

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

12 de março de 2025



## ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde podem ter cobertura obrigatória para pacientes com diabetes tipo 1](#) – Fonte: CQCS

[Ex-presidentes da ANS lançam instituto para qualificar corretores de planos de saúde no Brasil](#) – Fonte: Diário do Rio

[ANS disponibiliza dados de beneficiários referentes a janeiro de 2025](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos odontológicos crescem e sustentabilidade exige uso consciente](#) – Fonte: Revista Apólice

[No vácuo de regulação, oferta de clínicas populares cresce 200% em 12 anos](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[ANS lança painel sobre taxa de intermediação resolvida](#) – Fonte: (Gov) ANS

[STF derruba lei da paraíba que obrigava autorização imediata de testes de covid por planos de saúde](#) – Fonte: Carta Capital

[Planos de saúde recebem quase 2 milhões de clientes novos e demanda crescente desafia setor](#) – Fonte: O Tempo

[Plano de saúde: Médicos alertam sobre riscos de restringir mamografias](#) – Fonte: Metrôpoles

[Tendência de diminuição dos reajustes aplicados pelas operadoras de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

# PLANOS DE SAÚDE PODEM TER COBERTURA OBRIGATÓRIA PARA PACIENTES COM DIABETES TIPO 1

CQCS – 11/03/2025

PCom parecer favorável do senador Otto Alencar, o projeto do Senado (PL 4809/2023) prevê a obrigatoriedade da cobertura integral de despesas dos pacientes com Diabetes tipo 1 por parte dos planos de saúde. A proposta, de autoria do senador Alessandro Vieira (MDB/SE), depende da aprovação em caráter terminativo na Comissão de Assuntos Sociais.

De acordo com o Ministério da Saúde, 16,8 milhões de brasileiros têm diabetes tipo 2. Já o diabetes tipo 1, menos comum, afeta 588 mil pessoas e exige cuidados intensivos,

especialmente no controle contínuo dos níveis de glicose no sangue.

No final do ano passado, a 3ª Turma do STJ decidiu que as operadoras devem cobrir bombas de insulina para diabetes tipo 1, desde que haja necessidade médica comprovada. A decisão considerou a classificação do equipamento pela Anvisa como “produto para saúde” e a interpretação do rol da ANS como referência básica, permitindo a exigência de cobertura com prescrição médica e comprovação científica.

## EX-PRESIDENTES DA ANS LANÇAM INSTITUTO PARA QUALIFICAR CORRETORES DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Diário do Rio – 10/03/2025

Maior beneficiário com certificação dos bons profissionais de venda de planos será o usuário, segundo IQCS.

Em meio ao mercado eternamente em ebulição dos planos de saúde, com judicializações de contratos, cancelamentos unilaterais e milhares de reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o recém-lançado Instituto de Qualificação na Contratação da Saúde Suplementar (IQCS) faz planos otimistas para 2025. Independente e sem vinculação com operadoras ou administradoras de planos, o Instituto chega com o objetivo de se tornar referência na certificação de corretores de planos de saúde no Brasil. Uma espécie de selo ISO para qualificar a tão criticada mão de obra de corretores de saúde. O IQCS tem dois ex-presidentes da ANS no comando: Leandro Fonseca e Paulo Rebello.

“O Instituto foi criado para promover uma profunda mudança na venda de planos de saúde através da certificação dos vendedores mais qualificados. O maior beneficiado será o comprador, o usuário de plano de saúde, já que ele poderá identificar através dos certificados do IQCS quem são os vendedores de planos de saúde mais qualificados e preparados para atendê-lo”, explica o fundador do IQCS, Leandro Fonseca, que comandou a ANS de 2017 a 2019. “Para os usuários de planos de saúde, o principal benefício da criação do IQCS é ter um contrato mais adequado às suas necessidades. Além disso, terá a possibilidade de suporte qualificado para orientações e dúvidas sobre a regulação setorial durante o uso do plano”, completa Fonseca.

O início das atividades do ICQS pode marcar um divisor de águas no tão conturbado mercado de planos de saúde. Segundo Fonseca, com a chegada de Paulo Rebello ao Instituto, como presidente de honra, já é possível que corretores e operadoras busquem a certificação: “Ela é obtida através da participação e aprovação dos profissionais nos cursos promovidos pelo Instituto. São 14 cursos oferecidos, e

o nível de certificação depende da quantidade de cursos realizados. Importante dizer que se trata de plataforma EAD (ensino a distância) e que os cursos, em sua grande maioria, foram produzidos por servidores e gestores da ANS, com até 4 horas de duração cada”.

Um dos principais objetivos do IQCS, segundo Fonseca, é ajudar a reduzir o imenso número de reclamações contra os planos na ANS. Afinal, 80% das mais de 300 mil reclamações anuais que a Agência recebe vêm de negativa de cobertura, o que reflete uma venda mal feita, quando o cliente não sabe ao certo o que foi adquirido com o corretor.

“Muitos dos problemas e reclamações decorrem de vendas mal feitas de planos de saúde. Com o avanço das certificações do IQCS, os vendedores serão mais qualificados e poderão oferecer contratos alinhando as expectativas dos consumidores e contribuindo para reduzir os conflitos que existem no setor entre operadoras e contratantes de planos”, afirma Fonseca.

Ainda de acordo com Fonseca, a chegada do Instituto pode resolver um problema antigo do setor: a falta de regulação, já que não há fiscalização sobre os corretores: “A ANS é o regulador e fiscalizador setorial das operadoras de planos de saúde. Todavia, a lei não trouxe competência específica para esse órgão fiscalizar os vendedores e corretores de planos. Diante desse cenário, existe espaço para uma autorregulação setorial, e o IQCS atende a esse propósito. Com a certificação, os melhores profissionais são valorizados e os piores serão naturalmente expulsos. Nessa autorregulação, as melhores operadoras de planos de saúde, administradoras de benefícios e corretoras devem gradualmente se engajar. De outro lado, as empresas contratantes de planos também começam a participar desse processo e devem buscar cada vez mais os vendedores e corretores certificados para auxiliar seus contratos”.

# ANS DISPONIBILIZA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A JANEIRO DE 2025

(Gov) ANS – 06/03/2025

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a janeiro de 2025. Neste período, o setor registrou 52.217.103 de usuários em assistência médica e 34.385.750 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na [Sala de Situação](#).

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 168.965 beneficiários em relação a janeiro de 2024. Já no comparativo de janeiro de 2025 com dezembro de 2024, houve uma queda de 12.413 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 1.947.299 beneficiários em um ano, tendo uma queda de 50.103 usuários na comparação de janeiro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com janeiro de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Pará e Espírito Santo os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, também 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Paraíba e Rio de Janeiro os estados com maior crescimento em números absolutos.

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

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

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
jan/25	37.643.602	5.864.513	225	8.672.647	36.116	52.217.103
dez/24	37.594.773	5.892.802	225	8.705.530	36.186	52.229.516
nov/24	37.396.755	5.899.717	226	8.715.185	36.255	52.048.138
out/24	37.396.676	5.913.618	226	8.730.718	36.324	52.077.562
set/24	37.295.346	5.903.068	226	8.748.296	36.416	51.983.352

ago/24	37.151.133	5.906.058	226	8.754.879	36.488	51.848.784
jul/24	37.007.622	5.937.977	227	8.768.746	37.484	51.752.056
jun/24	36.839.961	5.958.315	227	8.776.666	37.653	51.612.822
mai/24	36.659.484	6.100.510	227	8.764.510	37.786	51.562.517
abr/24	36.535.207	6.123.087	227	8.745.490	37.807	51.441.818
mar/24	36.485.723	6.134.393	227	8.743.405	36.972	51.400.720
fev/24	36.353.788	6.160.707	227	8.739.298	37.134	51.291.154
jan/24	36.244.080	6.162.698	227	8.766.952	37.306	51.211.263

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
jan/25	24.682.641	3.020.676	1.271	6.678.982	2.180	34.385.750
dez/24	24.653.690	3.015.967	1.275	6.761.835	3.086	34.435.853
nov/24	24.497.603	3.008.409	1.276	6.777.965	3.091	34.288.344
out/24	24.383.907	3.007.011	1.276	6.789.947	3.103	34.185.244
set/24	24.191.565	2.965.311	1.277	6.856.884	3.109	34.018.146
ago/24	23.907.801	2.952.471	1.277	6.864.544	3.110	33.729.203

jul/24	23.736.721	2.932.364	1.277	6.879.681	3.115	33.553.158
jun/24	23.624.575	2.932.957	1.278	6.827.906	3.120	33.389.836
mai/24	23.537.260	3.030.013	1.278	6.628.706	3.134	33.200.391
abr/24	23.436.430	3.047.765	1.278	6.396.263	3.135	32.884.871
mar/24	23.300.669	3.034.195	1.278	6.227.323	3.163	32.566.628
fev/24	23.444.891	3.020.669	1.278	6.153.250	3.167	32.623.255
jan/24	23.326.136	3.026.900	1.284	6.080.962	3.169	32.438.451

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jan/24	jan/25	jan/24	jan/25
Acre	43.829	45.155	20.219	21.858
Alagoas	387.797	387.729	489.118	437.291
Amapá	62.412	63.581	48.057	48.227
Amazonas	601.481	676.407	559.162	593.052
Bahia	1.690.212	1.736.708	1.828.041	1.903.924
Ceará	1.435.225	1.439.707	1.330.832	1.391.411

Distrito Federal	935.273	994.894	667.372	707.604
Espírito Santo	1.235.755	1.321.291	730.685	858.695
Goiás	1.862.437	1.922.619	913.973	960.890
Maranhão	518.208	522.586	327.596	376.278
Mato Grosso	673.030	679.111	270.901	306.107
Mato Grosso do Sul	668.474	681.342	458.752	365.262
Minas Gerais	5.684.304	5.805.542	2.841.253	3.022.914
Pará	872.827	902.542	541.913	573.560
Paraíba	454.940	467.831	514.139	550.764

Pernambuco	1.418.302	1.451.297	1.278.841	1.370.615
Piauí	400.666	408.128	197.725	238.891
Rio de Janeiro	5.653.539	5.566.188	3.643.714	3.853.398
Rio Grande do Norte	610.274	629.051	543.616	590.247
Rio Grande do Sul	2.598.173	2.655.606	1.016.925	1.088.860
Rondônia	158.342	163.571	122.077	128.478
Roraima	31.943	30.992	12.281	13.501
Santa Catarina	1.666.521	1.707.638	883.294	950.366

São Paulo	18.000.147	18.317.525	11.090.765	11.671.849
Sergipe	332.885	337.465	247.243	263.386
Tocantins	123.786	126.407	128.064	143.298

## PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCEM E SUSTENTABILIDADE EXIGE USO CONSCIENTE

Revista Apólice – 06/03/2025

Com mais de 34 milhões de beneficiários, setor de planos odontológicos busca equilíbrio entre crescimento e viabilidade econômica.

O acesso à saúde bucal nunca esteve tão em evidência no Brasil. Com um crescimento constante nos últimos anos, os planos odontológicos atingiram a marca de 34,46 milhões de beneficiários em dezembro de 2024, segundo dados da ANS, impulsionados pela maior conscientização da população que busca o bem-estar e a qualidade de vida. Mas, por trás desse avanço, há um desafio central: garantir a sustentabilidade do setor diante do aumento da demanda e da exigência cada vez mais alta dos beneficiários por serviços de qualidade e próximos de seu local de trabalho ou de sua residência.

Os planos odontológicos operam sob o princípio do mutualismo, garantindo acesso universal a tratamentos de qualidade. Em essência, quando os Beneficiários pagam uma mensalidade, esse valor é utilizado para cobrir os custos de cuidados dentários para todos que precisam, desde os

procedimentos simples, como consultas e limpezas, até os tratamentos mais especializados, como de canal, cuidados com a gengiva e cirurgias, entre outros.

É por meio desse mecanismo que os custos são distribuídos de forma equilibrada entre todos, assegurando que ninguém fique sem atendimento em função de uma incapacidade financeira individual. O sistema mutualista depende, portanto, do equilíbrio entre as contribuições dos Beneficiários e o uso dos serviços. “Assim, promover o uso consciente é essencial para que o modelo continue a oferecer acesso a tratamentos de qualidade, beneficiando todos os usuários”, salienta Dr. Roberto Cury, presidente da SINOG – Associação Brasileira de Planos Odontológicos, que representa 72% do mercado no segmento.

Para manter esse sistema sustentável, é preciso uma gestão eficiente por parte das operadoras de planos odontológicos, o que inclui controle de custos, eficiência e prevenção a fraudes. Acima de tudo, é fundamental que haja, também, o

compromisso dos Beneficiários em manter suas mensalidades em dia.

“Um dos grandes desafios do setor é fidelizar os beneficiários para que não cancelem o plano logo após a conclusão do tratamento. Essa oscilação na carteira de clientes, mais

comum nos planos individuais, pode encarecê-los”, diz Dr. Cury, reforçando a importância de as pessoas entenderem que ter e manter uma rotina adequada de higiene bucal durante toda a vida é sinônimo de saúde e bem-estar e impacta significativamente na qualidade de vida não somente da saúde bucal, mas também integral na saúde das pessoas.

## NO VÁCUO DE REGULAÇÃO, OFERTA DE CLÍNICAS POPULARES CRESCE 200% EM 12 ANOS

Folha de São Paulo – 05/03/2025

Modelo que oferece consultas e exames, sem internação, pode integrar plano de cobertura limitada estudado pela ANS.

No momento em que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) discute testar planos de saúde com baixa cobertura, o mercado de clínicas populares e de cartões de desconto que já ofertam consultas e exames, sem internação, cresce em meio ao vácuo regulatório e pode vir a integrar esses eventuais novos produtos.

Essas clínicas têm atraído investimentos de grupos empresariais e se baseiam em uma estratégia de preços acessíveis para consultas, exames e procedimentos médicos. Em geral, são voltadas para a população que financia seu atendimento de saúde sem recorrer aos convênios.

Entre 2010 e 2022, o número de clínicas populares cresceu quatro vezes mais do que a média de outros estabelecimentos de saúde brasileiros —200% contra 50%, segundo dados de um relatório do Ieps (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde) que analisou as relações entre os setores público e privado de saúde.

Os principais usuários dessas clínicas são pessoas que utilizam o SUS. De acordo com a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), entre 2013 e 2019 a população brasileira sem plano de saúde que procurou serviços médicos privados aumentou de 10% para 14%.

Pesquisa realizada pelo Instituto Locomotiva revela que 72% dos brasileiros da classe C já pagaram ou conhecem alguém que pagou por consultas e exames particulares porque não conseguiram atendimento no SUS.

Muitas dessas pessoas recorrem aos cartões de desconto, oferecidos por mensalidades de R\$ 30, que dão direito a descontos em consultas e exames. Há uma estimativa de mais de 40 milhões de pessoas sejam atendidas hoje por esses produtos não regulamentados.

Para o economista Rudi Rocha, professor da FGV (Fundação Getúlio Vargas) e diretor de pesquisa do Ieps, é preocupante a falta de regulação do mercado das clínicas populares, em particular pela qualidade do serviço ofertado.

"Muitas vezes esses estabelecimentos oferecem, ao mesmo tempo, consultas e exames. Então, obviamente, existe espaço, em teoria, para conflito de interesses. E a gente não tem capacidade regulatória para coibir e monitorar esse tipo de coisa."

De acordo com o relatório, nesse cenário podem existir incentivos financeiros desalinhados às necessidades dos

pacientes, levando à solicitação de exames e tratamentos desnecessários.

Atualmente, a ANS regula apenas as seguradoras e operadoras de saúde, o que deixa um vácuo regulatório em relação aos prestadores que atendem pacientes que pagam diretamente por serviços médicos.

"Isso precisa ser corrigido para assegurar a proteção dos consumidores e a qualidade do atendimento", reforça Rocha.

Para Francisco Balestrin, presidente da Fehoesp (Federação dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo), apenas o cumprimento de autorizações sanitárias ou de funcionamento garantem um mínimo de segurança aos pacientes.

"O que não quer dizer qualidade assistencial que, de resto, ninguém cobra em nosso país, visto que apenas 5% das instituições têm algum tipo de acreditação."

Na sua opinião, a regulamentação que a ANS pretende fazer em relação aos planos populares também não garantirá qualidade assistencial.

"A regulamentação é de apenas um produto financeiro e não assistencial. Em nenhuma das opções há garantia pois não são exigidas ações ou critérios de certificação de qualidade. Continua o 'la garantía soy yo!'."

No último dia 18, a ANS abriu uma consulta pública, que segue até 4 de abril, para avaliar a criação de um tipo de plano de saúde que cubra apenas consultas eletivas e exames, sem direito a internação, atendimento de pronto-socorro e terapias —nesses casos, o usuário vai continuar dependente do SUS. O plano deve ser vendido por menos R\$ 100.

A proposta, porém, tem sido vista com preocupação por entidades de defesa do consumidor, Ministério Público Federal e até por servidores da ANS. O temor é que esses planos com cobertura restrita possam precarizar ainda mais o mercado e deixar consumidores desamparados em momentos críticos.

Para Rudi Rocha, a ANS está ultrapassando as suas atribuições, porque a proposta entraria na área de política de saúde e de sistema de saúde. "A atribuição da agência é essencialmente regular e monitorar o setor de planos."

Na sua opinião, as propostas são muito profundas e é difícil prever o que pode acontecer e quais serão as consequências para todo o setor da saúde.



A ideia é que o novo produto seja avaliado por dois anos em regime experimental. Ao mesmo tempo, conforme a Folha apurou com analistas do mercado suplementar, há um movimento de operadoras de saúde interessadas na compra de clínicas populares já prevendo a entrada desse novo plano.

De acordo com Rudi Rocha, por enquanto não há dados para monitorar esse movimento. "Operações de pequeno porte, que não passam pelo Cade [Conselho Administrativo de Defesa Econômica], por exemplo, já estão avançando. Se essa reforma avançar, a gente seguramente vai observar um movimento muito forte e rápido de consolidação", diz o economista.

A ANS afirma que o objetivo desse novo produto é ampliar e simplificar o acesso dos brasileiros aos planos de saúde, aumentando a oferta e a diversidade na saúde suplementar.

"A proposta é trazer soluções para esse mercado, a partir de estudos a serem desenvolvidos pela área técnica da reguladora e da ampla participação da sociedade e de todos os atores do setor."

Em nota, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) diz defender a proposta desse tipo de plano, focado na saúde primária e secundária. "Fortalece a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças, e pode resolver até 90% das necessidades de saúde ao longo da vida".

Para a entidade, o novo modelo de saúde deve atender à camada da população que atualmente depende exclusivamente do SUS ou recorre aos cartões de descontos. "O produto de consultas e exames será regulado pela ANS, que fiscalizará os serviços e trará mais segurança às pessoas que contratarem o serviço".

Clínicas populares têm modelos de negócios diversificados

O relatório do Ieps também fez uma análise detalhada de seis grupos empresariais que operam clínicas populares em São Paulo e revela que, embora compartilhem algumas características comuns, existem diferenças significativas em suas estruturas e seus modelos de negócios.

Alguns grupos se assemelham a hospitais-dia, oferecendo serviços de média complexidade, enquanto outros operam mais como consultórios tradicionais, com um número menor de médicos e menor oferta de serviços diagnósticos.

Parte dos estabelecimentos se localiza em áreas de maior fluxo populacional e renda, como regiões próximas a estações de transporte público em São Paulo. A outra parte está situada em regiões com menor renda per capita e mais distantes da área central da cidade.

De acordo com resultados preliminares da análise, a presença das clínicas populares está associada a uma redução da busca por consultas médicas em unidades do SUS com localização próxima, sugerindo uma possível substituição entre serviços públicos e privados.

## ANS LANÇA PAINEL SOBRE TAXA DE INTERMEDIÇÃO RESOLVIDA

(Gov) ANS – 05/03/2025

Nova ferramenta retrata a capacidade de resolução de conflitos entre beneficiários e operadoras pela Agência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou painel dinâmico que retrata sua capacidade na resolução consensual de conflitos entre beneficiários, operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios. Com o nome Taxa de Intermediação Resolvida (TIR), a nova ferramenta vai ampliar a transparência às informações sobre as queixas registradas por consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS, possibilitando à sociedade saber de que forma as operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios se comportam diante dessas demandas.

O novo painel traz como métrica a Taxa de Intermediação Resolvida (TIR), que permite avaliar a capacidade de resolução consensual de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos de saúde e/ou administradoras, por meio de mediação da ANS, ainda na fase eletrônica.

A TIR tem como base as reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Pela NIP, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário, nos casos de cobertura assistencial, e até 10 dias úteis para

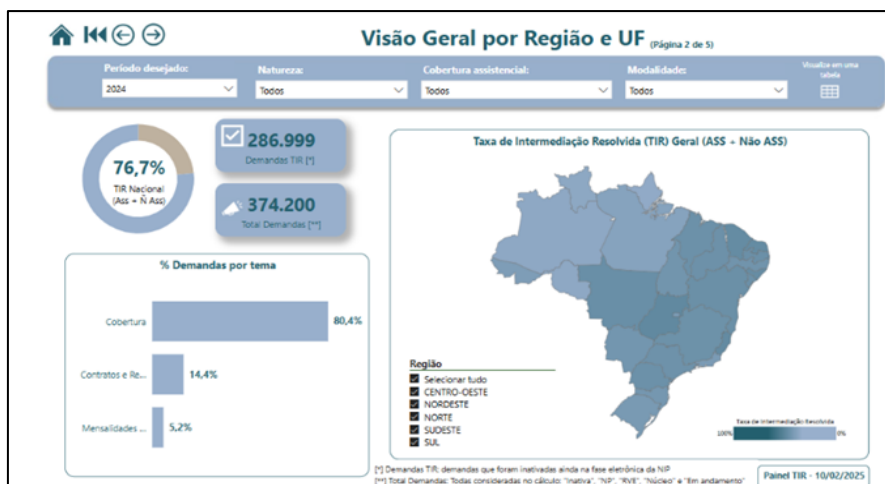
solucionar as demandas não assistenciais. A grande maioria das demandas registradas por beneficiários nos canais de atendimento da ANS, é resolvida em curto prazo e em prol do consumidor. E é justamente esta etapa que é considerada para o cálculo da Taxa de Intermediação Resolvida, retratada no novo painel, tanto para as demandas assistenciais quanto para as não assistenciais.

Até o lançamento desta ferramenta, a Agência utilizava como parâmetro a Taxa de Resolutividade (TR), que avaliava a demanda após o término do prazo concedido à operadora e após a análise do caso por um dos analistas da NIP.

Considerando a nova métrica da TIR, a ANS verificou em dezembro de 2024, a solução de cerca de 80% das reclamações gerais cadastradas na reguladora.

A ferramenta permite também a pesquisa por região do beneficiário e por tema da reclamação. Na imagem abaixo, é possível observar, por exemplo, que a Taxa de Intermediação Resolvida sobre planos de assistência médica – assistenciais e não assistenciais – atingiu 76,7% em relação ao ano de 2024 no Brasil. Das 374.200 demandas cadastradas na ANS e classificadas na NIP, 286.999 foram solucionadas.

O tema cobertura foi o mais reclamado, tendo sido responsável por mais de 80% das reclamações de beneficiários.



A partir da página 7 do painel, o consumidor poderá ver os dados da sua própria operadora ou da operadora que pretende contratar.

Vale reforçar que, se o problema não for resolvido pela NIP e se constatada infração à legislação do setor, será instaurado

processo administrativo sancionador, que pode resultar na imposição de sanções à operadora, dentre elas, a aplicação de multa.

Confira aqui o novo painel [Taxa de Intermediação Resolvida \(TIR\)](#).

## STF DERRUBA LEI DA PARAÍBA QUE OBRIGAVA AUTORIZAÇÃO IMEDIATA DE TESTES DE COVID POR PLANOS DE SAÚDE

Carta Capital – 05/03/2025

Sob a relatoria de Cristiano Zanin, a Corte entendeu que a competência para legislar sobre a matéria é privativa da União.

O Supremo Tribunal Federal declarou, por unanimidade, inconstitucional uma lei da Paraíba que obrigava os planos de saúde a autorizar imediatamente exames RT-PCR para detecção da Covid-19.

A Lei estadual de 2021 também fixava a competência do Procon-PB para fiscalizar e aplicar multas em caso de descumprimento. A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde acionou o STF para derrubar o texto.

O relator, Cristiano Zanin, argumentou que a lei violou a competência privativa da União para legislar sobre direito civil e política de seguros.

Segundo o ministro, a competência suplementar dos estados para tratar sobre saúde não permite a ingerência em contratos privados firmados entre os planos e os usuários. Nesses casos, as regras são federais.

Zanin reforçou que, em relação ao teste RT-PCR, uma resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar já determina a realização imediata em casos suspeitos e estabelece critérios uniformes no País.

Para o relator, embora a pandemia tenha exigido o trabalho conjunto dos entes federativos, qualquer medida legislativa deveria respeitar a distribuição de competências prevista na Constituição.

O julgamento ocorreu no plenário virtual do STF e terminou em 21 de fevereiro.

## PLANOS DE SAÚDE RECEBEM QUASE 2 MILHÕES DE CLIENTES NOVOS E DEMANDA CRESCENTE DESAFIA SETOR

O Tempo – 05/03/2025

Em meio ao crescimento de beneficiários, o setor observou uma queda de 18% no índice de reclamações sobre o funcionamento das operadoras.

Planos de saúde que atuam no Brasil ganharam quase 2 milhões de clientes nos últimos dois anos. Em meio ao crescimento de beneficiários, o setor observou uma queda de 18% no índice de reclamações sobre o funcionamento das operadoras, de acordo com dados da Secretaria Nacional do

Consumidor (Senacon). Em 2024, as operadoras finalizaram o ano com 24.403 queixas formalizadas.

O valor representa uma queda de pouco mais de 5,4 mil contestações, em relação ao total registrado em 2023. Por outro lado, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contabilizam 1,7 milhão de novos beneficiários nos dois últimos anos. O incremento de novos clientes à base representa um desafio ao setor, para especialistas, que analisam como as companhias devem se

organizar para absorver a demanda, sem gerar prejuízos ao atendimento de quem já tinha um seguro contratado e também para quem contratou o serviço.

A advogada do Programa da Saúde do Instituto de Defesa dos Consumidores (Idec), Marina Paulelli, destacou que no índice de queixas relacionadas à saúde que são compiladas no Idec, os planos encabeçam a lista. “O aumento de beneficiários dos planos de saúde não significa, diretamente, o aumento ou incremento de respeito a esses usuários”, cravou.

Ela afirmou que as principais queixas envolvem o não cumprimento dos contratos e citou algumas reclamações como descredenciamento unilateral dos beneficiários, reembolso, reajuste de valores e negativas de cobertura. “Neste sentido, é muito importante que a regulação avance a um patamar mais protetivo aos consumidores para cobrir problemas históricos”, frisou Marina Paulelli.

Uma falha que ela identifica diz respeito aos planos coletivos. A advogada do Idec criticou o cancelamento unilateral por parte das operadoras e afirmou que as empresas não podem suspender os planos, principalmente enquanto beneficiários estão em tratamento.

“São a maioria do mercado, a maior parte dos clientes está em planos coletivos e esse universo precisa ser objeto de uma regulação para limitar reajustes anuais e para que o cancelamento pela operadora seja vedado ou, no mínimo, dificultado. Diferentemente dos individuais, os planos coletivos não contam, hoje, com uma proteção tão significativa para aplicação dos reajustes anuais e cancelamentos”, acrescentou a representante do Idec.

#### Desafios

A advogada especialista em Direito do Consumidor, Maria Fernanda Pires, citou que as operadoras têm desafios importantes para atender à demanda crescente. Segundo ela, as empresas enfrentam desafios financeiros significativos, apesar do aumento no número de beneficiários. Ela citou que os custos assistenciais também subiram.

“A sobrecarga herdada da pandemia e mudanças estruturais no setor têm tornado a assistência médica cada vez mais cara, impactando a sustentabilidade das operadoras”, salientou.

Ainda segundo a advogada, há um sentimento de insegurança e instabilidade regulatória no setor. “Mudanças nas regulamentações e a crescente judicialização no setor contribuem para a instabilidade, afetando a capacidade das operadoras de planejar e investir adequadamente”, disse Pires.

#### O que diz o setor?

Em nota, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), representante das maiores operadoras de planos de saúde do país, avaliou que o crescimento do total de beneficiários reflete a importância que os brasileiros dão à qualidade dos serviços que os planos propiciam. A entidade não detalhou quais medidas serão adotadas para absorver a demanda. Apenas relatou que o aumento do total de beneficiários tem influência direta de fatores macroeconômicos, como a alta de 3,1% no PIB e a queda da taxa de desemprego para 6,6%.

“O aquecimento da atividade econômica fez com que as empresas ampliassem a contratação de planos de saúde para seus trabalhadores, e as operadoras de saúde têm condições de atender ainda mais pessoas”, complementou. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) diz compreender “casos pontuais” de problemas enfrentados por beneficiários dos planos de saúde.

“Dados da ANS mostram que somente em 2023 foram realizados 1,74 bilhão de procedimentos, o que representa 1 reclamação a cada 13.568 procedimentos realizados. A Abramge reforça que a busca contínua pela melhoria do atendimento deve ser um compromisso de qualquer prestador de serviço, em especial dos planos de saúde que são o terceiro maior desejo de consumo do brasileiro, atrás somente da casa própria e da educação”, argumentou.

## PLANO DE SAÚDE: MÉDICOS ALERTAM SOBRE RISCOS DE RESTRINGIR MAMOGRAFIAS

Metrópoles – 27/02/2025

Especialistas criticam proposta da ANS e defendem rastreamento a partir dos 40 anos para evitar diagnósticos tardios e reduzir a mortalidade.

Entidades médicas se manifestaram contra a proposta sugerida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto ao rastreio de pacientes com câncer de mama. Eles afirmam que ela abriria uma brecha para o aumento da idade recomendada para a mamografia de rastreamento, que passaria de 40 para 50 anos, e a redução da frequência do exame, de anual para a cada dois anos.

Em relatório técnico enviado à ANS nessa quarta-feira (26/2), os médicos defendem que o exame seja feito a partir dos 40 anos de idade e criticam as propostas, apontando impactos negativos na detecção precoce do câncer de mama, que pode

umentar a mortalidade e os custos com tratamentos mais agressivos.

O documento foi elaborado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), em parceria com a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama).

#### Diagnóstico precoce e impacto na mortalidade

O grupo refuta a tese de que o rastreamento do câncer de mama deve se concentrar apenas na faixa etária de 50 a 69 anos. De acordo com o relatório, a detecção precoce da

doença reduz a necessidade de procedimentos invasivos, como mastectomias extensas e quimioterapia.

Além disso, o diagnóstico nos estágios iniciais melhora a qualidade de vida das pacientes e reduz custos com tratamentos oncológicos complexos. Estudos analisados pelo CBR apontam que rastrear a doença entre 40 e 74 anos pode contribuir para a queda na mortalidade.

“Estes achados levantam a preocupação quanto à necessidade de reconsiderar as estratégias de prevenção primária e secundária nesse grupo de mulheres jovens, garantindo-lhes acesso aos exames de rastreamento por meio dos planos de saúde e na rede pública de atendimento”, destaca a presidente da Comissão Nacional de Mamografia, Ivie Braga de Paula.

Em nota, a ANS afirma que a Consulta Pública 144 não sugere uma perda de direitos, e sim um rastreamento ativo de beneficiárias entre 50 e 69 anos.

“Em outras palavras, o plano de saúde precisará comprovar que ligou para suas beneficiárias que estão nessa faixa de idade para falar da importância de fazer a mamografia e questionar quando foi a última vez que fizeram o exame. Essa medida é um incentivo à prevenção”, afirma a nota enviada ao Metrôpoles.

Segundo o texto, a diretriz não impede a realização de exames preventivos que já estão no rol da ANS. O objetivo da consulta pública seria definir um conjunto de medidas que deverão ser adotadas pelos planos de saúde que se interessarem em aderir ao Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica – OncoRede. A certificação é voluntária.

Câncer de mama no Brasil: números preocupantes

Dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca) indicam que o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres brasileiras, com estimativa de 73.610 novos casos anuais no triênio de 2023 a 2025.

A distribuição regional também revela disparidades preocupantes, com maior incidência no Sudeste (84,46 casos por 100 mil mulheres), seguido pelo Sul (71,44 por 100 mil) e Centro-Oeste (57,28 por 100 mil).

Os números mostram o aumento dos casos entre mulheres mais jovens. No Brasil, 12% dos diagnósticos ocorrem antes dos 40 anos e 32% entre os 40 e 50 anos, proporção

significativamente maior do que a registrada nos Estados Unidos, onde apenas 4% dos casos acometem mulheres abaixo dos 40 anos.

Atraso no diagnóstico e barreiras no tratamento

Outro ponto levantado pelas entidades médicas é o tempo médio de espera para diagnóstico após a suspeita clínica. Enquanto pacientes particulares conseguem confirmação em aproximadamente 31,7 dias, mulheres atendidas por planos de saúde aguardam, em média, 68,9 dias. No Sistema Único de Saúde (SUS), a espera chega a 93,4 dias, reduzindo as chances de cura e aumentando os riscos de avanço da doença.

“Parece pouco no calendário, mas o impacto pode ser devastador, reduzindo as chances de cura e permitindo que os tumores sejam diagnosticados muitas vezes em um estágio mais avançado no Brasil, quando comparados com países com programas de rastreamento estabelecidos”, alerta Hélio Braga, vice-presidente do CBR.

Comparação internacional e desafios no Brasil

As disparidades também se refletem na taxa de mortalidade. No Brasil, 22% dos óbitos por câncer de mama ocorrem antes dos 50 anos, enquanto em países desenvolvidos esse índice é inferior a 10%.

Segundo os especialistas, a falta de um programa nacional de rastreamento organizado e a exclusão de mulheres de 40 a 49 anos das recomendações do sistema público prejudicam esse cenário, aumentando o risco de mortalidade.

“Muitos fatores podem ser responsáveis pela dificuldade na redução da mortalidade no Brasil: a baixa qualidade dos exames, o atraso no agendamento de consultas e exames, além das dificuldades no acesso a tratamentos cirúrgicos e terapêuticos”, explica Rubens Chojniak, presidente do CBR.

Diante desse cenário, as entidades médicas reforçam a necessidade de manter o rastreamento com mamografia a partir dos 40 anos, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a exames que podem salvar vidas.

Siga a editoria de Saúde e Ciência no Instagram e fique por dentro de tudo sobre o assunto!

Para ficar por dentro de tudo sobre ciência e nutrição, veja todas as reportagens de Saúde.

## TENDÊNCIA DE DIMINUIÇÃO DOS REAJUSTES APLICADOS PELAS OPERADORAS DE SAÚDE

Saúde Business – 26/02/2025

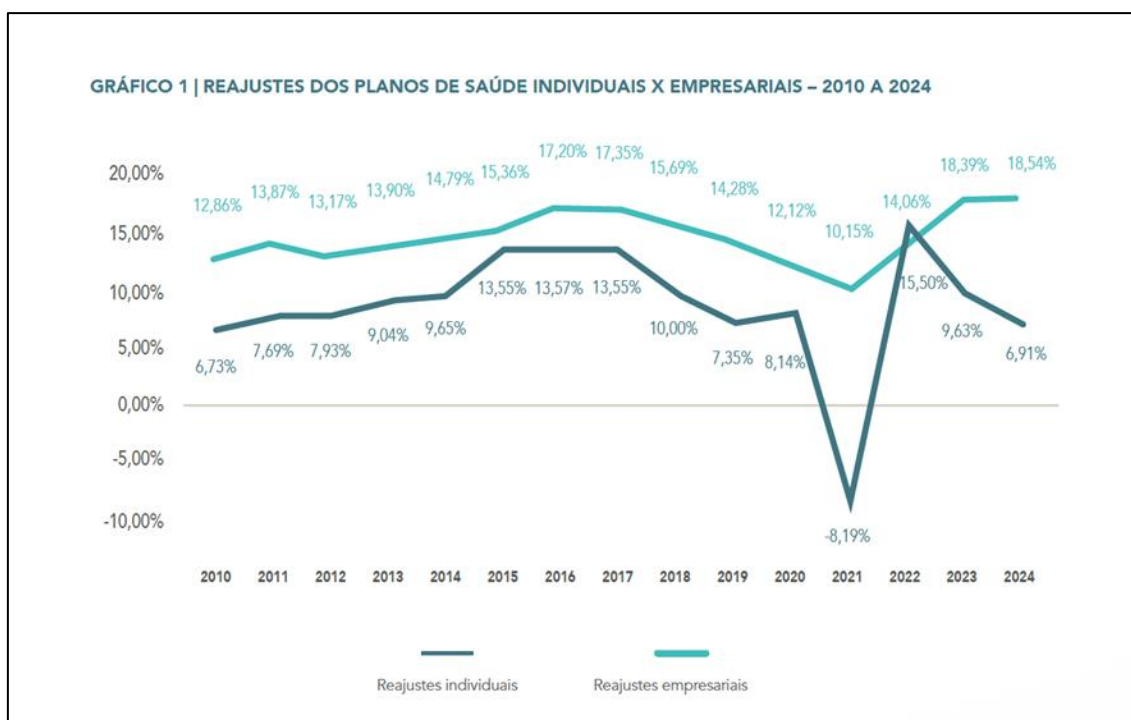
O setor de planos de saúde no Brasil tem passado por mudanças significativas no que diz respeito aos reajustes aplicados pelas operadoras. Em 2024, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou um teto de reajuste de apenas 6,91% para planos individuais, um dos menores índices registrados desde 2010. Esse percentual contrasta fortemente com os reajustes aplicados aos contratos

coletivos empresariais, que atingiram uma média de 18,5% nos 12 meses até agosto de 2024.

Essa diferença expressiva entre os reajustes de planos individuais e coletivos empresariais levanta questões sobre a sustentabilidade financeira do setor e a tendência futura desses índices. Um dos fatores que pode influenciar a convergência desses reajustes é o aumento do número de

contratos menores, especialmente aqueles com 1 a 5 vidas. Esses contratos são analisados e reajustados com base no

Pool de Riscos normatizado pela ANS, o que tende a suavizar os percentuais aplicados.



#### O impacto do crescimento dos contratos de pequeno porte

Nos últimos anos, tem havido um crescimento significativo na adesão a planos coletivos empresariais de pequeno porte, ou seja, aqueles que cobrem grupos reduzidos de beneficiários. A ANS regulamenta que esses contratos sejam reajustados com base no Pool de Riscos, um mecanismo que agrupa os riscos de diversos contratos menores para evitar distorções excessivas nos reajustes.

Com essa dinâmica, os reajustes dos planos coletivos empresariais tendem a se aproximar da média dos reajustes aplicados a contratos de pequeno porte. Isso pode resultar em uma redução gradativa da disparidade entre os reajustes de planos individuais e coletivos empresariais, tornando o mercado mais equilibrado.

#### Possíveis reflexos no mercado de Saúde Suplementar

A tendência de diminuição dos reajustes pode trazer impactos positivos e desafiadores para o setor. Entre os pontos

positivos, a previsibilidade e moderação dos aumentos podem beneficiar empresas e consumidores, reduzindo a inadimplência e aumentando a fidelização dos beneficiários. No entanto, operadoras podem enfrentar desafios para equilibrar receitas e despesas, especialmente diante do aumento da sinistralidade e da crescente demanda por serviços de saúde.

O comportamento dos reajustes no setor de planos de saúde está em um momento de transição. Com a expansão dos contratos de pequeno porte e a regulação do Pool de Riscos, espera-se que os reajustes dos planos coletivos empresariais se tornem mais alinhados com os patamares dos planos individuais. Esse movimento pode trazer mais previsibilidade ao setor, ainda que desafios financeiros permaneçam para as operadoras. Resta acompanhar como essas tendências evoluirão e quais estratégias serão adotadas para garantir a sustentabilidade da saúde suplementar no Brasil.

**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](mailto: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.