NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

09 de abril de 2025

ÍNDICE INTERATIVO

ANS divulga a 8ª edição do panorama – Saúde Suplementar - Fonte: (Gov) ANS

ANS sob pressão: Flexibilização do modelo regulatório pode avançar? - Fonte: Saúde Business

TJ-MA inaugura neste mês primeira vara de saúde suplementar do país - Fonte: Conjur

Garantia de atendimento: ANS divulga resultados do 4º trimestre de 2024 - Fonte: (Gov) ANS

Planos de saúde estimam gasto de R$ 6,8 bilhões com judicialização em 2024 - Fonte: Veja

Saúde: ANS muda programa que atesta qualidade dos planos - Fonte: CQCS

Mudanças nos planos de saúde geram preocupações e podem ser discutidas em audiência pública - Fonte: Metro 1

ANS divulga dados de beneficiários referentes a fevereiro de 2025 - Fonte: (Gov) ANS

ANS divulga relatório de gestão da ouvidoria - Fonte: (Gov) ANS

ANS DIVULGA A 8ª EDIÇÃO DO PANORAMA – SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 08/04/2025

Publicação traz análises de dados do 4º trimestre de 2024 e informações atualizadas até janeiro.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira, 8/4, a 8ª edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde referentes ao 4º trimestre de 2024, já contemplando também algumas informações atualizadas até janeiro deste ano.

A quarta e última edição de 2024 da publicação destaca o novo painel dinâmico da Agência para acompanhar a Taxa de Intermediação Resolvida (TIR). O indicador, calculado pela ANS com base em reclamações de consumidores processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), visa aumentar a transparência e permitir um monitoramento mais preciso do setor diante das demandas registradas.

Outra novidade desta edição são os três novos conjuntos de dados abertos que a ANS disponibilizará em 2025. O primeiro, “Percentuais de Reajuste de Agrupamento”, reunirá uma série histórica dos reajustes por operadora. O segundo, “Classificação Prudencial das Operadoras de Planos de Saúde”, busca avaliar as operadoras segundo o risco que podem trazer ao setor como um todo, reavaliando obrigações e o custo da regulação levando em consideração este risco. Já o “Painel de Indicadores de Glosa” apresentará informações sobre faturamento, valores glosados e prazos de pagamento. A iniciativa reforça o compromisso da ANS com a transparência e a melhoria regulatória.

O Panorama é elaborado com base em dados enviados pelas operadoras de planos de saúde a sistemas de informação da ANS, tais como o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e Sistema de Informação de Produtos (SIP).

Confira abaixo mais detalhes da 8ª edição do boletim Panorama - Saúde Suplementar:

Na seção Beneficiários de planos de saúde, é possível verificar um aumento de 1,96% no número total de beneficiários para planos de assistência médica, entre janeiro de 2024 e janeiro de 2025, sobretudo nos planos coletivos empresariais com assistência médico-hospitalar; e 6% para planos exclusivamente odontológicos.

Em Assistência à saúde, o boletim apresenta a análise da frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia, no 4º trimestre de 2024, comparado com o mesmo período de 2019, antes da pandemia. A utilização dos serviços de saúde considera o número de procedimentos realizados por pessoa. Os exames ambulatoriais, que vinham apresentando crescimento desde 2021, tiveram uma queda no 4º trimestre de 2024, na comparação com o mesmo período do ano anterior.

As consultas médicas e os procedimentos odontológicos permanecem, no 4º trimestre de 2024, com uma frequência de utilização inferior à observada em 2019.

As despesas médias para internações apresentaram, em 2024, um aumento de 31,9% em relação ao ano-base 2019. As variações de despesas médias das consultas médicas, de Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT) se comportaram com tendência de elevação a partir de 2019, atingindo em 2024 um incremento de 31% e 32,3%, respectivamente. A variação da despesa média destes eventos ou procedimentos encerram o ano com variações muito semelhantes.

Na seção Utilização da rede SUS por beneficiários, há dados sobre internações e procedimentos de alta complexidade realizados por usuários de planos de saúde no sistema público, assim como valores cobrados e efetivamente pagos pelas operadoras, com destaque para o repasse de R$ 953 milhões ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) em 2024.

A publicação também mostra o Cenário econômico-financeiro do setor por meio de indicadores de resultado da saúde suplementar na operação médico-hospitalar. Os dados são apresentados em valores nominais (não ajustados pela inflação do período) ao longo dos últimos quatro anos, segregados entre resultado operacional, resultado financeiro e resultado líquido. Nesta edição, observa-se que o setor permanece em curva de melhora, com resultado líquido acumulado em 2024 superior a R$ 10 bilhões, o melhor dos últimos três anos.

Na seção Demandas de consumidores, estão disponíveis informações sobre o acompanhamento mensal feito pela ANS das reclamações registradas em seus canais de atendimento, com dados sobre a natureza das demandas, do Índice Geral de Reclamações (IGR) e da Taxa de Resolutividade das queixas tratadas por meio da mediação de conflitos via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Nos meses de janeiro e fevereiro de 2025, as reclamações cadastradas na ANS apresentaram redução em relação ao mesmo período de 2024. Em fevereiro deste ano, foram registradas 27.104 queixas dos consumidores nos canais da Agência.

O Panorama traz ainda uma visão geral sobre programas e projetos da ANS e Aspectos Normativos e Legais, que colaboram para uma melhor visão de como está o setor de planos de saúde.

ANS SOB PRESSÃO: FLEXIBILIZAÇÃO DO MODELO REGULATÓRIO PODE AVANÇAR?

Saúde Business– 08/04/2025

Propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar para promover a sustentabilidade em saúde dividem opiniões.

No mês de fevereiro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou um total de pouco mais de 52 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, número esse que vem se mantendo estável nos últimos anos. Houve um crescimento de 912.706 beneficiários em relação a fevereiro de 2024. Já no comparativo de fevereiro de 2025 com janeiro de 2025, houve uma queda de 10.676 usuários.

Por um lado, um mercado estagnado; do outro, custos de saúde cada vez mais elevados, e, no meio disso, o envelhecimento populacional e o consequente aumento das doenças crônicas. Esse cenário tem feito com que os atores do ecossistema de saúde discutam algumas propostas para manter a sustentabilidade do setor.

Hoje, a pauta gira em torno de temas como regras de coparticipação, determinando o percentual de 30% de coparticipação por procedimento, o limite mensal de 30% do valor da mensalidade e limite anual de até 3,6 vezes o valor da mensalidade; revisão técnica de planos individuais e familiares, que prevê um reajuste maior que o autorizado pela ANS para operadoras que demonstrarem desequilíbrio econômico-financeiro; e a discussão de novas formas de remuneração, onde sairia de cena o modelo fee for service para dar lugar a um modelo de pagamento baseado em valor.

Mas o quanto essas propostas podem realmente contribuir para a sustentabilidade do setor sem com isso afetar a qualidade do atendimento ao consumidor? Esse é o debate que vem sendo travado.

Para José Cechin, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), as mudanças propostas pela ANS merecem discussões aprofundadas. “A possibilidade de um novo modelo de reajuste para contratos com até mil vidas, mudanças nas regras de coparticipação e reativação dos planos individuais com reajustes mais flexíveis, tem suscitado grande debate nos meios de comunicação e precisam ser avaliadas com cautela.”

Novo formato de plano de saúde

Entre as propostas da ANS, uma tem gerado polêmicas: a criação de planos ambulatoriais que incluem consultas e exames, sem cobertura de urgência e emergência. Para Cechin, esse é outro tema a ser profundamente debatido, com argumentos técnicos e sem vieses. “Esses planos representariam mais uma opção para os consumidores. Como há dúvidas sobre seus efeitos práticos, a ANS optou por submeter essa proposta ao sandbox regulatório por prazo determinado, findo o que poderão ser avaliados seus efeitos práticos.”

O sandbox regulatório funciona como um ambiente experimental de regulação, com as empresas tendo dois anos para testar seu produto, durante os quais deverão seguir algumas regras, o que inclui a criação e registro de um plano de saúde no formato coletivo por adesão, com participação limitada a 30%, além de oferecer bônus aos beneficiários que participarem de programas de cuidado e permanecerem no plano após o período de testes de dois anos.

Passado esse prazo, caso a ANS decida por não manter a modalidade, os beneficiários terão portabilidade extraordinária para troca por outro plano ou a possibilidade de voltar ao plano de origem.

Diferentes atores do ecossistema, diferentes perspectivas

Na avaliação de Cechin, abrir o leque de escolhas para os consumidores não pode ser prejudicial, pois os consumidores não optariam por produtos que piorassem suas situações. “Na verdade, esses planos refletem uma realidade já em curso. O consumidor já vem buscando alternativas mais acessíveis e flexíveis, como clínicas populares e cartões de desconto em saúde, que oferecem serviços com cobertura limitada e sem regulação da ANS. O que a agência está fazendo é abrir espaço para que o setor regulado ofereça esse tipo de serviço com mais segurança para o consumidor. Com isso, os usuários terão acesso a serviços estruturados, com canais formais para reclamação, fiscalização e informações claras sobre os direitos adquiridos.”

Com a criação do modelo mais simples, a expectativa da ANS é ampliar a quantidade de pessoas com acesso à atenção primária e secundária, incluindo cerca de 10 milhões de brasileiros no setor de saúde suplementar. Isso, justifica a Agência, reduziria a fila de exames do SUS e aceleraria o diagnóstico dos pacientes.

Países como os Estados Unidos, com o Obama Care, a África do Sul ou Austrália já adotam modelos mais flexíveis e segmentados na regulação da saúde suplementar. “Essa abordagem permitiu ao setor desenvolver produtos diversificados, com maior capacidade de adaptação à renda e às necessidades específicas de diferentes perfis de consumidores. O resultado foi um mercado mais dinâmico, com maior penetração entre a população, especialmente entre aqueles que antes estavam excluídos do sistema tradicional de cobertura integral. A flexibilidade regulatória não significa ausência de proteção, mas sim a possibilidade de equilibrar acesso, sustentabilidade e responsabilidade contratual”, destaca Cechin.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), representante das operadoras de planos de saúde do país, avalia que a medida abre a possibilidade de ser oferecida mais uma alternativa de assistência aos beneficiários, preservando todas as demais opções de planos hoje disponíveis.

Em nota, a Federação diz que considera, ainda, que coberturas mais focadas, como a proposta pela ANS, podem contribuir para tornar os planos de saúde mais acessíveis e ampliar o acesso dos brasileiros à saúde de qualidade que as operadoras propiciam. Segundo a FenaSaúde, as empresas também irão colaborar para maior promoção de saúde e prevenção de doenças, com efeitos benéficos sobre todo o sistema de saúde, ao aliviar o Sistema Único de Saúde (SUS) das filas de espera de consultas eletivas e exames.

Para o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), a lei que autoriza as agências reguladoras a abrirem processos de sandbox regulatório determina que a inovação é requisito indispensável para ser observado. No entanto, o tipo de plano proposto pela ANS não traz qualquer inovação ao setor de planos de saúde. Trata, na realidade, de um pleito antigo das operadoras de saúde e que vem sendo discutido desde a criação da Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656), em 1998, pelo setor regulado.

Essa também é a visão do advogado especialista em Direito à Saúde e sócio do escritório Vilhena Silva, Rafael Robba, ao afirmar que a proposta confronta a própria lei, que determina que os planos ambulatoriais de saúde devam ter como cobertura mínima obrigatória procedimentos ambulatoriais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, entre outros, além de garantir atendimentos de urgência e emergência.

“Essa proposta, além de não contribuir com o melhor funcionamento do sistema de saúde, ainda deixa o consumidor vulnerável, pois caso ele necessite de um tratamento, terá que recorrer ao SUS. Porém, devemos lembrar que a porta de entrada para o SUS são as Unidades Básicas de Saúde (UBSs)”, analisa Robba. Isso significa que toda a jornada do paciente começaria do zero, com novas consultas e exames sendo necessários, o que pode levar a um atraso no início do tratamento e um aumento nos custos.

Essa questão apontada por Robba deve estar na pauta de discussão caso a proposta seja aprovada, acredita Cechin. “Existem dois pontos de atenção: a posição na fila e, para evitar desperdícios, o SUS precisará se valer dos resultados dos exames que o paciente fez pelo plano.”

Para Yuri Hidd, pesquisador do Programa de Saúde do Idec, produtos nesse formato não garantem o direito à saúde do paciente, pois as suas necessidades de saúde não se esgotam na realização de consultas e exames.

“Com esses produtos, os consumidores terão no máximo um diagnóstico. Hoje, os planos existentes também se separam entre aqueles que oferecem serviços de maior ou de menor qualidade. Com a proposta de planos ainda mais desregulamentados, é possível que, além de não terem seus problemas de saúde resolvidos, também terão atendimentos de baixa qualidade. É preciso destacar, ainda, que a ANS não avança sobre a regulação de prestadores de serviço ou de certificação de qualidade.”

Para Cechin, a proteção ao consumidor em um modelo mais flexível está diretamente ligada à atuação regulatória da ANS, à transparência contratual e a vendas bem-informadas. “Um contrato claro e bem delimitado garante que o beneficiário tenha pleno conhecimento dos serviços que está adquirindo. Assim como acontece com os cartões de desconto em saúde, o consumidor não terá mais direitos do que os previstos no contrato — mas, diferente desses produtos, terá a segurança de contar com um operador regulado, sujeito às normas da ANS. Cabe à agência garantir que os limites de cobertura estejam explicitados e que haja canais eficazes de fiscalização, orientação aos prospectivos contratantes e resolução de conflitos.”

Hidd comenta ainda que existe o risco de que a flexibilização favoreça grandes corporações em detrimento de pequenos prestadores de serviço. “Hoje, já existe um mercado privado de saúde que oferece serviços desregulamentados de consultas e exames para pacientes – os cartões de desconto e as clínicas populares. Grandes empresas não conseguem operar nesse mercado, pois ele não é regulamentado pela ANS. Ao criar produtos com menor regulamentação, a ANS está atendendo ao anseio das operadoras por essa reserva de mercado, ainda que em detrimento da saúde dos pacientes.”

Sobre a possibilidade de redução de custos em saúde e aumento do acesso, o pesquisador do Idec analisa que os produtos são mais lucrativos para as operadoras, pois cobrem apenas os serviços de saúde mais baratos, o que pode sobrecarregar o SUS, em especial considerando que, com a possibilidade de oferecer produtos mais baratos e flexíveis, ocorra um downgrade, ou seja, pessoas que hoje têm planos de saúde migrem para esse novo produto que diminui seu acesso aos serviços de saúde.

Segundo Cechin, os atendimentos ambulatoriais têm alta resolutividade (entre 80% e mais de 90% dos casos). “O atendimento ambulatorial faz uso mais eficiente dos recursos, daí a redução de custos, sem falar que as orientações adequadas por parte do profissional podem ajudar o paciente a construir saúde e evitar o adoecimento.”

Para Gonzalo Vecina Neto, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a proposta não reduz custo do que é necessário, somente do que é entregue, e não deve avançar. “A saúde suplementar, para sobreviver, tem que aumentar a sua eficiência.”

O debate sobre sustentabilidade em saúde tem levado à criação de propostas que precisam ser amplamente debatidas para que tanto empresas quanto consumidores possam ter suas necessidades atendidas, sem risco para o que mais importa: a saúde das pessoas.

TJ-MA INAUGURA NESTE MÊS PRIMEIRA VARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO PAÍS

Conjur – 07/04/2025

O Tribunal de Justiça do Maranhão marcou para o dia 28 deste mês a instalação e inauguração da Vara de Saúde Suplementar de São Luís, a primeira do tipo no Brasil. A cerimônia será promovida no Fórum Desembargador Sarney Costa, às 9h.

A Vara de Saúde Suplementar de São Luís foi criada pela Lei complementar estadual 283/2025. Ela será responsável por ações relacionadas a planos, seguros e serviços de saúde privados.

Durante a votação do anteprojeto de lei complementar pelo Órgão Especial do TJ-MA, o presidente da corte, desembargador Froz Sobrinho, disse que o Judiciário vai colaborar para o aperfeiçoamento dos serviços complementares de saúde.

"Com a criação dessa unidade, a primeira do país, atendemos às disposições contidas na Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, instituída pela Resolução 530/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que incentiva a criação de varas especializadas em matéria de saúde suplementar", destacou o magistrado.

Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), vê com bons olhos a iniciativa do Judiciário maranhense. "Varas especializadas ajudam porque aprimoram o conhecimento técnico do juiz da área da saúde. Familiariza o juiz com a medicina, o que ajuda, por exemplo, a identificação de casos de fraude e beneficia todo o sistema, que pode, assim, atender melhor à sociedade."

GARANTIA DE ATENDIMENTO: ANS DIVULGA RESULTADOS DO 4º TRIMESTRE DE 2024

(Gov) ANS – 07/04/2025

Monitoramento passa a considerar nova base de dados de reclamações sobre cobertura assistencial para classificar o desempenho das operadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (7/4) os resultados do 4º trimestre de 2024 do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que passou a utilizar uma nova base de dados, ampliada, de reclamações de consumidores sobre negativas de cobertura ou descumprimento dos prazos máximos para atendimento. No período analisado, 540 operadoras ficaram na faixa zero – melhor desempenho – e 120 ficaram na faixa 3 – pior desempenho.

Neste momento, não haverá suspensão da comercialização de planos de saúde, pois o monitoramento considera os resultados de dois ciclos seguidos.

O diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli, esclarece que não houve mudanças na metodologia do monitoramento e, sim, a ampliação da base de dados utilizada para o cálculo do desempenho das operadoras, o que reflete o compromisso contínuo da ANS com a sociedade: "A partir das novas informações, poderemos avaliar com mais precisão quais operadoras apresentam problemas, identificar riscos à assistência dos beneficiários e garantir a proteção dos consumidores em casos de irregularidades", destacou.

Com o ajuste no indicador aprovado na 608ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 1º de julho de 2024, o Monitoramento da Garantia de Atendimento passou a usar um número maior de demandas assistenciais registradas na ANS pelos consumidores. A grande diferença é que o novo indicador considera 50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo como base de cálculo do numerador. Diferente do indicador anterior, que se baseava em demandas assistenciais analisadas e classificadas pela Diretoria de Fiscalização. O denominador permanece usando como base a média do número de beneficiários no período.

"Não dependemos mais da análise manual de demandas assistenciais e mantemos o uso de reclamações dos beneficiários como indícios de infração em questões relacionadas ao atendimento", completou Fioranelli.

Entenda o que mudou

Antes do ajuste no indicador	Depois do ajuste no indicador
Tipo de demanda considerada	
Demandas assistenciais classificadas como **Núcleo** (analisadas pela Diretoria de Fiscalização e enviadas para apuração pelos Núcleos da ANS) e **Reparação Voluntária e Eficaz - RVE** (quando a operadora soluciona o problema corrigindo eventuais danos ou prejuízos ao beneficiário dentro do prazo de 5 dias úteis da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP).	**Demandas assistenciais** informadas como **não resolvidas** pelo beneficiário.
Quantidade de demandas consideradas	
Todas as demandas analisadas/classificadas como Núcleo e RVE até a data do processamento do Monitoramento da Garantia de Atendimento.	**50% das demandas assistenciais informadas como não resolvidas** pelo beneficiário durante o período avaliativo do ciclo do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

* demandas assistenciais classificadas como Núcleo são aquelas que foram analisadas pela Diretoria de Fiscalização e enviadas para apuração nos Núcleos da ANS. As demandas classificadas como RVE (Reparação Voluntária e Eficaz) são aquelas que a operadora soluciona o problema corrigindo eventuais danos ou prejuízos ao beneficiário dentro do prazo de 5 dias úteis da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP).

Resultados

Para possibilitar a realização dos ajustes necessários no novo indicador, a ANS suspendeu os ciclos relativos ao 2º e ao 3º trimestres de 2024.

Sendo assim, o 4º trimestre de 2024 é o primeiro calculado com a nova base de dados. Portanto, nesse ciclo, não haverá planos que terão a venda suspensa pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento, já que será necessário constatar a sua reincidência na faixa 3.

Confira a classificação de operadoras por faixa

CLASSIFICAÇÃO	OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES	OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS	TOTAL
Faixa 0	323	217	**540**
Faixa 1	165	5	**170**
Faixa 2	50	1	**51**
Faixa 3	116	4	**120**

Clique aqui para conferir a lista completa de operadoras por faixa.

Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem a negativas de cobertura assistencial ou ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames, terapias e cirurgias.

Com base no número de demandas registradas na ANS, as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. Aquelas que são enquadradas nas faixas superiores do

monitoramento apresentam um pior resultado no indicador da operadora. A partir de dois ciclos seguidos na pior faixa, as operadoras são proibidas de receber novos beneficiários nos planos que tiveram mais reclamações. A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

PLANOS DE SAÚDE ESTIMAM GASTO DE R$ 6,8 BILHÕES COM JUDICIALIZAÇÃO EM 2024

Veja – 07/04/2025

Dados da Abramge apontam que o valor das despesas das empresas com litígios considerados 'predatórios' subiu 22,6% em comparação com o ano anterior.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) calculou que as empresas do setor gastaram 6,8 bilhões de reais em processos judiciais no ano passado.

Na comparação com 2023, o valor representa um aumento de 22,6% nas despesas das operadoras com o que a entidade chama de "judicialização predatória".

Participantes do 28º Congresso Abramge, evento no qual os dados foram divulgados, os ministros Luís Roberto Barroso, Gilmar Mendes e Dias Toffoli, do STF, fizeram um alerta sobre o crescimento dos litígios.

Para documentar as propostas com foco na redução da chamada "judicialização predatória", a Abramge lançou o e-book de seu 28º Congresso: Integração Público-Privado.

"A ideia é que esse material seja uma fonte de pesquisa e início de um vasto documento para o setor, já que o tema deve aparecer novamente no 29º Congresso, marcado para os dias 29 e 30 de outubro, em São Paulo", afirma a associação.

SAÚDE: ANS MUDA PROGRAMA QUE ATESTA QUALIDADE DOS PLANOS

CQCS – 07/04/2025

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, nesta segunda-feira (07), a Resolução 630/25, que altera as regras do programa de acreditação de operadoras de planos privados, processo de avaliação e certificação que atesta a qualidade e a segurança de serviços prestados. De acordo com o texto, perderão a acreditação as operadoras que, a qualquer tempo, passarem a descumprir quaisquer dos pré-requisitos previstos na norma.

Na hipótese de suspensão, a operadora poderá retornar ao programa no mesmo nível de acreditação, a partir do momento em que voltar a cumprir o pré-requisito, desde que durante o período de vigência do certificado emitido na auditoria de acreditação.

As operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos.

Ainda de acordo com a norma, para ter direito à acreditação, a operadora deverá possuir, no mínimo, um auditor com formação universitária, ou pós-graduação, em uma das seguintes áreas: administração, economia, engenharia de produção, gestão de negócios, controladoria, finanças, auditoria empresarial, economia empresarial, ciências contábeis, ciências atuariais, gerenciamento de risco corporativo ou experiência mínima de cinco anos em auditoria empresarial ou controladoria.

Para manutenção da acreditação, a operadora de ambos os segmentos: médico-hospitalar e exclusivamente odontológico, deverá sofrer auditorias de manutenção pela Entidade Acreditadora, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo.

MUDANÇAS NOS PLANOS DE SAÚDE GERAM PREOCUPAÇÕES E PODEM SER DISCUTIDAS EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

Metro1 – 07/04/2025

Objetivo é esclarecer impactos das recentes decisões da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre os consumidores.

Uma audiência pública para debater as recentes resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que têm gerado grande inquietação entre os usuários de planos de saúde, foi apresentada à Comissão de Assuntos Sociais (CAS). O pedido, feito pelo senador Nelsinho Trad (PSD-MS), visa esclarecer as ações da ANS e seus possíveis efeitos sobre os consumidores, mas ainda precisa ser aprovado pela CAS.

As propostas de alteração, apresentadas em outubro pela ANS, incluem mudanças nas regras dos planos de saúde, como ajustes em planos coletivos, novos critérios para mamografias e a criação de planos segmentados com cobertura reduzida. Essas medidas têm provocado preocupações entre os usuários.

O senador Trad destacou a necessidade de esclarecer as consequências dessas modificações para os consumidores. Ele apontou que o Ministério Público Federal já havia alertado sobre a rescisão unilateral de planos coletivos, que afetaria especialmente pessoas com autismo e doenças raras.

O debate também abordará a mudança no regulamento para mamografias, que, segundo a ANS, não houve alteração de cobertura, mas um erro na comunicação. Trad acredita que o novo modelo de planos segmentados pode limitar o acesso a serviços essenciais, como atendimento de emergência.

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A FEVEREIRO DE 2025

(Gov) ANS – 04/04/2025

Planos de assistência médica registraram 52,2 milhões de beneficiários e planos exclusivamente odontológicos, 34,5 milhões.

Já estão disponíveis no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a fevereiro de 2025. Neste período, o setor registrou 52.168.881 de usuários em assistência médica e 34.473.261 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na **Sala de Situação**.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 912.706 beneficiários em relação a fevereiro de 2024. Já no comparativo de fevereiro de 2025 com janeiro de 2025, houve uma queda de 10.676 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 1.843.627 beneficiários em um ano, tendo um crescimento de 100.247 usuários na comparação de janeiro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com fevereiro de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, também 25 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais 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.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
fev/25	37.657.157	5.831.911	277	8.652.519	27.017	52.168.881
jan/25	37.612.044	5.855.263	277	8.684.882	27.091	52.179.557
dez/24	37.557.357	5.885.795	277	8.712.860	27.174	52.183.463
nov/24	37.357.728	5.891.843	278	8.722.649	27.245	51.999.743
out/24	37.356.572	5.905.706	278	8.737.803	27.315	52.027.674
set/24	37.254.434	5.895.510	278	8.755.251	27.409	51.932.882
ago/24	37.113.046	5.899.469	278	8.761.477	27.484	51.801.754
jul/24	36.968.136	5.932.089	279	8.775.114	28.480	51.704.098
jun/24	36.800.717	5.954.446	279	8.782.737	28.650	51.566.829
mai/24	36.620.969	6.097.919	279	8.770.085	28.785	51.518.037
abr/24	36.500.824	6.121.724	279	8.751.183	28.809	51.402.819
mar/24	36.456.195	6.134.312	279	8.746.544	27.975	51.365.305
fev/24	36.324.903	6.160.762	279	8.742.090	28.141	51.256.175

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
fev/25	24.778.348	3.029.085	1.269	6.662.390	2.169	34.473.261
jan/25	24.638.631	3.041.181	1.271	6.689.761	2.170	34.373.014
dez/24	24.640.381	3.031.885	1.275	6.767.573	3.080	34.444.194
nov/24	24.467.657	3.023.552	1.276	6.781.673	3.085	34.277.243
out/24	24.344.260	3.019.236	1.276	6.790.984	3.097	34.158.853
set/24	24.149.315	2.977.282	1.277	6.857.657	3.103	33.988.634
ago/24	23.864.935	2.964.248	1.277	6.865.555	3.104	33.699.119
jul/24	23.692.832	2.943.900	1.277	6.880.700	3.109	33.521.818
jun/24	23.579.297	2.944.338	1.278	6.828.985	3.114	33.357.012
mai/24	23.491.970	3.041.292	1.278	6.629.887	3.128	33.167.555
abr/24	23.409.894	3.058.885	1.278	6.397.588	3.129	32.870.774
mar/24	23.294.137	3.045.514	1.278	6.228.824	3.157	32.572.910
fev/24	23.438.528	3.031.903	1.278	6.154.764	3.161	32.629.634

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.

ANS DIVULGA RELATÓRIO DE GESTÃO DA OUVIDORIA

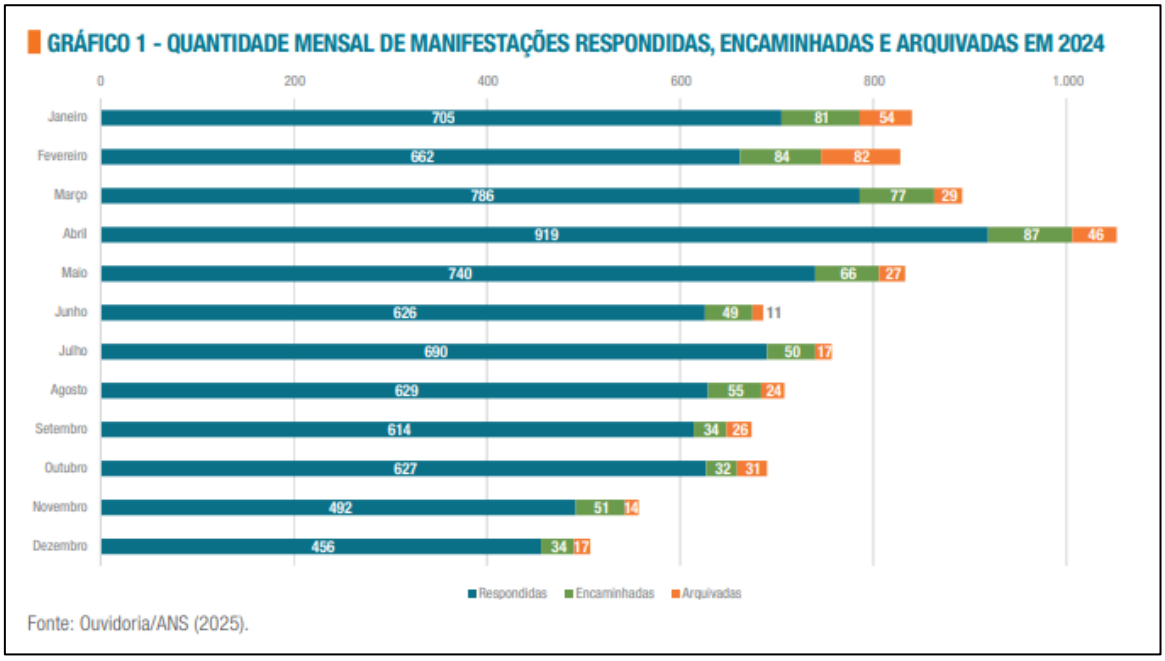
(Gov) ANS – 02/04/2025

Publicação apresenta informações sobre as demandas recebidas pelo órgão em 2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o Relatório de Gestão da Ouvidoria 2024. A publicação apresenta o resultado do trabalho desenvolvido pela Ouvidoria da ANS ao longo do último ano no recebimento, análise e respostas a manifestações de toda a sociedade sobre os serviços prestados pela Agência.

Por meio do documento, é possível verificar que 9.024 manifestações foram recebidas pela Ouvidoria da ANS, incluindo as arquivadas e as encaminhadas a outros órgãos, sendo 7.946 relativas às competências da área. Calculou-se queda de 23,5% em relação ao ano anterior, que foi de 10.389 manifestações próprias de ouvidoria.

O tempo médio de resposta às manifestações totais foi de 5 dias em 2024 e de 9 dias para as manifestações típicas de ouvidoria. Salienta-se que a Ouvidoria da ANS tem respondido em prazo consideravelmente menor do que o estabelecido pela Controladoria-Geral da União, que é de 30 dias.



Fonte: Ouvidoria/ANS (2025).

"Além dessa redução anual, o tempo médio de resposta tem sido consideravelmente inferior ao prazo máximo legal, de 30 dias. Isso mostra o compromisso da ANS com a celeridade e a eficiência no atendimento às demandas da sociedade, reforçando a transparência e a acessibilidade na relação entre a Agência e os beneficiários de planos de saúde", destacou o ouvidor interino da Agência, João Paulo Araújo.

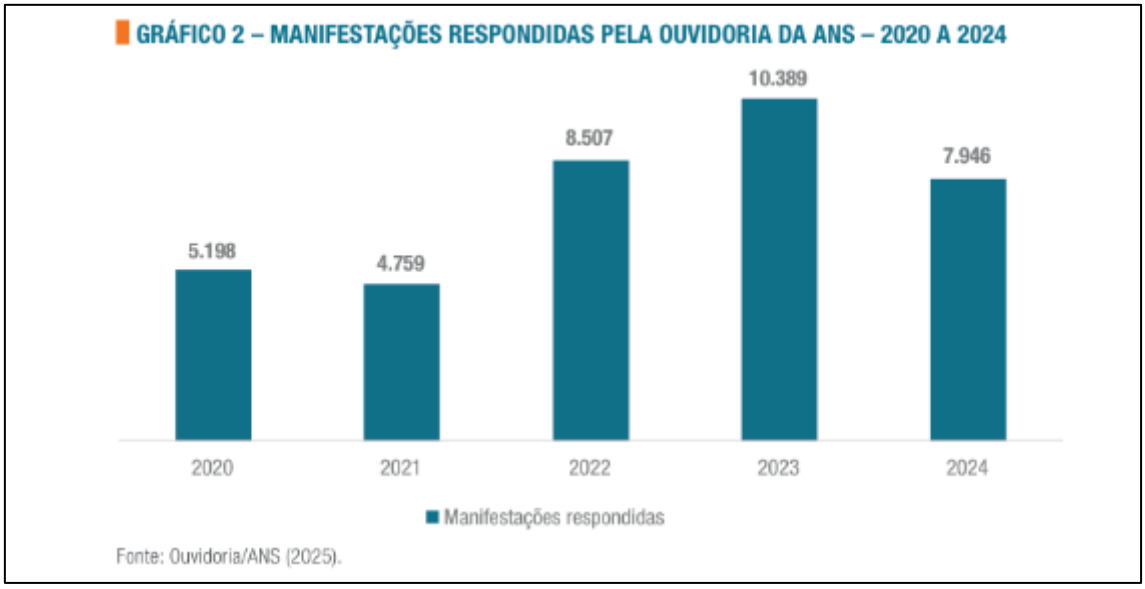
Vale destacar, ainda, algumas das ações desenvolvidas pela Ouvidoria, como:

- Acompanhamento da carta de serviços da ANS, que contemplou a análise de requisitos de todos os 44 serviços nela descritos, segundo os critérios legais e diretrizes da Secretaria de Governo Digital (SGD). Os resultados começaram a ser apresentados às áreas técnicas responsáveis, e em alguns casos já houve a implantação de melhorias na apresentação dos serviços no Portal gov.br, facilitando e simplificando o acesso do cidadão.

- Realização de três consultas ao Conselho de Usuários da ANS, relacionadas ao Comprovante de dados de beneficiários, à Consulta ao IDSS e ao QUALISS, que obtiveram 463 respostas aos questionários formulados pelas áreas técnicas em conjunto com a Ouvidoria. O Conselho, que hoje possui 919 membros distintos, é uma importante ferramenta de participação social criada pela Lei de Defesa do Usuário do Serviço Público, e a sua importância já é reconhecida pelos gestores de serviços da Agência.

- Acompanhamento das atividades realizadas pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde, que são importantes espaços de acolhimento e defesa do beneficiário, teve o seu resultado consolidado em mais uma edição do REA-Ouvidorias (edição 2024, ano base 2023), que contou com a adesão de 92,4% daquelas que possuem ouvidoria cadastrada junto à ANS. Um total de 710.971 manifestações foram tratadas por essas ouvidorias, que converteram 23.325 Requerimentos de Reanálise Assistencial.

Abaixo, segue gráfico presente no relatório sobre as manifestações respondidas pela Ouvidoria da ANS de 2020 a 2024:



Acesso facilitado

A Ouvidoria da ANS trata manifestações sobre os serviços públicos prestados pela Agência e/ou sobre seus colaboradores. Para entrar em contato com a unidade, o interessado pode registrar sua manifestação pelo **Fala.BR**, plataforma integrada online de ouvidorias e acesso à informação do governo federal. No próprio site da ANS também podem ser encontradas as informações de **contato das ouvidorias das operadoras**.

Transparência

A Ouvidoria da Agência preza pela transparência ativa, já que documentos como o Relatório do Atendimento das Ouvidorias (REA-Ouvidorias), os Relatórios Trimestrais e o Relatório de Gestão da Ouvidoria são publicados proativamente no portal da ANS. Tendo em vista a Lei Geral de Proteção de Dados, a CGU apontou também os benefícios de a Ouvidoria possuir uma equipe específica e restrita para o tratamento de denúncias. Dessa forma, os dados pessoais dos usuários são protegidos de possíveis acessos não autorizados.

Todos os relatórios produzidos pela Ouvidoria ANS nos últimos anos podem ser acessados **aqui**.

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.

Milliman

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

© 2025 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.