

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

08 de janeiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Propostas da Consulta Pública da ANS podem representar minirreforma regulatória, afirma federação](#) –
Fonte: CQCS

[Planos de saúde se recuperam, mas prejuízo ainda ameaça setor](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[Ações judiciais contra planos de saúde crescem 31,5%](#) – Fonte: Saúde Business

[Telemedicina 2.0: Como o 5G e os wearables transformarão a saúde em 2025](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS divulga dados de beneficiários em novembro de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Setor de planos de saúde atinge 51,5 milhões de usuários em novembro, alta de 1,66%](#) – Fonte: Valor Econômico

[ANS diz que vai manter consulta sobre mudança de regras no setor de planos de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

PROPOSTAS DA CONSULTA PÚBLICA DA ANS PODEM REPRESENTAR MINIRREFORMA REGULATÓRIA, AFIRMA FEDERAÇÃO

CQCS – 08/01/2025

Os quatro temas tratados pela Consulta Pública 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – reajuste de planos coletivos, mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia), revisão técnica e vendas online – podem representar uma verdadeira minirreforma regulatória, caso sejam implementadas, segundo a FenaSaúde. A federação, em ofício, solicitou a ampliação do prazo de consulta, que tem como objetivo coletar contribuições para uma proposta de reformulação da Política de Preços e Reajustes do setor.

A consulta tem como objetivo obter contribuições para a reformulação da Política de Preços e Reajustes, com o intuito de promover maior transparência e sustentabilidade no setor. A ANS reforçou que as propostas ainda estão em fase de discussão e que as contribuições dos diversos atores do setor serão fundamentais para o desenvolvimento de normativos que atendam às necessidades dos beneficiários e das operadoras. O período para envio das sugestões segue até 3 de fevereiro.

Para a FenaSaúde, esse processo exige uma discussão mais aprofundada, com tempo adequado para a apresentação de ideias e um espaço maior para o debate técnico, especialmente sobre pontos que não foram abordados nas consultas anteriores com a ANS. “A FenaSaúde defende que a discussão siga todos os trâmites legais, com embasamento atuarial técnico, jurídico e econômico, com o objetivo de

assegurar a sustentabilidade do setor e o interesse de toda a sociedade”, afirma.

De acordo com a federação, hoje, as operadoras de planos de saúde abrem as portas da medicina privada a quase 52 milhões de brasileiros, ajudando, assim, a desafogar o Sistema Único de Saúde (SUS). “Logo, é preciso debater as mudanças de forma a ampliar ainda mais o acesso à saúde suplementar, em benefício de toda a população”, finaliza.

Mudanças na política de preços dos planos de saúde

No dia 16 de dezembro, a ANS aprovou o relatório preliminar que propõe mudanças na política de preços dos planos de saúde, incluindo regras para reajustes de planos coletivos e limites para coparticipação e franquia. A proposta visa tornar os reajustes mais equilibrados e reduzir a seleção de risco, com a introdução de uma sinistralidade mínima de 75% no cálculo dos reajustes. A possibilidade de reajustes excepcionais para planos individuais, no entanto, só será detalhada em 2026.

Além disso, o relatório sugere ajustes nas regras de rescisão de contratos coletivos, tornando-as mais previsíveis, e a ampliação do agrupamento de contratos, para diluir riscos e reduzir variações no reajuste. O projeto também obriga a venda de planos de saúde online e limita a cobrança de coparticipação a 30%, excluindo alguns procedimentos essenciais, como terapias crônicas e exames preventivos.

PLANOS DE SAÚDE SE RECUPERAM, MAS PREJUÍZO AINDA AMEAÇA SETOR

Folha de São Paulo – 06/01/2025

Representantes do setor evitam previsões sobre reajuste em 2025 e falam em pressionar indústria farmacêutica.

Apesar do recente alívio no desempenho do mercado de planos de saúde, que em 2022 tiveram um prejuízo operacional sem precedentes, é cedo para celebrar a retomada, e o cenário ainda não recuperou os patamares anteriores à pandemia, segundo representantes do setor.

Se os novos dados divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), relativos ao acumulado até o terceiro trimestre de 2024, apresentam um lucro operacional de R\$ 3 bilhões das operadoras médico-hospitalares, após dois anos de prejuízo na mesma base de comparação, o resultado ainda não reflete a realidade geral do setor.

Segundo levantamento da Abramge, (Associação Brasileira de Planos de Saúde), hoje, 44% das operadoras de planos médicos ainda registram resultado negativo, uma parcela muito maior do que os 33% de 2019.

"De fato, o ano de 2024 foi melhor para o equilíbrio da sustentabilidade. Por outro lado, chegando ao fim do ano, você vê que o número de empresas em prejuízo operacional

pulou para 44%, o que é quase metade do setor. Isso assusta", afirma Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge.

Nos últimos anos, o setor tem permanecido dependente do apoio da remuneração das aplicações financeiras acumuladas pelas operadoras médico-hospitalares para compor seu resultado líquido total. Segundo a ANS, no acumulado de 2024 até setembro, o resultado financeiro foi positivo em R\$ 6,9 bilhões, próximo ao recorde do ano anterior.

A sinistralidade, um dos principais indicadores neste mercado, melhorou. O índice, que aponta a parcela das receitas de mensalidades que são utilizadas com as despesas assistenciais, desceu do pico de 90,3% no acumulado do terceiro trimestre de 2022 para 84,3%, atingindo a menor taxa para o período desde 2020.

Naquele ano, a sinistralidade foi atipicamente baixa porque o isolamento provocado pela pandemia resultou na queda no uso dos planos de saúde pelos beneficiários.

Entre os grandes movimentos que as operadoras têm feito nos últimos anos para conter a crise, o combate às fraudes praticadas contra os planos de saúde ajudou a estancar parte

dos desperdícios e abusos, segundo Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Empresas do setor ainda recebem críticas pela prática de cancelamentos unilaterais de planos coletivos, um problema que ficou conhecido como higienização de carteira, que exclui usuários custosos.

"A melhora era esperada, mas os resultados ainda não chegaram nos níveis pré-pandemia. Se o setor estava se afogando com 20 metros de água acima da cabeça, hoje são 5 metros. Ainda é preocupante. O lucro líquido de janeiro a setembro traduz os esforços de gestão das operadoras, de racionalizar custos e combater fraudes. Estamos nos recuperando após nove trimestres de prejuízo. A sinistralidade começa a entrar em uma janela razoável", diz.

A despeito do alívio, representantes das operadoras de planos de saúde afirmam que o setor ainda enfrenta dificuldades estruturais geradas por mudanças legislativas e regulatórias que estimularam os questionamentos judiciais contra as empresas e agregaram incertezas ao cálculo do risco na operação.

Uma delas é a legislação do rol, publicada em 2022, que colocou fim ao chamado rol taxativo, obrigando os planos de saúde a arcarem com procedimentos que não estejam na lista de cobertura mínima da ANS.

Na mesma época, uma mudança regulatória da ANS acabou com a limitação do número de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, tornando o atendimento ilimitado, o que favoreceu a prática de desperdícios e fraudes, segundo representantes do setor.

A entrada de medicamentos de custo milionário no mercado brasileiro, como o Zolgensma, também é citada como empecilho à sustentabilidade das contas.

Para este ano, o setor deve avançar sobre outro tema que impacta as contas das operadoras: a expectativa é que

cresça a pressão para que a indústria farmacêutica participe da solução para combater o desequilíbrio da saúde suplementar.

Segundo Ribeiro, da Abramge, a saúde privada paga muito mais caro do que o SUS (Sistema Único de Saúde) por alguns medicamentos e não tem o benefício do compartilhamento de risco, modelo pelo qual o produto só é pago integralmente se houver desfecho positivo para o paciente.

A proposta, segundo ele, é que os planos de saúde possam comprar o produto do próprio SUS, pagando um adicional em torno de 20%, o que beneficiaria o sistema público. Ainda assim, segundo Ribeiro, sairia mais barato para a saúde privada do que ela hoje paga para a indústria.

"Se eu compro do SUS, pagando 22% a mais, o SUS ganha em cima da saúde suplementar. E eu deixo de pagar oito vezes a mais pelo remédio", diz Ribeiro. A ideia deve ser defendida pelo setor em 2025.

Questionados sobre qual deve ser a intensidade dos reajustes nos preços dos planos de saúde, os representantes das operadoras evitam estimar com precisão.

"Este é um mercado de saúde com lastro atuarial baseado em seguro. E seguro é medição de risco. Eu não vi nenhuma grande mudança que faça com que os reajustes sejam maiores. Então, em condição de temperatura e pressão normal, vai seguir a tendência", afirma o presidente da Abramge.

É difícil prever, afirma Vera Valente, da FenaSaúde. Segundo ela, o mercado em geral tem feito esforços para reduzir custos, desperdícios e fraudes, que impactam os reajustes, mas ainda há gargalos regulatórios e de legislação que podem pesar no bolso do consumidor.

No caso dos planos de saúde individuais, as projeções de bancos apontam altas entre 5,6% e 6,8%.

AÇÕES JUDICIAIS CONTRA PLANOS DE SAÚDE CRESCEM 31,5%

Saúde Business – 06/01/2025

Com 36.525 novas ações registradas até outubro de 2024, estados como São Paulo e DF lideram os processos; especialistas apontam práticas abusivas e discriminação como agravantes.

Entre janeiro e outubro de 2024, o Brasil registrou 36.525 novas ações judiciais relacionadas a planos de saúde, uma média de 120 processos por dia. Os dados inéditos, baseados no Business Intelligence (BI) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), destacam um aumento expressivo de 31,5% no volume total de ações em comparação ao mesmo período de 2023, quando a média diária foi de 79 processos.

São Paulo lidera os registros

Os estados de São Paulo, Distrito Federal e Bahia concentram a maior parte das demandas judiciais. São Paulo lidera o ranking, com 11.503 processos, o equivalente a 38

ações diárias. O Distrito Federal aparece em segundo lugar, com 6.713 processos e média de 22 por dia, seguido pela Bahia, que registrou 4.355 casos, ou 14 novos processos por dia.

Principais motivos das ações

As disputas judiciais frequentemente envolvem negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos de contratos e recusas de serviços por parte das operadoras. Segundo Gustavo Arzabe, advogado especialista em planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula o setor, determinando as coberturas obrigatórias.

"A ANS define normas como a inclusão de novos tratamentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Recentemente, por exemplo, tornou obrigatório que

operadoras ofereçam um novo tratamento para câncer, sem custo adicional para os pacientes”, explica Arzabe.

Quando recorrer à ANS

Em casos de problemas com os planos de saúde, consumidores podem acionar a ANS por meio de seus canais oficiais. “Se uma operadora não autoriza internações emergenciais dentro do prazo estipulado, a ANS pode fiscalizar e multar a empresa, protegendo os direitos do consumidor”, destaca o advogado.

Judicialização como alternativa

Apesar das possibilidades de mediação via ANS, muitos consumidores optam pelo Judiciário. De acordo com a advogada Mayra Sampaio, grande parte das decisões favorece os consumidores. “Os planos geralmente alegam que o procedimento solicitado não está previsto em contrato ou que não faz parte do rol da ANS, argumentos frequentemente rejeitados pelos tribunais”, observa.

Impacto econômico e discriminação

A alta nos processos também reflete questões econômicas, como reajustes abusivos, superiores à inflação, e cancelamentos arbitrários de contratos. Casos envolvendo Pessoas com Deficiência (PcDs) são particularmente preocupantes.

“Planos de saúde têm cortado terapias essenciais de maneira arbitrária, mesmo quando prescritas por médicos. Isso afeta especialmente crianças e pessoas com deficiência, que são frequentemente alvo de decisões sem fundamento técnico”, explica Brisa Nogueira, advogada especializada em direitos do consumidor.

Nogueira também denuncia práticas discriminatórias por parte de operadoras. “Há situações em que famílias com crianças autistas ou pessoas autistas têm seus contratos negados ou cancelados, muitas vezes com justificativas infundadas e preconceituosas”, conclui.

TELEMEDICINA 2.0: COMO O 5G E OS WEARABLES TRANSFORMARÃO A SAÚDE EM 2025

Saúde Business – 06/01/2025

Avanços em conectividade e dispositivos inteligentes prometem revolucionar o monitoramento remoto, a gestão de doenças crônicas e o atendimento emergencial.

Em 2024, a telemedicina se consolidou como uma ferramenta indispensável no sistema de saúde, mas 2025 promete ser o ano em que essa tecnologia irá atingir um novo patamar. Graças a avanços como a integração de dispositivos vestíveis (wearables) e o monitoramento em tempo real, combinados à chegada definitiva do 5G, o atendimento médico remoto será mais eficaz, acessível e abrangente.

Segundo um relatório da Global Market Insights, o mercado global de telemedicina deve ultrapassar US\$ 380 bilhões até 2030, impulsionado por avanços tecnológicos e pela crescente demanda por soluções de saúde acessíveis.

Wearables e monitoramento em tempo real

Os wearables, ou dispositivos vestíveis, como smartwatches e sensores inteligentes, vêm desempenhando um papel importante na revolução da telemedicina. Em 2025, eles serão aliados ainda mais fortes, permitindo que médicos monitorem os sinais vitais de seus pacientes de maneira contínua e remota. Dessa forma, será possível antecipar crises de saúde, ajustar tratamentos em tempo real e oferecer um acompanhamento médico personalizado.

Essa tecnologia também facilita o diagnóstico precoce de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, promovendo intervenções mais rápidas e eficazes. A combinação de dados gerados pelos dispositivos com algoritmos de inteligência artificial promete melhorar a precisão e a qualidade do atendimento.

5G: a base para uma telemedicina mais ágil e acessível

O 5G está ajudando na expansão da telemedicina para regiões mais remotas e com infraestrutura limitada. Durante

este ano, a abrangência será ainda maior. Com velocidades de conexão significativamente superiores e latências quase inexistentes, essa tecnologia viabiliza chamadas de vídeo de alta definição, transmissões de dados médicos em tempo real e até mesmo procedimentos médicos assistidos remotamente.

Em comunidades isoladas, onde o acesso a profissionais de saúde é restrito, o 5G permitirá que especialistas forneçam diagnósticos e orientações precisas sem a necessidade de deslocamento físico.

Esta tecnologia tem tornado a medicina mais inclusiva, proporcionando acesso a médicos especialistas para comunidades isoladas que carecem de atenção médica especializada.

Gestão de doenças crônicas

Doenças crônicas representam um dos maiores desafios para os sistemas de saúde. Em 2025, a telessaúde impulsionada pelo 5G promete transformar essa realidade, facilitando o acompanhamento regular de pacientes com condições como insuficiência cardíaca, asma e doenças renais.

Graças à combinação de dispositivos conectados e conexões ultrarrápidas, será possível rastrear a evolução dessas doenças e ajustar tratamentos de maneira preventiva.

Emergências médicas

Outro ponto de destaque é o atendimento a emergências. Imagine uma ambulância equipada com tecnologia 5G, capaz de transmitir dados do paciente em tempo real para o hospital mais próximo. Equipes médicas podem se preparar para realizar intervenções antes mesmo da chegada do paciente, otimizando o tempo de resposta e aumentando as chances de sucesso no tratamento.

O futuro é agora

A combinação de telemedicina 2.0 e 5G está pronta para redefinir o acesso à saúde em 2025. Com tecnologias que

integram monitoramento em tempo real, maior conectividade e soluções inovadoras, o atendimento remoto se torna mais humano, eficiente e inclusivo.

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS EM NOVEMBRO DE 2024

(Gov) ANS – 03/01/2025

Planos de assistência médica registraram 51,5 de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a novembro de 2024. Neste período, o setor registrou 51.508.727 de usuários em assistência médica e 34.347.368 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 843.791 beneficiários em relação a novembro de 2023. Já no comparativo de novembro deste ano com outubro de 2024, houve um aumento de 16.952 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 4.318.186 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 165.855 usuários na comparação de novembro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com novembro de 2024, 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, também 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	Não identificado			
nov/24	36.853.619	5.904.428	226	8.712.522	37.932	51.508.727
out/24	36.801.478	5.920.660	226	8.731.416	37.995	51.491.775
set/24	36.728.545	5.911.515	226	8.749.518	38.088	51.427.892
ago/24	36.580.499	5.914.246	226	8.755.275	38.162	51.288.408

jul/24	36.442.980	5.945.431	227	8.768.571	39.151	51.196.360
jun/24	36.277.019	5.965.171	227	8.776.653	39.319	51.058.389
mai/24	36.099.257	6.106.575	227	8.764.811	39.439	51.010.309
abr/24	35.978.655	6.123.795	227	8.745.987	39.460	50.888.124
mar/24	35.930.041	6.131.812	227	8.744.844	38.273	50.845.197
fev/24	35.802.968	6.158.114	227	8.741.023	38.438	50.740.770
jan/24	35.695.546	6.159.970	227	8.768.955	38.618	50.663.316
dez/23	35.789.683	6.198.275	227	8.776.639	38.752	50.803.576

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não identificado			
nov/24	24.545.408	3.015.616	1.277	6.781.950	3.117	34.347.368
out/24	24.373.116	3.009.663	1.277	6.794.328	3.129	34.181.513
set/24	24.186.643	2.967.937	1.278	6.859.407	3.135	34.018.400
ago/24	23.904.546	2.955.065	1.278	6.865.251	3.136	33.729.276
jul/24	23.738.755	2.934.466	1.278	6.879.958	3.141	33.557.598

jun/24	23.625.560	2.934.810	1.279	6.827.782	3.146	33.392.577
mai/24	23.534.743	3.031.367	1.279	6.628.372	3.160	33.198.921
abr/24	23.433.651	3.048.486	1.279	6.395.982	3.161	32.882.559
mar/24	23.299.414	3.035.238	1.279	6.227.262	3.189	32.566.382
fev/24	23.443.467	3.021.478	1.279	6.153.243	3.193	32.622.660
jan/24	23.324.638	3.027.540	1.285	6.081.020	3.195	32.437.678
dez/23	23.416.207	3.016.762	1.285	5.963.168	3.198	32.400.620
nov/23	23.197.906	3.019.859	1.286	5.928.403	3.208	32.150.662

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	dez/23	dez/24	dez/23	dez/24
Acre	43.636	44.872	19.671	21.821
Alagoas	388.317	387.649	482.426	432.587
Amapá	62.383	63.638	48.267	48.123
Amazonas	583.763	622.121	556.141	589.427

Amazonas	583.763	622.121	556.141	589.427
Bahia	1.698.135	1.720.900	1.820.718	1.908.946
Ceará	1.376.862	1.441.019	1.236.650	1.396.999
Distrito Federal	937.811	981.443	676.141	697.083
Espírito Santo	1.282.089	1.327.923	721.711	855.791
Goiás	1.344.829	1.386.301	903.561	963.488

Maranhão	518.251	522.686	323.143	374.790
Mato Grosso	671.355	677.037	267.644	305.932
Mato Grosso do Sul	666.334	679.855	458.836	361.809
Minas Gerais	5.674.215	5.821.493	2.803.059	3.031.525
Pará	875.825	916.398	538.567	576.361
Paraíba	459.126	470.048	507.327	547.521
Paraná	3.096.068	3.150.353	1.701.274	1.919.463

Pernambuco	1.415.179	1.442.030	1.270.003	1.367.483
Piauí	397.115	409.495	186.961	238.197
Rio de Janeiro	5.602.199	5.570.232	3.629.267	3.845.092
Rio Grande do Norte	610.756	628.265	532.620	584.538
Rio Grande do Sul	2.596.559	2.639.286	1.020.746	1.100.748
Rondônia	157.423	162.659	119.714	128.456
Roraima	31.456	30.677	12.446	13.733

Santa Catarina	1.674.725	1.699.437	870.623	933.916
São Paulo	18.021.438	18.227.693	11.064.194	11.690.740
Sergipe	330.840	338.923	241.355	263.939
Tocantins	122.757	125.460	130.941	142.902

SETOR DE PLANOS DE SAÚDE ATINGE 51,5 MILHÕES DE USUÁRIOS EM NOVEMBRO, ALTA DE 1,66%

Valor Econômico – 03/01/2025

Entre as grandes operadoras, o Grupo Hapvida perdeu 71,4 mil beneficiários em novembro, impactado pela NotreDame Intermédica que viu uma redução de 50,6 mil.

O setor de planos de saúde encerrou o mês de novembro com 51,5 milhões de usuários, o que representa um incremento de 843,8 mil quando comparado ao mesmo período de 2023 (alta de 1,66%) ou 17 mil em relação a outubro, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Entre as grandes operadoras, o Grupo Hapvida perdeu 71,4 mil beneficiários em novembro, impactado pela NotreDame Intermédica que viu uma redução de 50,6 mil. “Nos perguntamos se a fraqueza das adições líquidas da NotreDame Intermédica pode estar de alguma forma relacionada à sua integração de sistema recentemente concluída”, diz trecho de relatório Citi, assinado por Leandro Bastos e Renan Prata.

Na outra ponta, a Sulamérica lidera entre as grandes operadoras, com incremento de cerca de 36,3 mil novos membros da saúde. Suas concorrentes, a Bradesco Saúde

perdeu 21,7 mil usuários e a Porto, ganhou 8,8 mil. A Amil teve ganho de 22,7 mil usuários, em novembro.

Entre as cooperativas médicas, a Unimed Nacional teve queda de 10,1 mil e a Unimed BH ganhou 1,6 mil novos usuários.

Ainda segundo o Citi, o mercado de planos de saúde por adesão continuou apresentando queda, com perda de 16,2 mil usuários.

O mercado de planos odontológicos continua crescendo ferozmente, o crescimento do segmento, com 34,1 milhões de usuários, em novembro, um incremento de 1,9 milhão de novos membros. Considerando a comparação com o mês imediatamente anterior, o aumento foi de 165,9 mil puxado pela OdontoPrev, que teve 37,5 mil adições em novembro.

ANS DIZ QUE VAI MANTER CONSULTA SOBRE MUDANÇA DE REGRAS NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 29/12/2024

Posicionamento ocorre após a entidade de operadoras de planos enviar um ofício solicitando “a suspensão imediata da Consulta Pública 145”, conjunto de medidas que mudam a política de reajustes para o setor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou neste domingo (29) que vai manter a consulta pública que discute a mudança de políticas no setor de planos de saúde. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) havia pedido a suspensão das discussões.

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que não se vislumbra qualquer fundamento técnico para suspender a consulta pública em curso e que seguirá dentro das normas vigentes e da legalidade”, informou a ANS em nota.

O posicionamento ocorre após a Abramge enviar um ofício solicitando “a suspensão imediata da Consulta Pública 145”, conjunto de medidas que mudam a política de reajustes para o setor. A entidade argumenta que a proposta em consulta pública até 3 de fevereiro de 2025 inclui mais três temas: mecanismo de regulação financeira, venda on-line e revisão técnica, além dos reajustes coletivos

A associação alega que deveria ter uma consulta para cada um desses temas separadamente. “A Abramge compreende que a condução da consulta pública com temas tão díspares e de tamanho impacto viola a participação social, atraindo a nulidade do ato, haja visto impede que a sociedade tenha tempo e organização para apresentar críticas e sugestões relevantes e profundas sobre os temas regulatórios postos em análise”, diz o documento enviado à agência.

A Fenasaúde, Federação Nacional de Saúde Suplementar que representa operadoras de planos e seguros privados, em ofício, pediu que a ANS amplie o prazo de consulta sob o argumento de que é necessária a “realização de estudos técnicos, com base econômico-financeira, atuarial e jurídica aptos a demonstrar a adequação das soluções aviadas na consulta pública”. A federação entende ser essencial a ampliação dos prazos fixados para contribuições à consulta em pelo menos 90 dias, levando-se em conta a sobreposição de assuntos relevantes a serem discutidos em “prazos tão exíguos”.

No início de outubro, a agência pôs em consulta pública a primeira versão da proposta com as mudanças, contendo medidas como correções “excepcionais” das mensalidades de planos individuais e familiares cujas operadoras passem por dificuldades financeiras, além do reajuste anual. A proposta também prevê a definição de uma cláusula padrão de aumento dos planos coletivos e limites para coparticipação.

Em dia 16 de dezembro, um relatório já continha a avaliação das 79 propostas enviadas à ANS: 41 empresas e seis entidades representativas das operadoras fizeram proposições, enquanto nove cidadãos e três entidades de defesa do consumidor contribuíram com o projeto.

Esse novo relatório foi posto novamente para consulta pública que, agora, a Abramge tenta suspender. A consulta começou em meados de dezembro e vai até 3 de fevereiro de 2025. “O que nós buscamos é a plenitude do mecanismo de se ouvir a sociedade. Não somos contrários à consulta sobre os temas, mas é imprescindível que ela seja conduzida de forma

individualizada, permitindo uma análise mais aprofundada e efetiva. É necessário que haja uma consulta para cada norma

que a ANS propõe alterar", afirma Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge, em nota divulgada ontem.

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.