saúde suplementar?”, questionou o presidente da CNSaúde.

Monteiro acredita que a movimentação aumentará a insegurança não apenas para prestadoras de serviços como também para consumidores. “Haverá um estrangulamento nos serviços.” Ele considera ainda que o modelo beneficiaria empresas que têm o modelo verticalizado, no qual operadoras têm rede própria de assistência.

Liquidez

O diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados, Antônio Britto, avalia que uma eventual ampliação da liquidez para operadoras de saúde deveria vir acompanhada de medidas semelhantes, que também pudessem garantir a liquidez de hospitais.

“Hospitais sofrem de um aumento inédito do questionamento das cobranças e do aumento de prazos de pagamento”, observou Britto.

A CNSaúde estima que R\$ 63 bilhões em aplicações financeiras das operadoras estejam vinculadas a ativos

garantidores das empresas. Caso a regra seja aprovada hoje, haveria potencial de pelo menos R\$ 30 bilhões desses recursos sejam desbloqueados, para substituição por imóveis.

O problema, contudo, é que esses imóveis não têm liquidez. “Uma mudança como essa traria instabilidade ainda maior para os clientes, uma vez que serviços podem ser reduzidos. Traria benefícios apenas para as operadoras”, afirma a advogada Renata Vilhena, do escritório Vilhena Silva Advogados.

O diretor da ANS, Jorge Aquino, em reunião de diretoria realizada em maio afirmou que a alteração poderia trazer maior sustentabilidade para o setor.

Ano passado, empresas se queixavam de apresentar um resultado operacional ruim, provocado sobretudo pelo aumento do uso de planos pelos consumidores, numa espécie de efeito rebote da covid-19.

Esse cenário, contudo, mudou. Desde o início do ano, como o JOTA já havia indicado a seus assinantes, operadoras apresentam sinais de recuperação. E isso se confirmou nos dados do último balanço da ANS.

No primeiro semestre de 2024, o setor registrou um lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões, o melhor resultado desde 2019. Quando os números foram divulgados, a agência classificou o momento como um “sólido caminho de retomada dos saldos positivos” do setor.

ANS VAI ANALISAR VIABILIDADE DE PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL SEM INTERNAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Valor Econômico – 27/09/2024

Atualmente, já existe no mercado convênio médico ambulatorial, mas com internação de emergência por até 24 horas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai analisar a viabilidade de plano de saúde ambulatorial sem cobertura de internação de emergência por até 24 horas — uma demanda das operadoras de planos de saúde.

Uma das razões para a agência analisar a viabilidade desse produto é porque há uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) determinando que a ANS regule os cartões de saúde, uma espécie de serviço pré-pago para atendimentos médicos simples e que pode ser emitido por diferentes tipos de empresa, não operadoras, o que dificulta um acompanhamento da ANS que é focada no mercado de planos de saúde.

Há expectativa de que essa nova modalidade de convênio médico, que dá direito apenas a consultas e exames, atenda o público que, hoje, está comprando o cartão de saúde. Estima-se que haja entre 40 milhões e 60 milhões desses cartões de saúde em circulação no mercado. Para efeitos de comparação, há 51,4 milhões de usuários de planos de saúde.

“Há potencial para aumentar cerca de 100 milhões de usuários. A ideia é ter as duas opções de plano ambulatorial,

para analistas ouvidos pelo JOTA, uma mudança no atual cenário apenas beneficiaria maus pagadores.

As críticas não são unânimes. Em entrevista concedida ao JOTA há poucas semanas, Rogério Scarabel, advogado do escritório M3BS Advogados e ex-presidente da ANS, afirmou que a medida poderia manter as empresas em atividade. Para ele, haveria problema caso houvesse a extinção das garantias, o que não deve ocorrer.

Revisão técnica

Assim como mudanças nos ativos garantidores, a proposta de mudar as regras de revisão técnica ganhou corpo ano passado, com as queixas das operadoras de saúde sobre os ganhos do setor. “Os números mostram que empresas estão em uma situação confortável”, afirma Vilhena. Para a advogada, além de desnecessária, a mudança nas regras sobre reajuste de contratos antigos poderia expulsar consumidores dos planos, em razão do aumento das mensalidades. “Basta olhar o passado. O que aconteceu com empresas que usaram esse recurso? Uma regra seria uma espécie de cheque em branco para os usuários. Quando se trata de prestação de serviço em saúde, fica difícil imaginar qual reflexo isso poderá ter”, completou.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) foi procurada pelo JOTA, mas ainda não se manifestou. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que iria comentar o tema apenas após a decisão final da ANS.

com e sem atendimento de emergência”, disse Paulo Rebello, presidente da ANS, durante Conferência do Safra, na quarta-feira (25).

Atualmente, já existe no mercado convênio médico ambulatorial, mas com internação de emergência por até 24 horas. No entanto, essa modalidade de plano de saúde é pouco ofertada devido ao risco de judicialização ser alto tendo em vista que é extremamente complicado retirar o paciente do hospital após 24 horas de internação, caso ele precise ficar por mais tempo.

Em reunião de colegiado da ANS realizada na tarde desta sexta-feira (27), o presidente da agência defendeu um debate sobre as regras da venda de planos exclusivamente ambulatoriais.

“Hoje em dia, sabemos que há cerca de 60 milhões de pessoas usando cartões de desconto, que são produtos baratos, sem qualquer tipo de regulação e fiscalização, mas que possibilitam a realização de consultas e exames. É a forma como essas pessoas encontraram de ter acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a proposta de rever as regras dos planos exclusivamente ambulatoriais é dar a esses consumidores a possibilidade de ter planos de saúde com preços mais baixos, com regras claras e com coberturas garantidas, possibilitando o cuidado com a saúde e a

realização de consultas e exames como forma de prevenir doenças ou identificá-las em fase inicial”, destacou Rebello.

“Fico imaginando uma mãe com seu filho gripado, sem condição de ter qualquer atendimento, podendo ter o caso agravado e até vir a precisar de internação. Ter assistência logo que os sintomas aparecem pode fazer toda a diferença no resultado em saúde”, complementou.

A criação do novo produto ainda depende de análise interna da agência e consultas públicas com a sociedade, operadoras, entre outros.

Após dois anos amargando prejuízo, o mercado de operadoras de planos de saúde registrou lucro operacional de R\$ 2,4 bilhões no primeiro semestre, revertendo o prejuízo de R\$ 4,3 bilhões apurado no mesmo período de 2023. Na última linha do balanço, o lucro líquido (que inclui receita financeira) do setor saltou de R\$ 1,5 bilhão para R\$ 5,1 bilhões, entre janeiro e junho de 2024.

A receita teve alta de 10,7%, para R\$ 166,5 bilhões, no acumulado dos seis primeiros meses deste ano. As despesas médicas, por sua vez, subiram 8%, atingindo R\$ 124,8 bilhões, segundo dados da ANS.

COMO A AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS PODE REDUZIR CUSTOS NO ECOSISTEMA DE SAÚDE

Saúde Debate – 25/09/2024

O aumento da eficiência operacional e a urgência na redução de custos é cada vez mais uma demanda crucial para a competitividade e até mesmo para a permanência de empresas que fazem parte do ecossistema de saúde.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de saúde médico-hospitalares tiveram em 2023 um prejuízo acumulado de R\$ 5,9 bilhões. Um impacto que só pôde ser compensado por meio de aplicações financeiras, que geraram um resultado positivo de R\$ 11,2 bilhões.

Trazendo um contexto internacional, a pesquisa Global Medical Trends 2024, da WTW, consultoria de corretagem de seguros, informa que a média mundial do custo dos planos de saúde subiu 10,7% em 2023 na comparação com 2022, e a projeção é de que em 2024 o valor suba 9,9%. No Brasil, esse valor aumentou 16,3% no ano passado e a projeção é que neste ano a elevação seja de 16,6%.

A este cenário, podemos acrescentar a questão das fraudes. De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em 2023 foram registradas mais de 2,4 mil fraudes, alta de 66% em comparação com o ano anterior. Em termos financeiros, o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) informa que as perdas provenientes de fraudes, em 2022, ficaram entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões.

Esta conjuntura justifica a necessidade e a urgência em buscar soluções que gerem impactos efetivos na eficiência operacional, com redução de custos e ganhos de produtividade, como parte de medidas para minimizar os obstáculos que o setor enfrenta. É onde a automação de

processos pode desempenhar um papel extremamente relevante.

Tecnologia para redução de custos e melhoria dos processos

Quando se pensa na aplicação da tecnologia no sistema de saúde pode vir à cabeça a telemedicina, a telecirurgia ou o open health. Mas, toda a pressão de custos torna fundamental investir em tecnologias que melhoram os processos administrativos e o combate a fraudes.

Empresas que atuam no ecossistema de saúde podem melhorar sua operação administrativa por meio de soluções conhecidas como RPA (Robotic Process Automation) – Automação Robótica de Processos, em português. De forma simplificada, trata-se de um software que pode ser programado para executar uma série de tarefas automaticamente, atuando em regime 24/7 de forma autônoma e integrada, realizando ações como coleta de dados, preenchimento de formulários e movimentação de arquivos digitais, entre outras.

Esta é uma tecnologia que pode gerar grandes impactos em empresas do setor de saúde. Entre os benefícios está a redução de tempo gasto em tarefas repetitivas, o que dá mais tempo para que colaboradores possam se dedicar ao que seja mais importante e estratégico para a evolução do negócio, como a qualidade e rapidez no atendimento. Além disso, um processo automatizado reduz drasticamente o risco de erros humanos, algo que é importante em qualquer organização, mas que se torna extremamente crítico para empresas de saúde.

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.