

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

18 de dezembro de 2024



## VOTOS EQUIPE MILLIMAN



## ÍNDICE INTERATIVO

[Polícia investiga fraude de R\\$ 33 bilhões contra planos de saúde em SP](#) – Fonte: CNN Brasil

[ANS aprova relatório que propõe regras para reajuste de plano de saúde coletivo e aumento extra do individual](#) – Fonte: O Globo

[ANS apresenta resultados sobre a política de preços e reajustes dos planos de saúde](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos de saúde: 41% das indústrias não tentam reduzir sinistralidade](#) – Fonte: Métopoles

[ANS promove oficina sobre o programa de monitoramento da qualidade hospitalar](#) – Fonte: (GOV) ANS

[De quanto vai ser o reajuste dos planos de saúde em 2025?](#) – Fonte: Valor Investe

[Sistema deve ajudar hospitais a driblar crise financeira na saúde](#) – Fonte: A Notícia MT

[ANS estuda autorizar mais de 1 reajuste por ano em plano de saúde](#) – Fonte: Poder 360

[Planos de saúde ‘ganham’ mais de 850 mil novos usuários em um ano, aponta ANS](#) – Fonte: Info Money

[CAS: plano de saúde deve pagar despesa de acompanhante no parto](#) – Fonte: Agência Senado

# POLÍCIA INVESTIGA FRAUDE DE R\$ 33 BILHÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE EM SP

CNN Brasil – 18/12/2024

Práticas fraudulentas incluem manipulação de reembolsos, falsificação de atendimentos e irregularidades.

Um esquema de fraude envolvendo clínicas e laboratórios em São Paulo está no centro de investigações conduzidas pela Polícia Civil, com base em denúncias apresentadas por associações que representam operadoras de planos de saúde.

Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Saúde Suplementar (Abramge), os desvios podem ter causado um prejuízo estimado em R\$ 33 bilhões no último ano ao setor.

As práticas supostamente fraudulentas incluem manipulação de reembolsos, falsificação de atendimentos e irregularidades em diversos procedimentos que teriam sido praticados pela Health Care Medical Center (HCMC), segundo denúncia de associações do setor apresentadas à polícia.

Em notas enviadas à CNN, a Polícia Civil e o Ministério Público de São Paulo confirmam que as denúncias são investigadas.

A CNN procurou a HCMC e, até o momento da publicação desta reportagem, não obteve nenhum retorno. O espaço segue aberto para manifestações.

## Esquema de “reembolso assistido”

As investigações apontam que o esquema operava por meio do chamado “reembolso assistido”, também conhecido como concierge.

Nesse modelo, os beneficiários dos planos eram induzidos a fornecer login e senha de acesso às plataformas das operadoras.

Com essas informações, as clínicas simulavam atendimentos ou alteravam valores de procedimentos realizados, solicitando reembolsos fraudulentos.

Segundo o diretor técnico da Abramge, Dr. Cassio Ide Alves, as práticas incluíam ainda a criação de contas bancárias em nome dos beneficiários para receber os valores.

“A partir daí, eles começam a fazer as suas solicitações de reembolso, muitas vezes de procedimentos duplicados, inexistentes, trocando códigos de procedimento, multiplicando esses códigos.”, disse o Dr. Cassio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge em entrevista à CNN.

A Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas (ABCF), que recebeu informações sobre o esquema, encaminhou uma denúncia ao Ministério Público, mas até o momento, a CNN não obteve retorno oficial do MP sobre o caso.

Entre as fraudes mais comuns, estão:

- Falsificação de laudos para crianças com autismo
- Prolongamento desnecessário de internações de dependentes químicos

- Manipulação de dados em procedimentos estéticos

Clínicas que operavam no esquema frequentemente fechavam as portas após serem identificadas, dificultando o rastreamento dos responsáveis.

As fraudes afetam não apenas as operadoras, mas também os consumidores. Segundo o diretor, o prejuízo causado ao sistema todo eleva o custo dos planos de saúde.

“Através do mutualismo, todos acabamos pagando a conta para que algumas pessoas que perpetuam esses crimes. Acabam auferindo lucros individuais.”, relatou o Dr. Cassio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge em entrevista à CNN.

O Dr. Rodolpho Ramazzini, diretor de comunicação da ABCF, destacou à CNN que mais de 400 denúncias sobre fraudes foram registradas somente em 2024.

“A ABCF recebe cada vez mais denúncias de pessoas que acabam sendo implicadas nessas fraudes, tendo seus nomes e atendimentos usados pelas quadrilhas de fraudadores de maneira indevida”, disse.

## Ações das operadoras e da polícia

A operadora SulAmérica revelou que diversas dessas empresas manipulavam documentos e criavam “araras” para simular atendimentos e solicitar reembolsos indevidos, prejudicando diretamente os beneficiários e causando um grande impacto no setor.

O prejuízo total estimado por essas fraudes chega a R\$ 27 milhões. Em resposta, a operadora apresentou notícias-crime contra os envolvidos.

Em nota enviada à CNN, a Amil, outra operadora envolvida, esclareceu que três inquéritos policiais foram instaurados após denúncias da operadora.

Já o Bradesco Saúde optou por não se manifestar sobre o caso, alegando que não comenta questões em apreciação do Judiciário.

## Recomendações aos beneficiários

Durante a entrevista à CNN, o Dr. Cassio Ide Alves reforçou a importância de os beneficiários ficarem atentos para não serem envolvidos, mesmo que involuntariamente, em fraudes.

Ele listou quatro passos importantes:

- Não compartilhar login e senha: Isso dá às clínicas acesso total aos dados pessoais do beneficiário
- Solicitar extratos regulares: Assim, é possível verificar se há procedimentos desconhecidos cobrados

- Verificar contas bancárias vinculadas ao CPF: No site do Banco Central, é possível checar se há contas desconhecidas abertas
- Denunciar suspeitas à operadora: Qualquer movimentação irregular deve ser comunicada imediatamente

### Próximos passos

A Abramge e a ABCF defendem uma atuação mais incisiva do Ministério Público e das autoridades policiais para combater as fraudes.

As investigações continuam, e novas ações podem ser tomadas para recuperar os valores desviados e responsabilizar os envolvidos.

O caso está sendo investigado pela Polícia Civil, por meio de um inquérito instaurado pela 2ª Delegacia da Divisão do Consumidor, do Departamento de Polícia de Proteção à Cidadania (DPPC).

A presidente da Associação Brasileira de Combate à Falsificação (ABCF) foi ouvida e diligências estão em andamento visando à localização dos responsáveis pela empresa e esclarecimento dos fatos, segundo nota enviada pela Secretaria de Segurança Pública de SP à CNN.

## ANS APROVA RELATÓRIO QUE PROPÕE REGRAS PARA REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO E AUMENTO EXTRA DO INDIVIDUA

O Globo – 16/12/2024

Proposta do órgão regulador também prevê limite de coparticipação e franquia. Texto ainda precisa passar por consulta e audiência pública.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou nesta segunda-feira o relatório preliminar que prevê mudanças na política de preços dos planos de saúde. O projeto inclui medidas como a criação de regras para o aumento dos contratos coletivos e limites para cobrança de coparticipação e franquia. Uma das principais pautas do pacote, porém, a possibilidade de reajustes “excepcionais” dos planos individuais só deve ser detalhada no ano que vem.

O combo de medidas foi proposto no início de outubro pela agência reguladora. Depois de passar por audiência pública, a pauta foi aberta para receber contribuições de operadoras, consumidores e instituições da sociedade civil.

Na chamada Tomada Pública de Subsídios (TPSs), 79 propostas foram encaminhadas à ANS. As operadoras de planos foram as que mais enviaram projetos: 41 empresas e seis entidades representativas das operadoras fizeram proposições, enquanto 9 cidadãos e 3 entidades de defesa do consumidor também contribuíram com o projeto.

Com a aprovação unânime dos diretores da ANS, o relatório segue agora para consulta pública entre os dias 19 de dezembro e 3 de fevereiro. Depois, os temas passam por discussão em audiência pública nos dias 28 e 29 de janeiro.

### Regras para reajuste dos coletivos

No caso dos planos coletivos, o relatório prevê mudanças no cálculo de reajuste anual dos contratos, com a previsão de um mínimo de 75% de sinistralidade meta e tipos de índices aceitados pela reguladora para o cálculo de reajuste. Diferente dos individuais, os planos coletivos não têm um percentual máximo de aumento definido pela ANS, o que é negociado anualmente entre a operadora e a empresa contratante.

Para tentar coibir a chamada seleção de risco, o relatório propõe igualar a regra de rescisão contratual dos planos coletivos à regra dos planos coletivos para microempreendedores individuais (MEIs): no aniversário do

contrato e desde que o beneficiário seja avisado com, pelo menos, 60 dias de antecedência.

— O que se propõe é que a rescisão contratual seja minimamente previsível pelo contratante — destaca Daniele Campos, gerente econômico, financeira e atuarial de Produtos da agência.

O projeto ainda quer mudar o tamanho dos agrupamentos dos contratos coletivos para diluir melhor o risco e buscar reajustes mais equilibrados. Hoje, os contratos com até 29 vidas são agrupados pelas operadoras para aplicação de um mesmo reajuste. Na nova proposta, esse universo seria ampliado para mil vidas nos planos coletivos empresariais e para a totalidade de usuários nos coletivos por adesão.

Um dos pontos mais sensíveis do pacote de medidas da ANS é a chamada revisão técnica dos planos individuais ou familiares. O instrumento serve para que as operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro possam ter reajustes “excepcionais” — ou seja, além do aumento anual e acima do teto estabelecido pela ANS para o tipo de contrato.

Esse ponto do projeto, porém, não foi detalhado pela agência reguladora, que ainda está elaborando regras e contrapartidas das operadoras. A previsão, segundo o órgão, é que o tema seja discutido nas audiências públicas programadas para janeiro e, caso aprovado, passe a valer a partir de janeiro de 2026.

— Para esse momento temos uma minuta de norma discutindo diretrizes gerais da revisão técnica, com a proposta de elaborar uma instrução normativa que teria metodologia de cálculo, requisitos e contrapartidas que as operadoras deveriam atender para ter garantido o pedido de revisão técnica — explicou Daniele.

### Coparticipação limitada

O pacote de medidas também prevê que as operadoras sejam obrigadas a comercializar os planos pela internet, para facilitar o acesso dos consumidores e reduzir a seleção de risco.

Além disso, a proposta da agência limita a 30% a cobrança de coparticipação por procedimento e por mensalidade.

Coparticipação e franquia também ficariam proibidas numa lista de procedimentos, principalmente aqueles relacionados a terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos.

— Esse projeto acabou gerando uma falta de compreensão. Isso está sendo debatido desde 2017. O intuito da agência foi abrir uma audiência pública e uma tomada pública de subsídios para colher informações com o setor regulado para que agora a gente comece o processo regulatório com mais transparência — afirmou o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

A sessão da diretoria colegiada foi a última sob o comando de Rebello, que deixa o cargo na próxima sexta-feira. Seu substituto deve ser indicado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

## ANS APRESENTA RESULTADOS SOBRE A POLÍTICA DE PREÇOS E REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE

(GOV) ANS – 16/12/2024

Proposta do órgão regulador também prevê limite de coparticipação e franquia. Texto ainda precisa passar por consulta e audiência pública.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou, na tarde desta segunda-feira, 16/12, o resultado dos estudos relacionados à implementação de uma nova política de preços e reajustes para os planos de saúde. O tema foi item de pauta da 616ª Reunião de Diretoria Colegiada.

Nos últimos meses, a ANS abriu o debate sobre o aprimoramento das regras relacionadas a quatro temas propostos, em 27/9, pela diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. São eles: reajuste de planos coletivos; mecanismos financeiros de regulação – como coparticipação e franquia; venda de planos *on-line*; e revisão técnica de preços de planos individuais/familiares.

Os assuntos fazem parte da Agenda Regulatória 2023-2025, que reflete os esforços da Agência em prol da sustentabilidade do setor e da proteção dos beneficiários, e foram objeto de participação social através de Audiência Pública realizada, no dia 7/10, e da Tomada Pública de Subsídios (TPS) nº 4, que ficou aberta de 16/10 a 4/11 para contribuições. Ambas as iniciativas tiveram o objetivo de obter propostas sobre os quatro temas em questão.

A ANS contabilizou 73 participações enviadas pelo formulário oficial da TPS 4, além de 6 contribuições complementares via e-mail. Entre os participantes, entidades representativas de administradoras de benefícios, de operadoras e de consumidores; prestadores de serviços; consultorias; corretores, além da participação direta das operadoras e dos cidadãos, resultando em relatórios e análises que embasam as próximas etapas.

“A composição das participações sociais mostra que os temas colocados em discussão pela ANS são de interesse de todo o setor”, observou o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli.

O nome cotado para o cargo é o de Wadih Damous, atual secretário Nacional do Consumidor (Senacon), ligado ao Ministério da Justiça, como antecipou o colunista do GLOBO Lauro Jardim.

O ex-deputado federal pelo PT e ex-presidente da OAB-RJ seria indicado por Lula na semana passada, o que acabou sendo adiado por conta do estado de saúde do presidente, que precisou ser internado na madrugada do dia 9 devido a um sangramento interno na cabeça, em decorrência da queda que sofreu no banheiro de casa em outubro.

Depois da indicação de Lula, o nome do futuro presidente da ANS precisa ser referendado pelo Senado — o que só deve acontecer no início de fevereiro, quando o Congresso Nacional volta do recesso. Até lá, o atual diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), Jorge Aquino, assume o cargo interinamente.

Na sequência, a equipe técnica da Agência aprofundou os estudos sobre os assuntos a partir das contribuições recebidas. Entre os principais resultados estão a Análise de Impacto Regulatório (AIR) para cada tema e propostas de resoluções normativas.

Confira abaixo as principais mudanças propostas pela ANS para cada um dos temas elencados:

### Reajuste de planos coletivos

- **Definição do tamanho do agrupamento** – atualmente, os agrupamentos são compostos por contratos com até 29 beneficiários. Na nova proposta, esse universo será ampliado para 1.000 vidas nos planos coletivos empresariais e para a totalidade dos planos coletivos por adesão, com o objetivo de obter maior diluição do risco e, conseqüentemente, reajustes mais equilibrados;

- **Definição de parâmetros para cláusula de reajuste** – não será permitida a acumulação de índices financeiro e por sinistralidade. A operadora precisará adotar ou um ou outro. Além disso, a ANS definirá um percentual mínimo de 75% para sinistralidade meta para cálculo de reajuste. O objetivo é dar ao consumidor maior transparência sobre o cálculo realizado para a definição do percentual.

- **Rescisão contratual** – igualar a regra de rescisão de contratos coletivos à regra de rescisão de contratos coletivos de empresário individual. Com isso, o cancelamento poderá ser feito no aniversário do contrato e desde que o beneficiário seja avisado com, pelo menos, 60 dias de antecedência. Assim, a rescisão passa a ser programada para que o contratante do plano tenha tempo hábil para encontrar uma nova opção.

### Mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia)

- **Definição do limite financeiro do fator moderador por procedimento** – passa a valer o percentual máximo de 30% de coparticipação por procedimento;

- Definição dos limites financeiros mensal e anual – limite mensal de 30% do valor da mensalidade e limite anual 3,6 mensalidades;

- Definição dos procedimentos não elegíveis (sobre os quais não poderá haver incidência de fator moderador por realização) – a ANS estabelece uma lista de procedimentos que não serão cobrados coparticipação/franquia, principalmente aqueles relacionados a terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos.

#### **Venda on-line**

- Avaliação de critérios de venda on-line a partir do aprimoramento da [Resolução Normativa nº 413/2016](#): a proposta anterior previa a contratação eletrônica, em caráter facultativo. A mudança estabelece a obrigatoriedade da venda on-line para os planos individuais/familiares, coletivos por adesão e empresariais firmados por empresário individual, a fim de facilitar o acesso dos consumidores a diferentes opções de produtos, de forma rápida, e reduzir a seleção de risco.

#### **Revisão técnica de preços de planos individuais/familiares**

- Fase atual – a ANS está em fase de estudo de metodologia para admissão das solicitações, cálculo e aplicação da Revisão Técnica. A previsão é que um novo normativo seja elaborado e publicado em 2025, com os princípios sobre os critérios de elegibilidade para a solicitação e sobre as contrapartidas que as operadoras devem apresentar quando tiverem o pedido de Revisão Técnica deferido.

- Em Audiência Pública prevista para janeiro de 2025, a ANS irá promover o debate com a sociedade para a construção conjunta das novas regras, que, após finalizadas e publicadas pela Agência, devem vigorar a partir de janeiro de 2026.

#### **Próximos passos**

A partir dos resultados coletados, a ANS irá elaborar propostas de normativas que serão colocadas em consulta pública para obter contribuições da sociedade. Essa consulta pública ficará disponível pelo período de 45 dias, de 19 de dezembro de 2024 a 3 de fevereiro de 2025.

Na sequência, a ANS irá promover Audiências Públicas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2025, sendo um turno para cada tema, manhã e tarde, para contemplar os quatro assuntos propostos. "Estamos oferecendo uma ampla oportunidade para que todo o setor participe, trazendo suas contribuições, dados e estudos sobre os temas. Nosso objetivo é construir uma norma que seja bem definida, estruturada e que atenda às necessidades de todos os atores da saúde suplementar", destacou Alexandre Fioranelli.

"Esses encontros reforçam o compromisso da Agência com a participação social, o nosso empenho em trazer todos os atores do setor para o debate relacionado ao aprimoramento das políticas de saúde suplementar", acrescentou o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Ao final desse processo, a Agência seguirá com a aprovação das normativas junto à diretoria colegiada e com a posterior publicação das novas regras regulatórias.

Confira abaixo as Análises de Impacto Regulatório referentes a cada um dos temas da reformulação da Política de Preços e de reajuste de planos de saúde:

[AIR - Reajuste de planos coletivos](#)

[AIR - Mecanismos financeiros de regulação](#)

[AIR - Venda on-line](#)

[AIR - Revisão técnica de preços de planos individuais/familiares](#)

## **PLANOS DE SAÚDE: 41% DAS INDÚSTRIAS NÃO TENTAM REDUZIR SINISTRALIDADE**

Métropoles – 16/12/2024

Custos com assistência médica corresponderam a 13,57% da folha de pagamento das indústrias, de acordo com levantamento.

Levantamento realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), pelo Sesi e pelo Observatório Nacional da Indústria revelou que 41% das indústrias não adotam estratégias para reduzir a sinistralidade dos planos de saúde. A Pesquisa de Saúde Suplementar na Indústria, conduzida entre abril e agosto de 2024, mostrou ainda que, dentre as indústrias que buscam mitigar custos e sinistralidade, 72% implementam coparticipação, enquanto 67% indicam que o alto custo dos planos é a principal barreira para a melhoria desses serviços.

Os números também revelam um crescimento significativo dos planos coletivos empresariais. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em agosto de 2024, o Brasil atingiu 51,4 milhões de beneficiários de planos de

saúde, com 36,7 milhões vinculados a contratos coletivos empresariais, representando 71% do mercado.

Na avaliação de Emmanuel Lacerda, superintendente de Saúde e Segurança na Indústria do Sesi, a redução das ocorrências de sinistralidade é possível através da prevenção de doenças, combate à desinformação e acompanhamento da saúde dos trabalhadores.

Entre as soluções propostas, destacam-se o monitoramento do uso do plano de saúde, o diálogo com trabalhadores sobre o uso consciente dos serviços, o estímulo ao atendimento virtual e ainda a busca de alternativas no SUS para atendimentos sem custo ao colaborador, como consultas psicológicas.

A pesquisa contou com 1.041 respostas de empresas de pequeno (30%), médio (38%) e grande porte (32%). Além disso, foram realizadas entrevistas detalhadas com gestores de 26 indústrias localizadas em diversas regiões do Brasil,



onde mais de 60% dos participantes ocupavam cargos de gestão e 83% estavam em departamentos de desenvolvimento humano (RH).

### Impacto financeiro

Segundo as entidades, o impacto financeiro dos planos de saúde nas empresas não pode ser negligenciado. De acordo com dados do Sesi Nacional, os custos com assistência médica corresponderam a 13,57% da folha de pagamento das companhias. Esse cenário ressalta a urgência de soluções eficazes para a gestão desses custos.

A pesquisa também revelou que quase metade (48%) das indústrias não dispõe de programas de saúde ativos, com 10,2% dos entrevistados sem conhecimento sobre a existência desses programas. Quando avaliado por porte, as

iniciativas de saúde são mais frequentes em indústrias de médio (75,8%) e grande (75,4%) porte.

Entre as principais ações de promoção de saúde destacadas estão campanhas de vacinação (50,2%), saúde mental (45,5%) e estímulo à atividade física (33,7%).

Para Jeferson Sakai, gerente de Saúde e Segurança na Indústria do Sesi-SP, os dados obtidos são importantes porque permitem compreender as realidades e dificuldades enfrentadas pelas empresas na gestão da saúde de seus colaboradores.

“Com base nesses resultados, poderemos desenvolver soluções mais assertivas para equilibrar as necessidades de cuidado com a saúde e a sustentabilidade financeira, beneficiando tanto as empresas quanto os trabalhadores”, conclui.

## ANS PROMOVE OFICINA SOBRE O PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

(GOV) ANS – 16/12/2024

Agência reuniu hospitais participantes do projeto para compartilhar novos indicadores de avaliação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu, nos dias 3 e 4/12, uma oficina com representantes dos hospitais que compõem o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS) e de entidades ligadas à saúde, na sede da Associação Comercial do Rio de Janeiro. Para abranger todos os participantes do programa interessados na oficina, a ANS distribuiu o público em dois dias de evento e aplicou o mesmo conteúdo para poder alcançá-los.

Na ocasião, foi explicado aos presentes que, a partir de uma revisão da literatura, o comitê gestor do programa, formado por representantes da ANS, especialistas do Hospital Moinhos de Vento, de hospitais de excelência e de sociedades médicas, expandiu a seleção, que antes era de seis, para 14 indicadores de qualidade, classificados em três pilares: efetividade, eficiência e segurança.

Durante a oficina, as servidoras Raquel Lisboa, Aline Mesquita e Priscilla Constantino forneceram detalhes sobre os 14 indicadores que medem a qualidade dos hospitais. Os participantes compartilharam suas experiências em relação ao preenchimento das fichas cadastrais do programa e esclareceram suas dúvidas sobre a metodologia.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Mauricio Nunes, explicou a etapa de ampliação de indicadores do Programa de Monitoramento da Qualidade e a razão da oficina. "Achamos necessário revisar a metodologia e completar o grupo de indicadores para assegurar uma avaliação global de qualidade e fidedigna das instituições, especialmente no que diz respeito à sua classificação por faixas de desempenho. Essas oficinas cumprem o papel de esclarecer os critérios e a metodologia a todos os participantes", resumiu.

A diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial, Angélica Carvalho, comemorou o empenho de todos os envolvidos e o aprimoramento contínuo do Programa. "Fico muito feliz em ver a grande adesão à oficina da ANS. Sabemos que a dedicação de todos reflete na melhoria permanente do PM-QUALISS. Nosso propósito é entregar o melhor serviço para o beneficiário de plano de saúde" ressaltou Angélica.

Por fim, Maurício Nunes acrescentou que se trata de um projeto de suma importância para a sociedade. "Quando a ANS divulgar os resultados de 2024, o consumidor terá acesso a uma fonte segura para verificar a qualidade dos hospitais cobertos pelas operadoras. Isso o ajudará a tomar a melhor decisão, seja na contratação, seja na portabilidade de carências de seu plano de saúde", finalizou.

### Sobre o Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar

Desde 2022, a ANS vem implementando o Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar com a coleta dos dados dos hospitais participantes. O Programa visa induzir a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares por meio do monitoramento de indicadores que abrangem três domínios: efetividade, eficiência e segurança.

Efetividade mensura os desfechos associados aos procedimentos, condutas e adesão aos protocolos institucionais; eficiência avalia a qualidade e agilidade dos processos, buscando grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis em cada realidade; e segurança reflete a atenção das instituições às suas práticas assistenciais com o objetivo de evitar danos aos pacientes.

Para mais informações sobre o PM-QUALISS Hospitalar, [clique aqui](#).

# DE QUANTO VAI SER O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE EM 2025?

Valor Investe – 13/12/2024

Bradesco BBI, Citi e o BTG Pactual calcularam o tamanho do ajuste dos planos individuais.

O reajuste nos preços dos planos de saúde individuais deve ser de 6,8% em 2025, considerando os dados financeiros mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diz o Bradesco BBI.

No início da semana, o Citi calculou que o ajuste dos planos individuais deve ficar em 6,5%, enquanto o BTG Pactual estima que deve ficar em torno de 5,6%, que baseou-se em indicadores do setor no terceiro trimestre e IPCA de novembro.

Os analistas do Bradesco BBI, Márcio Osako e Valéria Parini, escrevem que a estimativa de 6,8% fica em linha com o reajuste de 6,9% que os planos tiveram em 2024. Notam, no entanto, que no mesmo período de nove meses em 2023 o cálculo deles era de reajuste de 6%.

O banco acredita que se o reajuste ficar em 6,8% ele é um pouco negativo para Hapvida, que tem 24% das suas receitas nesses planos, uma vez que reduz sua capacidade de

diminuir a sinistralidade em um momento onde inflação de custos médicos sobe.

O impacto para a operadora também é citado pelo Citi. "Empresas, como a Hapvida, que tem cerca de 18% dos seus clientes em planos individuais, não se beneficiam, dado o aumento de custos com judicialização de negativas de procedimentos", escrevem os analistas Leandro Bastos e Renan Prata.

## **Inflação em internação e emergência ficou em 6,69% nos últimos 12 meses, diz BTG**

Segundo os analistas do BTG, a inflação em internação e emergência ficou em 6,69% nos últimos 12 meses encerrado em novembro. As cidades de Recife, São Paulo e Belo Horizonte registraram a maior alta.

A inflação em consultas médicas foi de 6,67%, com destaque para o custo elevado em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza. Já em exames de imagem, o indicador aponta para uma alta de 5,19% nos últimos 12 meses, com as maiores altas verificadas em São Paulo, Belém e Vitória.

# SISTEMA DEVE AJUDAR HOSPITAIS A DRIBLAR CRISE FINANCEIRA NA SAÚDE

A Notícia MT – 13/12/2024

Especialista aponta que modelo é "oceano azul" para estabelecimentos de saúde suplementar e pode aumentar receita das entidades.

Nos últimos anos, o setor de saúde tem enfrentado grandes desafios e a busca por soluções acessíveis e que ajude na gestão dos estabelecimentos privados tem sido uma constante. Desafios como o envelhecimento da população, aumento nos custos operacionais e a dependência das operadoras de planos de saúde limitam cada vez mais o crescimento desses estabelecimentos.

Com esse cenário desafiador, surgem modelos e sistemas de negócios que prometem às empresas de saúde uma nova maneira de agregar valor e gerar novas receitas. O sistema "Pay Per Use", na tradução 'pagar pelo uso', tem ganhado destaque, e é apontado com um oceano azul para a saúde.

"O Pay Per Use permite que a instituição converta recursos ociosos como leitos, equipamentos e equipes subutilizadas em receita adicional. Ao cobrar apenas pelos serviços utilizados, você atrai novos clientes que buscam atendimento flexível, sem depender dos planos de saúde tradicionais", explicou a CEO da Cash+, Patrícia Narciso, durante palestra no Simpósio Mato-grossense de Gestão em Saúde (Simges).

Segundo Patrícia Narciso, que é considerada uma das maiores especialistas no modelo no Brasil, esse mercado, que já movimentava R\$ 320 bilhões por ano e atende 60 milhões

de brasileiros, oferece uma oportunidade inédita para prestadores de saúde.

"Ao ingressar no modelo Pay Per Use, a instituição pode se libertar da dependência das OPS, acessando diretamente um novo público e otimizando sua operação. Esse sistema também pode reduzir os custos operacionais, pois pode ofertar no mercado produtos e serviços mais baratos. É um sistema que dá acesso, mas que não precisa necessariamente cobrir todos os procedimentos. É um sistema diferente que complementa o mercado da saúde suplementar e o SUS", pontuou.

De acordo com a diretora executiva do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso (Sindessmat), Patrícia West, o Simges que foi realizado pelo sindicato, teve como objetivo apresentar inovações e ferramentas para auxiliar as empresas de saúde privada a se manterem em atividade e encontrar meios de se tornarem cada vez mais sustentáveis.

"Nós como sindicato sabemos das dificuldades enfrentadas pelas empresas do setor de saúde, não só aqui, mas no Brasil. A pandemia causou grande impacto e apresentou a necessidade de repensar o setor. Realizar o Simges foi uma forma de trazer pessoas gabaritadas para transmitir informação e conhecimento aos gestores e profissionais da área da saúde", afirmou.

# ANS ESTUDA AUTORIZAR MAIS DE 1 REAJUSTE POR ANO EM PLANO DE SAÚDE

Poder 360 – 12/12/2024

Medida será discutida na 2ª feira (16.dez) e permitiria “revisão técnica” para empresas com problemas financeiros.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar) vai discutir na 2ª feira (16.dez.2024) uma medida que permitirá aos planos de saúde realizarem mais de um reajuste por ano no valor dos serviços. De acordo com uma minuta da agência a que o Poder360 teve acesso, a chamada “revisão técnica” seria válida para empresas que comprovem dificuldades financeiras nos últimos 3 anos. Leia a íntegra do arquivo (PDF – 537 kB)

- como é hoje – atualmente, a ANS autoriza os planos de saúde a efetuar um reajuste anual, com base no aumento dos custos provocados pela inflação;
- como poderia ficar – se a medida a ser discutida na 2ª feira (16.dez) for aprovada, os usuários de determinados planos de saúde poderiam ter mais de 1 aumento na cobrança por ano. Dependerá das operadoras apresentarem pleitos à agência reguladora para ter a revisão técnica.

O mecanismo vai abarcar empresas que operam com planos individuais e familiares. Esses tipos de plano são protegidos de aumentos extraordinários por uma decisão do STF (Supremo Tribunal Federal) de 2017. Ela define que planos mais antigos do que a lei 9.656 de 1998 – conhecida como Lei Geral dos Planos de Saúde – não podem pedir revisões técnicas das cobranças aos usuários. Leia a íntegra da decisão do Supremo (PDF – 2 MB).

Para ser elegível à “revisão técnica”, a empresa deve apresentar:

- “desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades”;
- “desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 anos”.

A empresa beneficiada pela medida deverá:

- “ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line”;
- “comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 meses”;
- “manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 anos após a concessão da Revisão técnica

A resolução pode causar um aumento na judicialização das cobranças. Por causa da decisão do STF, planos anteriores a 1998 não poderão pedir a tarifa extra.

Na minuta, a ANS não apresenta muitos detalhes de como funcionará a medida. O documento diz que a metodologia da revisão que poderá ser pleiteada pelas empresas será definida por uma instrução normativa ainda a ser elaborada. Também não é explicado como será a aplicação do reajuste.

O Poder360 procurou a assessoria de imprensa da ANS por meio de e-mail para perguntar se gostaria de se manifestar a respeito da minuta. Não houve resposta até a publicação desta reportagem. O texto será atualizado caso uma manifestação seja enviada a este jornal digital.

## PLANOS DE SAÚDE ‘GANHAM’ MAIS DE 850 MIL NOVOS USUÁRIOS EM UM ANO, APONTA ANS

Info Money – 11/12/2024

Assistência médica privada no país somou 51,5 milhões de usuários em outubro de 2024, alta de 1,5% na comparação com mesmo mês de 2023.

Os planos de saúde privados somaram 853.264 novos beneficiários em outubro de 2024 em relação ao mesmo mês do ano passado, totalizando 51.507.816 de usuários – um crescimento de 1,65%. No comparativo com setembro de 2024, também houve alta, embora menor (+ 0,05%): 26.604 novos usuários. Os dados foram divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão que regula o setor, no início de dezembro.

Os planos de saúde coletivos são os que concentram a maior parte dos usuários: os empresariais somam 36.848.408, enquanto os planos por adesão totalizam 5.880.750 em

outubro de 2024. Já os individuais ou familiares possuem 8.740.066 beneficiários. No comparativo anual, a modalidade ‘empresarial’ foi a que mais cresceu (+ 3,23%), com 1.192.788 novos entrantes. Já os planos por adesão e os individuais/familiares tiveram queda no número de usuários: – 4,81% e – 0,39%, respectivamente.

Nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.274.158 beneficiários em um ano, totalizando 34.143.094 usuários no segmento, alta de 6,6%. Já na comparação com o mês anterior, setembro de 2024, o crescimento foi de 0,28%, adição de 97.049 usuários.

Em relação aos estados, no comparativo com outubro de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo



São Paulo, Minas Gerais e Ceará 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.

O crescimento do número de usuários na saúde suplementar se dá mesmo diante das recentes ‘turbulências’ em relação ao atendimento ao consumidor. No mês passado, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) instaurou um processo administrativo sancionatório contra 17 operadoras de planos de saúde e quatro associações do setor por

cancelamentos unilaterais de contratos e por práticas consideradas abusivas.

Já no início deste mês, entraram em vigor novas regras da ANS para regulamentar o cancelamento de planos de saúde por inadimplência. De acordo com o novo normativo, o usuário poderá ter seu plano cancelado por inadimplência se deixar de pagar, no mínimo, duas mensalidades, consecutivas ou não. Além disso, a ANS passa a determinar que a comunicação seja feita por meios eletrônicos, como e-mail e mensagem de texto para telefones celulares (via SMS ou aplicativos de mensagens como o WhatsApp), além de ligação telefônica e carta.

---

## CAS: PLANO DE SAÚDE DEVE PAGAR DESPESA DE ACOMPANHANTE NO PARTO

Agência Senado – 11/12/2024

A proposta que obriga os planos de saúde a cobrirem as despesas do acompanhante durante os períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Agora o texto, que nesta quarta-feira (11) foi votado pela comissão em turno suplementar, segue para análise na Câmara dos Deputados.

A matéria foi aprovada sob a forma de um substitutivo (texto alternativo) ao PL 2.570/2022, que é um projeto de lei da senadora Daniella Ribeiro (PSD-PB). O substitutivo foi apresentado pela senadora Jussara Lima (PSD-PI).

Daniella Ribeiro ressalta que, apesar de a lei já garantir o direito de um acompanhante às pacientes, tanto de hospitais públicos como privados, essa norma não foi efetivada totalmente, “primeiro, porque parte das gestantes ainda desconhece essa possibilidade; segundo, porque a lei não teve a força necessária para assegurar a conquista”.

### Infração sanitária

A proposta caracteriza como infração sanitária o descumprimento do direito de poder ter um acompanhante nessas situações e em atendimentos com sedação, tanto em hospitais públicos como privados.

O substitutivo também determina que a eventual renúncia a esse direito deverá ser feita por escrito (após prestação de informações e esclarecimentos à paciente) em termo de consentimento específico que deverá arquivado no prontuário.

Jussara Lima, relatora da matéria, aceitou incluir no texto a sugestão do senador Mecias de Jesus (Republicanos-RR) de que o Sistema Único de Saúde (SUS) deverá disponibilizar essas informações aos pacientes indígenas, em linguagem adequada às diversas realidades sociais e culturais que eles vivenciam.

---

**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](mailto: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.