

NEWSLETTER MILLIMAN

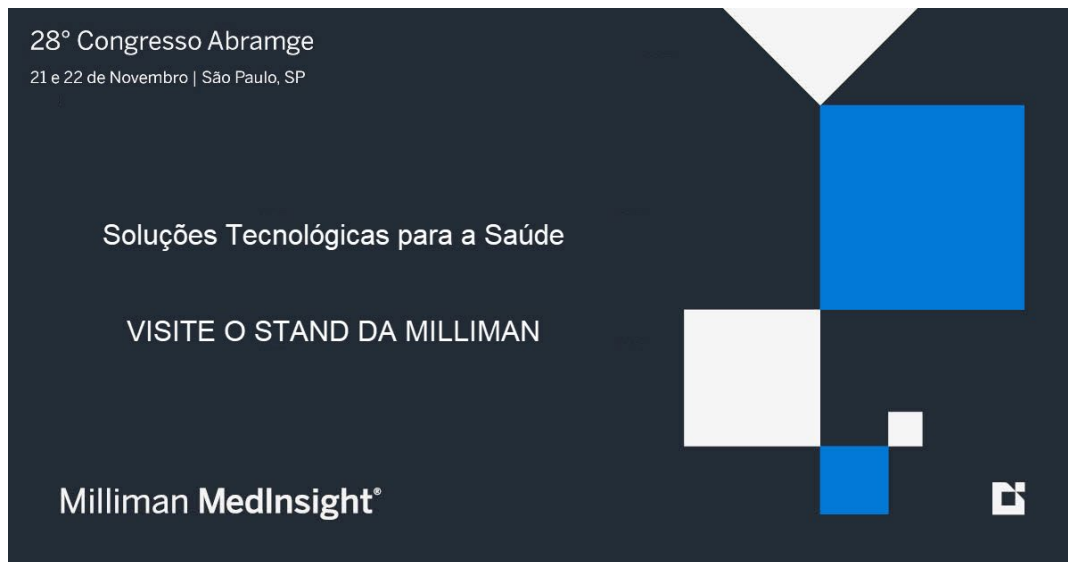
Setor de Saúde Suplementar

19 de novembro de 2024



CONVITE ESPECIAL

Visite o Stand da Milliman no 28º Congresso da Abramge e conheça nossas soluções inovadoras quanto ao combate à fraude e desperdício e ao processamento de sinistros.



[Clique aqui](#) para mais informações.

ÍNDICE INTERATIVO

[‘Idoso nunca foi e nunca será o problema dos planos’, diz presidente da Abramge](#) – Fonte: Jota Info

[Custo dos planos de saúde é desafio para empresas](#) – Fonte: Revista Apólice

[Debatedores cobram atuação de agência reguladora no combate a abusos de operadoras em planos de saúde coletivos](#) – Fonte: Câmara

[Fenasaúde registra aumento de 264% em comunicações ao Coaf por operações suspeitas](#) – Fonte: Revista Apólice

[Projeto que garante transparência sobre planos de saúde é aprovado](#) – Fonte: Diário Digital

[MPF cobra maior efetividade da ANS na regulação de planos de saúde](#) – Fonte: Ministério Público Federal

[Planos de saúde vão ao ápice de vendas no Brasil](#) – Fonte: O Globo Cenário Minas

[Plano de saúde deve ter reajuste menor em 2025, preveem analistas; entenda](#) – Fonte: O Globo

‘IDOSO NUNCA FOI E NUNCA SERÁ O PROBLEMA DOS PLANOS’, DIZ PRESIDENTE DA ABRAMGE

Jota Info – 18/11/2024

Gustavo Ribeiro fala ao JOTA sobre as discussões na ANS e o clima no Congresso para alterar regras do setor.

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Gustavo Ribeiro, considerou bem-vinda a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de colocar em discussão temas sensíveis para o mercado, como a regulamentação dos cartões de desconto e a possibilidade da revisão técnica (reajuste excepcional, realizado para corrigir distorções pontuais).

Mas, embora estes pontos sejam reivindicações antigas de empresas, Ribeiro avalia ser necessário um debate mais aprofundado. “Não há como tomar essas decisões assim, a exemplo do que ocorreu com a lei do rol”, afirmou ao JOTA. Para ele, o ideal é que a análise se desenrole no próximo biênio e, de preferência, no Legislativo.

Na entrevista, concedida dias depois de a Abramge contribuir com a tomada de subsídios da ANS no processo de revisão, Ribeiro disse ser favorável à criação de uma nova modalidade de planos, restrita a consultas e exames. A alternativa, completa, seria essencial para trazer opções mais baratas de contratos e, com isso, a expansão do mercado.

Ribeiro, contudo, admite ser preciso criar estratégias que impeçam uma eventual migração dos planos tradicionais para este novo formato, como ocorreu no período da entrada em vigor da Lei de Planos de Saúde.

Para o executivo, é preciso encontrar formas para dar segurança ao mercado que, em sua avaliação, foi perdida depois da Lei do Rol e do conceito de lista exemplificativa de procedimentos e tratamentos. “Criança com TEA nunca foi e nunca será o problema dos planos. Idoso nunca foi e nunca será o problema dos planos. Se a pessoa compra o produto e faz o uso correto, não tem problema. O produto já foi precificado. O problema é quando você subverte a lógica: eu comprei um plano ambulatorial e quero fazer uma cirurgia. O que quebra o setor é a insegurança, a falta de previsibilidade”.

A conversa com JOTA, realizada em Brasília, ocorreu dias antes do Congresso da Abramge, marcado para 21 e 22 de novembro, em São Paulo. O tema do evento é a integração da saúde pública e privada. Ribeiro considera que a integração é um passo importante para evitar desperdícios e permitir a materialização da proposta do plano de consultas e exames.

Confira abaixo os principais trechos da entrevista.

Você defende a mudança nas regras de planos de adesão?

Não. Não é preciso mudar nada. O que precisamos é abrir o leque. O setor é muito sensível. É a natureza deste mercado. Então, se há uma proposta de se alterar o plano individual, a reação é de que isso representa uma tentativa de se retirar um direito. Se sugerimos mexer no plano por adesão, que com os anos tornou-se um produto pesado e caro, a reação é de que vamos mexer numa carteira formada há 20 anos.

Quando você sugere mexer, a reação é sempre de que é tudo ruim. O que eu defendo? O mundo que existe, já existe. Com mecânicas boas ou ruins, ele está aqui. Temos o diagnóstico de problemas: o plano é caro, o reajuste é alto, o acesso é dificultado. A proposta da Abramge é criar um desenho de planos mais simples. Ninguém será obrigado a contratar. Será uma opção.

Um plano ambulatorial sem internação de emergência...

Não vamos falar em plano ambulatorial. A nomenclatura tem de ser clara, para o consumidor não falar que foi enganado. É um plano de consultas e exames em âmbito laboratorial. Não é possível que alguém compre um produto desse, com esse nome, e diga que tem direito a fazer uma cirurgia bariátrica no Hospital Albert Einstein. A ideia é tirar da equação toda a fraude, toda a picaretagem profissional. Tem muito consumidor que de fato não entende o que está sendo comprado.

Um plano neste novo formato não ameaça os planos atuais? Que mecanismos existem para evitar o fim de planos de maior cobertura? Já assistimos fenômeno semelhante com contratos individuais...

É preciso criar regras para evitar que isso ocorra. Em 1998, não estava nem na faculdade... São mundos completamente diferentes. Tudo passa por um amadurecimento. O setor começou com medicinas de grupo, consolidou-se com empresas com dono, depois vieram as multinacionais. O setor foi se ajustando. Mas regras são necessárias. O argumento de que o mercado se regula, no caso de saúde, vale até um certo ponto. Não dá para brincar, porque há hipossuficiência. Mas você tem também laboratórios médicos que fomentam judicialização de medicamentos que estão em fase de testes no exterior, que você nem sabe se funciona. Você tem grupos de interesses de todas as ordens. Então, precisa, sim, de regulação. E é preciso também empoderamento do consumidor. Sua observação está certa, é preciso mecanismos para evitar o êxodo. E isso virá com sistemas de freios e contrapesos. Como a questão da revisão técnica: a ideia é que haja contrapartidas.

A ideia de se exigir a oferta de planos individuais, por exemplo? Mas esta condição será mantida pela ANS?

Não acredito que haja uma liberação total. Permissão de revisão técnica sem condições. Conhecendo um pouco o ambiente político, o Congresso não aceitaria uma liberação como essa. Haveria uma reação. Depois de 2022, com a discussão sobre a extensão do rol de procedimentos, parlamentares entenderam a sensibilidade do setor. Para o bem e para o mal.

O que é o bem e o que é o mal?

Por exemplo, um ambiente para produtos mais acessíveis. O Congresso hoje sabe que isso precisa ser muito bem feito. Parlamentares têm consciência de que se fizerem algo inconsistente dá confusão. Eles aprenderam. Com a discussão sobre o Transtorno de Espectro Autista, os

parlamentares viram toda a movimentação. Neste ano, quando houve a reunião com o presidente da Câmara, Arthur Lira, depois do cancelamento de contratos, ficou clara a familiaridade que ele tem sobre o tema. Então, acredito que hoje há um ambiente para se discutir com maturidade, envolvendo todos. Os órgãos de defesa do consumidor não são demônios. O setor não é um demônio, o legislador não é, o regulador não é. O que é preciso é achar uma composição.

A ministra Nísia Trindade criticou o modelo de planos de menor cobertura. A percepção é de que esse sistema não é resolutivo e apenas ampliará a pressão sobre o SUS.

Tenho respeito enorme pela ministra da Saúde. Mas o gigantismo dos desafios interna corporis do ministério não permite, às vezes, ver o cenário como um todo. Ninguém está inventando nada. Esse fenômeno já existe. Temos hoje um mercado de 40 milhões de pessoas com cartões de desconto. Não é algo que vai acontecer. Já aconteceu. O que defendo é que possamos ter esse plano de consultas. Algo regulado. Porque se esse paciente se agravar, mais tarde, eu poderei ser cobrado.

Mas nada impede que as operadoras tenham também seu cartão de desconto. Por que não ofertam?

Não haveria segurança jurídica. Há outro ponto. Há uma regulação pesada para o setor de planos. E o setor de cartões atua com muita liberdade. É uma questão de equidade. Já falei isso para a ministra Nísia Trindade, para o secretário de Atenção Especializada Alexandre Massuda, para o vice-presidente Geraldo Alckmin...

Vocês apresentam um plano, mas não dão sugestões sobre como fazer a regulação, não apontam caminhos...

Não podemos ver a minúcia. A legislação tem de ser feita pelo Congresso. É preciso regulação, regras do Ministério da Saúde. Mas essa é uma discussão longa. Para dois anos. Eu gostaria que agora, passado o período eleitoral, o debate tivesse início.

No Congresso da Abramege, a discussão central será sobre integração entre setor público e privado.

As ações de prevenção de saúde que as operadoras podem fazer dependem, em determinado grau, do prontuário eletrônico. Há rotatividade dos clientes. Para garantir que a informação não se perca, a possibilidade de acesso é fundamental. Isso passa também pela integração entre público e privado. Um precisa do outro. E é preciso ter regras claras para uma simbiose.

CUSTO DOS PLANOS DE SAÚDE É DESAFIO PARA EMPRESAS

Revista Apólice – 18/11/2024

Os altos custos médicos continuam a ser uma grande preocupação para empresas no Brasil, especialmente em relação aos reajustes anuais dos planos de saúde empresariais, que cresceram, em média, 12% ao ano. Esse aumento, bem acima da inflação, é impulsionado por fatores como o envelhecimento da população, aumento de doenças crônicas e a necessidade de coberturas mais abrangentes dos planos de saúde.

Rodrigo Pedroni, diretor executivo da Genoa Seguros, corretora especializada em seguros corporativos, explica que os reajustes dos planos são inevitáveis, em grande parte devido ao aumento dos custos médicos e frequência de uso. As empresas enfrentam um desafio real para manter o nível de cobertura sem sobrecarregar os orçamentos. O impacto direto nos custos das apólices é resultado, entre outras coisas, do aumento de sinistralidades, frequentemente causado por internações e procedimentos fora da rede credenciada.

Uma solução tem sido a contenção de gastos, o incentivo ao uso da rede credenciada e a redução de reembolsos. “A segunda opinião médica, por exemplo, é uma prática que pode evitar cirurgias desnecessárias, oferecendo alternativas menos invasivas e mais eficientes para os colaboradores”, diz Pedroni.

Segundo uma pesquisa global de tendências de custos de saúde para 2024, realizada por uma consultoria internacional, os planos de saúde são impactados pela inflação, pelos avanços tecnológicos e pelo uso frequente dos serviços, além

da transferência de custos de programas públicos subfinanciados. A previsão é que esses fatores continuem pressionando o setor no Brasil, onde a inflação e a volatilidade aumentam conforme as demandas por cuidados especializados.

Além disso, o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas, como diabetes, câncer e transtorno do espectro autista (TEA), aumentam a frequência de exames e internações, encarecendo os planos. Pedroni reforça a importância de iniciativas preventivas para mitigar esses custos. “Programas de saúde preventiva são fundamentais para reduzir a incidência de doenças e internações, ao mesmo tempo que ajudam a controlar os custos médicos”, pontua.

Investir em saúde preventiva traz benefícios não apenas para os orçamentos das empresas, mas também para a produtividade e o engajamento dos colaboradores. De acordo com ele, empresas que cuidam da saúde de seus funcionários antes do surgimento de problemas observam melhorias na produtividade e no ambiente organizacional, além de uma redução no uso excessivo do plano de saúde.

Pedroni também aponta a importância de oferecer benefícios que realmente impactem a qualidade de vida dos colaboradores, como planos de saúde ajustados para cada região e coparticipação, incentivando o uso consciente dos serviços. “A coparticipação é uma medida que ajuda na conscientização, promovendo um uso mais responsável do plano”, finaliza.

DEBATEDORES COBRAM ATUAÇÃO DE AGÊNCIA REGULADORA NO COMBATE A ABUSOS DE OPERADORAS EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Câmara – 18/11/2024

Deputados pediram mais atenção da ANS para planos coletivos.

Participantes de debate na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados criticaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por não atuar no combate à violações aos direitos dos consumidores de planos de saúde coletivos. O assunto foi debatido na quarta-feira (13).

Para os participantes da audiência pública, a falta de regras nesse segmento da saúde permite práticas abusivas contra o consumidor, como o cancelamento unilateral, o reajuste de preço acima da média e a restrição da rede credenciada.

O representante do Instituto de Defesa de Consumidores (Idec), Lucas Andrietta, reforçou que a regulação da ANS está em desacordo com o Código de Defesa do Consumidor e precisa ser alterada. Para ele, a diretoria da agência conduz o processo regulatório "em contradição com seu próprio corpo técnico" e sem abrir a discussão para a sociedade.

"A ANS continua negando a gravidade dos cancelamentos e se recusa a produzir e a publicizar dados corretos e detalhados para mensurar e compreender esse problema", criticou. Na avaliação de Andrietta, o principal problema é a falta de regulamentação para os planos coletivos, que representam 80% do mercado.

"Há explosão de registros por Procons de relatos individuais, às vezes muito dramáticos, que são de conhecimento da ANS, e um volume muito grande de judicialização em torno desse tema", disse. Segundo o analista do Idec, em muitos desses casos há indícios da intenção de expulsar grupos de consumidores menos jovens, menos saudáveis ou que geraram despesas assistenciais.

Regras da ANS

Ao contrário dos planos individuais, que são regulamentados por lei, os planos coletivos dependem de normas da ANS. A lentidão nesse processo foi alvo de críticas.

A deputada Alice Portugal (PCdoB-BA), uma das que solicitou o debate, cobrou mais atuação da agência reguladora. "É preciso que a ANS tenha um papel mais efetivo. Isso é necessário para que nós possamos tomar uma posição, porque na ponta do sistema a pessoa não admite espera".

A representante da ANS, Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich, informou que a agência tem a intenção de normatizar os contratos coletivos, mas esbarra em falta de orçamento e no "excesso de formalismo". "A gente não atende no tempo que a sociedade anseia, mas não há nenhuma omissão, trabalhamos diuturnamente na agência", reforçou.

Ela esclareceu, no entanto, que em contratos coletivos a operadora não pode excluir o beneficiário individualmente, exceto pela perda do vínculo de titular ou de dependência, ou se houver o pedido da pessoa jurídica contratante.

"Nos contratos coletivos pode haver rescisão com a pessoa jurídica contratante, mas o beneficiário que está internado tem direito a todos os procedimentos já autorizados pela operadora, mesmo que se estendam pós rescisão", disse.

Críticas

O deputado Eduardo da Fonte (PP-PE) disse estar preocupado com a regulação do mercado. "A ANS que tem permitido que os planos de saúde cometam absurdos com idosos, autistas e todos aqueles que simplesmente não passam mais a interessar a sua carteira de clientes".

O deputado Leo Prates (PDT-BA) criticou a forma de precificação feita pelas operadoras de planos de saúde. Ele cobrou mais atuação da ANS para controlar abusos. "Não me parece ser razoável planos que tem lucro ter acesso a aumentos de 7% e planos que em tese não teriam lucro ter acesso a aumento de 23,8%".

FENASAÚDE REGISTRA AUMENTO DE 264% EM COMUNICAÇÕES AO COAF POR OPERAÇÕES SUSPEITAS

Revista Apólice – 18/11/2024

Parceria entre órgão de controle e operadoras de planos de saúde resulta em identificação maior de movimentações financeiras irregulares em todo o país.

A cooperação entre a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e o Conselho de Controle de Atividades Financeiras (Coaf), vinculado ao Banco Central, já produz efeitos. Desde o início da parceria, em 2023, as seguradoras e operadoras de planos de saúde associadas à FenaSaúde registraram um aumento de 264% no número de operações comunicadas ao Coaf por suspeitas de irregularidades, principalmente fraudes.

No ano passado, a FenaSaúde e o Coaf fecharam acordo para treinar técnicos das companhias através de um curso de qualificação para fortalecer a fiscalização sobre processos de integridade e governança visando ao combate a fraudes. Entre 2019 e 2023, a federação e suas associadas registraram mais de 4,5 mil notícias-crime e processos judiciais contra fraudadores. A estimativa de prejuízo anual para o setor chega a R\$ 34 bilhões.

Os resultados obtidos levaram à realização de uma segunda edição do curso de treinamento, com 99 técnicos entre auditores, advogados e analistas das operadoras e da FenaSaúde para prevenção e combate a fraudes e

identificação de operações suspeitas, além de promoção de aprimoramento de compliance.

“O setor de saúde suplementar vem sendo alvo de fraudes milionárias, que somam até R\$ 34 bilhões em prejuízos todos os anos não só para as operadoras, mas também para os beneficiários de planos de saúde. E essa conta é paga por todos nós porque esse prejuízo nos impacta com muita força e pressiona os nossos custos. Foi por isso que procuramos o Coaf no ano passado e essa parceria tem sido muito estratégica. Os resultados positivos já mostram isso e decidimos reforçar esse treinamento”, explica a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Dentre os casos descobertos, estão o de uma quadrilha formada por clínicas que usavam um falso banco digital sem

autorização para operar pelo Banco Central, que resultou numa fraude de R\$ 18 milhões em São Paulo; o de um usuário acusado pela falsificação de 123 pedidos de reembolso, em Itapeverica da Serra (SP); um golpe de R\$ 9 milhões cometido por uma clínica de tratamento do transtorno do espectro autista, em São Caetano do Sul (SP), com 309 solicitações de atendimentos falsos; e o de um grupo que criava empresas-fantasma para forjar vínculos empregatícios, que obteve R\$ 11 milhões em falsos reembolsos, em Itaguaí (RJ).

“Esta segunda edição do treinamento reflete nosso compromisso e empenho em aprimorar a atuação das operadoras com o combate às fraudes”, completa Vera Valente.

PROJETO QUE GARANTE TRANSPARÊNCIA SOBRE PLANOS DE SAÚDE É APROVADO

Diário Digital – 15/11/2024

Lei aprovada passa a garantir mais segurança aos consumidores.

Nesta terça-feira (12), pela manhã, durante sessão plenária na Assembleia Legislativa de Mato Grosso do Sul (ALEMS), foi aprovado o projeto de lei do deputado estadual Junior Mochi (MDB) que obriga as operadoras de planos de saúde a informarem seus usuários sobre o descredenciamento e novos credenciamentos de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde.

O projeto visa garantir maior transparência nas relações de consumo, permitindo que os usuários sejam comunicados

com antecedência de 30 dias sobre qualquer alteração na rede credenciada. A medida prevê que a comunicação seja feita de forma eletrônica ou impressa, além de constar no Guia Médico Anual, facilitando o acesso à informação.

Com a aprovação, a lei passa a garantir mais segurança aos consumidores, permitindo que se reorganizem e planejem a utilização dos serviços de saúde contratados. A nova norma também estabelece sanções para operadoras que descumprirem as regras, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor.

MPF COBRA MAIOR EFETIVIDADE DA ANS NA REGULAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Ministério Público Federal – 14/11/2024

Audiência promovida pela Câmara dos Deputados discutiu soluções para rescisões unilaterais promovidas por operadoras.

A situação atual demanda uma regulação mais rigorosa e eficiente do setor de saúde suplementar. Com essa avaliação, o procurador federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), Nicolao Dino, expressou a preocupação do Ministério Público Federal (MPF) com as recorrentes denúncias de práticas abusivas cometidas por operadoras de planos de saúde.

Durante audiência pública da Comissão de Saúde, na Câmara dos Deputados, o PFDC afirmou que o MPF e outros órgãos de controle e fiscalização têm recebido muitas denúncias de rescisões unilaterais de contratos de prestação de serviços de saúde, prática que, segundo ele, tem se tornado sistemática, colocando o consumidor em posição de vulnerabilidade.

“São pessoas que buscam na saúde suplementar o atendimento para suas enfermidades ou seus transtornos. É fundamental que o parlamento se debruce sobre essa questão”, ponderou.

De acordo com Dino, o Estado brasileiro conta com uma arquitetura institucional hábil para desenvolver a tarefa de regulação do setor, no entanto tem tido dificuldade em colocá-la em prática.

Neste ponto, cobrou maior eficiência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em cumprir seu papel. “As agências reguladoras, em especial a ANS, detêm competência normativa para regular diversos setores do mercado.

A pergunta que precisa ser feita é: o que está faltando, na área de saúde suplementar, para essa regulação acontecer?”, questionou.

Tratamento prejudicado – O procurador também demonstrou preocupação com a situação de pessoas com deficiências invisíveis, como o transtorno do espectro autista, que necessitam de tratamento contínuo e que acabam seriamente prejudicadas com a ruptura unilateral dos contratos.

A mesma situação ocorre quando as operadoras promovem o descredenciamento de clínicas ou estabelecimentos médicos onde esses pacientes são atendidos.

De acordo com ele, o prejuízo causado a essas pessoas é incalculável.

“Os tratamentos de média e longa duração certamente pressupõem uma relação de confiança, uma estabilidade que é essencial para que o paciente evolua”, refletiu.

PLANOS DE SAÚDE VÃO AO ÁPICE DE VENDAS NO BRASIL

Cenário Minas – 13/11/2024

Especialista explica lógica por trás da alta demanda comercial da saúde suplementar e os porquês do aumento de reclamações sobre prestação de serviço.

Nos últimos anos, o mercado de planos de saúde no Brasil tem experimentado um crescimento histórico, refletindo um aumento significativo no número de pessoas cobertas e na confiança do público neste serviço. Todavia, o número de queixas acerca do serviço também passou por um salto.

Em agosto de 2024, o número de vínculos com planos médico-hospitalares atingiu 51,4 milhões, o maior patamar já registrado, segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) na Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 98. Na mesma onda, o número de reclamações de usuários de planos de saúde alcançaram a marca de 34.947 em julho deste ano. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa é o terceiro maior índice da série histórica.

Esse crescimento foi impulsionado especialmente pelo modelo de planos coletivos empresariais, que representam 36,7 milhões desses vínculos e cresceram 3,4% nos últimos 12 meses. A relação entre o aumento das adesões e o crescimento de empregos formais, medido pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), é evidente: com 1,8 milhão de novos postos de trabalho no último ano, a contratação de planos de saúde empresariais reflete a expansão do mercado de trabalho formal.

“É como se fossem surfistas num dia de sol no Rio de Janeiro. Se o calor e as ondas do mar aumentam, o número de pessoas com pranchas também vai aumentar”, contextualiza o advogado Thayan Fernando Ferreira, especialista em direito público e direito de saúde, membro da comissão de

direito médico da OAB-MG e diretor do escritório Ferreira Cruz Advogados.

“A soma de fato traz consigo uma série de questões importantes para os consumidores, especialmente aqueles que, por inexperiência ou falta de orientação, acabam adquirindo planos sem total clareza sobre seus direitos”, continua o advogado. “Muitas pessoas não compreendem completamente os limites e as coberturas que seus planos de saúde oferecem, o que pode gerar frustrações e dificuldades no uso dos serviços. No Brasil, existe um arcabouço legal robusto que busca proteger os direitos dos consumidores nesse setor, regulando tanto a contratação quanto a prestação de serviços”.

No entanto, a complexidade dos contratos e das regulamentações exige que o consumidor esteja bem informado para evitar surpresas. “A legislação busca garantir que o consumidor tenha plena transparência sobre os serviços que está contratando. No entanto, é necessário que ele leia o contrato com atenção e busque ajuda para esclarecer pontos duvidosos. O consumidor tem o direito de questionar e exigir que o plano cubra procedimentos que estão no rol da ANS, mas precisa ter ciência do que está incluso e da rede credenciada”, explica Thayan.

Esse contexto aponta para a importância de as empresas e planos de saúde reforçarem a comunicação e a transparência com seus beneficiários. À medida que a adesão cresce, cresce também a responsabilidade das operadoras em fornecer informações claras sobre os direitos dos usuários. Ao final, cabe também ao consumidor buscar entender melhor o contrato que está assinando, para garantir que está, de fato, recebendo o que foi prometido.

PLANO DE SAÚDE DEVE TER REAJUSTE MENOR EM 2025, PREVEEM ANALISTAS; ENTENDA

O Globo – 12/11/2024

Queda na inflação médica e alta no lucro das operadoras apontam possível alta mais contida nas mensalidades, que subiram muito desde a pandemia.

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.

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.

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:

— 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.

Chance de expansão

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 tíquete 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. Se tivermos uma aceleração grande no emprego formal, o número de usuários cresce, mas há outros produtos que podem ser oferecidos pelo mercado para atrair os usuários — diz Borges, da Mercer.

Operadoras cautelosas

As operadoras, porém, são mais conservadoras nas previsões. Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), afirma que o setor ainda está “vencendo o ciclo da pandemia”. Apesar do cenário mais otimista, ele argumenta que outros fatores interferem na correção dos contratos:

— Há aquilo que está completamente alheio à equação. A gente não tem controle de judicialização indevida, fraudes, o rol exemplificativo (que define a cobertura obrigatória) da ANS e a incorporação de novas tecnologias e medicamentos — diz. — É crível pensar em reajustes mais baixos, mas são tantos os fatores de insegurança que é praticamente impossível cravar isso agora. Espero que aconteça. O setor precisa democratizar o acesso, baratear o produto, reduzir reajuste. Mas tudo que existe no entorno dificulta e agrava os aumentos.

Diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente concorda e pontua que apesar da desaceleração da inflação médica e da sinistralidade, os custos da saúde “continuam pressionando a sustentabilidade das operadoras”, que têm feito ajustes.

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.