

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

12 de fevereiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Exclusivo: Alice capta R\\$ 127 milhões para entrar \(de vez\) nas grandes empresas](#) – Fonte: Exame

[ANS divulga resultado preliminar do mapeamento do risco assistencial](#) – Fonte: (GOV) ANS

[ANS aprova proposta de plano de saúde ambulatorial, sem internação, que vai à consulta pública](#) – Fonte: Valor Econômico

[Estudo do IESS aponta desafios e oportunidades para o setor de saúde suplementar diante das mudanças climáticas](#) – Fonte: Revista Cobertura

[PGR cobra ANS sobre preconceito e omissões de planos de saúde com pacientes autistas](#) – Fonte: G1

[Número de ações contra planos de saúde dobra em 4 anos no Brasil](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[ANS inicia monitoramento da divulgação do IDSS ano-base 2023](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos de saúde acionam justiça para suspender consulta pública da ANS sobre reajustes](#) – Fonte: Gazeta do povo

[Desempenho de 74,9% das operadoras é considerado ‘bom’ ou ‘excelente’ pela ANS](#) – Fonte: Medicina S/A

EXCLUSIVO: ALICE CAPTA R\$ 127 MILHÕES PARA ENTRAR (DE VEZ) NAS GRANDES EMPRESAS

Exame – 11/02/2025

A operadora de planos empresariais ampliou sua base de 300 para 12.000 empresas e reduziu a sinistralidade para 60% bem abaixo da média do mercado, que é de 82,3%. Agora, a meta é chegar aos 70.000 usuários.

O setor de planos de saúde vive uma crise: custos médicos disparando, reajustes altos e operadoras com dificuldades para manter a sustentabilidade financeira. Mas a Alice, operadora de planos empresariais, segue na direção oposta. Apostando em atenção primária, coordenação do cuidado e tecnologia, a operadora acaba de captar US\$ 22 milhões, cerca de R\$ 127 milhões, para sustentar um novo salto de crescimento.

O aporte, uma extensão da rodada Série C de 2021, foi liderado pelos fundos Kaszek, ThornTree Capital Partners, Canary e Globo Ventures. Desde sua fundação, em 2019, a Alice já captou mais de R\$ 1 bilhão. “Estamos bem capitalizados. Parte do investimento ficará no caixa para reforçar ainda mais nossa solidez”, diz André Florence, cofundador e CEO da Alice.

O investimento chega após um ano de forte crescimento: 42 mil membros em janeiro de 2025, R\$ 350 milhões em receita e uma queda de nove pontos percentuais na sinistralidade, que agora está em 60% no corporativo.

Após ajustes no portfólio e nos canais de vendas, o número de empresas saltou de 300 para 12.000, com a base de membros crescendo de 10 mil em janeiro de 2023 para 42 mil em janeiro de 2025. Segundo Florence, esse desempenho prova que o modelo da empresa funciona. “A gente nasceu porque o modelo tradicional de saúde é insustentável. Criamos uma solução que evita desperdícios e melhora a saúde das pessoas”, afirma. Nos últimos três anos, a Alice aplicou aumentos médios de 12%, abaixo da média do mercado.

Para 2025, a meta é atingir 70 mil membros, aumentar a receita para R\$ 600 milhões e manter a sinistralidade em 68%. O foco é atrair empresas com 500 a 1.000 funcionários. Para isso, a Alice pretende ampliar a força de venda e fazer campanhas de marketing direcionadas a esse público. “Nosso maior cliente há um ano tinha 100 funcionários. Hoje, temos empresas com mais de 1.000 funcionários”, diz o CEO.

Expansão com novos canais de vendas

A healthtech foi fundada por André Florence, Matheus Moraes e Guilherme Azevedo, todos com ampla experiência no ecossistema de startups e inovação. A ideia era transformar o setor privado de saúde no Brasil, oferecendo um modelo inovador baseado na gestão proativa da saúde e na prevenção, em vez do foco tradicional no tratamento de doenças.

Desde 2023, a operadora saltou de 300 para mais de 12 mil clientes corporativos. No último ano, as vendas para empresas cresceram 450%. O salto se deve a ajustes no

modelo de negócio, incluindo um novo portfólio e mudanças na estratégia comercial.

Empresas menores, com até 30 funcionários, são atendidas por mais de 3.000 corretores parceiros. Já as empresas maiores contam com acompanhamento direto do time de vendas interno, composto por 50 funcionários -- e que deve crescer no próximo ano.

Além disso, o portfólio foi ampliado, conectando mais laboratórios, hospitais e médicos especialistas à tecnologia da Alice. Hoje, a operadora tem parceria com mais de 1.000 hospitais, 4.000 laboratórios e 10.000 especialistas e clínicas. No aplicativo, os usuários podem fazer consultas online, agendar exames e acompanhar seus resultados.

“A empresa não quer apenas um plano de saúde. Ela quer uma solução que evite reajustes imprevisíveis e mantenha seus funcionários saudáveis. Esse é o nosso compromisso”, afirma Florence.

Como funciona o modelo de negócio da Alice

O modelo da Alice se diferencia ao investir em atenção primária estruturada, coordenação de cuidado e tecnologia. Hoje, os usuários contam com um time em crescimento, composto por quase 50 médicos de família e mais de 15 pediatras parceiros. 70% dos membros preferem iniciar o atendimento pela equipe da Alice, o que reduz atendimentos desnecessários e melhora os desfechos clínicos.

O impacto direto desse modelo é uma redução de 30% no uso de pronto-socorro em comparação à média do mercado e a resolução de 80% dos atendimentos de forma digital, sem necessidade de deslocamento.

“Nosso trabalho não é barrar procedimentos, e sim garantir que as pessoas tenham o cuidado correto na hora certa. Quando isso acontece, o custo cai naturalmente”, explica Florence.

Outro diferencial da Alice é a previsibilidade nos reajustes. Nos últimos três anos, a empresa aplicou os menores aumentos do mercado. “O mercado pratica reajustes imprevisíveis, mas nós conseguimos entregar um serviço melhor com reajustes abaixo da média”, diz o CEO.

Além disso, a empresa conquistou um feito incomum: 100% de renovação dos contratos com mais de 30 vidas.

A estratégia para os próximos anos

O novo investimento será direcionado para acelerar o crescimento da base de clientes, com foco em empresas de 500 a 1.000 funcionários, com sede em São Paulo.

Sobre novas rodadas de investimento, Florence afirma que, por enquanto, não há necessidade. “Nossa operação, junto com o caixa que temos, já é mais que suficiente para continuarmos crescendo pelos próximos anos. Essa rodada veio apenas para reforçar essa solidez”, diz.

A Alice também não pretende mudar seu modelo de atuação. Apesar de, a longo prazo, enxergar potencial nos planos individuais, a empresa seguirá focada no mercado corporativo nos próximos dois a cinco anos. “Acreditamos que

o caminho para ampliar o acesso à saúde privada passa pelos planos individuais. Mas ainda não é o momento para isso”, afirma o CEO.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(GOV) ANS – 11/02/2025

Informações relativas ao 3º trimestre de 2024 e estão disponíveis para consulta.

Já está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 3º trimestre de 2024. A operadora poderá acessar o seu resultado consultando o documento *Prontuário De Resultados - Mapeamento Do Risco Assistencial*, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos da Resolução Normativa (RN) nº 479/2022 e Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 58/2022. As fichas técnicas atualizadas dos indicadores podem ser acessadas na página do Programa. [Clique aqui e acesse.](#)

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 26/02/2025, não havendo prorrogação, conforme prazo estabelecido no art.11 da IN da DIPRO nº 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as seguintes orientações:

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática.

Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

ANS APROVA PROPOSTA DE PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL, SEM INTERNAÇÃO, QUE VAI À CONSULTA PÚBLICA

Valor Econômico – 10/02/2025

Atualmente, já existem planos de saúde ambulatoriais, mas a comercialização desse produto é pouco ofertada pelas operadoras devido ao risco de judicialização desse produto.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou e vai colocar para consulta pública a criação de um plano de saúde com cobertura apenas para consultas e exames, sem direito à internação. Esse produto seria viabilizado dentro de um “sandbox” regulatório, ou seja, num ambiente regulatório experimental de dois anos. O projeto vai para consulta pública entre os dias 18 de fevereiro e 4 de março.

Segundo Alexandre Fioranelli, diretor da ANS, a ideia é que esse novo plano de saúde ambulatorial tenha cobertura de

especialidades médicas para consultas e exames que hoje já são obrigatórios pelos atuais planos de saúde, com preço menor. No entanto, estão excluídos todos os tipos de terapia como oncológicas, TEA, diálise, entre outros.

A operadora poderá definir a carência dos planos de saúde e não é permitida a portabilidade entre os dois modelos de convênio médico.

Além disso, a operadora não poderá fazer cancelamento unilateral do plano de saúde de forma individual, por usuário, sendo permitido apenas o cancelamento de toda a carteira, ou por inadimplência ou fraude.

O sandbox regulatório tem duração de dois anos. Após esse prazo, a operadora poderá cancelar ou manter o produto.

Atualmente, já existem planos de saúde ambulatoriais, mas a comercialização desse produto é pouco ofertada pelas operadoras devido ao risco de judicialização desse produto.

Os debates sobre essa modalidade de convênio médico foram retomadas devido ao crescimento do cartão saúde, tipo de produto que permite somente consultas e exames e que já tem cerca de 50 milhões de pessoas com esse tipo de cartão.

ESTUDO DO IESS APONTA DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIANTE DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Revista Cobertura – 10/02/2025

Impactos gerados sobre a saúde exigem ações de toda a cadeia de valor e integração público-privada.

As mudanças climáticas já afetam a saúde da população e desafiam a estrutura do setor de saúde suplementar no Brasil. Essa é a principal conclusão do estudo “Mudanças Climáticas e Efeitos na Saúde: Desafios e oportunidades para a saúde suplementar no Brasil”, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O trabalho analisa os impactos climáticos na saúde e apresenta soluções para que operadoras de planos de saúde se adaptem a esse novo cenário. [Clique aqui e veja a íntegra.](#)

Entre os principais desafios identificados pelo fenômeno climático, destaca-se o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, respiratórias e infecciosas devido a extremos de temperatura e poluição, além do impacto indireto no crescimento da obesidade e na sobrecarga dos serviços de saúde.

Para mitigar esses efeitos e garantir um atendimento eficiente e sustentável, o estudo propõe ações estratégicas para operadoras de planos de saúde, incluindo:

- Telemedicina e telessaúde, ampliando o acesso e reduzindo deslocamentos desnecessários;

- Monitoramento climático e sistemas de alerta para antecipar impactos e preparar a rede assistencial;
- Eficiência energética e uso de energias renováveis em hospitais e outras estruturas de atendimento na saúde;
- Adoção de práticas ESG (Ambiental, Social e Governança) para reduzir a pegada de carbono do setor;
- Fortalecimento da vigilância epidemiológica para doenças ligadas ao clima, como dengue e infecções respiratórias.

O relatório também ressalta a necessidade de parcerias entre operadoras, prestadores, órgãos reguladores e o Sistema Único de Saúde (SUS) para criar políticas de adaptação e mitigação eficazes.

O estudo completo está disponível no site: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-110-mudancas-climaticas-e-efeitos-na-saude>

PGR COBRA ANS SOBRE PRECONCEITO E OMISSÕES DE PLANOS DE SAÚDE COM PACIENTES AUTISTAS

G1 – 07/02/2025

Procuradores questionam Agência Nacional de Saúde sobre sua atuação que não está “a contento”. Há muitas suspensões unilaterais dos planos e descredenciamento de clínicas que impedem de uma hora pra outra o atendimento de autistas.

A Procuradoria-Geral da República (PGR) questionou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre falhas na regulação dos planos de saúde, que estariam prejudicando pacientes autistas.

O órgão aponta que a atuação da agência “não está a contento”, citando suspensões unilaterais de contratos e o descredenciamento de clínicas, que interrompem repentinamente o atendimento a esses pacientes.

O procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Nicolao Dino, enviou um despacho recomendando oito medidas para garantir atendimento adequado a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O documento reforça a necessidade de regras mais claras e justas para proteger esses pacientes e evitar abusos por parte das operadoras de saúde.

“A ausência de regulação adequada pela Agência Nacional de Saúde dos serviços de planos e seguros de saúde ofertados por empresas privadas tem levado à violação sistêmica de direitos, vulnerando a dignidade dos beneficiários e colocando em risco a vida e a saúde de grupos vulneráveis da sociedade”, destaca a PGR no despacho.

A recomendação é assinada por Dino e pela Câmara de Consumidor e Ordem Econômica do Ministério Público Federal.

Críticas à atuação da ANS

A PGR aponta que a ANS tem falhado no cumprimento de seu papel regulador, permitindo que planos de saúde rescindam unilateralmente contratos em vigor e suspendam

credenciamentos de clínicas e profissionais que atendem pacientes autistas, causando impacto negativo na continuidade dos tratamentos.

Além disso, a Procuradoria ressalta que a agência não tem apurado de maneira eficaz denúncias de práticas discriminatórias cometidas por operadoras contra pacientes com TEA.

As recomendações da PGR à ANS

Para corrigir essas falhas e garantir a continuidade do atendimento, a PGR listou oito recomendações que a ANS deve adotar no prazo de 45 dias. Entre as principais medidas estão:

Para corrigir essas falhas e garantir a continuidade do atendimento, a PGR listou oito recomendações que a ANS deve adotar no prazo de 45 dias. Entre as principais medidas estão:

✔ Monitoramento de práticas discriminatórias: ajustar os sistemas de informação da ANS para identificar casos de discriminação com base na idade ou condição de deficiência dos beneficiários.

✔ Acesso a contratos e informações: garantir que os usuários possam consultar seus contratos e ter acesso a todas as informações sobre os serviços prestados.

✔ Controle de reajustes e coparticipação: regular os índices máximos de reajuste anual e fiscalizar as justificativas das operadoras para aumentos nas mensalidades.

✔ Proibição de cancelamentos unilaterais: impedir que planos de saúde rescindam contratos coletivos de forma unilateral, sem justificativa.

✔ Fiscalização do tratamento multidisciplinar: acompanhar a oferta de serviços para pacientes autistas e garantir a qualidade do atendimento.

✔ Bloqueio do descredenciamento imotivado: evitar que clínicas e profissionais sejam retirados da rede credenciada sem justificativa plausível, prejudicando a continuidade dos tratamentos.

✔ Fim da limitação de sessões: impedir que operadoras imponham restrições arbitrárias ao número de sessões de terapia e atendimento multidisciplinar para pacientes autistas.

✔ Cumprimento da legislação consumerista: monitorar se as operadoras estão cumprindo as regras de proteção ao consumidor previstas na legislação.

Próximos passos

A ANS tem 45 dias para responder à recomendação da PGR e detalhar as providências que serão adotadas. Caso a agência não cumpra as orientações, o Ministério Público poderá tomar medidas judiciais para garantir os direitos dos pacientes autistas.

NÚMERO DE AÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE DOBRA EM 4 ANOS NO BRASIL

Folha de São Paulo – 07/02/2025

Segundo o CNJ, em 2024 foram registrados quase 300 mil novos processos na Justiça, contra 141 mil em 2020.

O número de ações na Justiça contra planos de saúde chegou a 298.755 em 2024, de acordo com o CNJ (Conselho Nacional de Justiça). O volume corresponde a mais que o dobro do registrado em 2020 (141.713 ações), quando o CNJ passou a fazer o levantamento.

A quantidade de processos foi aumentando ano a ano: 149.183 em 2021; 172.179 em 2022; e 233.707 em 2023.

Segundo o CNJ, as ações movidas no ano passado foram motivadas principalmente por questões envolvendo tratamento médico-hospitalar (154.857) e problemas com fornecimento de medicamentos (47.810) e com reajustes contratuais (47.720).

Na avaliação de Henderson Furst, especialista em direito médico, o aumento dos processos contra planos de saúde é um fenômeno de múltiplas causas, dentre elas o maior acesso a informações sobre direitos. Ele também cita a percepção de que o Poder Judiciário é sensível aos mais diversos pedidos e a dissonância entre pacientes e planos de saúde quanto à compreensão de cobertura contratada.

Negativas para a realização de exames, procedimentos e demais serviços, além do aumento do custo do plano por faixa etária, têm motivado os clientes a procurarem a Justiça.

"As ações judiciais são intentadas porque o consumidor paga a sua parte e percebe que o plano não cumpre a sua", diz a advogada Renata Abalém, diretora jurídica do Instituto de Defesa do Consumidor e do Contribuinte e membro da Comissão de Direito do Consumidor da OAB-SP.

Os especialistas afirmam ainda que o aumento expressivo de processos se deve a uma onda de rescisões contratuais unilaterais por parte das operadoras de plano de saúde sem motivo aparente.

"O mercado de saúde suplementar no Brasil enfrenta hoje uma crise", afirma a advogada Bruna de Godoy sobre a crescente judicialização do setor. "Do lado das operadoras a gente tem a alegação de problemas de saúde financeira e controle atuarial das carteiras, enquanto do outro lado [pacientes] a gente vê uma questão de cláusulas abusivas, mudanças na rede credenciada e até casos de rescisão unilateral."

Segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em dezembro de 2024 o número de

beneficiários de planos privados de assistência médica era de 52 milhões de brasileiros.

ANS INICIA MONITORAMENTO DA DIVULGAÇÃO DO IDSS ANO-BASE 2023

(GOV) ANS – 07/02/2025

Prazo para preenchimento do formulário é até 28/2 por meio do Portal Operadoras.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anuncia o início da fase de monitoramento da divulgação do IDSS ano-base 2023. As operadoras têm até o dia 28 de fevereiro de 2025 para envio dos dados à ANS por meio do [Portal Operadoras](#).

A divulgação dos resultados do IDSS ano-base 2023 ocorreu em 27 de dezembro de 2024 no portal da ANS e o prazo para divulgação dos resultados no Portal Operadoras foi encerrado em 27 de janeiro de 2025.

Para preencher o formulário disponibilizado pela ANS, as operadoras devem acessar o Protocolo Eletrônico (E-Protocolo) no [Portal das Operadoras](#). O [Ofício-Circular nº: 1/2025/AIEDS/GPIND/DIRAD-DIDES/DIDES](#) contém as orientações para que as operadoras encaminhem as

informações necessárias.

A não divulgação do IDSS no Portal Operadoras pode implicar na aplicação de multa.

Portanto, fique atento ao prazo! E atenção ao correto preenchimento das informações.

Abaixo listamos as principais inconsistências observadas:

1. Publicação em notícia/carrossel temporário;
2. Publicação em área restrita;
3. Falta de atualização do site da operadora no CADOP.

Qualquer dúvida sobre concessão de acesso no Portal Operadoras pode ser esclarecida em contato pelo e-mail: portaloperadoras@ans.gov.br.

PLANOS DE SAÚDE ACIONAM JUSTIÇA PARA SUSPENDER CONSULTA PÚBLICA DA ANS SOBRE REAJUSTES

Gazeta do povo – 06/02/2025

A Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge) acionou a Justiça do Distrito Federal para que seja suspensa em caráter liminar a consulta pública da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre alterações nas regras da política de preços e reajustes de convênios.

Ao entrar com um mandado de segurança contra a consulta da ANS, a Abramge alegou supostos vícios de procedimentos.

A associação disse que o tempo para apresentação de sugestões não foi suficiente dada a complexidade do tema.

No documento enviado à Justiça, a associação destacou que parte do período determinado pela ANS coincidiu com feriados e com os recessos parlamentar e judiciário.

Em dezembro de 2024, a ANS deu 45 dias para que operadoras, consumidores e instituições da sociedade civil enviassem sugestões para o debate nas audiências públicas.

O prazo para o envio das sugestões terminaria na última segunda-feira (3), mas foi prorrogado por mais uma semana.

A extensão do prazo se deu após uma recomendação do Ministério Público Federal (MPF) para que o processo fosse prorrogado por mais 60 dias.

“O prazo de 45 dias conferido pela ANS – que é o mínimo exigido em lei - é incontestavelmente insuficiente para viabilizar, de forma efetiva, a participação social em um procedimento que, reitere-se, abrange quatro temas

regulatórios extremamente complexos e sensíveis que justificariam, individualmente, cada qual uma consulta pública específica”, diz um trecho do pedido enviado pela Abramge à Justiça.

A consulta pública da ANS trata sobre 4 eixos temáticos:

- reajustes e rescisão contratual em planos coletivos;
- mecanismos de regulação financeira;
- venda de planos de saúde online e;
- revisão técnica das tarifas.

As mudanças pleiteadas pela ANS podem beneficiar empresas que operam planos coletivos e individuais e se encontram em dificuldade financeira.

O que diz a ANS

Em nota, nesta quarta-feira (5), a ANS negou que tenha desrespeitado as recomendações do MPF e afirmou “que os temas que estão sendo tratados na referida proposta são iniciativas que protegem os consumidores à medida que visam promover maior segurança e previsibilidade aos beneficiários”.

“São assuntos que vêm sendo discutidos há muitos anos - alguns desde 2015. É preciso considerar, ainda, que estão sendo proporcionadas diversas formas de participação social

desde outubro de 2024, como a realização de audiências públicas e de consulta pública”, diz outro trecho da nota.

Segundo a Agência, após a análise das sugestões recebidas, será elaborado um relatório e novas rodas de discussão sobre o assunto poderão ser realizadas.

DESEMPENHO DE 74,9% DAS OPERADORAS É CONSIDERADO ‘BOM’ OU ‘EXCELENTE’ PELA ANS

Medicina S/A – 06/02/2025

O desempenho de quase 75% das operadoras de saúde do país foi considerado “bom” ou “excelente” pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no melhor resultado por faixa avaliativa do setor desde 2017. A análise foi feita pela Blendus, healthtech que atua na governança de dados regulatórios em saúde suplementar, com base nos dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), divulgados pelo órgão regulador no final de dezembro com a avaliação de 833 operadoras no país.

O IDSS é uma nota atribuída anualmente pela ANS às operadoras de saúde que avalia dimensões como qualidade e atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação. A classificação varia de 0 a 1, sendo 1 a melhor nota. Os números divulgados são referentes ao ano-base 2023, e a análise da Blendus levou em conta as médias aritméticas simples do IDSS, sem diferenciação em relação ao porte das operadoras.

De acordo com o levantamento, 52,2% das operadoras de saúde foram classificadas na faixa de avaliação “boa”, enquanto 22,7% foram consideradas “excelentes”. A escala utilizada pela ANS conta ainda com as faixas “intermediária”, onde se enquadraram 16% das operadoras, “penúltima” (7,7%) e “última” (1,3%).

Levando em conta todas as dimensões do IDSS, a média geral das operadoras de saúde foi de 0,6786, melhor desempenho em quatro anos. Por outro lado, apenas 2,16% (18 operadoras) receberam a nota máxima no IDSS.

Para Flávio Exterkoetter, CEO e sócio-fundador da Blendus, os resultados são positivos para o setor. “Fazendo uma análise do cenário como um todo, os números revelam que as operadoras de saúde estão melhorando o desempenho em aspectos como serviços e atendimentos, com base nos critérios da ANS. Ao mesmo tempo, demonstram também uma evolução na qualidade e tratamento de dados, pois isso diminui erros na comunicação com a Agência Nacional de Saúde e tem impacto importante na avaliação”, analisa.

Garantia de acesso segue como principal desafio

Entre as dimensões avaliadas pela ANS, a Garantia de Acesso (IDGA) registrou o menor desempenho, com média de 0,4232 no ano-base 2023. Historicamente, essa é uma

dimensão desafiadora para as operadoras. “Mesmo em 2019, quando o setor alcançou sua melhor média nessa categoria, o índice foi de apenas 0,4594, ainda dentro da faixa avaliativa intermediária”, destaca Flávio Exterkoetter, CEO da Blendus.

Um dos principais entraves nessa dimensão é o indicador 2.2. Ele avalia o acesso dos beneficiários idosos à consulta eletiva com seu médico generalista, com meta de duas consultas ao ano para cada um dos beneficiários da operadora com 60 anos ou mais. Em 2023, 73,2% das operadoras receberam nota zero nesse indicador, enquanto 92,81% das operadoras foram enquadradas nas faixas “penúltima” ou “última”.

Em contrapartida, a Sustentabilidade no Mercado (IDSM) foi a dimensão mais bem avaliada, com média de 0,8863, o melhor desempenho desde 2017. Em seguida, aparecem Gestão de Processos e Regulação (IDGR), com 0,8104, e Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS), que alcançou 0,6714, também registrando sua melhor média desde 2017.

Sul lidera desempenho regional no IDSS

As operadoras da região Sul apresentaram a melhor média de desempenho no último Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), com 0,7323, destacando-se como a região mais bem avaliada do país, ainda conforme a análise da Blendus. Na sequência, aparecem Centro-Oeste (0,6836), Norte (0,6813), Sudeste (0,6670) e Nordeste (0,6574).

Apesar da média positiva na maior parte do país, três estados do Nordeste ficaram com a média na faixa intermediária: Piauí (0,5991), Sergipe (0,5967) e Maranhão (0,5622). Já no Norte, o Amazonas foi o único estado

a registrar média intermediária (0,5655). As demais unidades federativas apresentaram médias nas faixas avaliativas “boa” ou “excelente”, reforçando os avanços gerais observados nas operadoras em todas as regiões.

“Os resultados do IDSS reforçam a importância de uma gestão estratégica e eficiente dos dados regulatórios pelas operadoras de saúde, o que contribui para decisões assertivas que podem influenciar a melhoria assistencial à saúde dos beneficiários”, comenta Flávio Exterkoetter.

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.br.

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

© 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.