

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

22 de janeiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Volume de ações judiciais contra operadoras de saúde sobe 28%, para quase 300 mil, em 2024](#) - Fonte: Valor Econômico

[Hospitais projetam freio nos investimentos em 2025](#)- Fonte: Folha de São Paulo

[Especialista alerta: desafios financeiros do setor de Saúde Suplementar pedem estratégias inovadoras e eficientes](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Fraudes contra operadoras de saúde chegam aos planos odontológicos, com botox e harmonização facial](#) - Fonte: O Globo

[Redimensionamento de rede de atendimento dos planos de saúde: resolução da ANS reforça jurisprudência](#) - Fonte: Saúde Business

[Quais os principais temas que devem entrar na pauta do mercado da saúde em 2025?](#)- Fonte: Futuro da Saúde

[ANS promove oficina sobre as novas regras para notificação por inadimplência](#) - Fonte: GOV (ANS)

VOLUME DE AÇÕES JUDICIAIS CONTRA OPERADORAS DE SAÚDE SOBE 28%, PARA QUASE 300 MIL, EM 2024

Valor Econômico – 22/01/2025

Números “refletem não apenas o perfil sistêmico de alta judicialização do setor, mas também mudanças regulatórias recentes prejudiciais”, observam analistas

O número de ações judiciais contra operadoras de planos de saúde, no ano passado, atingiu 298,8 mil, o que representa aumento de 28% em relação a 2023. Quando comparado a 2022, a alta é de 73,5%, de acordo com levantamento do Citi com base em dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Os analistas do Citi Leandro Bastos e Renan Prata destacam que o crescente número de processos é alarmante, mesmo considerando o aumento na quantidade de pessoas com planos de saúde nos últimos anos. Em 2024 (até novembro), foram 5,9 processos para cada 1 mil usuários de convênio

médico. No anterior, essa relação era de 4,6 e em 2022, de 3,5 ações judiciais.

Os números “refletem não apenas o perfil sistêmico de alta judicialização do setor, mas também mudanças regulatórias recentes prejudiciais como, por exemplo, remoção do teto para terapias de autismos em 2021, lista mínima de procedimentos médicos obrigatórios ampliada, em 2022”, informa trecho do relatório. Por outro lado, o tempo de litígio parece estar diminuindo.

No ano passado, a Hapvida – maior operadora de planos de saúde, com 8,8 milhões de usuários – informou que encerrou o terceiro trimestre com bloqueios e depósitos judiciais de R\$ 869 milhões, mais do que o dobro do volume apurado no mesmo período do ano anterior.

HOSPITAIS PROJETAM FREIO NOS INVESTIMENTOS EM 2025

Folha de São Paulo – 22/01/2025

Levantamento de associação do setor aponta dificuldade no relacionamento com planos de saúde.

Os planos de investimento dos hospitais privados devem sofrer um freio neste ano, provocado não só pelo alto patamar dos juros mas também pela deterioração no relacionamento com as operadoras de planos de saúde.

A previsão é da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), que relata preocupação com o avanço das chamadas glosas, prática usada pelas operadoras para questionar parte das cobranças emitidas por hospitais pelos atendimentos prestados aos clientes dos planos de saúde. Segundo Antônio Britto, diretor-executivo da associação, o aumento das glosas está prejudicando o fluxo de caixa dos hospitais.

A retenção dos investimentos já começou a dar sinais em um levantamento realizado com 94 hospitais associados da entidade em novembro, quando mais de 40% das instituições ouvidas relataram que as dificuldades de fluxo de caixa as levaram a fazer investimentos menores do que os volumes planejados para 2024.

No setor hospitalar, os principais investimentos envolvem expansão de leitos, UTIs, equipamentos e melhores condições de acesso para os pacientes.

A glosa é comum na relação entre as operadoras e as instituições hospitalares. A medida é usada quando a operadora quer apurar algum detalhe ou eventual suspeita sobre uma cobrança.

O problema é que a parcela das faturas glosadas, que historicamente costumava girar entre 3% e 4,5% da receita líquida total, disparou, conforme os dados da Anahp.

Em novembro de 2024, o indicador da entidade que aponta o volume de faturas inicialmente glosadas ultrapassou 16% em 2024. A escalada começou a chamar a atenção em 2023, quando tal indicador chegou a 12%.

Na época, o salto foi atribuído ao aumento do escrutínio dos planos de saúde para combater fraudes em um momento de crise do setor, quando as operadoras registraram um prejuízo operacional bilionário, impulsionado por diferentes motivos, desde os procedimentos represados na pandemia até o avanço de medicamentos de alto custo.

Britto afirma que, em 2024, os hospitais esperavam queda das glosas, e não aumento, porque a situação geral dos planos de saúde melhorou. Os dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) relativos ao acumulado até o terceiro trimestre do ano apresentam um lucro operacional de R\$ 3 bilhões das operadoras médico-hospitalares, após dois anos de prejuízo na mesma base de comparação.

"A melhora na situação das operadoras não se refletiu nos hospitais. Só piorou o volume de glosa. Isso estabelece algo difícil de entender e de aceitar. Quando a situação era ruim, a glosa se explicava. Então, há um desejo por parte dos hospitais, para 2025, de que isso seja alterado. Nós precisamos que as operadoras tenham lucro, nós dependemos delas, mas esperamos uma postura diferente em relação aos hospitais", diz Britto.

Nem todas as faturas glosadas terminam com o pagamento negado pelas operadoras ao final do processo de avaliação mais aprofundada da cobrança. Apesar da disparada dos questionamentos para a glosa inicial, a parcela de glosa final teve pouca alteração, permanecendo em torno de 1,5%, segundo a Anahp.

Isso significa que os hospitais continuam recebendo em quase 100% dos atendimentos prestados, mas o processamento de um volume maior de faturas represadas pela glosa tem gerado preocupação em relação ao fluxo de caixa das instituições.

De acordo com o levantamento da Anahp, mais de 80% dos hospitais relatam piora na situação das glosas aplicadas nas contas e no prazo para recebimento.

"Nós defendemos que a glosa tem de existir. Todo pagador tem o direito de, antes de pagar a conta, discordar de algo e questionar. A glosa é parte da regra do jogo. Mas quando

you glosa 16% no primeiro minuto e conclui, depois de reexaminar, que menos de 2% tinha problema, nós estamos diante de uma estratégia financeira. É uma estratégia que retém recursos", diz Britto.

Procurada pela reportagem, a Abramge, associação que reúne empresas de plano de saúde, afirma que desconhece a existência de qualquer prática de glosa indevida de pagamentos por parte das operadoras de planos de saúde. A entidade diz também que se trata de uma relação individual entre as empresas e seus respectivos fornecedores.

"Segundo dados públicos da própria ANS, o tempo médio de pagamento, em dias, do total de procedimentos realizados caiu em 2024 na comparação com 2023, o que demonstra um esforço constante das operadoras na avaliação de eventuais glosas administrativas do setor", diz a Abramge em nota.

ESPECIALISTA ALERTA: DESAFIOS FINANCEIROS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR PEDEM ESTRATÉGIAS INOVADORAS E EFICIENTES

Revista Cobertura – 17/01/2025

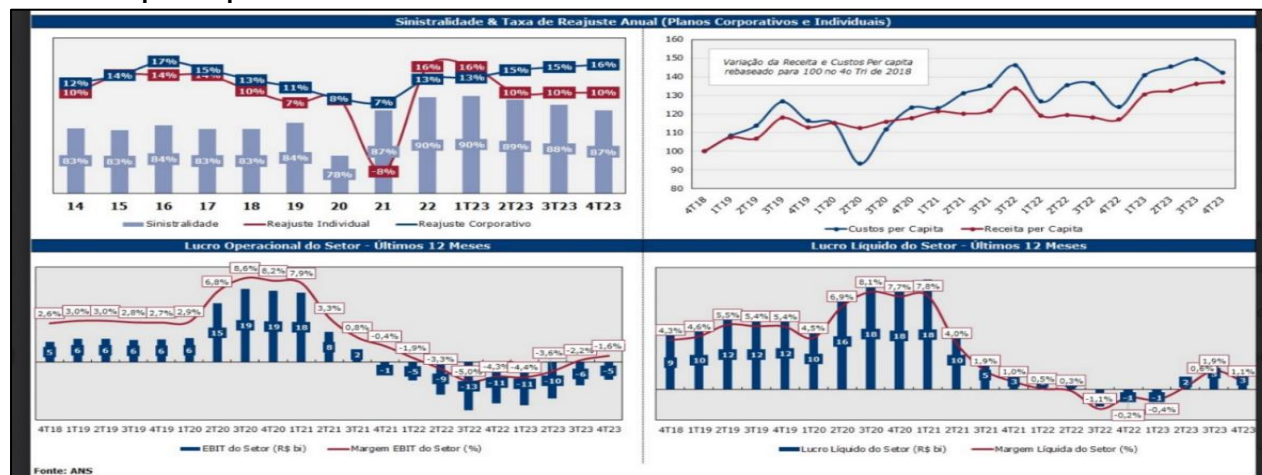
O setor de saúde suplementar enfrenta um cenário complexo e desafiador, conforme demonstram os dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A alta sinistralidade, o aumento dos custos per capita e a redução das margens de lucro líquido colocam operadoras e empresas em alerta, especialmente no segmento de planos corporativos e individuais.

De acordo com os dados do último trimestre de 2023, a sinistralidade média atingiu 87%, mantendo-se próxima aos patamares historicamente altos observados nos últimos anos. Paralelamente, os reajustes anuais para planos corporativos e individuais seguem como uma tentativa de mitigar custos crescentes. Apesar disso, as margens líquidas do setor permanecem sob pressão, registrando apenas 1,1% no

quarto trimestre de 2023, em contraste com os 8,1% de 2020, um período considerado de maior estabilidade econômica.

Diante desse cenário, a Innoa Seguros, corretora de seguros corporativos full service, reforça a importância de soluções robustas e personalizadas para auxiliar operadoras e empresas no enfrentamento desses desafios. "Estamos vivenciando um momento em que a eficiência na gestão de riscos e o uso de ferramentas inteligentes de análise são mais importantes do que nunca. Não se trata apenas de reduzir custos, mas de criar estratégias sustentáveis para assegurar a continuidade do setor de saúde suplementar e o bem-estar dos beneficiários", destaca Rodrigo Pedroni, CEO da Innoa Seguros.

Desafios expostos pelos números do setor



Os gráficos apresentados pela ANS revelam quatro tendências preocupantes:

1. **Alta sinistralidade contínua:** Apesar de um controle relativo nos últimos trimestres, a sinistralidade ainda representa um peso significativo para as operadoras, reduzindo sua capacidade de absorver choques financeiros e investir em melhorias.
2. **Aumento dos custos per capita acima da receita:** Desde 2018, os custos per capita cresceram de forma consistente, ultrapassando a variação da receita per capita em períodos específicos. Isso evidencia o impacto de fatores como inflação médica, avanços tecnológicos e aumento da utilização de serviços de alta complexidade.
3. **Lucros operacionais em queda acentuada:** O setor registrou uma margem operacional negativa entre o início de 2022 e 2023, atingindo o ápice de -5% no segundo trimestre de 2023, com recuperação modesta no último trimestre.
4. **Margem líquida pressionada:** O lucro líquido do setor, que já chegou a R\$18 bilhões em 2020, caiu para patamares abaixo de R\$6 bilhões em 2023, exigindo ações imediatas para reverter essa tendência.

A corretora se destaca por oferecer seguros corporativos customizados, com produtos desenhados sob medida para

atender às necessidades específicas de empresas e operadoras. Além disso, conta com uma gestão ativa de riscos, utilizando plataformas tecnológicas que permitem o monitoramento em tempo real dos indicadores financeiros e operacionais. Complementando seus serviços, a empresa proporciona consultoria estratégica, realizando análises detalhadas do perfil de risco de cada cliente para identificar oportunidades de redução de custos e melhorias de eficiência.

Além disso, a empresa tem investido na capacitação de sua equipe e no uso de tecnologias como inteligência artificial e machine learning, permitindo uma leitura mais acurada dos cenários futuros e a antecipação de medidas preventivas.

Apesar dos desafios evidenciados pelos dados, Pedroni acredita que o setor de saúde suplementar tem espaço para crescer e se recuperar. “Os sinais de leve recuperação nas margens líquidas no final de 2023 mostram que, com as estratégias corretas, é possível reverter o quadro atual. O mercado está se adaptando, e soluções inovadoras como as que oferecemos na Innoa Seguros são parte fundamental dessa transformação”, afirma.

Pedroni ainda reforça a importância de um diálogo mais próximo entre empresas, operadoras e entidades reguladoras. “A sustentabilidade do setor exige esforços conjuntos e políticas públicas que permitam maior previsibilidade regulatória e econômica. Somente assim poderemos garantir acesso à saúde de qualidade para milhões de brasileiros”, conclui.

FRAUDES CONTRA OPERADORAS DE SAÚDE CHEGAM AOS PLANOS ODONTOLÓGICOS, COM BOTOX E HARMONIZAÇÃO FACIAL

O Globo – 17/01/2025

Esquemas envolvem 'maquiagem' de pedidos de reembolso para procedimentos estéticos como se fossem tratamentos de saúde bucal

Os casos de fraude envolvendo planos de saúde encontraram uma nova fronteira: as coberturas odontológicas. Em busca de pagamentos por procedimentos não cobertos, os esquemas envolvem manipulação de exames, falsos diagnósticos e até clínicas de fachada para transformar em tratamentos de saúde bucal procedimentos estéticos, principalmente os de aplicação de botox, como harmonização facial.

Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 12 grandes grupos de planos de saúde do país, fraudes contra planos odontológicos não eram frequentes. Mas de dois anos para cá, até novembro de 2024, a entidade já registrou 21 denúncias de esquemas fraudulentos contra contratos do tipo.

O aumento dos casos acontece num cenário de aumento no número de especialistas. Dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO) mostram que, em 2024, eram 4.012 cirurgiões-dentistas especialistas em harmonização orofacial no país, patamar 150% acima do registrado em 2022.

Os golpes tomam como alvo um mercado que se expande. Com 34 milhões de usuários, os contratos de cobertura odontológica são os que mais crescem. Enquanto os planos médico-hospitalares aumentaram em 1,5% o número de usuários — saindo de 50,6 milhões para 51,4 milhões de vidas entre setembro de 2023 e setembro do ano passado —, as carteiras exclusivamente odontológicas cresceram em 7,5%.

— É uma verdadeira cruzada. Temos visto um aumento principalmente de casos que tentam "maquiar" pedidos de reembolso, como se fossem tratamentos odontológicos, mas na verdade para cobrir procedimentos estéticos, aí e o botox

é campeão — afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

Laudos idênticos

Alguns dos casos denunciados pelas operadoras às autoridades ilustram como os esquemas funcionam. Em São Paulo, um plano de saúde suspeitou após receber pedidos de reembolso de 20 beneficiários com laudos idênticos elaborados pelas mesmas profissionais, uma dentista e uma médica.

O diagnóstico de distonia oromandibular — doença neuromuscular que causa contrações involuntárias dos músculos da boca — apareceu em todos os laudos, com a mesma indicação de tratamento: a aplicação de toxina botulínica, o botox, nas mesmas quantidades e nos mesmos pontos do rosto.

As peculiaridades acenderam um sinal de alerta para a operadora de que os diagnósticos foram fraudados, numa tentativa de conseguir a liberação dos reembolsos para custear tratamentos estéticos, que não têm cobertura. O caso foi endereçado ao Ministério Público (MP-SP).

Falsos coletivos

No interior da Bahia, a denúncia envolvia duas dentistas que teriam recebido valores acima do normal por próteses dentárias. Segundo a FenaSaúde, as três clínicas das duas profissionais ofereciam a pacientes humildes procedimentos de alto custo e não cobertos pelos planos.

Elas orientavam que os pacientes buscassem uma corretora para a contratação de um novo plano que cobrisse o atendimento. A tal corretora teria parentesco com uma das próprias dentistas. Ela incluía esses pacientes em um plano de saúde coletivo, a partir da criação de um falso vínculo empregatício com empresas cujos sócios também pertenciam ao grupo familiar. O caso também foi encaminhado ao Ministério Público (MP-BA).

A tática dos falsos planos coletivos foi também detectada no Amapá, onde uma clínica odontológica usou dados de dentistas ex-associados como responsáveis técnicos de outras clínicas de fachada. Pedidos de reembolso de procedimentos supostamente realizados nos estabelecimentos foram feitos a uma operadora de planos.

O esquema acontecia em parceria com uma corretora, que incluía usuários nos planos como funcionários de sete empresas, mas os vínculos apresentaram indício de fraude. O Ministério Público do Amapá (MP-AP) pediu a abertura de uma investigação policial sobre o caso.

— Há casos até de exames como radiografias manipulados digitalmente, uma coisa sofisticadíssima, para fraudar diagnósticos e pedidos de reembolso — afirma Vera. Conselho de Odontologia repudia infração

Em nota, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) afirmou repudiar qualquer infração de conduta profissional e que orienta os conselhos regionais para que realizem a apuração de casos denunciados, além de cooperar com as autoridades. "A Harmonização Orofacial é uma especialidade importante da Odontologia, cujo crescimento atesta a alta demanda de pacientes pelos diversos tipos de tratamentos englobados nela, seja para fins funcionais ou estéticos. O CFO lamenta que casos isolados possam, de alguma forma, macular a imagem da grande maioria dos profissionais, que atua com seriedade e a partir dos princípios éticos de exercício da profissão", diz o texto.

Plano mais caro e risco no emprego

Alguns dos métodos aplicados contra os planos odontológicos já são velhos conhecidos das operadoras nos esquemas que tentam fraudar os contratos médico-hospitalares. É o caso de cobranças por procedimentos não realizados, manipulação de exames de imagem e empresas de fachada.

4,5 mil notícias-crime

Desde que passaram a ser monitorados com mais atenção pelas operadoras e associações do setor, as fraudes viraram caso de polícia. Monitoramento da FenaSaúde contabiliza cerca de 4,5 mil notícias-crime do tipo contra operadoras associadas.

Os casos prejudicam as empresas e, na ponta, encarecem os planos para quem paga em dia e usa os serviços de maneira correta.

Vera diz que é difícil estimar, enquanto setor, o quanto as fraudes impactam o preço dos planos, mas que os casos fazem aumentar as despesas com judicialização, que vem sendo apontadas como um dos principais fatores para reajuste mais alto dos contratos nos últimos anos.

'Reembolso assistido'

Os pedidos de reembolso são o principal alvo das fraudes. Na prática mais comum, há o chamado "reembolso assistido", quando a clínica se oferece para "agilizar" a liberação de ressarcimentos. Os tratamentos são oferecidos "sem custo", para pagamento só após a liberação dos valores pela operadora. Para isso, o cliente precisa informar seu login e senha do plano de saúde, mas, em muitos casos, procedimentos não realizados ou superfaturados são incluídos no pedido.

O usuário que participa de prática fraudulenta corre o risco de ser incluído em inquérito policial ou processo judicial. E pode ainda ter o plano cancelado.

Pelos dados da ANS, 71% dos contratos exclusivamente odontológicos são coletivos empresariais, ou seja, benefícios concedidos pelos empregadores aos seus funcionários. Por

isso, quem embarca na ideia corre o risco de perder o emprego por justa causa.

— Empresas que detectaram essas condutas chegaram a demitir funcionários. A proteção do emprego é mais um motivo para que o usuário não permita que terceiros usem seus dados para enriquecer ilegalmente — diz a diretora da entidade.

Numa tentativa de combater e prevenir casos, a FenaSaúde lançou uma cartilha que esmiúça os tipos de esquemas fraudulentos e orienta como devem agir os consumidores nas situações.

A federação recomenda que os usuários não aceitem ofertas de tratamentos estéticos com suposta cobertura, verifiquem os serviços lançados na guia de atendimento pelo dentista antes de assiná-la e os extratos do plano para identificar cobranças indevidas.

REDIMENSIONAMENTO DE REDE DE ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE: RESOLUÇÃO DA ANS REFORÇA JURISPRUDÊNCIA

Saúde Business – 16/01/2025

Acesso das operadoras fica temporariamente suspenso.

Nos últimos anos, operadoras de planos de saúde no Brasil têm adotado a verticalização como estratégia para integrar a gestão de planos à prestação direta de serviços médicos. A prática visa a reduzir custos operacionais e, teoricamente, beneficiar o consumidor. No entanto, essa abordagem também gera desafios significativos, especialmente em razão do descredenciamento de hospitais, clínicas e laboratórios, mudanças que muitos beneficiários percebem como restrições ao acesso.

De fato, a verticalização, marcada pela substituição ou descredenciamento de prestadores, tende a reduzir a diversidade e a acessibilidade da rede assistencial, por vezes prejudicando os beneficiários. A descontinuidade de tratamentos com prestadores de confiança e a natural sobrecarga das estruturas próprias das operadoras podem comprometer a qualidade dos serviços e os prazos no atendimento, sobretudo em regiões com opções limitadas desses prestadores.

Além disso, a centralização dos serviços na operadora tende a enfraquecer o vínculo médico-paciente e a ameaçar a viabilidade econômica de prestadores independentes, isto é, aqueles que não possuem relações contratuais com os planos de saúde, mas que são essenciais para a sustentabilidade do setor. Nesse contexto, é fundamental que os critérios para redução ou substituição da rede assistencial sejam rigorosos e objetivos, garantindo equilíbrio entre eficiência operacional para as operadoras, que já arcam com diversos impactos financeiros relevantes anualmente, e a proteção dos direitos e interesses dos beneficiários e dos prestadores de serviços de apoio à saúde.

Foi nesse cenário que entrou em vigor, em 31 de dezembro de 2024, a Resolução Normativa nº 585 da ANS (“RN 585”), que atualiza as normas vigentes à realidade que se impõe, e regulamenta alterações na rede hospitalar. A nova regra exige comunicação prévia aos beneficiários, assegura a manutenção da qualidade dos serviços e detalha os critérios para substituições e redimensionamentos, procurando equilibrar eficiência operacional e proteção ao consumidor.

A nova resolução obriga o Plano, para o caso de substituição de prestador de serviço credenciado, a comunicar individualmente os clientes, e a pelo menos manter a qualificação do prestador a ser substituído.

Tal obrigação não pode ser encarada como novidade, na medida em que o artigo 17, da Lei Federal 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece como regra geral a manutenção dos prestadores de serviços médicos ao longo da vigência dos contratos, mas admite a substituição do prestador, desde que por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. Em caso de redução da rede, cabe esclarecer, em seu parágrafo 4º esse mesmo artigo exige autorização expressa da ANS.

Por outro lado, é importante ressaltar que o conceito de rede ou entidade hospitalar, na linha da jurisprudência hoje existente do Superior Tribunal de Justiça, “...deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados”[1].

Para o Superior Tribunal de Justiça, outrossim, o “redimensionamento configura-se pela mera supressão de um estabelecimento hospitalar da rede do produto”[2], e tal entendimento é refletido pelo inciso VI, do artigo 2º, da RN 585.

Não há razão ou fundamento, portanto, para que se defenda que a RN 585 altera o entendimento do Superior Tribunal de Justiça a propósito da supressão de prestador/redução de rede, de modo que a supressão de uma clínica especializada em tratamento renal, ou de uma instituição médica de exames e diagnósticos, para dar alguns exemplos, deva ser precedida de autorização da ANS.

A nova resolução também reflete o entendimento jurisprudencial quanto à obrigatoriedade de comunicação individualizada aos beneficiários (artigo 21), providência que já vinha sendo exigida pelo Poder Judiciário[3].

Outro ponto a destacar da RN 585 é a estipulação dos critérios de equivalência de entidades hospitalares para fins de substituição (artigos 7 a 9), e dos requisitos para o redimensionamento por redução (artigos 10 a 12), incluindo as hipóteses concretas que podem motivar o redimensionamento (artigo 11), e que devem constar no pedido de autorização expressa para a ANS (art. 17, § 4º, inciso IV da Lei n. 9.656/1998).

A nova RN 585 também dispõe, em seu artigo 13, dos critérios objetivos relacionados aos impactos sobre a massa assistida, o que deve tornar a avaliação da ANS mais objetiva, e nesse sentido melhor balizar as operadoras e mitigar eventuais questionamentos face a decisões discricionárias da Agência.

A RN 585, enfim, consolida o entendimento jurisprudencial sobre a substituição e o redimensionamento de sua rede, reforçando a transparência e a objetividade nas mudanças. O sucesso de sua aplicação dependerá da adesão rigorosa das operadoras às exigências normativas e da capacidade da ANS de realizar análises ágeis, técnicas e objetivas, dentro dos limites da lei e da regulamentação, reduzindo a insegurança jurídica que gera impactos negativos às operadoras, aos segurados e aos prestadores de serviços médicos de apoio à saúde.

[1] REsp 1349385/PR, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 16.12.2014.

[2] STJ – AREsp: 2052953 RJ 2022/0009469-5, Relator: Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, Data de Publicação: DJ 25/04/2022.

[3] A propósito: Ementa: “PLANO DE SAÚDE – Descrédenciamento de hospitais e laboratórios- Alegação do plano de que houve somente o redimensionamento da rede credenciada, excluindo os serviços de diagnose eletiva para os estabelecimentos em questão – Descabimento- Possibilidade de alteração da rede conveniada, desde que o prestador descrédenciado seja substituído por outro equivalente e que o consumidor e a ANS sejam comunicados com antecedência de 30 dias – Necessidade de comunicação individualizada ao beneficiário Inteligência do art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98 – Requisitos não observados no caso- Determinação para recredenciamento- Sentença mantida- Recurso desprovido.”(TJ-SP – Apelação Cível: 1005171-82.2023.8.26.0011 São Paulo, Relator: Moreira Viegas, Data de Julgamento: 20/10/2023, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/10/2023).

QUAIS OS PRINCIPAIS TEMAS QUE DEVEM ENTRAR NA PAUTA DO MERCADO DA SAÚDE EM 2025?

Futuro da Saúde – 15/01/2025

Consolidação de parcerias no mercado da saúde, política de preços e reajustes de planos de saúde, na ANS, e regulação de IA, na Anvisa, são alguns temas que devem movimentar o setor da saúde nesse ano.

O ano promete ser agitado para o mercado da saúde em 2025. Diferentes segmentos devem passar por mudanças estruturais, adequando a regulação para novas tecnologias e demandas que chegam ao setor. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) devem ter pautas movimentadas, com atualizações que podem impactar empresas.

A expectativa é que 2025 será marcado ainda por uma redução no número de fusões, aquisições e até mesmo de joint ventures, com empresas focando na integração e consolidação de compras e parcerias feitas nos últimos anos. No entanto, esse processo pode resultar na avaliação de que alguns ativos não fazem sentido dentro daqueles grupos, que devem disponibilizá-los para negócios.

Na saúde suplementar, 2025 promete ser um ciclo de reajuste menor do que os vistos nos últimos anos. No entanto, o impacto das propostas da ANS para a Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde deve movimentar o setor, assim como a discussão sobre a incorporação de tecnologias. A tendência é que a revisão de contratos de prestação de

serviços domine a pauta dos hospitais, que cobram que a recuperação econômica das operadoras chegue até eles.

“É um ano que vai necessitar de muita sinergia entre pagador e prestador por esse fluxo complexo financeiro que vemos acontecendo no mercado. Há uma certa instabilidade política em virtude de todas as questões econômicas que estamos acompanhando. Vai ser desafiador, mas ao mesmo tempo vai ser um ano com oportunidade de evolução em termos extremamente críticos quando se fala de ter saúde financeira dentro das instituições”, avalia André Tenan, sócio-diretor de Life Sciences da Alvarez & Marsal.

Há ainda a expectativa sobre a revisão dos planos ambulatoriais e a regulação dos cartões de desconto. Com a saída de Paulo Rebello da presidência da ANS, não se sabe como os temas serão tratados pela agência. A nomeação de Wadih Damous, que aguarda sabatina do Senado Federal, também é aguardada pelo setor.

No Congresso Nacional, a regulação da inteligência artificial, aprovada em dezembro pelo Senado, é um dos principais assuntos. Agora, o texto será analisado pela Câmara dos Deputados. Ainda não há cronograma previsto, mas o setor segue atentamente a tramitação. Apesar de ter perdido força, o projeto de lei dos planos de saúde pode voltar ao debate.

A atenção das farmacêuticas nacionais deve permanecer na construção de parcerias e de estrutura, no aguardo da queda de patentes de medicamentos para a produção de biossimilares. Há ainda expectativa sobre a aprovação do Ministério da Saúde das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL), na regulamentação da lei das pesquisas clínicas, assim como na análise dos vetos presidenciais e no sandbox regulatório da Anvisa.

Também há a possibilidade de revisão da precificação de medicamentos por parte da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que deve ter um novo secretário executivo em 2025, com a saída de Daniela Marreco, indicada pelo presidente Lula para assumir uma diretoria na Anvisa.

Mercado de saúde em 2025: fusões, aquisições e parcerias
Dados da KPMG apontam que até o 3º trimestre de 2024 houve 1196 operações de fusões e aquisições no Brasil ao longo do ano. Com um discreto aumento de 5% na comparação do período com o ano anterior, o setor manteve o número de transações realizadas. Contudo, a expectativa é que haja uma desaceleração em 2025.

“Algumas empresas que tinham feito um volume grande de aquisições nos últimos anos se endividaram e não conseguiram fazer a rolagem dessas dívidas. Também tivemos algumas companhias que passaram por um processo de grandes fusões que demandam um olhar para dentro para se integrar”, explica Gustavo Vilela, sócio-líder do setor de Healthcare & Life Sciences da KPMG no Brasil.

Apesar de a expectativa ser na desaceleração, Vilela explica que no processo de integração entre empresas podemos ver alguns ativos sendo colocados à venda por serem avaliados como ineficientes dentro da estratégia. Haverá, então, algumas transações ao longo do ano. Da mesma forma, parcerias e joint ventures devem continuar surgindo no mercado, mas em menor número que em 2024. Empresas que tiveram iniciativas do tipo deverão atuar para provar o modelo, garantindo a eficiência dos projetos. Entretanto, a estratégia do mercado de focar no core business de cada empresa segue como tendência.

“Por que preciso comprar e incorporar dentro da minha estrutura algo que não é meu negócio principal? Posso me unir a um parceiro meu estratégico, como por exemplo Bradesco, Beneficência Portuguesa – BP e Fleury fizeram, como Fleury e Einstein fizeram, ou seja, buscar sinergias sem ter que adquirir” observa André Tenan, da Alvarez & Marsal. O processo de consolidação do setor também segue entre as healthtechs. Buscando unir forças para oferecer produtos mais completos, startups da saúde devem continuar realizando fusões entre si. Já a compra por hospitais, farmacêuticas e operadoras é vista com mais cautela. “As healthtechs tiveram um problema que não está completamente resolvido, que é o fato de que muitas delas entregam apenas um pedaço da solução. As empresas

maiores não conseguem encaixar apenas esse pedaço da solução dentro do processo. À medida que começarmos a observar healthtechs ampliando a sua capacidade em aspectos mais longos da jornada, maior vai ser a probabilidade de vermos aquisições”, explica Vilela, da KPMG.

No mercado farmacêutico, a tendência é que indústrias nacionais sigam se estruturando para produzir medicamentos inovadores que terão patentes encerradas nos próximos anos. É o caso, por exemplo, da EMS, que inaugurou fábrica em 2024 para produzir, entre outros insumos, a semaglutida. “Os próximos anos vão ser anos de intensa movimentação dessa indústria nacional, seja através da construção e desenvolvimento de equipamentos, estratégicos ou fabris, para aproveitar essa janela de oportunidades desses produtos que perdem patente, ou seja através de parcerias e sinergias com empresas multinacionais, europeias, americanas, e asiáticas, para ter essas moléculas disponíveis e competir no mercado nacional”, avalia Tenan.

Pautas da Anvisa em 2025

Com novos diretores nomeados, com Leandro Safatle indicado para assumir a presidência, a Anvisa deve continuar atuando para regular o mercado de saúde, com foco nas farmacêuticas e nas indústrias de dispositivos médicos. Dentre os principais temas apontados pelos analistas que serão acompanhados pela agência, está a regulação da inteligência artificial, paralelamente ao Congresso Nacional. “A Anvisa deve se posicionar nesse ano. Muitas empresas estrangeiras de software, medical devices, têm começado a inserir inteligência artificial nessas ferramentas, e está muito complicado entender qual vai ser o tratamento regulatório que vai ser dado. Tem empresas provocando a Anvisa o tempo inteiro, pedidos de registro de produtos com inteligência artificial ou então até atualizações de devices antigos”, explica Rubens Granja, sócio de Life Sciences & Healthcare do Lefosse Advogados.

O tema da cannabis medicinal também deve voltar à pauta. Isso porque o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que empresas estão autorizadas a importar sementes e cultivar cannabis com fins medicinais, farmacêuticos e industriais no Brasil, cabendo à Anvisa fazer regulamentação sobre o tema no prazo de seis meses.

A discussão sobre a precificação da CMED também está no âmbito da Anvisa. A norma que define a forma que se precifica medicamentos no país completou 20 anos e há expectativa para que a revisão ocorra em 2025, especialmente em um cenário de produtos inovadores e terapias avançadas. “Todos estavam confiantes de que iria sair no ano passado, mas não saiu. Com a Daniela Marreco, secretária executiva da CMED, indo para uma diretoria da Anvisa, a movimentação muda. Mas é um tema que precisa ser regulado. Estamos lidando hoje com um mundo muito diferente do que temos previsto na norma”, explica Granja.

Outro tema que está no radar é a consulta pública para o edital de chamamento para seleção de interessados em participar do projeto-piloto de sandbox regulatório, que vai até dia 31 de janeiro. De acordo com o sócio do Lefosse Advogados, existe uma ansiedade do setor para participar do edital.

Regulação da ANS em 2025

As propostas para a revisão da Política de Preços e Reajuste de Planos de Saúde devem ser o tema central da ANS ao longo do ano. Com consulta pública aberta até o dia 3 de fevereiro, e audiências públicas marcadas para 28 e 29 de janeiro, as discussões têm gerado repercussão do setor, que vê as propostas como negativas para as operadoras. No entanto, outros temas também estão no radar dos analistas. “A decisão do STJ em relação à ampliação do escopo da ANS para regular cartões de desconto deu um fôlego maior para a agência. Empresas que não operam no âmbito de operadoras têm preocupações sobre como isso vai se dar. Do outro lado, as operadoras refletem se também vão poder participar deste mercado. Ainda não está claro”, avalia Maira Materagia Imperatriz, sócia de Life Sciences & Healthcare do Lefosse Advogados.

Paralelamente, a revisão dos planos ambulatoriais também está no radar das consultorias e escritórios. Isto porque, com a saída de Paulo Rebello da diretoria da ANS, é preciso entender como o tema avançará junto à Diretoria Colegiada da agência. No entanto, há um otimismo do setor, que avalia que Jorge Aquino, diretor-presidente substituto, deve seguir com a pauta. “O grande ponto em relação aos planos ambulatoriais é que os órgãos de defesa do consumidor têm apresentado certa resistência em relação ao que vai acontecer caso o beneficiário precise de uma internação, por exemplo. Há uma preocupação muito grande do setor em relação à judicialização, se discute até se vão colocar esse modelo no âmbito do sandbox regulatório para ser acompanhado”, afirma Imperatriz.

O sandbox regulatório da ANS foi aprovado em dezembro de 2024 e deve ser um espaço de incentivo à inovação do setor. Por isso, se espera que um novo modelo de plano de consulta e exames possa ser contemplado nesse espaço flexível. Há expectativa para a publicação de editais de convocação para propostas.

Ao longo de 2024, a interoperabilidade de dados foi um dos temas mais discutidos pelo Ministério da Saúde, com

indicações de que haverá parcerias público-privadas nesse sentido. Utilizando a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), há atenção para entender como a Secretaria de Saúde Digital irá se conectar à ANS.

Cenário dos planos de saúde em 2025

Depois de dois anos de fortes reajustes, operadoras de planos de saúde chegaram a um momento econômico considerado mais saudável, com lucro líquido de R\$ 8,7 bilhões de janeiro a setembro de 2024, de acordo com dados da ANS. Agora, a expectativa é que haja uma redução.

“Já não cabe mais. O conflito está muito complicado em relação a conseguir passar mais reajustes do jeito que está. A busca pela redução de fraudes, por exemplo, deveria diminuir um pouco essa necessidade de pura e simplesmente reajustar. É difícil precisar, mas não vai ser no mesmo nível que vimos”, observa Rafael Palombini, sócio-diretor de saúde da Alvarez & Marsal.

Gustavo Vilela, da KPMG, explica que para além do reajuste, o setor precisa avançar em temas que impactam nos custos assistenciais. Essa discussão passa pela incorporação de medicamentos, pelo cuidado preventivo da saúde dos beneficiários e pela revisão de normas. “O setor demorou três anos para recompor resultado. E agora, ao final de 2024, vamos ter pela primeira vez neste período, de fato, um resultado importante. Esse resultado não veio à luz de redução de custo. O custo não caiu. Ele veio à luz de reajuste de preço. Os mecanismos de controle de custos ainda são muito frágeis, existe um desbalanço muito grande entre o poder de prescrição versus a contra-indicação de procedimentos e terapias. Há ainda um desperdício grande acontecendo no setor”, afirma Vilela.

Com a perspectiva da regulação da reforma tributária avançar no Governo, será necessário entender o impacto para o setor. É possível que empresas tentem antecipar recomposição de preços para se preparar para possíveis aumentos de tributos, principalmente em um setor em que todos os elos são interligados. “No fim das contas, se aumentar o valor de um medicamento, aumentará o custo do hospital, que aumenta o custo da operadora. Essa conta vai chegar para o beneficiário em última análise e ele vai ser quem vai tomar um pouco desse prejuízo que a reforma pode trazer em alguns âmbitos”, conclui o sócio-líder do setor de Healthcare & Life Sciences da KPMG no Brasil.

ANS PROMOVE OFICINA SOBRE AS NOVAS REGRAS PARA NOTIFICAÇÃO POR INADIMPLÊNCIA

GOV (ANS) – 15/01/2025

Operadoras poderão esclarecer todas as suas dúvidas no encontro virtual no dia 30/1.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará, no dia 30/1, uma oficina para tirar as dúvidas das operadoras sobre a Resolução Normativa nº 593/2023. O normativo entrou em vigor em 1º de dezembro de 2024 e definiu novas regras para a

notificação por inadimplência, com suspensão temporária da eficácia até 1º de fevereiro de 2025. O encontro virtual será pela plataforma Teams, das 14h às 16h30.

A RN nº 593 se aplica a todos os beneficiários que pagam a mensalidade do plano de saúde diretamente à operadora. A resolução estabelece que o beneficiário só poderá ser excluído ou ter seu contrato cancelado por inadimplência se deixar de pagar, no mínimo, duas mensalidades, consecutivas ou não, desde que haja prévia notificação. Além disso, a norma regulamentou novas formas de comunicação sobre falta de

pagamento, como o uso de ligação telefônica gravada, e-mail e mensagem de texto para telefones celulares.

Para participar é necessário [inscrever-se pelo link](#). A confirmação e o link da sala virtual serão enviados para o e-mail cadastrado na inscrição.

Para saber mais informações sobre o tema, confira:

[Esclarecimento sobre novas regras de notificação por falta de pagamento](#).

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

© 2018 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.