

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

02 de abril de 2025



LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 01/04/2025

Recomendamos a leitura do artigo Milliman publicado ontem, 01/04/2025, escrito por Larissa Martins e João Longo:

Reajuste 2025 dos Planos Individuais.

Nesse artigo calculamos a expectativa do reajuste da ANS para os planos de saúde Individuais/Familiares em 2025, incluindo a análise segregada por porte e classificação de regulação prudencial das OPS/SES.

[Clique aqui](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde individuais devem subir no máximo 6,5% neste ano, calculam analistas](#) - Fonte: O Globo

[Dasa e Amil reúnem seus hospitais em nova empresa e oferecem alternativa à rede própria para os planos de saúde](#) - Fonte: O Globo

[Satisfação dos beneficiários: Operadoras realizam pesquisas até 30/04](#) - Fonte: GOV(ANS)

[‘Plano’ de saúde restritivo pode disparar precarização no setor](#) - Fonte: O Tempo

[Avanços e desafios da saúde suplementar brasileira](#) - Fonte: Veja

[Mamografia: ANS muda critério etário para que planos de saúde recebam certificado de boas práticas](#) - Fonte: Estadão

[Cartão de desconto deve ficar fora do alcance da ANS, diz gigante do setor](#) - Fonte: Estadão

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS DEVEM SUBIR NO MÁXIMO 6,5% NESTE ANO, CALCULAM ANALISTAS

O Globo – 02/04/2025

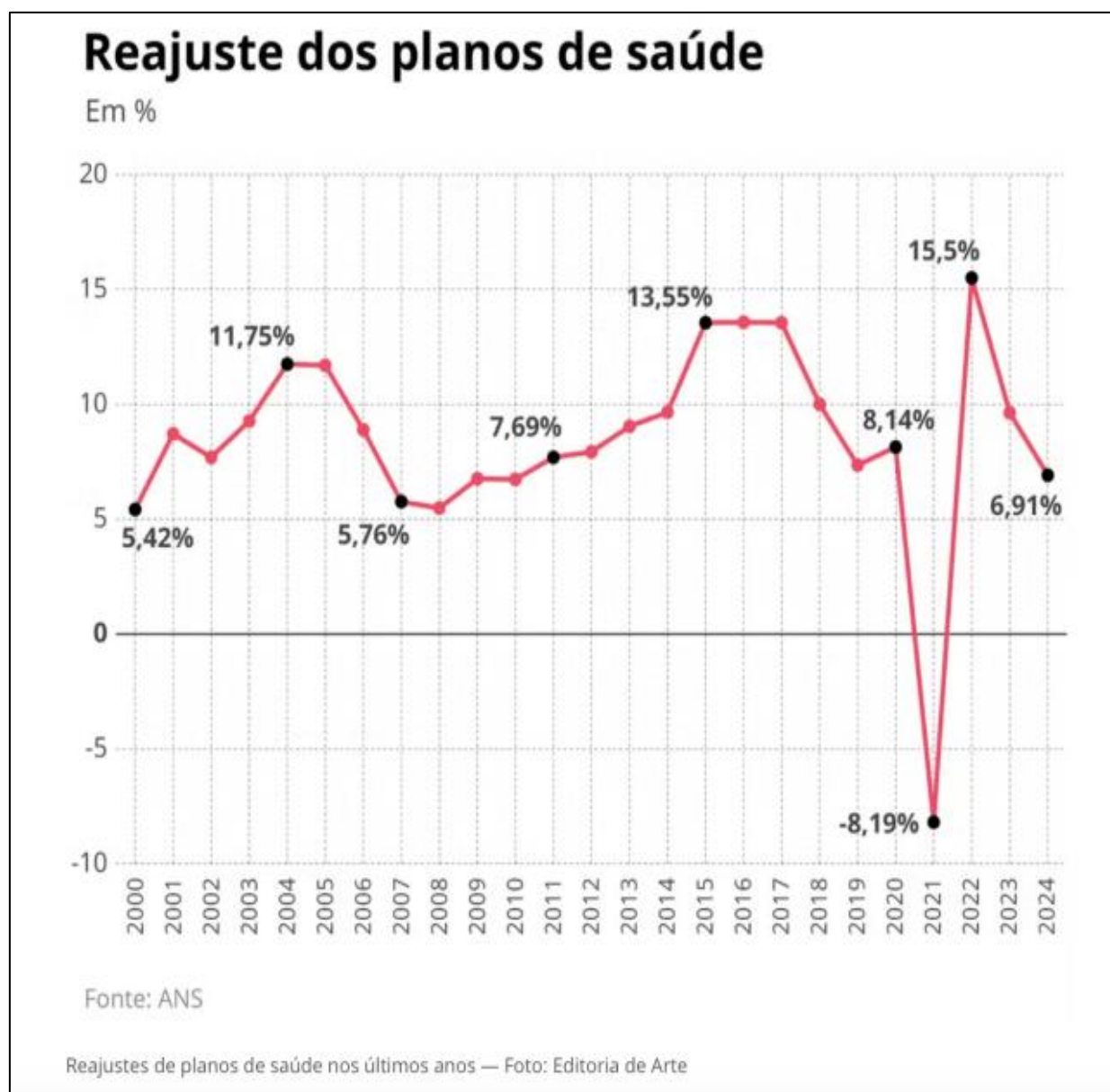
Percentual de aumento deve ser maior que a inflação de 2024, mas abaixo do teto de 6,91% da ANS e o menor desde 2008.

Planos de saúde individuais ou familiares devem ter reajuste de até 6,5% este ano, segundo cálculos de analistas que acompanham o setor de saúde suplementar. O percentual é maior que a inflação de 2024, quando o IBGE calculou o IPCA em 4,83%, mas abaixo do teto de 6,91% definido no ano passado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O índice pode ser o menor desde 2008.

Apesar de os usuários de planos individuais somarem menos de 17% dos 52 milhões na saúde suplementar, o reajuste

desses contratos é um balizador para o aumento dos planos coletivos — tanto os empresariais quanto aqueles por adesão (vinculados a uma entidade de classe ou administradora de benefícios) —, que não têm a correção de preço regulada pela ANS.

Nesse caso, os contratos são negociados entre as operadoras e as administradoras ou empresas contratantes, e os índices muitas vezes ficam na casa dos dois dígitos. No ano passado, a média de reajuste dos contratos coletivos foi de 13,80%, mas há registros de correções ainda mais altas.



Índice sai até maio

O percentual máximo de reajuste dos contratos individuais é definido anualmente pela ANS, que vai divulgar o índice oficial até maio. O modelo de cálculo reflete a variação de custos médico-hospitalares em 12 meses, entre 31 de dezembro último e igual data do ano anterior, e também a inflação geral do país, excluindo o grupo saúde.

Depois de definido, o índice é enviado ao Ministério da Fazenda, que tem 15 dias para analisar o dado e dar um retorno à agência. Somente após esse processo de aprovação o aumento passa a ser aplicado aos contratos, vigorando entre 1º de maio de 2025 a 30 de abril de 2026, com aplicação sempre na data de aniversário de cada contrato.

Com a divulgação pela ANS, no último dia 19, dos dados econômico-financeiros do setor em 2024 — quando as operadoras de planos médico-hospitalares e odontológico registraram lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões, salto de 271% em relação a 2023 —, analistas que acompanham o segmento começaram a calcular qual deve ser o teto de reajuste.

Samuel Alves e Yan Cesquim, do BTG, estimam o percentual em 6%, próximo da inflação prevista pelo banco para 2025. “Os dados sugerem que os ajustes de preços devem se aproximar do cenário-base da equipe macroeconômica do BTG para a inflação do IPCA em 2025 (5,7%)”, afirmam.

A Milliman, consultoria global especializada em seguros e saúde privada, calcula que o índice máximo deve ser de 6,20%. Os analistas Larissa Martins e João Longo observam que a sinistralidade — fatia da receita da operadora que é usada para custear a assistência médica dos usuários — fechou 2024 em 82,60%, inferior aos 86,3% registrados no ano anterior.

Além disso, destacam a melhora no resultado operacional das operadoras entre 2023 e 2024, “passando de R\$ 4,4 bilhões negativos para R\$ 6,1 bilhões positivos”.

“No entanto, ainda cerca de 40% destas operadoras apresentaram resultado operacional negativo, percentual próximo ao observado em 2023, demonstrando que o aumento observado não pode ser caracterizado como uma melhora geral do setor, nem que todas estão em uma situação confortável”, pondera o estudo da Milliman.

Em nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa os planos, afirmou ontem que o índice de reajuste dos planos individuais e familiares, “possivelmente o menor reajuste dos últimos 17 anos”, reflete esforços de gestão como controle de despesas, aperfeiçoamento de contratos, redução de desperdícios e combate a fraudes.

Fenasaúde cita despesas

A FenaSaúde afirma, no entanto, que em muitas operadoras “o reajuste da ANS fica aquém da variação efetiva das despesas assistenciais, ou seja, não cobre a variação dos custos”.

Leandro Bastos e Renan Prata, do Citi, preveem reajuste de 6,5%. Os analistas consideram que o patamar, “embora já esperado”, é “relativamente modesto” frente aos custos do setor, com destaque para o “aumento contínuo das despesas judiciais”. Como mostrou O GLOBO, o volume de ações contra operadoras encerrou 2024 com quase 300 mil novos casos, o maior patamar registrado desde o início do monitoramento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2020.

“Na verdade, destacamos a importância do limite de preços individuais, não apenas como um fator para os aumentos de preços nos planos individuais regulados, mas também como ‘âncora’ para as negociações de planos não regulados”, afirma o relatório do Citi.

DASA E AMIL REÚNEM SEUS HOSPITAIS EM NOVA EMPRESA E OFERECEM ALTERNATIVA À REDE PRÓPRIA PARA OS PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 01/04/2025

A Rede Américas, que reúne 14 hospitais oriundos da Dasa e 11 da Amil, 25 hospitais, 30 centros oncológicos e 23 centros médicos espalhados por São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraná e Distrito Federal, nasce como uma alternativa as operadoras de planos de saúde que querem fazer uma gestão próxima da assistência à saúde de seus clientes, sem investir em uma rede própria de clínicas e hospitais, a chamada verticalização. O fechamento do negócio foi anunciado nesta terça-feira por Fato Relevante, criando uma empresa com receita líquida de R\$ 10,6 bilhões.

Lício Cintra, CEO da Dasa e da nova empresa conversou com exclusividade com o blog e garante que a operadora que fizer as contas vai ver que não valerá a pena mobilizar ativos para construir hospitais, diante de uma oferta de gestão conjunta de indicadores e risco compartilhados.

Em parceria com as operadoras, a meta é desenhar planos customizados exclusivamente com a Rede Américas. Os que já estão no mercado com essa rede praticamente exclusiva, diz Cintra, têm tido boa resposta. Com hospitais com perfil de

classes A à C, a Rede Américas pode servir a várias faixas de renda e se enquadra inclusive aos contratos individuais, ultimamente, oferecidos basicamente por planos de saúde com rede própria. Tudo depende de como as operadoras vão modular seu produtos, diz o CEO da nova empresa.

Qual foi o objetivo dessa operação de Dasa e Amil juntarem os hospitais numa operação conjunta?

Quando a gente olha a nossa rede individualmente, os ativos de fato são bons ativos. Todos os hospitais com índice de qualidade muito bom, acreditados, com recorrência de clientes, tudo isso. Mas eu acho que cada vez mais, principalmente no setor de saúde, a escala está fazendo muita diferença, para se comprar melhor, ter padronização dos processos, ter um kitzinho que vai, afinal das contas, guiando toda a sua estrutura.

E diferente do nosso posicionamento em diagnóstico, o nosso diagnóstico tem muita capilaridade, e é uma solução completa para as fontes pagadoras, os planos de saúde, quando a gente olhava os nossos hospitais, a gente falava, poxa, os hospitais são legais, são bons, mas no final das contas eles não são uma solução completa. Então, no fundo, uma operadora para ter um produto competitivo, tinha que credenciar a Rede Ímpar e ir credenciando outros hospitais, outras redes. O que procuramos com essa operação foi levar uma opção quase completa dentro do nosso foco. Do que a gente se propõe atender, entendemos que agora no mercado de Rio, São Paulo e Brasília estamos extremamente competitivos. A gente entrega hospitais de boa qualidade, com capilaridade, posicionado em regiões estratégicas dentro dessas cidades, que propicia ter também essa dinâmica junto às fontes pagadoras.

Quando o senhor fala em entregar uma solução completa para as operadoras, isso significa o lançamento de planos de saúde customizados com essa rede, um alternativa a expansão de rede próprias das operadoras, da chamada verticalização? Afinal além da ampliação da rede, a Dasa já oferecia um serviço de gestão de saúde dos seus clientes para as empresas do setor...

Exatamente, você varreu em detalhe o que é a nossa estratégia. A gente entende que, no final das contas, ficou uma lacuna no mercado, numa rede (hospitalar) que não fosse dona de operadora, que não tivesse uma operadora linkada. Uma rede que pudesse medir indicadores assistenciais junto com as operadoras, em ter essa boa prática da medicina para ser executada, mas que pudesse propiciar isso para todas as fontes pagadoras, sem privilégio de um em detrimento aos demais. E essa é a nossa proposta. Então, a gente já tem discutido com algumas fontes pagadoras esse tipo de produto. Um produto que tem uma rede mais centrada na Rede Américas, e que aí você tocou no outro ponto importante, como eu tenho muitos centros clínicos, como a gente tem áreas de diagnóstico muito fortes, quando eu ligo tudo isso com tecnologia, eu consigo dar uma medicina de melhor qualidade, mais precisa e, portanto, com

custo menor. Então, a equação fecha de forma muito mais fácil.

Se eu pudesse resumir, a gente entende que a gente passa a ser a única rede, de fato, com bastante capilaridade, que vai atender as operadoras de forma equilibrada no sentido de indicadores essenciais e no sentido de não ter uma operadora que eventualmente pode concorrer com os outros clientes.

Mas a Rede Américas nasce de uma parceria com a Amil, isso não interfere? Qual a diferença para o que a Rede D'Or com a SulAmérica?

É bem diferente. A Rede D'Or e a SulAmérica são uma empresa só e têm um resultado consolidado dessa relação entre a rede hospitalar e operadora. Os sócios são exatamente os mesmos. No nosso caso, é diferente. O que está sendo criado é uma empresa que não tem controle nem de DASA, nem de Amil. Ou seja, o controle é compartilhado, nenhuma dessas duas empresas consolida no seu balanço o resultado da Rede Américas. No final das contas, ela (Rede Américas) vai ter um balanço separado, um conselho separado.

Então, é uma empresa que tem uma operadora como sócio, ela tem a Dasa como sócio, mas ela tem como propósito, claro, atender todas as fontes pagadoras de maneira igual. A diretriz a governança toda foi montada de tal maneira a essa empresa, a essa rede de hospitais, tenha total autonomia para gerenciar a relação dos clientes de forma transparente e pautada em indicadores. Acho que é um pouco diferente.

Não tem nenhuma primazia para Amil?

Não vai ter. Acho que o ponto é exatamente esse, são empresas com resultados diferentes. O que ela tem de diferencial grande é que nasce uma filosofia que vem do passado, tanto da família Bueno, quanto da Amil, de uma gestão sustentável do ponto de vista de indicadores. O setor vive um momento muito difícil, do aumento das frequências, muitas vezes do abuso por parte da cadeia como um todo. Com um cenário desse onde se questiona a sustentabilidade no médio e longo prazo, o único jeito para sair disso é discutir em cima de indicadores, indicadores assistenciais. E que no final, o paciente ganha, porque você tem a boa prática da medicina. A fonte pagadora ganha, porque você consegue equilibrar a relação que ela se propôs a fazer. E os prestadores também ganham. Você passa a ter o core do nosso negócio que é o paciente mais saudável, o mais rápido possível em casa e não dentro do hospital, de maneira mais rápida.

Ou seja, é um caminho para o mercado, via planos customizados com rede, como alternativa dessa verticalização crescente do mercado, com rede concentrada e mais inteligência de gestão embarcada?

Esse é um assunto que muitas vezes o setor não quer ter a discussão que deveria. Por que que existe uma intensificada verticalização? Ela acontece justamente pela incapacidade

das fontes pagadoras em ter uma gestão em hospitais terceiros voltada a indicadores. Quanto maior esse distanciamento entre as operadoras dos hospitais de mercado do qual cada um puxa para o seu lado, mais eu vou ter as operadoras intensificando as suas frentes de verticalização, porque ali ela sente que ela está num ambiente seguro, onde ela vai olhar indicadores, onde ela vai tentar fazer o modelo mais justo possível no atendimento.

O senhor disse que já estão conversando com as operadoras, esses novos produtos formatados exclusivamente com a Rede Américas chegam quando ao mercado?

Na realidade, como as duas empresas já atuavam, então você tem aí o credenciamento de praticamente todas as operadoras aqui que estão nessas praças. A gente já tem hoje operadoras que lançaram produtos praticamente com essa rede combinada e com números super satisfatórios de venda. Então, já tem operadoras disponibilizando o produto quase que só com a nossa rede. O que a gente quer fazer agora, uma vez que nós estamos juntos de fato, é intensificar essas discussões para a gente conseguir fazer a integração toda das duas redes.

E como isso é negociado com os planos de saúde em termo de pagamento? É por pacote, como vai funcionar?

É uma forma diferente, uma forma de compartilhamento de risco, uma forma de pacote, de gerenciamento através dos dados. Então quando a gente conecta todos os dados do nosso diagnóstico junto com a da Rede América - porque mesmo sendo empresas diferentes, a gente tem acordo operacional para ter esse modelo todo gerenciado através de dados - se consegue, junto com as fontes pagadoras, fazer uma gestão de indicadores de tal maneira que na hora que ela fizer a conta da verticalização, a conta não fecha. Ao invés de ficar colocando volumes imensos de investimentos em prédios para se transformarem em hospitais, é mais fácil comprar o serviço no local onde ela sabe que tem total participação na gestão dos indicadores. E lembrando, a gestão dos indicadores, muitas vezes, pode ser encarada por um lado como tentativa de cortar custo, ou de cercear acesso, mas não é, na verdade.

A gestão dos indicadores assistenciais é o único jeito de garantir a qualidade do usuário final. E é essa gestão de indicadores que a gente, por princípio, por filosofia, quer ter total transparência com as fontes pagadoras.

O senhor diz que gestão de indicadores não é simplesmente reduzir custo, mas um dos resultados?

Sim, certamente. Você tira os desperdícios, você corrige a má prática médica. Existe a máxima de que a boa medicina entrega um custo sustentado.

Qual é o perfil desses novos produtos, para que faixa de renda?

Na verdade, quando a gente pega o portfólio dos nossos hospitais, eles pegam quase que todas as classes. Tem hospitais que vão desde a classe A até a C. Então, os produtos podem ser modulados dessa mesma maneira pelas operadoras com maior ênfase entre os hospitais de acordo com o perfil.

Adicionalmente a essa fusão dessas duas redes, essa operação cria a segunda maior estrutura de oncologia do país.

Os planos individuais são basicamente oferecidos por operadoras verticalizadas. Esse tipo de produto que vocês podem oferecer às empresas, com uma rede com gestão integrada, com controle, pode-se propiciar a venda de produtos individuais?

No fundo, o modelo que a gente está propondo, com esse compartilhamento de indicadores, essa discussão em conjunto de indicadores e protocolos, se aplica para qualquer produto. No fundo, a gente quer ter transparência o suficiente e trabalhar focado nos indicadores e protocolos de maneira a operadora concluir, independente do paciente estar no hospital de rede própria, no hospital de mercado, a boa prática médica está assegurada.

Estes protocolos vão ser construídos junto com as operadoras ou já tem um pacote de protocolos?

A gente tem um conjunto grande de protocolos, o que a gente tem feito cada vez mais, tido uma discussão mais próxima com as fontes pagadoras e com as equipes médicas de protocolos mais adequados. Esse é o nosso trabalho de dia a dia, de aproximação às fontes pagadoras e discussão de protocolos.

O que é uma grande oportunidade com a junção desses hospitais todos, é a discussão das melhores práticas entre os hospitais. Não necessariamente todos operam com os mesmos protocolos. Há uma possibilidade riquíssima de ter discussões mais técnicas sobre a ótica de qualidade, custo, tudo isso, para definir quais são as melhores práticas. Essa é uma força-tarefa que a gente passa a fazer a partir de hoje quando começamos a trabalhar juntos.

Vale lembrar que temos uma quantidade muito grande de centros médicos, de centros de tratamento oncológico, além dos da rede robusta de hospitais.

Os centros médicos estão dentro dessa rede?

Sim, os nossos centros médicos têm hoje aproximadamente 600 consultórios espalhados em diversos prédios. A gente tinha na Dasa 14 hospitais, recebe mais 11 hospitais da Amil, uma junção de redes muito complementares, há pouca sobreposição. Isso que nos deixa bastante animados também para ter essa solução completa para as fontes pagadoras. E isso não dá ainda escala, poder compra.

Nesse cenário, a tecnologia e a capacidade de análise dados entra de forma muito relevante...

Sim. A gente considera que com a rede agora muito maior, com os 25 hospitais focados nessas cidades que falamos, com essa dinâmica mais próxima com as operadoras, todas elas, sem exceção, com esse compartilhamento de indicadores, discussões de práticas médicas, discussões de protocolos, com essa base de dados rica, a gente consegue ter uma medicina mais assertiva e, portanto, entregar a melhor qualidade a um custo mais baixo.

Todos os hospitais da Amil entram na Rede Américas? E os da Dasa, foram todos integrados? O que ficou de fora?

A Dasa tem dois hospitais no Nordeste, um em Salvador, na Bahia, e um em São Luís, no Maranhão, que ficaram fora, mas a Rede Américas é quem vai fazer a gestão desses hospitais. Então eles ficaram fora meramente por uma questão societária. Já do lado da Amil vieram todos os hospitais, que são considerados de mercado, são hospitais que têm atendimento em todas as operadoras de maneira relevante. Ficou dentro da Amil, ou seja, fora da Rede América, os hospitais do produto verticalizado, que vai continuar a ser vendido pela Amil. Para o produto de rede aberta, assim como todas as outras operadoras, vai ter a nossa rede como uma parceira.

A rede diagnóstico entra nessa negociação?

São duas empresas distintas. Em função da dinâmica da formação da sociedade, hoje eu acumulo a posição de presidente das duas empresas, da Dasa, que é de capital aberto, e a rede hospitalar. Está inclusive previsto no fato relevante, divulgado nesta terça-feira, que em julho eu

renuncio à presidência da Dasa e fico centrado na Rede Américas.

Tem dinheiro envolvido nessa negociação entre Dasa e Amil?

A forma como foi desenhada, quando a gente fez a avaliação dos ativos, até por ser um número maior de hospitais da Dasa, 14, a empresa entra com esses ativos e baixa R\$ 3,8 bilhões de dívida nessa empresa nova. Ao longo dessa discussão, a gente acabou alterando um pouquinho essa equação, a Dasa desceu uma dívida menor de R\$ 3,5 bilhões, e a Amil entrou com R\$ 350 mil mais os 11 hospitais.

Nesse desenho dilui a dívida entre os dois sócios, já que é 50% de cada um?

Isso ajuda com a desalavancagem da Dasa. Cria-se uma empresa que tem, arredondando, praticamente R\$ 11 bilhões de receita e R\$ 1 bilhão de EBITDA. E fica evidente que é uma rede que tem muita capacidade de melhora operacional. Então, tem um ponto que nos gera muito otimismo? Essa melhora operacional faz com que a alavancagem dessa empresa possa ser reduzida num tempo mais curto.

Quando começamos falar dessa operação, em junho do ano passado, os primeiros números, registravam um EBITDA do ano de 2023 de cerca de R\$ 770 milhões e uma dívida de R\$ 3,5 bi. O mercado considerou que a empresa ia surgir com uma alavancagem muito grande, de quase 5 vezes. Agora no fechamento do negócio, já apresentamos dados diferentes, o EBITDA cresceu quase 25% em 2024, então ela já nasce bem menos alavancada. E, por todo comparativo com o próprio setor, com muita capacidade de melhora operacional, que vai trazer essa desalavancagem.

SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS: OPERADORAS REALIZAM PESQUISAS ATÉ 30/04

(Gov) ANS – 01/04/2025

Questionário padronizado pela ANS tem o objetivo de identificar a percepção dos consumidores sobre os serviços dos planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as operadoras de planos de saúde têm prazo até 30/04 para a realização de pesquisas de satisfação com seus beneficiários em atendimento a requisito do Programa de Qualificação das Operadoras. O objetivo é que a percepção dos usuários sirva de subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde.

As pesquisas podem ser aplicadas por diversos meios, tais como: e-mail, ligação telefônica, Whatsapp, aplicativos ou outros canais, incluindo institutos de pesquisa contratados pelas operadoras. A participação dos beneficiários é voluntária.

“Nós entendemos que ouvir os beneficiários é fundamental para identificar se o atendimento oferecido pelos planos de saúde atende às expectativas e se há algo que pode ser aprimorado. A percepção do usuário vai indicar se há e onde estão os gargalos ou quais são os eventuais motivos de insatisfação. Por esse motivo, a realização de pesquisa de satisfação é um dos requisitos para pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Mauricio Nunes.

O questionário aplicado pelas operadoras foi elaborado pela ANS e é composto por 10 perguntas, divididas em três blocos principais: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento da Operadora e Avaliação Geral. “A padronização das perguntas garante segurança para o consumidor e permite a comparabilidade dos resultados, com a criação de uma série histórica de dados, o que ajudará a monitorar a evolução da

qualidade dos serviços oferecidos ao longo do tempo", pontua Nunes.

Confira abaixo as questões que compõem a pesquisa de satisfação dos beneficiários de planos de saúde:

A. ATENÇÃO À SAÚDE

1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?

- ☐ Sempre
- ☐ A maioria das vezes
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?

- ☐ Sempre
- ☐ A maioria das vezes
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Nos 12 últimos não precisei de atenção imediata
- ☐ Não sei/não me lembro

3. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista etc?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei/não me lembro

4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos,

fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde
- ☐ Não sei

B. CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como o (a) Sr.(a) avalia seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

7. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) fez uma reclamação para o seu plano de saúde (nos canais de atendimento fornecidos pela operadora como por exemplo SAC, Fale Conosco, Ouvidoria, Atendimento Presencial) o (a) Sr.(a) teve sua demanda resolvida?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

C. AVALIAÇÃO GERAL

9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?

- ☐ Muito bom

- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sei/não tenho como avaliar

- ☐ Definitivamente Recomendaria
- ☐ Recomendaria
- ☐ Indiferente
- ☐ Recomendaria com Ressalvas
- ☐ Não Recomendaria
- ☐ Não sei/não tenho como avaliar.

10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?

'PLANO' DE SAÚDE RESTRITIVO PODE DISPARAR PRECARIZAÇÃO NO SETOR

O Tempo – 01/04/2025

Proposta visa liberar comercialização de produto voltado apenas para consultas eletivas e exames

A iniciativa é alvo de ação civil pública protocolada pelo Instituto de Defesa de Consumidores (Idec). Para além da possível irregularidade normativa, o Idec e advogados especializados em saúde e direito do consumidor apontam que o projeto envolve risco de disparada na precarização do setor e de perda de conquistas dos usuários nos últimos anos. O modelo em análise não cobrirá, por exemplo, internação, atendimento de urgência e cirurgias, entre outras restrições. A intenção da ANS é que esse formato de produto – que não se configura plano de saúde justamente pelas limitações – permita incluir mais pessoas na saúde suplementar e, consequentemente, alivie o Sistema Único de Saúde (SUS). O que está em debate

- Participação. A consulta pública 151 fica aberta até 4 de abril para manifestação da sociedade sobre a implantação de ambiente regulatório experimental ("sandbox") para testar novo produto com cobertura restrita a consultas eletivas e exames. As contribuições são aguardadas aqui.
- Diretrizes. A proposta será testada por dois anos, seguindo determinações da RN 621/2024 e do Guia Referencial de Sandbox Regulatório da AGU. As empresas deverão registrar o novo produto no formato coletivo por adesão.

Os riscos para o consumidor

Para profissionais e entidades que contestam o projeto, o que vai ocorrer será o direcionamento dos pacientes, pelas operadoras, para esse novo modelo flexível, com aumento de cancelamentos dos convênios individuais, já escassos no mercado atualmente.

"Há risco de engano do consumidor, que contrata um produto que não assegura o direito à saúde. E espera-se que ocorra o contrário do proposto pela ANS: planos individuais e familiares – e mesmo coletivos – se tornem ainda mais escassos, pois abre-se a possibilidade de oferecer um produto precário e mais rentável para as empresas, assim como o plano de saúde coletivo se tornou maioria hoje, por sua menor regulamentação em comparação ao individual",

argumenta o pesquisador do programa de Saúde do Idec Yuri Hidd.

O advogado Stéfano Ferri, especialista em direito do consumidor, faz análise semelhante. "Embora a proposta da ANS possa, de fato, aumentar o número de pessoas que conseguem contratar um plano de saúde, ela também pode ser uma estratégia das operadoras para reduzir a oferta de produtos mais completos e direcionar os consumidores para planos com cobertura mínima", ressalta.

Lobby

Para Ferri, um risco concreto é a redução ainda mais acentuada da oferta de plano de saúde individual, o que prejudica especialmente idosos, autistas e outras pessoas que necessitam de maior previsibilidade de cobertura e de reajustes. Por isso, no seu entendimento, a questão central não é aumentar o número de produtos no mercado. "Seria um produto a mais. No entanto, o problema é existir um movimento, um lobby, para que se direcionem as pessoas para esse tipo de produto, que é o que aconteceu no ano passado", completa.

A advogada Vanessa Ziotti, especialista em direito da pessoa com deficiência, acrescenta que a venda de "planos" flexíveis reveste de legalidade a análise de risco, proibida pela própria Súmula 27/2015 da ANS.

"As operadoras, ao analisarem o perfil do proponente, já recusam pessoas com deficiência ou doenças raras e pacientes crônicos ou oncológicos, nas apólices disponíveis. Usam como justificativa 'falta de interesse comercial'. Contudo, para apólices desse novo produto, esses usuários serão prontamente aceitos, visto que sequer terão acesso a tratamentos dentro da cobertura proposta", pontua.

O que alega a associação de planos de saúde

Por outro lado, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) considera positiva a proposta da ANS de criar o ambiente de teste para o produto voltado apenas para consultas eletivas e exames. "A iniciativa tem potencial para ampliar o acesso da população à saúde suplementar e, consequentemente, a cuidados médicos, de forma segura,

transparente e dentro de um ambiente regulado”, afirma, em nota.

A entidade defende que esse modelo pode contribuir para a redução da espera por atendimento ambulatorial no SUS, além de permitir diagnóstico precoce por meio da atenção primária e secundária. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também diz, em nota, que o projeto aumenta as possibilidades de atendimento aos beneficiários, “preservando as demais opções de planos hoje disponíveis”.

Inclusão de 50 milhões de brasileiros

Apesar das divergências sobre o projeto, a ANS defende que a criação de produtos flexíveis possibilitará a oferta de uma opção para atender a um público que hoje faz uso de serviços privados similares existentes no mercado, mas que não têm nenhum tipo de regulamentação ou fiscalização, como clínicas populares e cartões de desconto. Com isso, a expectativa é incluir até 50 milhões de brasileiros no setor de saúde privado.

O diretor de Normas de Habilitação dos Produtos da agência, Alexandre Fioranelli, em nota, cita que a atenção primária tem capacidade de resolver até 80% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da vida, conforme dados do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde.

“Não há que se falar, portanto, em perda de direitos, mas em ampliação, já que se trata de mais uma opção de produto para pessoas que, atualmente, não têm capacidade de adquirir um plano de saúde tradicional. Os planos existentes atualmente

vão continuar existindo com todas as garantias que já são regulamentadas”, enfatiza.

A ANS ainda afirma que as operadoras só terão permissão para oferecer esse tipo de apólice a quem não tem plano de saúde e que essa parcela da população passará a ter acesso a uma nova alternativa, com cobertura para consulta eletiva “de todas as especialidades e centenas de exames que estão no rol, sem limite de quantidade”. Nesse caso, conforme a ANS, o novo produto só não cobrirá exames que exigem internação hospitalar e genéticos.

Relembre como era antes da Lei 9.656

- Cenário. O Idec avalia que a criação de produtos “flexíveis” representa perda das conquistas dos consumidores. Segundo o pesquisador do programa de saúde da entidade Yuri Hidd, antes das proteções garantidas pela Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/1998), as operadoras “cometiam muitas abusividades”. A cobertura dos planos era definida apenas pelos contratos, gerando limitação ou negativa de tratamentos e de internações.

- Lista. Por isso, a legislação passou a prever coberturas mínimas, excluindo do mercado planos sem atendimento de urgência e emergência ou sem tratamentos. Alguns anos depois, foi criado o rol de procedimentos, com cobertura mínima obrigatória e atualizada periodicamente.

- Ilegal. Para o Idec, a agência reguladora viola a própria Lei 9.656/1998, em especial os artigos 10 e 12, com essa proposta de novos produtos. “A ANS não pode flexibilizar as proteções da lei e criar um modelo de plano de saúde com cobertura abaixo daquela legalmente autorizada”, afirma Hidd.

AVANÇOS E DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

Veja – 31/03/2025

Tecnologia e prevenção podem ser as palavras-chave no futuro próximo.

A saúde suplementar no Brasil hoje responde pelo atendimento de cerca de 25% da população, algo em torno de 51 milhões de pessoas. O número é grandioso por si só e mais ainda quando comparado ao contingente populacional de muitos países do mundo, o que mostra a eficiência do setor. Segundo dados recentes da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), quase 75% das operadoras tiveram seus serviços classificados como “bons” ou “excelentes”. Ao mesmo tempo, porém, não são poucos os desafios, notadamente a judicialização, que podem afetar a sua sustentabilidade.

O aumento da expectativa de vida, por um lado, é uma conquista da humanidade, que todos saudamos, mas, por outro, costuma vir acompanhado do aparecimento de doenças complexas, que requerem tratamentos contínuos e onerosos. Além de um número maior de casos de diabetes,

hipertensão, câncer e cardiopatias em geral, surgem outras doenças típicas do envelhecimento, como as neurodegenerativas e também a osteoporose, as perdas auditivas e a depressão. Tudo isso leva a uma procura maior dos serviços de saúde: consultas, exames, cirurgias, internações e tratamentos especializados passam a ser frequentes.

O crescimento da demanda de cuidados de longo prazo é um dos fatores que impactam os custos das operadoras de saúde. Ao mesmo tempo, os avanços da medicina e da tecnologia trazem novos tratamentos, mais sofisticados e também mais caros, muitas vezes criando expectativas de incorporação imediata nos planos de saúde. O sobrepeso e a obesidade, que têm aumentado significativamente em todo o mundo, já preocupam os serviços de saúde pelo seu potencial de acarretar diversas doenças. A indústria farmacêutica tem produzido medicamentos de ponta para ajudar a enfrentar esse problema, como as já populares canetas emagrecedoras, que, no entanto, ainda chegam ao mercado

por valores bastante altos. Lidar com novas demandas e incorporar os avanços da pesquisa são desafios constantes. Os órgãos reguladores, por sua vez, tendem a rever políticas para garantir o acesso dos beneficiários ao máximo de direitos. É o que se tem visto, por exemplo, nos quadros de transtorno do espectro autista (TEA), cujo tratamento extrapola a medicina propriamente dita. Em muitas situações, é recomendada abordagem interdisciplinar (terapia ocupacional, musicoterapia, fonoaudiologia, terapia comportamental ABA, equoterapia, hidroterapia, acompanhamento nutricional), além de medicamentos. Estima-se que haja, hoje, no Brasil em torno de 6 milhões de pessoas com TEA. Desde 2021, as operadoras tiveram um aumento de 74,4% nos gastos com esses tratamentos.

Diante de desafios cada vez maiores, tem restado às operadoras reajustar as mensalidades de todos os pagantes para que o sistema continue sustentável ou, eventualmente, recusar um tratamento não previsto em contrato. Nem é preciso dizer que nenhuma dessas alternativas agrada aos usuários do serviço. Os que têm condições apelam para a Justiça, que, em muitos casos, lhes é favorável. Afinal, diferentemente da operadora, que analisa o conjunto do sistema, o juiz decide com base em um caso concreto. Em 2024, houve um aumento significativo de ações judiciais relacionadas à saúde, com mais de 74 mil novos processos registrados. A equação é difícil de resolver, mas a litigância excessiva, além de criar insegurança jurídica, paradoxalmente, onera o sistema como um todo. Promover soluções extrajudiciais e investir na comunicação transparente com os beneficiários pode ser um bom caminho. Recentemente, a ANS aprovou uma resolução que concede às operadoras o direito de criar um sandbox regulatório para testar um novo modelo de plano de saúde, muito mais barato,

mas com cobertura limitada – sem acesso a pronto-socorro, a internação e a tratamentos e exames mais complexos. Os beneficiários teriam um plano de baixo custo que atenderia suas necessidades de consultas e exames em geral. Considerando que cerca de 85% dos problemas de saúde são resolvidos na atenção primária, a proposta parece bem-vinda. A população que aderir a esses planos, embora tenha de continuar recorrendo ao SUS para os casos mais complicados, poderá ganhar em agilidade no atendimento primário. Além disso, a facilidade e os preços módicos podem estimular as pessoas a cultivar o hábito da prevenção, evitando buscar o médico só quando a situação se agrava e, ao mesmo tempo, deixando as idas ao pronto-socorro, que é um serviço caro, somente para as situações de emergência – o que, de quebra, as poupa de desnecessária exposição aos patógenos comuns no ambiente hospitalar. A telemedicina, que é outro avanço dos tempos modernos, pode ser suficiente para solucionar casos mais simples a baixo custo.

A medicina experimenta progressos no diagnóstico e na pesquisa, a indústria desenvolve medicamentos de ponta e a tecnologia propõe novos caminhos. Temos de repensar nossas formas de otimizar esses avanços em favor de sistemas sustentáveis. Nessa equação, não pode faltar o estímulo à prevenção e à manutenção de bons hábitos de saúde, que incluem, mais que exames de rotina, alimentação correta, prática de atividade física, horas adequadas de sono, vida social. Além de assegurar um envelhecimento mais saudável, o autocuidado, a médio prazo, pode ajudar a desestressar os sistemas de saúde, tanto o privado como o público, e contribuir para o seu reequilíbrio.

MAMOGRAFIA: ANS MUDA CRITÉRIO ETÁRIO PARA QUE PLANOS DE SAÚDE RECEBAM CERTIFICADO DE BOAS PRÁTICAS

Estadão – 29/03/2025

Sociedades médicas criticavam parâmetros de programa de certificação de boas práticas de atenção oncológica proposto pela ANS, e temiam que ele prejudicasse usuárias.

Após reunião com especialistas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) modificou os critérios para o rastreamento do câncer de mama para que planos de saúde recebam certificado do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica.

Os participantes da reunião chegaram à decisão de incluir um novo item, que exige que as operadoras aderentes ao programa garantam rastreamento do câncer de mama para beneficiárias entre 40 e 74 anos, desde que haja indicação médica. Manteve-se a exigência de que planos convoquem a cada dois anos usuárias de 50 a 69 anos para realizar o exame.

A reunião, que ocorreu na segunda-feira, 24, contou com representantes do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Conforme mostrou o Estadão, representantes do CFM já haviam se reunido no início do mês com a ANS solicitando a revogação de uma medida prevista no novo programa. Eles queriam que fosse desconsiderada a exigência de convocação de usuárias de 50 a 69 anos.

Tanto o CFM quanto as sociedades médicas não se contrapunham a convocar essas pacientes, o temor era cravar que o padrão-ouro de rastreio seria a partir dos 50 anos. A SBM, a Febrasgo e o CBR recomendam a idade

mínima de 40 anos para rastreamento de câncer de mama no País, tanto na rede pública quanto no sistema suplementar.

“Se o rastreamento entre 50 e 69 anos for tratado como ‘padrão-ouro’, as operadoras podem passar a questionar a necessidade de exames antes dos 50 ou após os 70. Isso não pode ser um critério de qualidade”, disse Cibele Alves de Carvalho, conselheira do CFM pelo Estado de Minas Gerais, quando o Estadão noticiou a reunião do início de março.

Para ter ideia, segundo a SBM, no Sistema Único de Saúde (SUS), onde o rastreamento é bienal e centrado em mulheres entre 50 e 69 anos, apenas 5% dos diagnósticos são de tumores em estágio inicial e 40% já estão em estágio avançado quando são descobertos. Quanto mais tarde o câncer é descoberto, pior é o prognóstico do paciente.

CARTÃO DE DESCONTO DEVE FICAR FORA DO ALCANCE DA ANS, DIZ GIGANTE DO SETOR

Estadão – 27/03/2025

Agência reguladora encerra consulta pública sobre o tema na próxima semana.

As empresas de cartões de desconto devem ficar de fora do alcance das discussões da Agência Nacional de Saúde (ANS), que encerra na próxima semana a consulta pública sobre o tema, segundo Aquiles Vilar, vice-presidente do Cartão de Todos, líder do setor. Isso porque esse segmento estaria fora do âmbito legal de atuação da agência, que regula o setor de saúde suplementar. “A ANS é responsável por regulamentar o mercado dos planos de saúde e não o mercado de saúde de maneira integral”, diz ele. “A agência não pode criar regras para clínicas, hospitais, laboratórios ou para os cartões de desconto.”

As discussões em torno do tema nasceram a partir da consulta pública lançada pela agência no fim do ano passado, sobre a possibilidade das empresas de saúde suplementar oferecerem os chamados planos ambulatoriais. Eles seriam mais baratos, com a oferta de consultas e exames, sem que os clientes tivessem direito a internação ou tratamentos mais complexos.

Ao lançar a proposta, a ideia seria desafogar o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento básico, responsável pelo atendimento de 75% da população brasileira. Ao mesmo tempo, oferecer uma nova frente de atuação para os planos, que vêm enfrentando dificuldades. A consulta pública deve ser encerrada em 4 de abril.

Proposta enfrentou resistências

A proposta enfrentou resistência de entidades de defesa do consumidor e de classe como a Assetans, que representa servidores e funcionários da própria ANS. Segundo a associação, a preocupação é que as operadoras migrem em massa para esse novo modelo e os planos atuais não se

Como se posicionou a ANS?

A ANS reforçou que essas diretrizes se aplicam apenas ao programa de certificação e não alteram as regras de cobertura obrigatória dos planos de saúde.

“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 o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS (Dides), Maurício Nunes, que conduziu a reunião de segunda.

sustentem por serem baseados em mutualismo ou tenham os preços majorados em medida insustentável.

“A ANS está fazendo valer o que a lei determina: estabelecer o plano referência, que dê cobertura a um amplo espectro de atendimentos e complemente a saúde pública”, diz Vilar. Para ele, caso queiram atuar no mercado dos cartões de desconto, os planos de saúde teriam de abrir outras empresas, que lidassem apenas com descontos, sem serem submetidos à legislação que os rege.

Um dos motivos é que esse tipo de empresa não oferece desconto apenas em saúde, mas numa gama maior de produtos e serviços. Entre eles, educação, gás, energia, medicamentos. “Se a ANS for se debruçar sobre os cartões de desconto, como vai tratar esses outros benefícios que oferecemos?”, afirma. “Além disso, impera no Brasil a liberdade econômica: qualquer empresa pode existir, desde que não haja uma regra que proíba sua atuação e não há nada que impeça a existência dos cartões de desconto.”

Executivo não vê ameaça ao setor

Vilar não vê também uma ameaça ao setor, que existe em diferentes países, abriga empresas consolidadas e existe há décadas. Além disso, afirma, uma maior intervenção regulatória pode aumentar o preço dos serviços. “Uma regulação que encareça esse modelo vai impactar diretamente os consumidores, tornando o acesso à saúde ainda mais difícil”, diz.

Hoje, 7 milhões de famílias e 18 milhões de usuários têm o Cartão de Todos, pelo qual pagam, em média, R\$ 30 mensais. Por mês, são realizadas 1,5 milhão de consultas, o que significa que 20% da base usam o sistema para saúde. A empresa oferece serviços e produtos em todo o País, em

idades com mais de 100 mil habitantes. O grupo faturou R\$ 5 bilhões no ano passado.

A ANS afirmou, em comunicado, que a consulta pública trata da avaliação, por meio de um ambiente experimental, “de proposta para um novo produto a ser disponibilizado na saúde

suplementar, para consultas estritamente eletivas e exames, com a segurança de cobertura prevista pela reguladora e sua fiscalização”. Além disso, “essa consulta pública não tem qualquer relação com a comercialização e a regulação de cartões de desconto”.

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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.