

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

02 de janeiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS endurece regras e incentiva redução de reclamações nos planos de saúde](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[Nova regra da ANS permite que usuário mude de plano em caso de exclusão de hospital](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[Fenasaúde estima 51,7 milhões de beneficiários em planos de saúde em 2024](#) – Fonte: Revista Apólice

[Planos de saúde pedem suspensão de audiência pública da ANS sobre regras de reajuste](#) – Fonte: Valor Econômico

[Em 2024, planos de saúde retomam lucro, mas muitos hospitais ainda sofrem](#) – Fonte: Valor Econômico

[ANS divulga a 7ª edição do panorama – saúde suplementar](#) – Fonte: (GOV) ANS

[ANS divulga resultado do índice de desempenho da saúde suplementar](#) – Fonte: (GOV) ANS

ANS ENDURECE REGRAS E INCENTIVA REDUÇÃO DE RECLAMAÇÕES NOS PLANOS DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 02/01/2025

Nova normativa estabelece metas para diminuir queixas e oferece descontos em multa a quem melhorar atendimento.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) decidiu estabelecer novas regras para as operadoras de planos de saúde no que diz respeito a atendimento e demanda de beneficiários, buscando reduzir reclamações e melhorar a qualidade da prestação de serviços.

As medidas, que estão na resolução normativa nº 623, publicada poucos dias antes do fim do ano de 2024, incluem sanções mais rigorosas para empresas com desempenho insatisfatório e incentivos financeiros para aquelas que demonstrarem avanços no IGR (Índice Geral de Reclamações).

Operadoras que cumprirem as metas estipuladas pela ANS serão beneficiadas com descontos nas multas administrativas.

Segundo a normativa, será concedido desconto de 80% para empresas que alcançarem a meta de excelência do IGR trimestral e de 60% para aquelas que atingirem a meta de redução do IGR trimestral. Esses descontos aplicam-se a penalidades relacionadas a infrações administrativas definidas em lei.

Além disso, operadoras com IGR inferior ou igual à metade da média do setor poderão solicitar condições especiais para encerrar processos sancionadores, como 60% de desconto em multas pendentes na primeira instância e 40% em multas pendentes de julgamento em segunda instância.

Por outro lado, empresas que não cumprirem as metas de excelência ou de redução do IGR estarão sujeitas a penalidades agravadas. As consequências incluem agravamento de sanções administrativas para infrações relacionadas ao atendimento aos beneficiários, multas que podem chegar a até R\$ 30 mil por descumprimento de regras como prazos e qualidade no suporte.

O IGR é uma ferramenta utilizada pela ANS para avaliar o desempenho das operadoras com base no volume e na natureza das reclamações registradas pelos consumidores.

"A norma é um avanço na relação entre as centrais de atendimento das operadoras e seus beneficiários e é um pilar inicial e fundamental para as mudanças fiscalizatórias que queremos implementar", disse a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros.

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) classificou a atualização como parte de um ciclo natural do setor e destacou a importância das mudanças.

"Estimular e promover a transparência, a rastreabilidade e a segurança no atendimento aos beneficiários de planos de saúde é de suma importância para o funcionamento do setor", afirmou a entidade em nota.

Ainda segundo a associação, a busca por métricas positivas no IGR será mais um fator para engajar as operadoras na constante melhoria dos serviços prestados.

A resolução normativa nº 623/2024 foi aprovada na 616ª reunião da Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 16 de dezembro.

As operadoras têm até julho de 2025 para ajustar seus processos internos e atender às novas exigências, o que inclui intensificar os esforços para reduzir reclamações e aumentar a resolutividade no atendimento.

Demandas agora devem ser atendidas dentro de prazos específicos, com respostas imediatas para casos de urgência e emergência. Além disso, as operadoras são obrigadas a fornecer informações claras sobre negativas de cobertura.

A especialista em saúde e consultora jurídica Juliana Hasse destaca que a está alinhada ao decreto nº 11.034/22, "incentivando melhorias nos mecanismos de atendimento".

NOVA REGRA DA ANS PERMITE QUE USUÁRIO MUDE DE PLANO EM CASO DE EXCLUSÃO DE HOSPITAL

Folha de São Paulo – 01/01/2025

Não será mais exigido que o plano escolhido seja da mesma faixa de preço; agência diz que mudança traz mais transparência e segurança.

Beneficiários de planos de saúde insatisfeitos com a exclusão de um hospital ou de um serviço de urgência e emergência que funcione dentro do hospital da rede de sua operadora, na cidade onde mora ou onde contratou o plano, poderão mudar de operadora (fazer a portabilidade sem carência) sem cumprir os prazos mínimos de permanência, de um a três anos.

Também não será mais exigido que o plano escolhido seja da mesma faixa de preço do plano de origem, como acontece

atualmente nos casos de portabilidade de carências. As operadoras também estão obrigadas a comunicar os usuários, individualmente, sobre exclusões ou substituições desses serviços com 30 dias de antecedência do término.

Essas e outras novas regras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estão em uma resolução de 2023, que entrou em vigor nesta terça (31) e devem ser adotadas por todas as operadoras de planos de saúde, em todos os tipos de contrato.

Segundo Alexandre Fioranelli, diretor de normas e habilitação dos produtos da agência, o objetivo é trazer maior transparência e segurança aos beneficiários.

Em casos de substituição de um hospital, a operadora deverá manter ou elevar a qualificação em relação ao serviço disponível anteriormente. Por exemplo: se o hospital excluído tiver um certificado de qualidade e de segurança do paciente (acreditação) terá que ser substituído por outro prestador que possua atributo do mesmo nível ou superior.

De acordo com a agência, a operadora poderá indicar, como prestador substituto, um estabelecimento de saúde já pertencente à rede de atendimento do produto somente nos casos em que tenha havido aumento da capacidade de atendimento do prestador, por meio a ampliação dos seus serviços/leitos ou da sua instalação física, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

O que muda com a nova resolução

Redução da rede hospitalar

Caso o hospital ou unidade a ser excluída da rede pelo plano seja responsável por até 80% das internações em sua região de atendimento, nos últimos 12 meses, a ANS entende que ela é uma das mais utilizadas do plano e, assim, a operadora não poderá apenas retirar o hospital da rede, mas deverá substituí-lo por um novo.

Substituição de hospitais

A avaliação de equivalência de hospitais para substituição também terá regras próprias. Agora, ela deverá ser realizada a partir do uso de serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, nos últimos 12 meses. Se no período analisado os serviços tiverem sido utilizados no prestador excluído, eles precisarão ser oferecidos no prestador substituto.

Ainda neste caso, se o hospital a ser retirado pertencer ao grupo de hospitais que concentram até 80% das internações do plano, não será permitida a exclusão parcial de serviços hospitalares.

Além das mudanças, a norma mantém um critério importante para o consumidor: a obrigatoriedade de o hospital substituto estar localizado no mesmo município do excluído, exceto quando não houver prestador disponível. Neste caso, poderá ser indicado hospital em outro município próximo.

Comunicação direta

A operadora será obrigada a fazer comunicação individualizada sobre as eventuais exclusões ou substituições de hospitais e serviços de urgência e emergência contratadas dentro do hospital.

Nos casos de contratos coletivos, a comunicação poderá ser por meio da pessoa jurídica contratante, desde que a operadora comprove que foi avisado individualmente cada beneficiário titular do plano ou de seu responsável legal.

O portal corporativo e a central de atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações sobre as alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar para consulta pelos beneficiários.

Portabilidade de carências

O beneficiário poderá fazer a portabilidade de carências em decorrência do descredenciamento de hospital ou do serviço de urgência e emergência do prestador hospitalar sem os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço.

O beneficiário terá 180 dias, contados da data do descredenciamento, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, se assim desejar.

Central de atendimento

O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações sobre as alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar para consulta pelos beneficiários com 30 dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço, e deverá permanecer acessível por 180 dias, sem prejuízo da comunicação individualizada, quando couber

Há, porém, situações em que esses prazos não são válidos, como em casos de fechamento do hospital ou suspensão temporária e de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

FENASAÚDE ESTIMA 51,7 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE EM 2024

Revista Apólice – 30/12/2024

Projeções da federação apontam para o ingresso de mais 865 mil pessoas em 2024, em resultado alinhado com crescimento da atividade econômica no país e queda do desemprego.

Projeções feitas pela uma resolução de 2023, que entrou em vigor nesta terça (31) (FenaSaúde), que representa os principais grupos de operadoras do país, apontam que o número de brasileiros com planos médico-hospitalares deve ficar próximo de 51,7 milhões ao fim de 2024. O aumento deverá ser de 865 mil de beneficiários no ano, em torno de 1,2%.

Confirmada a previsão, será o maior patamar de usuários desde o início da série, em 2000.

“Esse resultado está alinhado aos resultados da economia brasileira, refletindo o aquecimento da atividade econômica, com a redução da taxa de desemprego e, consequentemente, maior oferta de planos de saúde pelas empresas a seus colaboradores”, analisa a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

PLANOS DE SAÚDE PEDEM SUSPENSÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA DA ANS SOBRE REGRAS DE REAJUSTE

Valor Econômico – 28/12/2024

A Abramge, associação das operadoras de planos de saúde, pediu à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a suspensão de uma consulta pública, prevista para janeiro, que trata de mudanças em regras envolvendo a política de preços e reajustes de convênios médicos. Se aprovadas, passam a vigorar em janeiro de 2026.

“O grande volume de dados e informações de elevada repercussão sobre cada tema regulatório impõe maior detalhamento sobre cada proposta de alteração, especialmente porque cada eixo temático possui especificidades que modificam sensivelmente práticas de mercado já consolidadas, com potencialidade para alterar o horizonte regulatório de forma decisiva”, diz a Abramge.

A ANS apresentou, neste mês de dezembro, quatro propostas que desagradaram o setor.

A primeira delas refere-se a um limite de 30% de coparticipação no valor de cada procedimento médico, sendo que essa cobrança não poderá ser feita para terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos. A soma dos pagamentos com coparticipação não poderá ser superior a 30% de uma mensalidade ou ultrapassar 3,6 mensalidades do plano de saúde no ano.

A ANS também pretende mudar a regra dos planos de saúde PME. Hoje, a operadora aplica um único reajuste para todas as suas carteiras que tenham até 29 usuários. A ideia é aumentar para até 1 mil usuários a fim de diluir os riscos da

sinistralidade. A regra do reajuste por tamanho de carteira também seria válida para planos de saúde por adesão.

A terceira proposta diz respeito à definição de uma taxa de sinistralidade mínima de 75% para cálculo do reajuste dos planos de saúde coletivos. A ANS informou que a medida não significa interferência nas negociações entre operadoras e contratantes. “ANS não interfere na precificação dos planos de saúde – o valor inicial de venda do plano é definido pelas operadoras e é o que define a margem de lucro pretendida. O reajuste tem o objetivo de tornar o preço compatível com a variação de custos. Nesse sentido, as operadoras terão que precificar melhor seus produtos para não ter que contar com ajustes a posteriori no preço via sinistralidade meta. Isso melhora a precificação e torna os reajustes mais estáveis.”

O quarto ponto é sobre a obrigatoriedade de venda on-line de planos de saúde. Hoje, esse tipo de comercialização é facultativo.

A ANS também está revisando as regras de reajustes dos planos de saúde individuais, única modalidade em que o aumento de preço é controlado pela agência. “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”, segundo a ANS.

EM 2024, PLANOS DE SAÚDE RETOMAM LUCRO, MAS MUITOS HOSPITAIS AINDA SOFREM

Valor Econômico – 28/12/2024

Após um prejuízo acumulado de R\$ 15 bilhões no últimos três anos, as empresas de planos de saúde estão encerrando 2024 com lucro: até setembro, o resultado operacional já era positivo em R\$ 3,3 bilhões — o que deve desencadear um reajuste inferior em 2025. No entanto, essa melhora não se refletiu em toda a cadeia hospitalar, que ainda sofre pressão das operadoras com alongamento de prazos e negativas de pagamentos dos procedimentos médicos cobrados.

Pesquisa da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) mostrou que, neste ano, 41% dos associados tiveram problemas de fluxo de caixa e foram obrigados a reduzir seus investimentos.

Nesse cenário de pressão na cadeia, o setor assistiu a transações importantes, em especial no primeiro semestre. Houve a fusão dos hospitais da Dasa e Amil, a joint venture entre Rede D’Or e Bradesco Saúde e a entrada do banco Master na Oncoclínicas, entre outras.

Segundo Harold Takahashi, sócio da Fortezza Partners, a expectativa para 2025 é que continuem os movimentos de consolidação entre grandes grupos; as parcerias estratégicas envolvendo hospitais e operadoras de planos de saúde; as

aquisições de empresas de prestação de serviços de saúde; e gestoras de “private equity” (participações acionárias) entrando em áreas do setor ainda pouco explorados como, por exemplo, locação de equipamentos médicos.

Acredito nessas quatro tendências para 2025. O setor de saúde é resiliente, poucas indústrias conseguem sobreviver aplicando reajustes tão elevados [três vezes acima da inflação]. Mas não espero um movimento de fusões e aquisições como registrado na época da pandemia”, disse o sócio da Fortezza Partners.

A maioria das empresas de saúde está entrando em 2025 com menor alavancagem. Mas poucas devem se arriscar em grandes transações de aquisição tendo em vista o cenário de aumento da taxa básica de juros. Além disso, há uma visão ainda incerta sobre o impacto da maior inflação e desaceleração do crescimento de emprego no decorrer do próximo ano, mesmo o setor de saúde sendo resiliente.

A maioria das empresas de saúde está entrando em 2025 com menor alavancagem. Mas poucas devem se arriscar em grandes transações de aquisição tendo em vista o cenário de aumento da taxa básica de juros. Além disso, há uma visão

ainda incerta sobre o impacto da maior inflação e desaceleração do crescimento de emprego no decorrer do próximo ano, mesmo o setor de saúde sendo resiliente.

Leandro Bastos, analista do Citi, lembra que há questões regulatórias no setor de saúde em andamento como a criação

de plano ambulatorial, novas modelagens de precificação e risco dos convênios médicos, cujas definições devem ocorrer em 2025. “A melhora no setor de saúde, definitivamente, não é uma linha reta”, disse Bastos.

ANS DIVULGA A 7ª EDIÇÃO DO PANORAMA – SAÚDE SUPLEMENTAR

(GOV) ANS – 27/12/2024

Publicação traz análises de dados do 3º trimestre de 2024 e informações atualizadas até outubro.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta sexta-feira, 27/12, [7ª edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar](#), com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde referentes ao 3º trimestre de 2024, já contemplando também algumas informações atualizadas até outubro deste ano.

A terceira edição de 2024 da publicação destaca o crescimento de planos odontológicos: nos últimos 10 anos, foi observado um crescimento de 71,59% do número de consumidores neste mercado. Com 34,1 milhões de beneficiários em outubro de 2024 e 196,2 milhões de procedimentos realizados no ano de 2023, observa-se a importância crescente desse segmento dentro da saúde suplementar.

A cobertura odontológica é oferecida por todas as modalidades de operadoras, seja em planos exclusivamente odontológicos, seja em planos de assistência médica que incluem essa segmentação assistencial. A análise da ANS sobre os dados aponta que mais de 50% dos procedimentos odontológicos registrados consistem em consultas iniciais e procedimentos preventivos. No 3º trimestre de 2024, estes 2 grupos foram responsáveis por 60,3% da produção odontológica do setor.

O Panorama é elaborado com base em dados enviados pelas operadoras de planos de saúde a sistemas de informação da ANS, tais como o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e Sistema de Informação de Produtos (SIP).

Confira abaixo mais detalhes da [7ª edição do boletim Panorama - Saúde Suplementar](#):

Na seção Beneficiários de planos de saúde, é possível verificar um aumento de 1,7% no número total de beneficiários para planos de assistência médica, entre outubro de 2023 e outubro de 2024, sobretudo nos planos coletivos empresariais com assistência médico-hospitalar; e 7,1% para planos exclusivamente odontológicos.

Em Assistência à saúde, o boletim apresenta a análise da frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia, no 3º trimestre de 2024, além de uma comparação com o mesmo período de 2023. A utilização dos serviços de saúde considera o número de procedimentos realizados por pessoa. Os exames ambulatoriais apresentaram uma queda significativa no 3º

trimestre de 2024. Pela primeira vez desde 2021, a utilização de serviços médico-hospitalares por beneficiário voltou ao que era observado em 2019.

As despesas médias para internações apresentaram, no 3º semestre de 2024, um aumento de 26,8% em relação ao ano base 2019. As variações de despesas das consultas médicas, de Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT) se comportaram com tendência de elevação a partir de 2019, atingindo em 2024 um incremento de 30,6% e 31,9%, respectivamente.

Na seção Utilização da rede SUS por beneficiários, há dados sobre internações e procedimentos de alta complexidade realizados por usuários de planos de saúde no sistema público, assim como valores cobrados e efetivamente pagos pelas operadoras, com destaque para o repasse de R\$ 673,54 milhões ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) até novembro de 2024.

A publicação também mostra o Cenário econômico-financeiro do setor por meio de indicadores de resultado da saúde suplementar na operação médico-hospitalar. Os dados são apresentados em valores nominais (não ajustados pela inflação do período) ao longo dos últimos quatro anos, segregados entre resultado operacional, resultado financeiro e resultado líquido. Nesta edição, observa-se que, no 3º trimestre de 2024, o setor permanece em curva de melhora, com resultado líquido acumulado em 12 meses de R\$ 7,7 bilhões, o melhor dos últimos três anos neste recorte.

Na seção Demandas de consumidores, estão disponíveis informações sobre o acompanhamento mensal feito pela ANS das reclamações registradas em seus canais de atendimento, com dados sobre a natureza das demandas, do Índice Geral de Reclamações (IGR) e da Taxa de Resolutividade das queixas tratadas por meio da medição de conflitos via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Até novembro de 2024, o volume de reclamações contra operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios cadastradas na Agência tiveram alta de 8% em relação ao mesmo período de 2023.

Uma análise específica de reclamações de consumidores de planos exclusivamente odontológicos, entre janeiro de 2021 e novembro de 2024, mostra que foram registradas 19.377 queixas deste público nos canais da Agência, o que representa, em média, 1,7% do total de reclamações.

O Panorama traz ainda uma visão geral sobre Programas e projetos da ANS e Aspectos Normativos e Legais, que colaboram para uma melhor visão de como está o setor de planos de saúde.

ANS DIVULGA RESULTADO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

(GOV) ANS – 27/12/2024

Média do setor no ano-base 2023 foi de 0,7805, sendo 1,00 a nota máxima. Dois novos indicadores foram incluídos na avaliação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta sexta-feira, 27/12/2024, o resultado do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS 2024 - ano-base 2023). Foram avaliadas 894 operadoras, e a nota média do setor, que considera o desempenho das operadoras ponderado pelo número de beneficiários, foi de 0,7805 — sendo 1,00 a nota máxima e 0 a mínima. Apesar de o resultado representar um pequeno decréscimo de 0,0093 no IDSS do setor em relação ao ano-base 2022, 71,3% das operadoras apresentam bom desempenho, com nota superior a 0,6, o que corresponde às duas melhores faixas avaliativas do IDSS (faixa 1 – notas acima de 0,8 e faixa 2 – notas de 0,6 a 0,8).

Em relação à distribuição por segmento, 228 operadoras odontológicas estão nas duas melhores faixas avaliativas do IDSS: 71,5% delas estão nas faixas 1 e 2. Já no segmento médico-hospitalar, que contabilizou 666 operadoras, 71,3% estão nas melhores faixas do IDSS, mesma proporção observada no IDSS geral.

O destaque deste ano é para a inclusão de dois novos indicadores na dimensão que avalia a Garantia de Acesso (IDGA): “2.9 Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodôntico Concluído (peso 0)” e “2.10 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada (bônus até 20% no IDGA)”.

“A inclusão de novos indicadores reflete a preocupação da ANS em atualizar e fortalecer o Programa de Qualificação de Operadoras, o mais antigo do setor. O aperfeiçoamento constante demonstra a importância desse programa pois desempenha um papel crucial ao proporcionar aos contratantes uma maior transparência, o que fortalece o poder de escolha ao contratar, trocar ou manter um plano de saúde”, ressalta o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes.

Operadoras acreditadas

O IDSS das operadoras acreditadas também se destacou: elas apresentaram desempenho médio superior, de 0,8281, mesmo sem contabilizar a pontuação extra (bônus) prevista para as operadoras com o certificado de acreditação no ano-base avaliado. Enquanto isso, as operadoras não acreditadas apresentaram desempenho médio de 0,7558. Em 2023, as operadoras acreditadas foram responsáveis por 11% da população beneficiária do segmento médico-hospitalar.

“A relação positiva entre acreditação e bom desempenho no IDSS evidencia a importância do aprimoramento contínuo dos fluxos internos de gestão organizacional e de gestão em saúde como fatores essenciais para alcançar a qualidade nos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde”, destaca a diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial, Angélica Carvalho.

Os resultados do IDSS 2024 (ano-base 2023) podem ser conferidos no site da ANS. [Acesse aqui](#).

Confira abaixo os destaques:

Sobre o IDSS

O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) avalia, anualmente e de forma compulsória, todas as operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar por meio de 33 indicadores, classificados em quatro dimensões, que englobam todo o escopo da operação de uma operadora de plano de saúde, além de um indicador bônus, para operadoras com certificado de acreditação, que pode incidir na nota final da operadora.

Segundo dados de outubro de 2024, o setor de saúde suplementar conta com 51,5 milhões de vínculos de beneficiários em planos de assistência médica e 34,1 milhões de beneficiários em planos exclusivamente

odontológicos, o que torna o IDSS relevante do ponto de vista econômico, social e sanitário, já que cerca de 25,37% da população brasileira conta com plano médico-hospitalar e 16,81% da população, com acesso a planos odontológicos.

Metodologia

Para o cálculo do IDSS são utilizados dados extraídos dos sistemas de informações da Agência e dos sistemas nacionais de informação em saúde, gerando uma nota para cada operadora, que varia de zero a 1.

Em 2023, foram avaliadas 894 operadoras, sendo: 666 do segmento médico-hospitalar (MH), e 228 do segmento exclusivamente odontológico (OD).

Os resultados do IDSS 2024 (ano-base 2023) também devem ser divulgados pela própria operadora em seu website, conforme determina a Resolução Normativa 505/2022 – sendo 28/01/2025 o prazo limite para a divulgação do atual resultado.

Caso discordem dos resultados do IDSS 2024 (ano-base 2023), as operadoras poderão apresentar recurso, via E-protocolo, de 30/12/2024 a 13/01/2025. Não serão aceitos recursos fora do prazo.

Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários começou a ser aplicada em 2018 (ano-base 2017) e sua adesão, por parte das operadoras, é voluntária. Se forem seguidos os padrões técnicos determinados pela ANS, a operadora pontua no indicador 3.5, indicador bônus da Dimensão Sustentabilidade do Mercado (IDSM), uma das quatro dimensões do IDSS. A pesquisa é considerada uma boa prática, pois proporciona o estabelecimento de um canal de diálogo com os beneficiários e uma maior participação na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.

No ano-base 2023, 266 operadoras realizaram a pesquisa com seus beneficiários, quantitativo muito semelhante ao

ano-base anterior (268 operadoras realizaram a pesquisa no ano-base 2022), o que demonstra estabilidade na adesão das operadoras e uma grande oportunidade para que as demais incorporem essa prática, que traz insumos para aprimorar as ações de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde e a experiência do beneficiário. Essas operadoras representam 67,32% dos beneficiários do setor, ou aproximadamente 54,8 milhões de beneficiários.

Na página do [Programa de Qualificação de Operadoras](#) é possível verificar a lista completa das operadoras que realizaram a pesquisa no ano-base 2023, com os respectivos links de seus portais para consulta dos relatórios com os resultados da pesquisa aplicada.

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.