

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

26 de fevereiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Troca de dados pode melhorar eficiência do sistema de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

[Inflação médica pode levar a aumento de até 21,8% nos planos de saúde; entenda](#) – Fonte InfoMoney

[Digitalização e gestão estratégica impulsionam o setor da saúde](#) – Fonte: Terra

[ANS inicia o Ciclo de Monitoramento Promoprev – 2025saúde](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Explosão de diagnósticos faz surgir rede de clínicas especializadas em TEA](#) – Fonte: Estadão

[Consulta pública da ANS gera polêmica ao propor mudança na idade para mamografia](#) – Fonte: InfoMoney

[Projeto amplia poder de fiscalização de agência sobre qualidade de planos de saúde](#) – Fonte: Câmara Leg

[Entenda os motivos da ANS para a criação de um novo plano de saúde](#) – Fonte: CQCS

[Servidores da ANS dizem que novo plano de saúde ambulatorial é retrocesso](#) – Fonte: Valor Econômico

[Complexo hospitalar de Niterói usa IA para prevenir AVCs em idosos assintomáticos](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS prevê manter no mercado tanto cartões de desconto em saúde como convênio médico ambulatorial](#) –
Fonte: Valor Econômico

TROCA DE DADOS PODE MELHORAR EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Valor Econômico – 26/02/2025

A interoperabilidade, que permite a troca segura de informações entre diferentes sistemas de saúde, é apontada como peça-chave para a modernização e melhor qualidade da assistência e eficiência do setor. Trata-se de um dos eixos da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao promover a saúde digital e é apontada como uma tendência que contribui para a sustentabilidade do setor.

“Aumenta a eficiência da gestão, não só de recursos, mas de políticas públicas, permitindo a troca coordenada de dados entre diferentes organizações, promovendo a portabilidade de informações e redução de gastos desnecessários. Hoje, no Brasil, o gerenciamento do sistema público de saúde é complexo e a situação dos planos de saúde é desafiadora”, afirma a advogada Elysangela Rabelo, sócia da área de life sciences e sócia do escritório Demarest.

Operadoras de planos de saúde alcançaram níveis preocupantes de prejuízos em 2022, com déficit operacional em torno de R\$ 11 bilhões. Desde então, a situação passou a ser revertida. Em 2024, no acumulado até setembro, atingiram lucro líquido de R\$ 8,7 bilhões. Entretanto, parte desse resultado se deve ao aumento das mensalidades, à recuperação econômica pós-pandemia e à renegociação de contratos com prestadores de serviços, em um movimento de reorganização financeira.

“É nesse contexto que a interoperabilidade se torna crucial para evitar que a solução para a sustentabilidade do sistema continue se dando por meio de medidas de restrição de acesso ou de aumento de preços”, frisa Rabelo. Ela coordenou um levantamento sobre o panorama da interoperabilidade no Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Chile e México.

O Brasil, com México e Argentina, é um dos países que mais evoluíram em regulação na região. Entre as principais normas estão uma portaria que define padrões de informação e interoperabilidade entre SUS, sistemas privados e suplementares e uma outra que dispõe sobre a política nacional de informação e informática em saúde.

HC une plataformas de dados para que médicos e pacientes possam acessá-las em suas telas

Segundo advogada, as exigências de interoperabilidade para a rede privada são apenas para aquelas que se conectam com o setor público, como em casos de hospitais que prestam serviços ao SUS e que recebem reembolsos. “Já para as instituições exclusivamente privadas, não há regras específicas”, explica Rabelo.

Em 2020, foi dado um passo importante em relação à infraestrutura para troca de informações, com a criação da plataforma Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Em que pesem os avanços, Rabelo diz serem necessários esforços coordenados e investimentos significativos. O grande desafio é a existência de múltiplos atores com plataformas e padrões de dados distintos.

“A interoperabilidade não é total e plena, e deve ser resolvida a partir de casos de uso, elegendo os temas mais importantes”, avalia Guilherme Zwicker da Rocha, médico e presidente da Health Level Seven (HL7) no Brasil, organização sem fins lucrativos que desenvolve padrões e protocolos. A pandemia de covid-19, por exemplo, impulsionou a adoção de padrões para notificações, índices de mortalidade e vacinação. A partir dessa iniciativa, originou-se a RNDS, que funciona como uma infovia, e passou a agregar outros casos.

O HL7 está auxiliando o governo federal em especificações técnicas do prontuário do paciente que rodará na RNDS. “É uma plataforma de interoperabilidade, de troca de dados em saúde, começando pelo SUS, mas já estamos trabalhando com a Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS] também”, diz Ana Estela Haddad, secretária de informação e saúde digital do Ministério da Saúde. A ideia é acompanhar a jornada do paciente, sem barreiras.

O Meu SUS Digital, que permite ao cidadão acompanhar seu histórico, foi criado a partir da RDS. Há também interfaces para facilitar o trabalho de profissionais de saúde e de gestores. Em 2024, o Ministério da Saúde destinou R\$ 454 milhões para iniciativas de digitalização e interoperabilidade.

Diversas instituições estão conduzindo inovações. O Hospital das Clínicas da USP criou uma diretoria de saúde digital, liderada pelo professor Carlos Carvalho, um dos coordenadores do comitê de crise do governo paulista na pandemia. “Estamos unificando múltiplas plataformas de dados para que os médicos e pacientes possam acessá-las em suas telas”, diz o professor.

O HC também atua em projetos e provas de conceito em parceria com os governos federal e estadual. Recentemente, foi criada a TeleUTI Conectada, plataforma para integrar e monitorar remotamente pacientes graves em UTIs, incluindo sinais vitais, ventilação mecânica e administração de medicamentos. O sistema permite a troca de experiências entre equipes médicas e a tomada de decisões em tempo real.

Desde 2017, a Dasa investe em transformação digital e interoperabilidade. Primeiro focou em infraestrutura e governança, depois em modelos para melhorar o desfecho dos pacientes e as decisões clínicas. Conforme Leonardo Vedolin, vice-presidente da área médica da companhia, um dos exemplos é o sistema, desenvolvido em parceria com a startup NoHarm, que faz o cruzamento de dados de medicamentos usados pelos pacientes, por meio de inteligência artificial, para prevenir erros e interações medicamentosas.

A Rede D'Or considera a integração das informações médicas e operacionais uma vantagem competitiva, pois resulta em menores custos administrativos. Com uma trajetória de expansão via fusões e aquisições, a empresa construiu um “framework” para padronizar e interoperar dados de forma ágil, segundo Fábio Andrade, diretor de inovação.

No caso das mamografias, por exemplo, quando os resultados indicam câncer, os médicos solicitantes dos exames são prontamente informados, o que resultou em uma

redução de 36% no tempo para o início do tratamento das pacientes, que costumam demorar para retirar seus exames.

INFLAÇÃO MÉDICA PODE LEVAR A AUMENTO DE ATÉ 21,8% NOS PLANOS DE SAÚDE; ENTENDA

InfoMoney – 26/02/2025

Para 2025, a previsão é uma leve redução na inflação, com estimativa de 12,9% de aumento no mesmo período.

A inflação médica no Brasil pode ter aumento de até 14,1% considerando o ano-base de 2024 e motivar reajustes nos planos de saúde empresariais entre 13,7% e 21,8%, a depender do porte da companhia. Para 2025, a previsão é de uma leve redução na inflação, com estimativa de 12,9% de aumento no mesmo período.

Entre os fatores que motivam o crescimento nos custos médicos, avalia Bruno Autran, CEO da Aja Seg, está a dependência por tecnologia importada para diversos serviços médicos, que sofre impacto direto com a valorização do dólar, e o excesso de judicialização envolvendo beneficiários e planos de saúde e a garantia de cobertura ilimitada de terapias.

Ainda assim, o arrefecimento da inflação médica em 2025 tende a trazer efeitos positivos para os reajustes anuais de preços dos planos de saúde para 2026.

“Os principais fatores que devem contribuir para a inflação médica consolidada de 2024 incluem o envelhecimento da população, que aumenta a demanda por tratamentos complexos e internações, e a judicialização, que eleva os custos ao forçar as operadoras a cobrir procedimentos não contratados, como medicamentos experimentais”, diz Autran.

De acordo com o especialista, a adoção de tecnologias sem uma avaliação rigorosa de custo-efetividade, o modelo de

remuneração *fee-for-service*, que incentiva a realização excessiva de procedimentos, e a grande variação nos preços de insumos, também são fatores relevantes. “Além disso, fraudes, desperdícios e a rigidez regulatória, como o rol de procedimentos obrigatórios, pressionam os custos”, diz Autran.

Para ele, esses fatores continuarão a influenciar os custos médicos em 2025. “O envelhecimento da população e a judicialização são tendências que persistem, enquanto a inflação médica (VCMH) historicamente supera a inflação geral”, afirma.

Segundo ele, a valorização do dólar em relação ao real pressiona os preços, já que o Brasil é um grande importador de tecnologia médica, cujos preços são cotados em dólar.

De acordo com ele, os ajustes de preços são repassados aos contratantes dos planos de saúde de maneiras diferentes. Para planos coletivos (empresariais), as operadoras negociam os reajustes diretamente com as empresas, levando em conta índices como a inflação médica e a sinistralidade histórica. Nos planos individuais, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é responsável por definir os reajustes, que muitas vezes ficam abaixo dos custos reais.

“Essa diferença desestimula as operadoras a oferecerem planos individuais, resultando em carteiras envelhecidas e com poucos novos beneficiários.”

DIGITALIZAÇÃO E GESTÃO ESTRATÉGICA IMPULSIONAM O SETOR DA SAÚDE

Terra – 25/02/2025

Clínicas adotam tecnologia para otimizar operações e ampliar competitividade.

O setor de saúde suplementar no Brasil vem passando por uma transformação impulsionada pela necessidade de gestão mais eficiente em consultórios e clínicas. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de beneficiários em planos de saúde alcançou 50,9 milhões em 2024, o maior patamar desde 2015. Esse crescimento tem levado clínicas e hospitais a investirem em tecnologia e profissionalização da gestão para otimizar operações e garantir maior previsibilidade no mercado.

Para Ricardo Novack, sócio-diretor do Grupo ICOM, a modernização da gestão tornou-se essencial para acompanhar a evolução do setor. “A digitalização de processos e o uso estratégico de dados têm sido fundamentais para clínicas e hospitais que querem melhorar a eficiência e fortalecer sua posição no mercado. Os gestores

que não investem em tecnologia, irão enfrentar dificuldades para expandir e manter a qualidade do atendimento”, afirma.

A capacitação de profissionais da saúde também tem sido um pilar desse avanço. Programas voltados à qualificação gerencial têm ajudado clínicas de estética e medicina a aprimorarem seus processos e elevarem sua competitividade.

Esse movimento impulsionou a demanda por consultorias especializadas em gestão estratégica na saúde, contribuindo para a expansão do setor. O Grupo ICOM, por exemplo, projeta um faturamento de R\$ 300 milhões em 2025 e pretende alcançar R\$ 1 bilhão até 2030.

Eficiência e conformidade regulatória como diferenciais

Além do investimento em tecnologia, a adoção de boas práticas de gestão é fundamental para evitar problemas

regulatórios e reduzir riscos operacionais. Clínicas que seguem diretrizes estabelecidas por entidades como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) conseguem fortalecer sua reputação e oferecer um atendimento mais seguro aos pacientes.

“Estar alinhado às regulamentações não é apenas uma exigência legal, mas um diferencial competitivo. Quando uma clínica segue as normas com rigor, transmite mais credibilidade e segurança ao mercado”, ressalta Novack.

A análise de indicadores de desempenho também tem permitido que clínicas aprimorem processos, reduzam desperdícios e tomem decisões estratégicas com maior

precisão. Esse movimento não apenas melhora a previsibilidade dos negócios, mas também impacta diretamente a qualidade do atendimento e os resultados clínicos.

Outro fator determinante para o sucesso das clínicas é a experiência do paciente. O investimento em tecnologia aliado a um atendimento eficiente e personalizado tem sido um diferencial competitivo. “O paciente moderno busca mais do que um serviço de qualidade – ele quer um atendimento diferenciado. Clínicas que compreendem essa necessidade e oferecem soluções integradas ganham vantagem no mercado”, conclui Novack.

ANS INICIA O CICLO DE MONITORAMENTO PROMOPREV – 2025

(GOV) ANS– 25/02/2025

Operadoras têm até 1º de abril para envio das informações dos programas cadastrados até 31/08/2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está aberto o Ciclo de Monitoramento Promoprev - 2025.

Esse ciclo é destinado aos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças das operadoras aprovados e que tenham sido cadastrados até 31/08/2024. Os programas aprovados e cadastrados, a partir dia 01/09/2024, serão monitorados no Ciclo de Monitoramento Promoprev - 2026.

O prazo para envio dos Formulários de Monitoramento (FM) é até 1º de abril de 2025

Atenção:

- O quantitativo da população-alvo, originalmente informado pelo Formulário de Cadastramento (FC), deve ser atualizado por meio do **Formulário de**

Alteração (Falt). Para enviar o formulário de monitoramento (FM), a população-alvo deve ser atualizada previamente.

- Caso a operadora já tenha gerado um formulário de monitoramento (FM) antes de atualizar as informações, deverá solicitar a exclusão para a ANS. Apenas depois de atualizar os dados por meio do formulário de alteração (Falt), a operadora deverá gerar um novo formulário de monitoramento (FM).

Para acessar o formulário [clique aqui](#).

A ANS disponibiliza, periodicamente, a lista das operadoras que tiveram programas aprovados pela ANS. Clique [aqui](#) e conheça.

Para saber mais sobre o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev). [Confira](#) aqui.

Confira [neste link](#) algumas orientações para envio do FM.

EXPLOSÃO DE DIAGNÓSTICOS FAZ SURGIR REDE DE CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM TEA

Estadão – 25/02/2025

Só a Hapvida já abriu 86 unidades. Em 2024, investiu R\$ 40 milhões na área.

O crescimento no diagnóstico do transtorno do espectro autista (TEA) no País, que acompanha uma tendência global, teve um efeito colateral inesperado: o surgimento de uma rede especializada no tratamento de neurodiversidade, inédita por aqui. Com a explosão na demanda por um tratamento sem grande representatividade nos custos antes da pandemia, bem como no número de fraudes, as empresas de saúde passaram a tentar controlar a distorção repentina. Entre as soluções, está o investimento em clínicas especializadas, centrais exclusivas de atendimento e cadastramento de prestadores de serviços selecionados. Além, é claro, da intensificação no combate a fraudes.

Com quase 16 milhões de beneficiários, a Hapvida é conhecida por sua operação verticalizada e, até agora, abriu

86 unidades exclusivas para pacientes com TEA, distribuídas pelas cinco regiões do País. Apenas no ano passado, investiu R\$ 40 milhões em 35 novas unidades e 366 salas, com capacidade de atendimento de 30 mil pacientes com o transtorno.

Nas clínicas, há profissionais multidisciplinares, como psicólogos, psicopedagogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas e musicoterapeutas. Todos são especialistas em atender pacientes com neurodivergência, como TEA e TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade).

Vem mais por aí

Para 2025, a Hapvida prevê abrir mais 15 unidades e 212 novas salas de atendimento. O investimento estimado será novamente de R\$ 40 milhões.

O Bradesco Saúde fez uma central de atendimento exclusiva para os pacientes com TEA. Também duplicou a rede de prestadores para atendimento ao transtorno, com mais de 570 credenciados no País.

Já a SulAmérica inaugurou, no ano passado, a primeira clínica Aproximar em Santo André, na região metropolitana da capital. Prevê expansão da rede para todo País, mas não dá detalhes de investimentos.

Movimento acompanha a demanda

O movimento atende a uma demanda recente dos clientes dos planos de saúde, com a alta no diagnóstico do transtorno no pós-pandemia. Para se ter uma ideia do crescimento da condição, o Censo Escolar de 2022 contou 429 mil alunos matriculados com TEA, com alta de 280% sobre o ano anterior. Em 2023, dado mais recente, o número de matrículas chegou a 636 mil alunos com o diagnóstico, com crescimento de 48%.

Esses números têm reflexos, por consequência, na saúde. Segundo ofício da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) enviado à CPI dos Planos de Saúde no Rio de Janeiro, o número de pessoas com deficiência nos planos de saúde associados passou de 22.119, em 2019, para 47.846, até maio do ano passado. A alta foi de 116%. Não é possível saber quantos, entre os deficientes, são portadores de TEA por sigilo de dados.

Para Walter Cintra Ferreira, médico sanitário e professor de gestão em saúde da FGV, tem havido uma condução desastrosa, por parte do poder público, desde que o tema se tornou evidente. “Não houve, até agora, um regramento técnico baseado em evidências para o tratamento e o cuidado desse transtorno”, diz ele. “Com toda a empatia às famílias dos portadores de TEA, já que não é possível deixar ninguém desassistido, os tratamentos já deveriam estar determinados há tempos e com uma discussão madura sobre o tema, dentro da estrutura atuarial dos planos de saúde.”

CONSULTA PÚBLICA DA ANS GERA POLÊMICA AO PROPOR MUDANÇA NA IDADE PARA MAMOGRAFIA

InfoMoney – 22/02/2025

Proposta contestada por entidades médicas sugeria realização de mamografias a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos.

Uma consulta pública realizada recentemente pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para discutir mudanças na Resolução Normativa 506, de 2022, que trata do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica deixou muita gente com o alerta ligado para possíveis mudanças na realização de mamografia para detecção de câncer de mama.

Segundo a ANS, o objetivo da proposta em discussão é avaliar critérios para certificação de boas práticas em oncologia de operadoras de planos de saúde, incluindo a realização do rastreamento populacional do câncer de mama.

A proposta constante na consulta pública 144 sugere que as operadoras incentivem, de forma proativa, a realização de mamografias a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. Essa diretriz, informa a ANS, segue recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde, que apontam maior evidência de redução da mortalidade nessa faixa etária. No Brasil, cerca de 5,2 milhões de mulheres com planos de saúde se encaixam nesse grupo.

Qual é o impacto no plano de saúde?

Na prática, uma medida como essa impacta na cobertura do plano de saúde? O advogado Caio Henrique Fernandes, sócio do escritório Vilhena Silva, esclarece que a cobertura obrigatória da mamografia permanece inalterada – inclusive a agência reguladora divulgou um comunicado esclarecendo isso.

Atualmente, é garantida a cobertura do exame do câncer de mama com mamografia bilateral para mulheres de qualquer idade, conforme indicação médica, e com mamografia digital

para mulheres de 40 a 69 anos, informa a ANS no comunicado.

“Quando a ANS estipula no rol de procedimentos o rastreamento para detecção do câncer a partir dos 40 anos de idade se refere a um exame preventivo. Os planos de saúde não costumam fazer isso, mas eles deveriam proativamente ligar para seus beneficiários dentro dessa faixa etária e propor essa realização da mamografia. Mas, se a usuária tem histórico na família, se tá com um nódulo, mas não tem 40 ainda, o plano é obrigado a cobrir o exame se o médico prescrever”, ressalta Fernandes.

A principal preocupação levantada por entidades médicas é a possível interpretação de que o rastreamento deve começar apenas aos 50 anos, enquanto estudos indicam que o câncer de mama é comum entre 40 e 49 anos. Para essas instituições, a recomendação poderia reduzir a frequência de exames e retardar diagnósticos precoces.

Um estudo do INCA (Instituto Nacional de Câncer) aponta que são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência. Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente (depois do de pele não melanoma), com 74 mil casos novos previstos por ano até 2025.

O advogado Fernando Bianchi, sócio do escritório M3BS, reforça que a consulta pública não trata de mudanças na cobertura obrigatória, mas sim de um programa facultativo. “Não se trata de cobertura, trata-se realmente de uma certificação e de um programa não obrigatório, inclusive para as operadoras”, salienta. Segundo ele, nesse caso o reflexo da medida para as usuárias dependerá da adesão das operadoras.

O processo regulatório prevê etapas de análise das contribuições recebidas antes de votação final da norma pela Diretoria Colegiada da ANS.

Para as usuárias que enfrentarem recusa na cobertura de mamografias fora dos critérios estabelecidos, a orientação dos advogados é buscar a ANS por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Se a negativa persistir, a paciente pode recorrer ao Judiciário para garantir a realização do exame.

No fim de janeiro, a ANS se reuniu com as entidades CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia), SBM (Sociedade Brasileira

de Mastologia), FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), FEMAMA (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama), SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), Instituto Nacional de Câncer (INCA) e concedeu um prazo de 30 dias para as instituições apresentarem estudos científicos e dados técnicos, bem como sugestões de aprimoramento da norma em complemento aos que já foram enviados durante a Consulta Pública. Representantes das entidades sugeriram que a agência inclua também as mulheres com idades de 40 a 49 anos no programa, com base nesse estudos a serem apresentados.

PROJETO AMPLIA PODER DE FISCALIZAÇÃO DE AGÊNCIA SOBRE QUALIDADE DE PLANOS DE SAÚDE

Câmara Leg – 21/02/2025

Proposta está em análise na Câmara dos Deputados.

O Projeto de Lei 4197/24, em análise na Câmara dos Deputados, obriga a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a criar um sistema para captar informações sobre o atendimento prestado pelos planos de saúde. O objetivo é ter uma métrica para avaliar a qualidade dos serviços.

Os dados serão fornecidos, on-line, pelas operadoras dos planos, por meio do Sistema Nacional de Coleta de Dados em Saúde Suplementar. As empresas deverão apresentar, diariamente, informações como atendimentos prestados e tempo de espera de pedidos, entre outras.

As mesmas informações serão disponibilizadas aos usuários dos planos. Os dados serão usados para criar um sistema de pontuação para as operadoras. A medida poderá ajudar os consumidores na escolha dos planos de saúde mais eficientes.

O descumprimento dessas regras sujeitará a operadora a penalidades, que vão de advertência a cancelamento do funcionamento.

Distorção dos resultados

Segundo a deputada Meire Serafim (União-AC), autora do projeto, o intuito da medida é ampliar a fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde. Atualmente, de acordo com a parlamentar, o processo de avaliação feito pela ANS é, em grande parte, conduzido pelas próprias operadoras, o que pode levar à distorção dos resultados.

“Embora a lei que criou a ANS já tenha atribuído à agência a responsabilidade de regular o setor, é evidente que a fiscalização da qualidade precisa ser intensificada, especialmente diante das recorrentes denúncias de atendimento inadequado”, afirma Meire Serafim.

Próximos passos

O projeto será analisado em caráter conclusivo pelas comissões de Defesa do Consumidor; de Saúde; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, a proposta precisa ser aprovada na Câmara e no Senado

ENTENDA OS MOTIVOS DA ANS PARA A CRIAÇÃO DE UM NOVO PLANO DE SAÚDE

CQCS – 21/02/2025

A escassa oferta de planos de contratação individual ou familiar no mercado e regras de elegibilidade mais restritivas para a contratação de planos coletivos levaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propor a implementação de um ambiente regulatório experimental para testar um produto com cobertura para consultas estritamente eletivas e exames. A proposta é pauta da Consulta Pública 151, disponível para contribuições até abril.

Em documento intitulado “Exposição de Motivos” – para a criação do ambiente experimental –, a agência aponta que, ao longo dos últimos anos, constatou uma redução substancial da oferta de planos de contratação individual ou

familiar no mercado de saúde suplementar, principalmente, por operadoras de grande porte.

“Verifica-se que em 10 anos houve um aumento de 49% de planos coletivos empresariais, um aumento de 38% de planos coletivos por adesão, e uma redução de 41% de planos individuais ou familiares”, afirma a ANS em documento. Os dados foram extraídos do Registro de Planos de Saúde (RPS), com data de referência de fevereiro de 2024. Na Sala de Situação da Agência, com dados de dezembro de 2024, o número de beneficiários de planos desse tipo é de 8.703.026; nos de coletivo, o total apresentado é 43.469.438.

A ANS está, ainda, atenta à baixa adesão de planos individuais ou familiares por estados. Segundo relatório, em

15 estados, o percentual está abaixo da média brasileira (17,3%). “A baixa representatividade de beneficiários em planos individuais ou familiares fica ainda mais patente quando examinamos a proporção dos beneficiários em relação à população da respectiva unidade federativa”, diz. “Quando comparamos a proporção de beneficiários entre os planos individuais e coletivos, constatamos que há uma grande disparidade entre esses dois tipos de contratação em todas as unidades federativas brasileiras, com exceção do Piauí”, acrescenta. Diferenças expressivas entre beneficiários de planos individuais e coletivos por estado:

- Distrito Federal – 1,7% / 31,7%
- São Paulo – 7,2% / 33,5%
- Espírito Santo – 3,5% / 30%
- Rio de Janeiro – 5% / 30,3%

Segundo a Agência, a escassez de planos individuais se deve a dois fatores principais: a maior intervenção regulatória sobre esses produtos e a preferência das operadoras por planos coletivos, que oferecem mais liberdade na definição de reajustes e permitem a rescisão unilateral. Nos planos individuais, os reajustes são definidos pela ANS, e a rescisão só pode ocorrer em casos de inadimplência ou fraude, o que reduz a atratividade desse tipo de contrato para as operadoras.

Além disso, as regras de elegibilidade para os planos coletivos limitam sua contratação a pessoas que possuam vínculo com uma pessoa jurídica, seja por meio de emprego, associação profissional ou empresarial. Isso exclui trabalhadores informais, desempregados e idosos, grupos que frequentemente necessitam de assistência médica, mas enfrentam barreiras para ingressar na saúde suplementar.

Características do produto

Diante do cenário, a ANS propõe a criação de um produto que será um plano coletivo por adesão, com cobrança direta ao beneficiário e sem intermediação de administradoras. Além disso, permitirá a contratação sem vínculo com entidades de classe ou profissionais.

O plano oferecerá cobertura ambulatorial e hospitalar, mas sem reembolso de despesas médicas ou portabilidade de carências. Terá mecanismos de regulação, como coparticipação limitada a 30% e direcionamento do atendimento. A rescisão unilateral será restrita, e a ANS permitirá bônus para incentivar a permanência. O sandbox terá duração de dois anos, com avaliação ao final.

O prazo para enviar contribuições vai até o dia 4 de abril. Durante esse período, as partes interessadas poderão enviar sugestões, críticas e outras manifestações. Para mais: <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/151>

SERVIDORES DA ANS DIZEM QUE NOVO PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL É RETROCESSO

Valor Econômico – 21/02/2025

O novo plano de saúde ambulatorial permite apenas consultas e exames, sem cobertura de internação e quaisquer terapias.

Os servidores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se manifestaram novamente contra o novo plano de saúde ambulatorial, que permite apenas consultas e exames, sem cobertura de internação e quaisquer terapias e que está em fase de consulta pública. Eles destacam que o produto é um retrocesso às conquistas obtidas com a regulamentação do setor em 1998 e pode provocar um processo migratório para planos com menor cobertura.

“Olhando para o passado não seria absurdo cogitarmos um novo movimento migratório das operadoras para esse novo produto, com menores riscos, e os atuais planos completos, em sua maioria coletivos, começariam a sair da prateleira apresentados com preços ainda maiores, tornando-se insustentáveis”, diz trecho de comunicado postado pela Assetans, associação dos servidores e demais funcionários da ANS, em suas redes sociais.

Os servidores destacam ainda que colocar o novo plano ambulatorial como projeto-piloto por dois anos não é tempo suficiente para identificar e contornar os possíveis “efeitos colaterais adversos”. E, que o ideal seria realizar uma análise de impacto regulatório prévio com soluções possíveis.

QUE NOVO PLANO DE SAÚDE

Esse posicionamento ocorre após os técnicos da agência reguladora não terem assinado a proposta do produto ambulatorial, apresentado há cerca de dez dias pela diretoria colegiada da ANS.

Na época, o argumento apresentado pela diretoria é que é comum e saudável técnicos discordarem.

Em entrevista ao Valor nesta semana, o diretor de normas e habilitação da ANS, Alexandre Fioranelli, que lidera o projeto, disse não acreditar num movimento de migração para produtos mais baratos, tornando o plano de saúde com cobertura hospitalar um convênio “premium”, porque há no mercado grandes redes hospitalares e operadoras com rede própria.

Os servidores da ANS ressaltam ainda que os planos de saúde individual perderam espaço no mercado por conta de suas regras mais rígidas, com reajuste controlado e proibição de cancelamento unilateral. E que os planos coletivos com regulação mais livre passaram a ocupar prioritariamente as prateleiras.

Dentro dessa linha de raciocínio, eles argumentam que os produtos ambulatoriais tendem a passar pelo mesmo movimento.

COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI USA IA PARA PREVENIR AVCs EM IDOSOS ASSINTOMÁTICOS

Saúde Business – 21/02/2025

Novo protocolo cardiológico detecta fibrilação atrial em pacientes internados, prevenindo AVCs e promovendo mais qualidade de vida na terceira idade.

Com o crescimento da população idosa no Brasil – que, segundo o IBGE, já representa 15,6% dos brasileiros em 2023 –, a prevenção de doenças cardiovasculares tornou-se uma prioridade. Atento a essa realidade, o Complexo Hospitalar de Niterói (CHN) implementou um novo protocolo em sua linha de cuidados cardiológicos para reduzir o risco de acidente vascular cerebral (AVC).

A iniciativa conta com o suporte da plataforma Kardia e foca na detecção precoce da fibrilação atrial, uma arritmia cardíaca silenciosa que, se não tratada, pode levar ao AVC. Como parte do protocolo, todos os pacientes com 65 anos ou mais internados no hospital, mesmo sem sintomas cardiovasculares, passam por um eletrocardiograma para avaliar a presença dessa condição.

Diagnóstico ágil e preciso com IA

“A arritmia cardíaca pode se manifestar de forma intermitente, dificultando tanto a percepção do paciente quanto o

diagnóstico em exames de rotina”, explica o Dr. Rafael Vilanova, gerente de Cardiologia do CHN. “Muitos idosos convivem com essa condição sem saber, pois não apresentam sintomas evidentes.”

Para tornar o diagnóstico mais ágil, a plataforma Kardia utiliza inteligência artificial para priorizar os laudos, sinalizando aos cardiologistas quais casos exigem avaliação imediata. Se a fibrilação atrial for detectada, a equipe especializada intervém rapidamente para tratar a condição e evitar a evolução para um AVC.

Impacto positivo na saúde dos idosos

A estratégia já apresenta resultados expressivos. “O AVC é uma das doenças mais prevalentes no Brasil e pode causar sequelas incapacitantes. Qualquer ação para reduzir sua incidência tem um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos”, ressalta Vilanova. “Em 2024, conseguimos identificar mais de 60 pacientes assintomáticos para fibrilação atrial, internados por outras condições, como cirurgias ortopédicas.”

ANS PREVÊ MANTER NO MERCADO TANTO CARTÕES DE DESCONTO EM SAÚDE COMO CONVÊNIO MÉDICO AMBULATORIAL

Valor Econômico – 20/02/2025

Ambos os produtos dão direito a consultas e exames, mas não cobrem internação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pretende regular e manter no mercado tanto o cartão de desconto quanto o plano ambulatorial, recém-lançado em caráter experimental por dois anos. Ambos os produtos dão direito a consultas e exames, mas não cobrem internação — um dos itens mais caros da conta médica.

Havia a expectativa de que o cartão de desconto, que já tem cerca de 50 milhões de clientes (praticamente a mesma quantidade de usuários de convênio médico), fosse retirado do mercado com a regulamentação de um plano de saúde com características semelhantes. No entanto, a ANS não pretende ir nessa linha. Ao contrário, vai abrir uma consulta pública dentro de cerca de três meses para entender o perfil desse mercado e das pessoas que adquirem o cartão saúde. Ou seja, será logo na sequência da consulta pública dos planos ambulatoriais, iniciada na terça-feira (18) e que segue até 4 de abril.

A decisão de regular o cartão de saúde e convênio foi devido a uma decisão do Superior Tribunal da Justiça (STJ), do ano passado, determinando que a ANS deve regular os cartões, além dos convênios médicos.

Não somos contra as clínicas populares e o cartão de saúde. Entendemos que há uma parcela da população que não

consegue adquirir o produto ambulatorial, mesmo sendo mais barato que o plano de saúde que temos hoje”, disse o médico Alexandre Fioranelli, diretor de normas e habilitação de produtos da ANS. Ele defende a coexistência de quatro categorias de serviços de saúde para atender às diversas camadas da população no país: SUS, cartão saúde, plano ambulatorial e convênio médico.

O preço do plano ambulatorial — que está sendo classificado pela ANS como produto ambulatorial — ainda não está definido. Uma referência de valor são os atuais convênios médicos ambulatoriais, cujo diferencial é permitir internação de emergência por até 24 horas, que custam em média R\$ 360.

O novo produto tende a ter um preço inferior porque não cobre internação de emergência e terapias (oncológica, psicólogo, fisioterapia, entre outras). O atendimento é exclusivo para todas as consultas e exames que constam na lista de procedimentos médicos da ANS e que as operadoras são obrigadas a cobrir.

Além disso, no novo produto ambulatorial será permitida a cobrança de coparticipação de 30% e haverá uma triagem de atendimento que poderá ser realizada com cinco tipos de médicos: clínico geral, geriatra, ginecologistas, pediatra e ortopedista, que farão um encaminhamento a outros especialistas quando necessário.

As empresas que ofertarem o produto ambulatorial serão obrigadas a fazer provisões para garantir os pagamentos às clínicas e laboratórios. Hoje, as operadoras de planos de saúde precisam ter reservas equivalentes a pelo menos um mês de suas despesas médicas.

O reajuste será feito entre as operadoras e o cliente, ou seja, a agência não vai regular o aumento como ocorre nos convênios médicos individuais.

Mas o produto ambulatorial poderá ser adquirido diretamente por pessoas físicas, empresas ou via entidade de classe. Caso o projeto não vingue após os dois anos de experimentação, a agência vai permitir, em caráter extraordinário, a transferência dos clientes para outras operadoras. A estimativa de Fioranelli é que entre 8 milhões e 10 milhões de pessoas irão adquirir o produto, nos dois anos do projeto-piloto.

Essa projeção foi baseada num universo de 80 milhões de potenciais clientes. Entre eles estão 18 milhões de trabalhadores formais, 39 milhões de autônomos e 25 milhões de idosos sem plano de saúde. Ou seja, a parcela que pode vir a adquirir o benefício é de cerca de 10% desse total.

Fase experimental

Durante a fase experimental, conhecida como sandbox regulatório, outras empresas que não são operadoras de planos de saúde poderão também se candidatar a ofertar o produto ambulatorial nas condições pré-estabelecidas, como exigência de reservas técnicas. Hoje, o cartão saúde é ofertado por diferentes empresas, como clínicas médicas, laboratórios, operadoras de telefonia, energia, varejistas, entre outros.

Questionado sobre os riscos de haver migração do plano de saúde tradicional para o produto ambulatorial e esse se tornar prevalente no mercado, Fioranelli disse que não será permitida a transferência (portabilidade) e haverá acompanhamento por CPF de usuário a fim de checar se houve essa migração. O diretor também nega o risco de o convênio médico com cobertura hospitalar tornar-se um produto premium ofertado para uma pequena parcela da população.

“É difícil imaginar que as grandes operadoras, com redes de hospitais enormes, decidam fechar seus hospitais para ofertar prioritariamente um produto ambulatorial”, afirmou.

Segundo especialistas, um dos riscos do novo produto é a judicialização. Seu “irmão mais velho”, o plano de saúde ambulatorial, com direito à internação de emergência, quase não é comercializado porque as operadoras temem ações judiciais. Há uma dificuldade de retirar um paciente internado em hospital privado após as 24 horas de internação autorizadas pelo plano. Atualmente, há apenas, 1,4 milhão de clientes com plano ambulatorial, o equivalente a 2,7% do total do mercado.

No atual caso, especialistas alegam que o risco é o cliente não entender que o benefício não dá cobertura a cirurgias e internação ou corretores venderem sem deixar esse ponto extremamente claro — uma queixa recorrente no setor. “Ainda há muitas dúvidas se essa solução não vai aumentar a judicialização. Ao saber do diagnóstico, o paciente vai procurar e esperar o SUS ou judicializar”, disse Antônio Britto, diretor executivo da ANAHP, associação dos hospitais privados.

Para o advogado Rogério Scarabel, sócio do escritório M3BS e ex-presidente da ANS, “não há risco de judicialização se o produto for bem vendido. Hoje, o problema está na venda, no esclarecimento claro do plano de saúde”.

Fioranelli, diretor da ANS, argumentou acreditar que a maioria dos clientes do cartão saúde tem ciência de que se trata de um produto com cobertura apenas de consultas e exames e que tendem a entender o produto ambulatorial, mas disse que se diante de um cenário com judicialização ou uma migração de clientes para produtos mais baratos ao invés de incremento de novos contratos na saúde suplementar, a decisão da agência reguladora será suspender o produto após os dois anos do projeto-piloto. “Por isso, todo esse processo vai se dar dentro de um ambiente super regulado, que é o sandbox. Se desvirtuar, a gente simplesmente cancela”, disse Fioranelli. “Esse período de dois anos servirá para a agência levantar dados, fiscalizar, monitorar e responder para a própria sociedade os benefícios, malefícios e prováveis ajustes que precisam ser dados”, complementou.

Um das principais reclamações em torno do novo produto é a retirada de terapias da cobertura. Fioranelli argumentou que se trata de um produto novo e será testado nesses dois anos de fase piloto. A Abramge, entidade do setor, informou que “o novo modelo tem como objetivo oferecer uma alternativa acessível e regulamentada para garantir consultas e exames essenciais no cuidado preventivo, na atenção primária e secundária à saúde”.

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.