

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

26 de março de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS promove reunião com sociedades e entidades médicas](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANAHP relata aumento de bloqueios nos pagamentos a hospitais e pede monitoramento](#) - Fonte: Jota Info

[Ambiguidades do sistema de Saúde Suplementar](#) - Fonte: Saúde Business

[Mais de 290 mil clientes da Golden Cross terão que mudar de plano de saúde até maio; entenda](#) - Fonte: Estadão

[Procons de 18 estados discutem riscos dos novos 'planos de saúde' em estudos pela ANS](#) - Fonte: Carta Capital

[Crescimento de centenários com planos de saúde no Brasil: o que está por trás da tendência?](#) - Fonte: IstoÉ

[Lucro de planos de saúde gera reações: Fornecedores falam em dívida e servidores da ANS questionam reajustes de contratos](#) - Fonte: O Globo

[Judicialização de tratamentos para TEA cresce na Saúde Suplementar, revela estudo](#) - Fonte: Saúde Business

ANS PROMOVE REUNIÃO COM SOCIEDADES E ENTIDADES MÉDICAS

(Gov) ANS – 26/05/2025

Em decisão conjunta, grupo elaborou critérios para o indicador de boas práticas na linha de cuidado de câncer de mama.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, na tarde da segunda-feira 24/03, uma reunião com sociedades e entidades médicas. O objetivo foi debater a proposta de rastreamento populacional para o câncer de mama, previsto no Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - Oncorede. Depois de muita conversa, o grupo chegou a uma decisão conjunta sobre os critérios que deverão compor o indicador de boas práticas na linha de cuidado de câncer de mama.

A reunião foi conduzida pelo diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS (DIDES), Maurício Nunes, e contou com a presença de integrantes da equipe técnica da diretoria e com representantes das 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), AMB (Associação Médica Brasileira) e CFM (Conselho Federal de Medicina).

O diretor Maurício Nunes agradeceu a presença de todos e reforçou algumas mensagens: "É essencial lembrar que não houve alteração na cobertura obrigatória dos planos de saúde. A cobertura para mamografia bilateral é obrigatória, sem limitação de idade, e tem que ser realizada sempre que houver indicação do médico assistente. Já a mamografia digital tem cobertura obrigatória para mulheres de 40 a 69 anos", destacou, reforçando, também, que a participação das operadoras de planos de saúde no programa de certificação é voluntária.

Em seguida, a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, apresentou dados sobre a incidência de câncer de mama no Brasil e experiências internacionais sobre as recomendações de rastreamento por meio de mamografia do câncer de mama da Alemanha, União Europeia, Canadá, Austrália, Suécia e Organização Mundial de Saúde (OMS), além de instituições como a Força Tarefa de Serviços Preventivos Americana e American College of Obstetricians and Gynecologists, que é a equivalente à Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

De acordo com a proposta que foi colocada em consulta pública pela ANS para permitir a participação de toda a sociedade no período de 10/12/2024 a 24/01/2025, um dos critérios para fins de certificação de boas práticas em oncologia seria a realização de rastreamento populacional do

câncer de mama, por meio de contato proativo realizado pelas operadoras de planos de saúde com suas beneficiárias em idades entre 50 e 69 anos. As entidades e sociedades médicas mencionadas pleitearam a inclusão de beneficiárias a partir dos 40 anos e acima dos 70 anos no grupo que seria procurado pelas operadoras para ser lembrado sobre a importância da realização de mamografia.

A diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial, Angélica Carvalho, falou sobre a importância da iniciativa da Agência com o programa de certificação e ressaltou a relevância do debate para as decisões da reguladora: "Queremos o melhor para a sociedade e estamos sempre abertos ao diálogo. Quando vimos as manifestações das sociedades e entidades médicas, as chamamos para conversar e demos um prazo além do período da consulta pública 144 para o envio de dados", pontuou.

Após muito debate e argumentações, o grupo chegou a uma decisão conjunta sobre o indicador da linha de cuidado de câncer de mama:

Item novo: 2.3.1 – A operadora pactua com a rede prestadora que participa desta Certificação o rastreamento individualizado de beneficiárias com idades entre 40 e 74 anos para o câncer de mama conforme indicação médica (periodicidade a critério médico), mediante decisão compartilhada e consentimento livre e esclarecido – Essencial. (Incluir)

Item 2.3.2 – A operadora realiza a busca ativa para o rastreamento do câncer de mama de beneficiárias com idades entre 50 e 69 anos a cada 2 anos – Essencial. (Manter)

Item 2.3.3 – A operadora pactua com a rede prestadora que participa desta Certificação o rastreamento individualizado de beneficiárias com risco aumentado de qualquer idade para o câncer de mama conforme indicação médica (periodicidade a critério médico), mediante decisão compartilhada e consentimento livre e esclarecido – Essencial.

Deixar claro no Manual que nenhuma operadora, certificada ou não, poderá negar a cobertura da mamografia mediante solicitação médica.

As entidades médicas também se comprometeram a orientar os médicos a preencherem as guias da TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) usadas para internações e serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT), de forma que seja possível a identificação e a análise de dados sobre a incidência de doenças como o câncer de mama na saúde suplementar.

A ANS informa ainda que segue com a análise das 66 mil contribuições recebidas na Consulta Pública 144 e que divulgará o relatório final tão logo o processo seja concluído.

ANAHP RELATA AUMENTO DE BLOQUEIOS NOS PAGAMENTOS A HOSPITAIS E PEDE MONITORAMENTO

Jota Info – 26/03/2025

Levantamento mostrou que hospitais privados deixaram de receber R\$ 5,8 bilhões no ano passado por serviços prestados.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) divulgou nesta terça-feira (25/3) que aumentou o percentual de bloqueios, pelas operadoras de saúde, nos pagamentos devidos a hospitais por serviços prestados a beneficiários. Segundo pesquisa da Anahp, os hospitais privados deixaram de receber R\$ 5,8 bilhões no ano passado por serviços prestados e posteriormente com pagamentos retidos pelas operadoras – o equivalente a 15,89% de todo o faturamento obtido de planos, um aumento significativo em relação aos 11,8% registrados em 2023. O estudo, com uma amostra do setor, mostra que apenas 1,96% das contas retidas foram consideradas realmente justificadas.

O diretor-executivo da Anahp, Antônio Britto, destaca que esse aumento nas retenções ocorreu mesmo depois da alta de 271% no lucro líquido do setor, que chegou a R\$ 11,1 bilhões no ano passado, de acordo com balanço recente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O executivo avalia que esse percentual de atrasos sufoca o segmento hospitalar e não é sustentável para o sistema de saúde. Britto expõe algumas hipóteses para o crescimento das retenções. "Nós achamos que as operadoras podem estar cautelosas ainda sobre o cenário ou podem estar confortáveis com o sapato novo que estão usando, de uma glosa (bloqueio) de 15%. E o que estamos aqui calmamente lembrando é que seja pela cautela, seja por estarem com sapato novo confortável, essa glosa não é sustentável, porque está apertando fortemente o fluxo de caixa dos hospitais", afirmou Britto em entrevista ao JOTA.

O executivo sugere que a ANS monitore o percentual inicial de retenções nos pagamentos, tão logo sejam efetivadas,

pois isso atualmente não entra nos demonstrativos financeiros acompanhados pela agência. Só o percentual fechado de pagamentos retidos, ao fim do período contábil, acaba registrado nesses demonstrativos, de acordo com o diretor-executivo da Anahp. Por isso, o monitoramento, desde o início, ajudaria a evitar o estrangulamento das finanças dos hospitais.

O estudo da Anahp aponta como consequência desses atrasos nos pagamentos a redução no investimento em infraestrutura, leitos e tecnologia hospitalar. Cerca de 41,7% dos hospitais consultados na pesquisa afirmaram que investiram menos do que o planejado em 2024, o que compromete o atendimento e prejudica também as próprias operadoras.

Além disso, o volume de provisões para devedores duvidosos também cresceu: saltou de R\$ 1,4 bilhão em 2023 para R\$ 1,8 bilhão em 2024.

Durante evento organizado pela Anahp sobre o setor nesta terça-feira (25/3), Luiz Feitosa, da consultoria Arquitetos da Saúde, destacou ainda que a velocidade dos pagamentos aos hospitais caiu consideravelmente.

Os consultores e a associação mencionam ainda como riscos a observar as deliberações sobre mudanças nas regras de preços para operadoras e o possível lançamento de uma nova categoria de plano (sem direito a internação hospitalar). "Vemos parte do setor de saúde achando que vão conseguir salvar a própria pele sem que a gente pense na situação de todos os elos da cadeia. O sistema precisa dialogar de verdade sem esquecer dos hospitais e demais prestadores de serviços", afirma Britto.

AMBIGUIDADES DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 24/03/2025

O lucro das operadoras de saúde, em 2024, divulgado esta semana pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos faz questionar, mais uma vez, as incoerências do sistema de saúde brasileiro. Os planos de saúde faturaram cinco vezes mais do que no ano anterior. O lucro foi de R\$ 10,2 bilhões, enquanto em 2023 havia sido de 1,9 bilhão. Este foi o melhor desempenho desde 2020, primeiro ano da pandemia da covid-19.

É animador ver a melhora do desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, um ponto positivo para o sistema, mas essa mesma realidade não se aplica aos fornecedores de dispositivos médicos, primeiro elo

da cadeia de valor em saúde, que exerce papel fundamental na entrega de valor ao sistema, contudo tem lutado contra dificuldades financeiras.

A dualidade se impõe: operadoras de planos de saúde em ascensão financeira, fornecedores de dispositivos médicos em queda livre na espiral da morte. Infelizmente, nesse sistema contraditório e repleto de externalidades negativas, o ótimo de uma parte não representa o ponto ótimo global; é uma relação de sinais trocados, de grandes contradições entre cenários e resultados.

O resultado, em tese, teria potencial para influenciar positivamente as relações com fornecedores, reduzindo distorções nessa interação. Contudo, no dia a dia, as empresas do setor lidam com prazos extremamente dilatados de autorização para emissão de notas fiscais de vendas, constringendo-as a enfrentarem problemas de ordem fiscal e tributária; quando conseguem a autorização são submetidas a prazos extensos para recebimento ou até mesmo a pedidos de descontos indecorosos, que agridem as boas práticas de negociação, a relação comercial saudável e o fluxo de caixa das empresas.

No ano passado, por exemplo, os fornecedores deixaram de receber R\$ 3,8 bilhões, montante relacionado à somatória da tríade (retenção de faturamento; glosas injustificadas e inadimplência). Desse total, R\$ 2,3 bilhões estão relacionados à retenção de faturamento, fenômeno

relacionado à não autorização do faturamento de produtos que já foram utilizados e aprovados previamente.

Os números ilustram um problema sistêmico causado por um desequilíbrio nas relações, onde os fornecedores são obrigados a aceitar as condições unilaterais impostas ou são excluídos do mercado. Práticas deletérias que se avolumam a cada ano e que, em efeito cascata, prejudicam toda a cadeia de saúde.

É preciso atenção especial ao tema. É preciso uma reforma estrutural da saúde, ou a relação comercial entre os envolvidos se tornará insustentável. Um novo pacto para a saúde precisa ser firmado com urgência, para que a população siga sendo atendida com insumos que são essenciais para a vida.

MAIS DE 290 MIL CLIENTES DA GOLDEN CROSS TERÃO QUE MUDAR DE PLANO DE SAÚDE ATÉ MAIO; ENTENDA

Estadão – 24/03/2025

Usuários poderão contratar qualquer opção disponível no mercado sem cumprir novos períodos de carência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concedeu portabilidade especial para todos os clientes da Golden Cross por conta de “graves anormalidades administrativas e econômico-financeiras da operadora e de sua incapacidade de regularizar essas questões”. Os usuários têm até o dia 11 de maio para migrar para outros planos de saúde ou odontológicos.

Segundo dados da ANS, em janeiro deste ano, a Golden Cross contava com 192.205 beneficiários em planos de assistência médica e 102.187 em planos odontológicos. A empresa afirma que, até o momento, todos os clientes estão com suas “coberturas contratuais ativas e sendo atendidos normalmente” (leia mais abaixo).

“A resolução determina uma portabilidade especial. Ela difere da portabilidade comum por não exigir o cumprimento dos requisitos habituais. Ou seja, não tem um tempo mínimo de permanência no plano e não existe necessidade de uma equidade financeira do plano de origem e de destino”, contextualiza Caio Henrique Fernandes, sócio do Vilhena Silva Advogados.

Depois do dia 11 de maio, a operadora terá o registro da ANS cancelado e as atividades serão encerradas. “Isso significa que a Golden Cross não poderá mais comercializar planos de saúde. É quase como se parasse de funcionar. Não significa, no entanto, que a empresa vai deixar de existir. Caso alguém entre com uma ação judicial para continuar um tratamento específico, por exemplo, ela vai ter de custear. Não é como se ela estivesse declarando falência”, explica Fernandes.

Em nota, a ANS reforça que “os clientes poderão contratar qualquer plano disponível no mercado sem cumprir novos

períodos de carência ou cobertura parcial temporária. Caso ainda estejam em carência no plano atual, o período remanescente poderá ser cumprido na nova operadora. Na portabilidade especial de carências os beneficiários podem escolher qualquer plano em comercialização, independentemente do seu preço, em qualquer outra operadora”.

O que diz a Golden Cross?

A Golden Cross afirma que, apesar da decisão, “segue no curso normal dos seus negócios, sendo que todos os seus beneficiários, até a presente data, estão com suas coberturas contratuais ativas e sendo atendidos normalmente”.

A empresa destaca que, em 3 de fevereiro, apresentou um recurso administrativo para contestar outra decisão da ANS, que determinava a alienação compulsória da carteira de planos de saúde e odontológicos da operadora.

Sobre a portabilidade, a Golden Cross afirma que só teve acesso à decisão na última quarta-feira, dia 19. “Ressaltamos que a decisão para adesão à portabilidade especial é individual e deve ser adotada por cada um dos seus beneficiários. A operadora não pode intervir nessa decisão”, acrescenta.

Como encontrar um plano de saúde?

Os clientes devem se dirigir à operadora escolhida com os seguintes documentos:

- RG;
- CPF;
- Comprovante de residência;
- Cópias de pelo menos três boletos pagos na operadora de origem referentes aos últimos seis meses.

A ANS não participa diretamente na contratação de planos de saúde. As regras gerais para o exercício da portabilidade de carências estão disponíveis na Resolução Normativa 438/2018. No portal da agência, há uma cartilha explicativa sobre as portabilidades.

De acordo com Fernandes, caso o cliente tenha dificuldades na contratação de um novo plano, o primeiro passo é entrar em contato com a ANS e, se o problema persistir, a alternativa passa a ser procurar a justiça. Caso a portabilidade não seja viável para pacientes em tratamento contínuo, como os oncológicos, o advogado recomenda que o cliente solicite à Golden Cross a manutenção do custeio do tratamento.

Para auxiliar na escolha de uma nova operadora, a ANS também disponibiliza o Guia ANS de Planos de Saúde. Para dúvidas ou problemas na portabilidade, os clientes têm os seguintes canais de atendimento à disposição:

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais;
- Formulário eletrônico Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor;;
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105;
- Núcleos da ANS disponíveis nas cinco regiões do País.

PROCONS DE 18 ESTADOS DISCUTEM RISCOS DOS NOVOS 'PLANOS DE SAÚDE' EM ESTUDOS PELA ANS

Carta Capital - 23/03/2025

Órgãos de defesa do consumidor alertam para riscos à população e subsegmentação do atendimento.

Representantes de Procons de 18 estados e da Associação Procons Brasil se reuniram no dia 20 de março, em encontro convocado pelo Procon-SP, para discutir os riscos da proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que autoriza a criação de novos produtos no setor de plano de saúde.

Segundo os participantes, os produtos em estudo oferecem coberturas restritas, com consultas e exames eletivos, sem atendimento de urgência, emergência ou terapias.

De acordo com o diretor executivo do Procon-SP, Luiz Orsatti Filho, os novos formatos "não asseguram o tratamento completo ao paciente, o que pode forçá-lo a reiniciar o processo no SUS após o diagnóstico".

Ofertas limitadas e sem cobertura emergencial preocupam O Procon-SP é contrário à proposta. A fundação avalia que os novos planos representam retrocesso em direitos garantidos.

Segundo o órgão, as operadoras poderão comercializar produtos com atendimento ambulatorial incompleto, o que exclui, por exemplo, a obrigatoriedade de serviços emergenciais.

Além disso, o modelo prevê autorização em caráter experimental, o que, para os órgãos de defesa do consumidor, é um risco em um setor que lida com a saúde das pessoas.

Para Luiz Orsatti Filho, "o caráter experimental cria uma subsegmentação e compromete o acesso contínuo ao tratamento".

Coparticipação e regulação de acesso também estão em pauta

A proposta em análise prevê ainda a possibilidade de coparticipação de até 30%. No entanto, essa cobrança seria dispensada em contratos que incluam regras como porta de entrada, rede direcionada ou hierarquização do acesso.

Esse formato pode limitar ainda mais o atendimento, de acordo com os Procons.

Outro ponto levantado durante a reunião é a falta de clareza sobre como esses produtos serão vendidos.

Segundo os especialistas, consumidores podem ser induzidos a erro, especialmente por desconhecerem os limites do novo modelo, ainda mais quando comparado ao padrão atual dos planos ambulatoriais.

Órgãos alinham posição conjunta sobre o tema

Durante o encontro, os representantes destacaram a necessidade de alertar a população. Para os Procons, é preciso informar com clareza o que está sendo discutido, quais são as limitações e como essas mudanças podem afetar o atendimento à saúde.

A proposta da ANS será novamente debatida na próxima semana, em reunião presencial com representantes de Procons de todo o país, em Vitória (ES).

Participaram da reunião representantes de Minas Gerais, Paraná, Amazonas, Espírito Santo, Paraíba, Pernambuco, Amapá, Acre, Pará, Tocantins, Maranhão, Roraima, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, Ceará e Rio Grande do Sul.

CRESCIMENTO DE CENTENÁRIOS COM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: O QUE ESTÁ POR TRÁS DA TENDÊNCIA?

IstoÉ – 23/03/2025

Nos últimos 15 anos, o Brasil tem observado um aumento significativo no número de centenários que possuem planos de saúde. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de beneficiários com 100 anos ou mais saltou de 5.718 em 2009 para 11.187 em 2024. Este crescimento de 95% destaca uma tendência importante no setor de saúde suplementar.

O aumento mais acentuado ocorreu entre 2019 e 2024, quando o número de centenários com planos de saúde cresceu de 7.670 para 11.187. Embora ainda representem uma pequena fração do total de beneficiários, os centenários foram a faixa etária que mais cresceu proporcionalmente no período analisado.

Por que o número de idosos com planos de saúde está aumentando?

O envelhecimento da população brasileira é um dos principais fatores que contribuem para o aumento de idosos com planos de saúde. Carlos Lobbé, diretor regional da MedSênior, uma operadora especializada no atendimento à terceira idade, destaca que a ampliação da oferta de planos para essa faixa etária e a insegurança quanto à capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender às suas necessidades são fatores determinantes para esse crescimento.

Além disso, as operadoras de saúde têm se concentrado em oferecer cuidados preventivos para evitar internações, que representam uma parcela significativa dos custos dos planos. A prevenção de hospitalizações e a detecção precoce de doenças são estratégias fundamentais para a sustentabilidade financeira dos planos de saúde voltados para idosos.

Quais são as principais demandas dos idosos nos planos de saúde?

Os beneficiários idosos costumam demandar uma série de serviços específicos. Entre os mais solicitados estão:

- Internações devido a infecções;
- Tratamentos para quedas e fraturas ósseas;
- Tratamentos oncológicos;
- Cirurgias de catarata.

Essas demandas refletem as condições de saúde mais comuns entre a população idosa e exigem uma abordagem cuidadosa por parte das operadoras de saúde para garantir o atendimento adequado e eficiente.

Como os planos de saúde estão se adaptando ao envelhecimento da população?

As operadoras de planos de saúde têm adotado diversas estratégias para se adaptar ao envelhecimento da população. Uma das principais abordagens é a manutenção de mensalidades acessíveis, especialmente considerando o valor das aposentadorias. O custo dos planos de saúde está diretamente relacionado ao estado de saúde dos idosos, incluindo fatores como desnutrição e sarcopenia (perda de massa muscular).

Prevenir a perda de autonomia e funcionalidade física é crucial para garantir a sustentabilidade dos planos de saúde. As operadoras estão cada vez mais focadas em oferecer programas de prevenção e promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos e reduzir a necessidade de intervenções médicas mais complexas.

Em resumo, o aumento do número de centenários com planos de saúde no Brasil reflete tanto o envelhecimento da população quanto a evolução das ofertas de saúde suplementar para atender a essa demanda crescente. As operadoras de saúde estão se adaptando a esse cenário, priorizando a prevenção e a acessibilidade para garantir o bem-estar dos beneficiários idosos.

LUCRO DE PLANOS DE SAÚDE GERA REAÇÕES: FORNECEDORES FALAM EM DÍVIDA E SERVIDORES DA ANS QUESTIONAM REAJUSTES DE CONTRATOS

O Globo – 21/03/2025

Desde que foi divulgado o lucro de R\$ 10,2 bilhões apurados pelos planos de saúde médico-hospitalares, em 2024, o telefone da Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde (Abraidi), que reúne fornecedores de materiais como stent, marcapasso, próteses e pinos, não para. São associados cobrando da entidade um

posicionamento, já que no ano passado as operadoras deixaram de pagar as empresas do setor R\$ 3,8 bilhões. Desse total, diz a Abraidi, R\$ 2,3 bilhões estão relacionados à retenção de faturamento, quando não é autorizado o faturamento de produtos que já foram utilizados e aprovados previamente.

- Cerca de 20% do faturamento das empresas está retido. A empresa não tem a autorização para o faturamento desses itens que já foram entregues, utilizados e que, diga-se de passagem, haviam sido previamente aprovados - explica gerente executivo da Abraidi, Davi Uemoto.

A associação vai divulgar, nesta sexta-feira, uma nota em que destacam as dificuldades vividas pelas empresas do setor e os planos de saúde:

"O resultado, em tese, teria potencial para influenciar positivamente as relações com fornecedores, reduzindo distorções nessa interação. Contudo, no dia a dia, as empresas do setor lidam com prazos extremamente dilatados de autorização para emissão de notas fiscais de vendas, constringendo-as a enfrentarem problemas de ordem fiscal e tributária; quando conseguem a autorização são submetidas a prazos extensos para recebimento ou até mesmo a pedidos de descontos indecorosos, que agridem as boas práticas de negociação, a relação comercial saudável e o fluxo de caixa das empresas."

O texto, assinado pelo presidente do Conselho de Administração da Abraidi, Sérgio Rocha, diz ainda que "os números ilustram um problema sistêmico causado por um desequilíbrio nas relações, onde os fornecedores são obrigados a aceitar as condições unilaterais impostas ou são excluídos do mercado. Práticas deletérias que se avolumam a cada ano e que, em efeito cascata, prejudicam toda a cadeia de saúde."

Associação de trabalhadores da ANS fala em contratos socialmente justos

A quintuplicação do lucro dos planos de saúde também foi alvo de postagem da Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS. Em suas redes sociais, funcionários

da agência reguladora, dizem que "todo setor pode e deve ser lucrativo, inclusive planos de saúde. Mas não pode ser normalizada uma operação que se perpetua com reajustes de dois dígitos ao ano, cancelamentos unilaterais que expulsam pacientes em situação vulnerável e vendas a pessoas físicas travestidas de pequenas empresas."

A associação de servidores afirma que "é papel do setor – operadoras e entidades de defesa do consumidor – ajudar a ANS a racionalizar a operação de planos coletivos". O post chama atenção para alguns pontos que precisariam ser modificados para falar em sustentabilidade do setor, num cenário "financeiramente possível e contratualmente justo a quem realmente financia a saúde privada no país: o consumidor final."

A Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), por sua vez, divulgou nota afirmando que recebe com satisfação o resultado divulgado pela ANS, mas que se "os números melhoraram, espera-se que agora as boas notícias possam chegar também aos hospitais".

Segundo a associação, o bom desempenho não dispensa a necessidade de uma profunda reforma do sistema.

"Seguimos com padrões ultrapassados de modelos de pagamentos: não se valoriza nem se remunera qualidade, e não são utilizados indicadores que permitam avaliar o que está sendo entregue a 52 milhões de brasileiros. A saúde suplementar não se faz sem operadoras de planos de saúde, mas não se faz só com elas. Grande parte do lucro, agora constatado, vem da melhoria de eficiência, que todos necessitamos. Outra parte, porém, vem de uma estratégia de retenção de pagamentos aos hospitais, fato confirmado nos números da ANS, ainda que pouco destacado".

JUDICIALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS PARA TEA CRESCE NA SAÚDE SUPLEMENTAR, REVELA ESTUDO

Saúde Business – 19/03/2025

Pesquisa do Insper aponta que pedidos judiciais para garantir terapias a crianças com autismo representam parcela significativa das disputas contra planos de saúde, com alto índice de sucesso nas decisões.

Um estudo realizado pelo Núcleo de Saúde do Centro de Gestão e Políticas Públicas do Insper, com financiamento da Fundação José Luiz Setúbal (FJLS), analisou o perfil das ações judiciais relacionadas aos tratamentos para crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na saúde suplementar. A pesquisa foi coordenada pela professora Vanessa Boarati, pesquisadora do Núcleo de Economia do Direito do Insper, e desenvolvida por uma equipe de especialistas da instituição.

Segundo dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), os custos com tratamentos para pacientes com TEA e outros Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) superaram os gastos com tratamentos oncológicos, tradicionalmente a principal despesa das operadoras. Em 2023, os tratamentos para TEA e TGD representaram 9% do custo médico total, enquanto os gastos com oncologia corresponderam a 8,7%.

"A cobertura de tratamentos para TEA é um dos principais temas de debate no setor de saúde suplementar, o que motivou a realização deste estudo. Os resultados indicam tendências importantes no acesso a terapias especializadas e nos desafios enfrentados pelas famílias para obter cobertura dos planos de saúde", afirma Boarati.

Os pesquisadores destacam a relevância social, econômica e jurídica da judicialização desses tratamentos, apontando que a via judicial tem sido um recurso utilizado por muitas famílias para garantir acesso às terapias necessárias. O estudo também sugere a necessidade de aprofundamento nas discussões sobre a regulação da cobertura desses tratamentos na saúde suplementar.

“O objetivo da FJLS é estimular pesquisas baseadas em rigor científico que possam disseminar informações e influenciar políticas públicas voltadas à promoção da saúde infantil. Os dados mostram que a judicialização, em muitos casos, se torna um caminho necessário para assegurar o tratamento adequado”, afirma José Luiz E. Setúbal, presidente da FJLS.

Principais achados do estudo

- A média de idade dos pacientes envolvidos nos processos judiciais foi de seis anos, com mediana de quatro anos e dez meses.
- Os tratamentos mais solicitados foram consultas com fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos.
- Em 66% dos casos, houve solicitação para que a terapia seguisse a técnica ABA (Análise do Comportamento Aplicada).
- As operadoras de planos de saúde argumentaram, principalmente, sobre a obrigatoriedade da cobertura dos tratamentos solicitados.
- As decisões judiciais foram fundamentadas na jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), no Código de Defesa do Consumidor e em súmulas do tribunal, com o entendimento predominante de que nem o Judiciário nem a operadora poderiam revisar a prescrição médica.
- A taxa de sucesso das ações foi de 92%, considerando concessões totais ou parciais dos pedidos.
- As solicitações com maior índice de deferimento foram para Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicoterapia e Equoterapia (acima de 94%).

- Os menores índices de sucesso foram observados em pedidos de Musicoterapia (83,3%), acompanhante terapêutico (70,6%), Psicopedagogia (76,7%), Hidroterapia (87,5%), medicamentos à base de canabidiol (81,8%) e nutricionista (80,0%).

“Esta é a primeira vez que a literatura acadêmica quantifica os tratamentos mais demandados, os argumentos mais utilizados e a taxa de sucesso de cada tipo de pedido na judicialização do TEA na saúde suplementar. Além disso, o estudo traz dados sobre a prevalência da técnica ABA, que tem gerado controvérsias jurídicas e regulatórias”, destaca Boarati.

Metodologia e próximos passos

A pesquisa foi baseada na análise de decisões judiciais do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) entre 2021 e 2023. Foram coletadas automaticamente 14.482 sentenças contendo os termos “autismo” ou “autista”. Por meio do algoritmo k-means, os temas foram agrupados até a obtenção de um modelo consolidado.

Como resultado, 4.149 decisões foram classificadas como casos de negativa de cobertura assistencial, sendo 1.588 apenas em 2023. Para análise detalhada, foi selecionada uma amostra aleatória de 310 casos, garantindo um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Desses, 212 foram considerados pertinentes à pesquisa.

A equipe do estudo pretende promover debates com associações de pacientes, representantes do setor de planos de saúde e operadores do Direito para aprofundar a discussão sobre os resultados. Além disso, os achados serão submetidos para publicação em periódicos acadêmicos.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o 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