

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de agosto de 2024



EVENTO RECOMENDADO



14CBA
CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUÁRIA
29 E 30 DE AGOSTO 2024 - RIO DE JANEIRO

Patrocinador Ouro:



[Clique aqui](#) para mais informações.

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde empresariais: muito esforço para a conta fechar](#) – Fonte: Valor Econômico

[Pressão financeira provoca atritos com planos de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

[A recuperação dos sinais vitais do setor de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

[Estresse com operadoras de planos de saúde cresce e se aproxima dos níveis da pandemia](#) – Fonte: Valor Investe

[Consultas médicas crescem 4% na saúde suplementar entre 2022 e 2023](#) – Fonte: IESS

[Planos de saúde têm lucro acumulado de R\\$ 4,4 bi nos últimos 12 meses no Brasil](#) – Fonte: O tempo

[Projeto aprovado em comissão impede operadora de cancelar plano de saúde em situação de emergência](#) – Fonte: Câmara

[Fórum Unidas destaca interoperabilidade e IA como pilares para reduzir custos e melhorar a saúde no Brasil](#) – Fonte: Saúde Business

[Despesas com terapeuta ocupacional mais que dobram entre 2019 e 2023](#) – Fonte: IESS

[As crescentes queixas das rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde no Brasil](#) – Fonte: O debate

PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS: MUITO ESFORÇO PARA A CONTA FECHAR

Valor Econômico – 27/08/2024

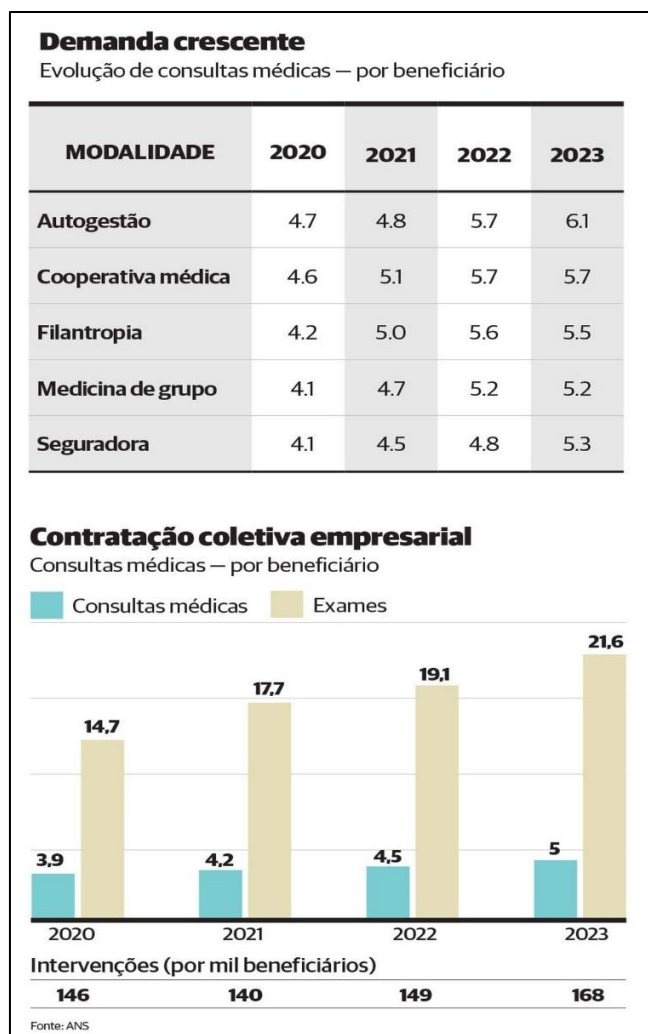
Redução de custos e investimentos em prevenção estão entre as estratégias para enfrentar o impacto dos reajustes de planos empresariais.

No fim de 2023, a Meta, empresa de tecnologia com três mil colaboradores, foi surpreendida pela operadora de saúde com um reajuste de 78%. “Nosso plano era porta aberta, com abrangência nacional”, afirma Viviane Furquim, diretora de pessoas e performance. “Ficaria inviável com os novos valores.” O caminho foi buscar redução de custos com eficiência. O primeiro passo foi a criação de um comitê de gestão de saúde, responsável pelo mapeamento do grupo de risco, acompanhamento de casos crônicos e entendimento da frequência de uso por funcionário. “Com br em dados, migramos para duas operadoras com atuação regional e oferta de seis produtos diferentes, de acordo com as necessidades de cada perfil de colaborador”, diz a executiva. “Foi uma reengenharia para viabilizar economicamente.”

Paralelamente, a Meta intensificou os programas de prevenção e vida saudável, ampliou a oferta de terapia online e palestras educativas. “Saúde, bem-estar e engajamento estão conectados”, diz Furquim. Com as mudanças, a linha de gastos com saúde na Meta cresceu 15% de 2023 para

2024, bem abaixo dos 78% propostos. No primeiro semestre deste ano, a taxa de sinistralidade — relação entre custo por acionar o plano de saúde (sinistro) e valor que a operadora recebe da empresa (prêmio) — baixou de 70% para 56%.

A alta nos reajustes dos planos empresariais é resultado, principalmente, do aumento de demanda no pós-pandemia, que explodiu em 2023. “A taxa de sinistralidade chegou a 90%. Hoje é de 87%, quando o ideal é 75%”, afirma Marcos Novais, diretor-executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). “Soma-se ao aumento da demanda a oferta de novas tecnologias para tratamentos de alta complexidade e terapias ocupacionais de nível elevado.” A essa lista, o setor agrega a inflação médica no período, de 14,1%, três vezes mais que o IPCA, além de fraudes e desperdícios. Segundo o Instituto de Estudo de Saúde Suplementar (IESS), em 2023 as fraudes alcançaram R\$ 34 bilhões, ou 12,7% do faturamento de R\$ 270 bilhões das maiores operadoras de planos de saúde do país. No período, o setor teve déficit operacional de R\$ 5,9 bilhões. Em 2020, eram 711 operadoras médicas e 347 odontológicas. Quatro anos depois, em março de 2024, esse número caiu para 673 e 329, respectivamente.



“Trata-se de um mercado complexo, que oferece boas oportunidades, mas apresenta dificuldades de retorno”, afirma Maximiliano Bavaresco, CEO da Sonne, consultoria especializada em planejamento estratégico. “O futuro sinaliza um adensamento maior, com tendência forte de verticalização”, acrescenta. Segundo ele, a fusão entre operadoras de planos de saúde e redes hospitalares pode levar a uma maior integração vertical, melhorando a coordenação dos cuidados e reduzindo os custos operacionais.

Os planos de saúde empresariais respondem por grande parte da cobertura privada no país, atendendo mais de 35,8 milhões de pessoas — 70% do total de brasileiros com assistência privada, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em 2023, foram realizados 1,93 bilhão de procedimentos, entre consultas, exames, terapias e cirurgias, 7,4% a mais do que em 2022. Ainda segundo a ANS, o setor teve lucro líquido de R\$ 3,33 bilhões no primeiro trimestre de 2024, bem mais que nos mesmos meses de 2023 (R\$ 1,2 bilhão). O resultado equivale a 3,93% da receita total acumulada no período, que superou R\$ 84 bilhões.

Com 3,8 milhões de beneficiários, a Bradesco Saúde alcançou uma receita de contraprestações e serviços de R\$ 36,2 bilhões em 2023. O resultado, segundo Carlos Marinelli, diretor-geral, é fruto da atuação em diversas frentes, entre elas a atenção primária à saúde. “O principal desafio é a busca pela sustentabilidade da cadeia de saúde”, afirma. “Com esse objetivo, diversificamos o portfólio, desenvolvemos novos modelos de produto, incluindo coparticipação e intensificamos as ações de prevenção e promoção de saúde”, diz. Como exemplo ele cita o produto Efetivo, presente em 18 praças, com cobertura nacional e olhar regional, a preços mais competitivos. No atendimento primário, oferece o programa Meu Doutor, por meio de parcerias com hospitais, consultórios e a rede de clínicas Meu Doutor Novamed, do Grupo Bradesco Seguros, que disponibiliza às empresas iniciativas de bem-estar, promoção

da saúde dos funcionários e acompanhamento de doenças crônicas.

Foi com foco na prevenção que a Natura firmou em 2019 uma parceria com o Hospital Albert Einstein para promover assistência primária à saúde e gestão de pacientes crônicos para seus funcionários. “Saúde não custa, o que custa é a doença. A melhor estratégia é a prevenção”, afirma Maria Cristina Nader, gerente de saúde. “O resultado é redução de custo, na contramão da pressão do mercado.” Segundo ela, com a combinação de diversos programas oferecidos aos 7.600 colaboradores, a frequência de consultas eletivas caiu 5% entre maio de 2023 e abril de 2024; o volume de exames diminuiu 6% e as internações, 38%.

Na Mondelez Brasil, um dos alvos trabalhados é a saúde mental. Em 2019, a companhia firmou parceria com o aplicativo Cíngulo, de terapia guiada, e passou a oferecer sessões de psicoterapia nos ambulatórios internos. “Na fábrica de Curitiba, o número de afastamentos por transtornos mentais e de comportamento teve redução de 22%”, diz Marcos Battistella, gerente sênior de saúde, segurança e meio ambiente. “O custo per capita de um colaborador monitorado no programa de saúde mental é 13,5% menor do que os não monitorados”, afirma Battistella.

Thiago Torres, chief revenue officer da Pipo Saúde, observa que nos últimos 18 meses as companhias passaram a buscar ajuda externa para melhorar a gestão da saúde. “Empresas não são especialistas em saúde, embora seja o segundo maior custo, atrás apenas da folha de pagamento”, ressalta. “O jogo que promoverá a mudança da prevenção da saúde dentro das empresas está só começando.” A startup, especializada em programas e gestão de benefícios de saúde, tem 180 clientes corporativos, 50% dos quais chegaram a partir de 2023. “Fazemos gestão de 150 mil vidas e cuidamos de R\$ 600 milhões em mensalidades de planos de saúde por ano”, diz. Para este ano, ele espera faturamento de R\$ 40 milhões, o dobro do ano passado.

PRESSÃO FINANCEIRA PROVOCA ATRITOS COM PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 27/08/2024

Atraso nos pagamentos, glosa de itens e descredenciamento são reclamações de hospitais privados contra operadoras.

A taxa de ocupação dos leitos dos hospitais privados tem sido muito boa, há investimentos na ampliação dessas instituições, a demanda por serviços hospitalares é enorme e não é incomum encontrar longas filas em prontos atendimentos. Esse cenário positivo do lado econômico, no entanto, se contrapõe a um aspecto que vem jogando contra: a pressão financeira. Um cabo de guerra está sendo travado entre os hospitais privados e os planos de saúde.

“Os hospitais não conseguem receber dos convênios, no tempo devido, os serviços que já prestaram”, diz Antônio Britto, diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). “Eles encaminham as faturas às operadoras e essas estão demorando, em média, 120 dias para pagar por um serviço. Se imaginarmos qualquer empresa, de qualquer setor econômico, que tenha de esperar quatro meses para receber por um serviço que prestou esse tempo todo atrás, vamos perceber que esse é um grande

problema financeiro.” Ou seja, o que vem impactando os hospitais não é o patrimônio ou a demanda, e sim o fluxo de caixa.

Esse é um fenômeno de dois anos para cá, relatam os especialistas do setor. Na visão deles, as operadoras passaram a enfrentar dificuldades na obtenção de melhores resultados e, ao mesmo tempo, começaram a transferir essas dificuldades para os hospitais por meio do atraso no pagamento. A situação pesa porque os convênios representam cerca de 80% do faturamento dos hospitais privados. “O restante da pizza são 10% que vêm do SUS, 3% de particulares e os outros 7% são os ‘diversos’. Por nossos dados, além disso, houve um crescimento importantíssimo no descredenciamento de serviços de hospitais – 60% das instituições entrevistadas pela Anahp afirmaram isso”, diz Britto.

Em 2023, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o prejuízo das operadoras foi de R\$ 5,9 bilhões — no ano anterior, havia sido de R\$ 10,6 bilhões. “Se

você tem um prejuízo operacional tão significativo, obviamente isso impacta todo o sistema. Há descredenciamentos, mudança de prazos de fluxo de pagamentos e aumento das glosas, que é o não pagamento pelo plano de algum item na conta hospitalar de um paciente após seu atendimento. Isso afeta hospitais, fornecedores, a indústria inteira”, diz Fernando Torelly, CEO do Hcor, hospital em que 90% do atendimento é fruto de saúde suplementar.

O significativo aumento dos valores glosados, segundo os hospitais, acarreta também uma maior mobilização de recursos humanos e tempo para contestá-los — em alguns casos, só é possível recuperar os valores após um ano, e sem correção monetária.

Cruz (HAOC), também comenta a questão: “Realmente temos um descasamento no tempo dos serviços prestados com as operadoras. Isso gera essa pressão, especialmente em um cenário de juros altos, sem crescimento da economia. Com as glosas, na prática, acabamos financiando indiretamente o sistema, que atende a mais de 51 milhões de brasileiros. Isso é um problema a ser debatido e resolvido para que ele funcione de forma eficiente e saudável”.

Outro hospital de excelência, o Moinhos de Vento, vê como muito sérios os problemas com os convênios. “Houve um aumento significativo nos descredenciamentos parciais envolvendo serviços específicos, como determinadas cirurgias e serviços de quimioterapia e infusões”, diz o CEO Mohamed Parrini. “Isso acarreta sérios problemas para os pacientes, pois muitos não conseguem acessar integralmente os serviços necessários para a continuidade de seus tratamentos. Nosso conselho de administração tem uma política muito clara: qualquer descredenciamento parcial por parte de uma operadora gera o descredenciamento completo por parte do hospital.”

No Hospital Sírio-Libanês, a situação também é semelhante. “De fato, o que temos ouvido nos últimos anos vem acontecendo. A insustentabilidade do setor, seja ela financeira ou de entrega de serviços que agreguem valor, está impulsionando uma mudança em toda a cadeia de valor”, diz Daniel Greca, diretor de inovação e saúde populacional do Sírio-Libanês.

Dados da ANS mostram que o prejuízo operacional de 2023 dos planos foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 11,2 bilhões (decorrente, na maior parte, de aplicações financeiras, que somaram mais de R\$ 100 bilhões no mesmo ano). Isso fora os fortes reajustes nas mensalidades e o esforço das duas partes envolvidas (hospitais e convênios) para reduzir desperdícios. “Números relativos ao primeiro semestre de 2024 mostram que oito das dez maiores operadoras, ou 76% do total, tiveram lucro. A situação delas começou a melhorar e, com isso, esperamos que reduzam o prazo de pagamentos aos hospitais”, afirma Britto, da Anahp.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirma que o setor atravessou uma crise sem precedentes, com três anos seguidos registrando prejuízos. “Mesmo com todas as dificuldades, a Abramge desconhece haver glosa indevida de pagamento e lembra que esta é uma relação individual entre empresas e seus fornecedores. A sinistralidade elevada na saúde suplementar, as práticas fraudulentas contra os planos de saúde, a alta judicialização indevida sem critérios técnicos e a demanda por terapias de altíssimo custo são questões fundamentais que necessitam de soluções inovadoras e integradas”, diz a entidade em resposta aos questionamentos do Valor.

Apesar do cabo de guerra com as operadoras, os hospitais privados de grande parte continuam investindo. O Hcor, por exemplo, investiu nos últimos três anos R\$ 300 milhões para modernizar toda sua infraestrutura e ampliar o número de leitos (de 241 para os atuais 295, sendo a meta 330 quartos). Já o HAOC vai destinar R\$ 110 milhões nos próximos três anos para ampliação, revitalização de instalações, reforma do pronto atendimento e criação de cem novos leitos.

O Hospital Sírio-Libanês também está ampliando suas atividades. “Vamos inaugurar no primeiro semestre de 2025 uma nova unidade hospitalar no Morumbi, em São Paulo. Estamos focando fortes investimentos em tecnologia, jornadas com características digitais, soluções com inteligência artificial e pioneirismos, como a primeira ambulância 5G exclusiva para cardiologia”, diz o CEO Paulo Nigro.

A RECUPERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO SETOR DE SAÚDE

Valor Econômico – 27/08/2024

Recomposição do orçamento público para saúde e retomada do equilíbrio do setor privado tiram setor da UTI, mas recursos ainda são insuficientes.

O setor de saúde vive momentos de expectativa. De um lado, a saúde pública, única alternativa para cerca de 150 milhões de brasileiros, lida com o desafio do subfinanciamento. De outro, 51 milhões de beneficiários da saúde suplementar e as operadoras de planos – estas últimas protagonistas de um movimento recente de cancelamentos unilaterais de contratos – aguardam a votação, no Congresso Nacional, de projeto que altera a Lei no 9.656, de 1998, chamada de Lei dos Planos de Saúde, que influenciará a situação de ambos.

“Estamos numa tendência de reversão da necessidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Temos o

maior sistema universal do mundo sem ainda uma br ideal de financiamento”, salienta a ministra da Saúde, Nísia Trindade. O envelhecimento populacional, a prevalência de doenças crônicas, as diferentes formas de emergências e a incorporação de novas tecnologias, acrescenta ela, vêm exigindo incremento de gastos do governo com saúde.

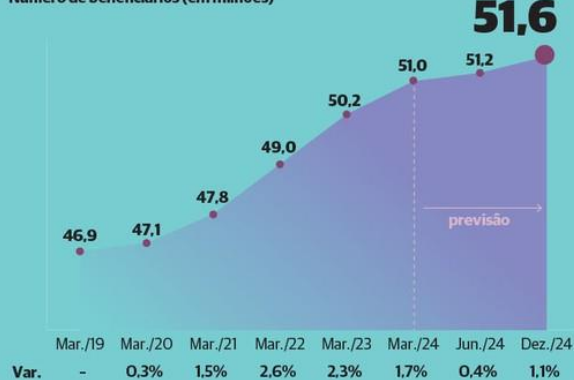
O orçamento total do Ministério da Saúde (MS) para 2024 é de R\$ 236,4 bilhões, com R\$ 222,9 bilhões destinados a Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Graças à revogação da Emenda Constitucional 95, conhecida como emenda do teto de gastos, e a volta do piso constitucional que vincula 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União para a saúde, houve um adicional de R\$ 40 bilhões para ações da área neste ano.

TENDÊNCIAS

RETOMADA DA ECONOMIA BENEFICIA SAÚDE SUPLEMENTAR

Aumenta o número de beneficiários de planos médico-hospitalares

Número de beneficiários (em milhões)



Taxa de cobertura de planos médico-hospitalares

Em % da população



Fonte: Abramge/Sinange/Sinog

Recuperação das atividades

Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional para planos médico-hospitalares (R\$ bilhões)

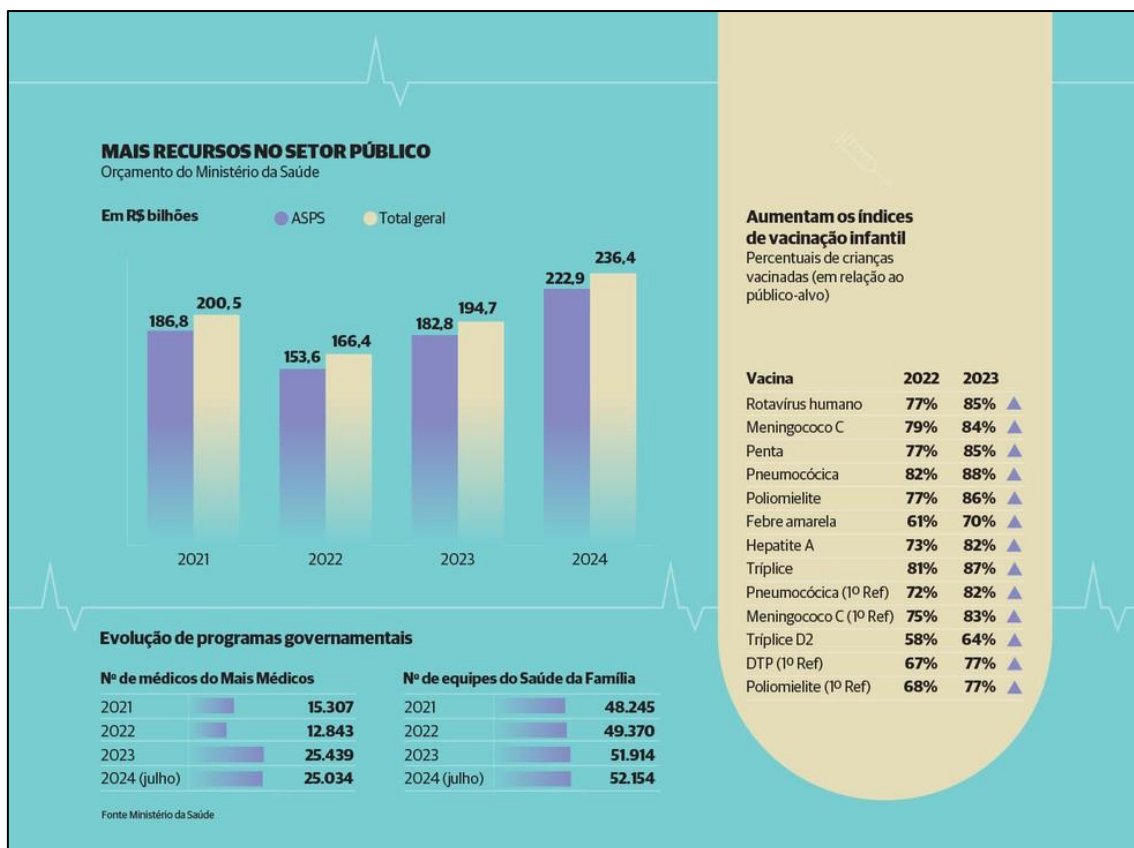


No ano passado, segundo o ministério, a mudança do regime fiscal já havia trazido mais recursos. A PEC da Transição (2022/2023) e a Lei Complementar 200 garantiram R\$ 182,8 bilhões para ASPS, de um total de R\$ 194,7 bilhões para a pasta. Trindade lembra que recursos garantidos pela PEC da Transição permitiram o restabelecimento de programas que estavam sob risco de descontinuidade, como Farmácia Popular, Mais Médicos, Saúde da Família, Saúde Indígena, HIV-Aids, entre outros.

Embora o governo tenha, no fim de julho, congelado R\$ 4,4 bilhões da verba do ministério, além de determinar um “faseamento de gastos” até dezembro, para atender às

exigências do arcabouço fiscal, o piso constitucional para ASPS não será afetado. O impacto será em despesas de custeio e investimento.

O ministério, afirma Trindade, vem sensibilizando o Congresso Nacional e a sociedade para que a arrecadação do chamado “imposto do pecado” — o Imposto Seletivo, que incidirá sobre tabaco, bebidas alcoólicas e itens de alto teor de açúcar — vá para o SUS. “São produtos que aumentam o risco de diabetes, hipertensão, câncer e infarto. Esses recursos podem contribuir para a expansão do atendimento especializado e ações de prevenção.”



Uma das prioridades atuais do MS é a atenção primária. Ele apresentou um novo modelo de cuidado para a Estratégia Saúde da Família, que permitirá a extensão do horário de atendimento e o acesso em horários noturnos. Na atenção especializada, foi ampliado o uso da telessaúde, num contexto de digitalização do SUS, outra frente em expansão, assim como a inovação. Trindade ressalta a melhora nos indicadores. A imunização infantil, por exemplo, subiu em 13 das 16 principais vacinas do calendário no ano passado, o número de equipes da Saúde da Família cresceu em mais de dois mil e o número de profissionais do programa Mais Médicos saltou de 13 mil para 25 mil.

Os serviços credenciados para atenção especializada e de cirurgias eletivas também aumentaram em 2023 em relação ao ano anterior: mais de 30 mil na primeira e de 3,5 milhões para 4,2 milhões na segunda. “O compromisso de nosso governo com a saúde se mantém para 2024 e 2025, como revelado pela preservação do piso constitucional”, frisa a ministra.

Apesar da melhora, a saúde pública deveria receber mais investimentos públicos, avalia o presidente da Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES), Francisco Funcia. “Dados internacionais mostram que os dispêndios da União, Estados e municípios em saúde são cerca de 4% do PIB. Nos países desenvolvidos, o percentual é acima de 7%.”

Ele lembra que é a União quem tem a menor participação nas despesas públicas totais em saúde, com menos da metade, embora detenha mais de 50% de toda a receita disponível

arrecadada pelos três entes da federação. “É quem tem capacidade financeira para aumentar esses gastos”, afirma.

Para Funcia, as verbas para ASPS, que têm recursos mínimos obrigatórios, podem sofrer revés em 2025, devido às pressões do arcabouço fiscal: “O risco existe diante das manifestações das autoridades econômicas”. O ministro da Fazenda, Fernando Haddad, já disse publicamente que debates sobre desvinculações de despesas federais vêm ocorrendo no governo.

Outro que reforça a ideia de mais investimentos públicos em saúde é o ex-ministro da saúde José Gomes Temporão. Ele observa que esse montante (somando as três esferas federativas), que hoje é de 42% do gasto total, deveria ser, no mínimo, de 60%. O percentual atual de recursos públicos, acrescenta, faz com que mais da metade dos dispêndios em saúde seja bancada por bolsos privados: famílias e empresas.

“A saúde há muito tempo deixou de ser compreendida como um gasto”, afirma Temporão. Segundo ele, a discussão sobre propostas de restrição do piso — valor mínimo a ser investido pela União — é um absurdo. “É uma miopia imensa não perceber a dimensão econômica da saúde”, salienta. Isso porque, ressalta, ao mesmo tempo que é fundamental para a melhoria das condições de vida, a saúde tem uma dinâmica para criar empregos, desenvolvimento e tecnologia.

No setor privado, há alguns motivos para otimismo. Pela primeira vez desde 2021, as operadoras fecharam o primeiro trimestre de 2024 com resultado operacional positivo de R\$ 1,9 bilhão. No entanto, Gustavo Ribeiro, presidente da

Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), diz que é cedo para considerar os prejuízos operacionais coisa do passado recente.

“O resultado trimestral mostra patamar próximo aos anos pré-covid-19”, diz. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que, no acumulado dos últimos três anos, o resultado operacional negativo das operadoras médico-hospitalares foi de R\$ 17,5 bilhões. Só em 2023, quando entraram 957 mil novos usuários em relação a 2022, esse prejuízo foi de R\$ 5,9 bilhões. Ainda assim, devido aos ganhos financeiros, o lucro líquido em 2023 foi de R\$ 1,9 bilhão.

Os planos de saúde, ainda com a situação financeira delicada, também enfrentam a concorrência das empresas de cartões de desconto em saúde. Estima-se, diz Ribeiro, que esses cartões já atendam cerca de 40 milhões de pessoas. “É um mercado paralelo que corre à margem das normas de regulação”, ressalta o executivo.

Para ele, a possibilidade de segmentação de planos de saúde — a venda de produtos com coberturas reduzidas, somente consultas e exames, ainda não permitida por lei — é uma das alternativas possíveis para que mais pessoas consigam acessar o sistema de saúde privado no país. “Existem diversos tipos de segmentações possíveis. O que é preciso discutir são mecânicas para que o produto se torne mais acessível.”

Ribeiro lembra que três das maiores operadoras globais na área da saúde — a Allianz (alemã), a UHG (americana, ex-dona da Amil) e a Sampo (japonesa) — deixaram o mercado brasileiro. “Precisamos discutir soluções que atendam um país em que a pirâmide etária está se invertendo, que é um dos mais velozes do mundo na incorporação de novas tecnologias e que sofre com o aumento expressivo da insegurança jurídica”, observa.

Antigo pleito do setor, a venda de planos básicos também é defendida pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Segundo a diretora-executiva da entidade, Vera Valente, o primeiro trimestre possui uma sinistralidade menor que os demais. Por isso, lembra que, apesar dos dados positivos do começo de 2024, os próximos meses confirmarão ou não a tendência de recuperação do resultado operacional.

“O reforço de iniciativas de controle de custos, a negociação de preços, a redução de desperdícios e o combate a fraudes foram decisivos para a recuperação dos resultados operacionais”, diz ela. A FenaSaúde aponta riscos na atual proposta de mudança na Lei dos Planos.

“Pode inviabilizar o setor e pode prejudicar drasticamente o funcionamento de hospitais, que têm mais de 80% do faturamento vindo dos planos e laboratórios privados”, diz Valente. “As discussões devem se pautar pela garantia da qualidade dos tratamentos, a custos compatíveis com a capacidade de pagamento da população”, acrescenta.

O mercado de saúde suplementar, aponta o economista Carlos Ocké, especializado em saúde coletiva, vive um acirramento da concorrência. “Assistimos à disputa por usuários de baixo risco e de renda elevada, ao mesmo tempo

que se restringem planos individuais, subordinados à regulamentação, porque diminuem a rentabilidade”, observa.

Cerca de 82% dos planos são coletivos, cujos aumentos não são regulados pela ANS, como nos produtos individuais. Com a financeirização do setor, diz Ocké, além da aposta na verticalização, a alternativa das operadoras é integrar os setores de baixa renda por meio de planos individuais baratos e de menor qualidade, pouco vantajosos para os usuários.

No Congresso Nacional, o Projeto de Lei 7.419, de 2006, que integra mais 270 propostas para alterar a Lei dos Planos vigente, só deve ser votado após as eleições municipais, segundo estimativas do mercado. O relator, deputado Duarte Júnior (PSB-MA), candidato a prefeito de São Luís (MA) e ex-presidente do Procon de seu Estado, resiste em apoiar interesses das operadoras.

No fim de julho, agentes do setor comentavam que o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), cogitava a troca de relator ou pretendia pautar um projeto alternativo. Isso para atender ao compromisso firmado, no fim de maio: as operadoras suspenderiam cancelamentos unilaterais de contratos em troca de a Casa legislativa avaliar demandas do setor.

Luiza Jordão, associada sênior da área de seguros do escritório Veirano Advogados, diz que há pontos positivos para usuários e empresas na proposta relatada por Duarte Junior. Para os primeiros, itens como a proibição da rescisão unilateral dos planos de saúde e a limitação do reajuste de planos de saúde coletivos.

Já a favor das operadoras há a ideia de formação de consórcio visando à aquisição de medicamentos para doenças raras, incluindo um fundo nacional composto por recursos públicos e privados, e a criação de um prontuário eletrônico unificado entre o SUS e a saúde suplementar. “Este último ampliaria as informações de saúde sobre os pacientes, proporcionando maior eficiência na avaliação de risco pelas operadoras”, salienta a advogada.

De acordo com Lígia Bahia, professora de saúde coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), as operadoras querem atender problemas simples de saúde, deixando terapias e tratamentos de médio e alto custos para o SUS. Parte da saúde suplementar, diz, almeja entrar no nicho mais popular.

“Especialmente agora que as farmácias e drogarias se apresentam como locais para a realização de procedimentos e anunciam perspectivas de extensão para a inclusão de telemedicina entre suas atividades”, ressalta a professora.

A ANS estuda um sandbox regulatório, ou seja, a criação de um ambiente para que sejam testados novos produtos, serviços ou tecnologias, conta seu diretor-presidente, Paulo Rebelo. “A ANS entende a necessidade de se discutirem medidas com o objetivo de facilitar a contratação por parte dos consumidores, de ter oferta maior onde há poucas opções e incentivar a concorrência entre operadoras”, diz.

A incorporação de terapias avançadas, por exemplo, tem sido muito debatida na saúde suplementar. “Em alguns casos, os custos dos medicamentos para um único paciente ultrapassam as receitas de operadoras de pequeno

porte. Então, não há dúvida de que o setor deve estar preparado para os efeitos decorrentes dessas mudanças”, observa Rebello.

Uma novidade que pode estar a caminho é a fiscalização e regulação dos cartões de desconto pela ANS, uma vez que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já fez essa determinação. No entanto, a agência aguarda a definição de pontos pendentes até o fim do julgamento para adotar providências sobre o assunto.

A regulação da saúde suplementar, diz Lucas Andrietta, coordenador do programa de saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), precisa proteger os consumidores contra práticas abusivas e violações de direitos. A ANS, acrescenta, é omissa em diversos pontos, como os cancelamentos unilaterais de contratos e os reajustes exorbitantes, que se tornam objeto de judicialização.

“Tem chegado aos órgãos de proteção ao consumidor casos de descumprimento sistemático de liminares, pois a multa não é suficiente para forçar as operadoras a cumprir a decisão judicial”, ressalta Andrietta. As reclamações mais recorrentes de consumidores envolvem negativas de cobertura, reajustes exorbitantes, cancelamentos unilaterais e problemas com a rede credenciada.

Reajustes e rescisões de contratos são temas que precisam de regulamentação para impedir condutas abusivas, aponta Rafael Robba, sócio do escritório Vilhena Silva Advogados, especializado em direito à saúde. “Pontos como os descredenciamentos e a portabilidade também precisam ser aprimorados”, diz.

Segundo o advogado, embora esta última seja regulamentada pela ANS, as operadoras fazem seleção de risco. “As mudanças na lei podem reduzir os conflitos com as operadoras. Hoje, a maioria dos que chegam ao Judiciário é relacionada a lacunas da legislação e a omissões regulatórias”, lembra ele.

A sustentabilidade do setor, ressalta Leandro Berbert, sócio-líder de health sciences & wellness da EY Brasil, está na pauta e assim deve continuar por muito tempo. “Vários mecanismos podem ser utilizados para mitigar essa questão, como a contínua busca pela redução de desperdício e a prevenção de eventos de alto custo”, avalia.

Além do repasse de preço para as empresas e usuários como forma de recompor o resultado operacional, observa Berbert, as operadoras vêm investindo em produtos com redes mais enxutas, em parcerias para determinadas linhas de cuidado, e buscando maior padronização de protocolos junto aos prestadores e médicos credenciados. Ele destaca que a crise no setor — queda no resultado operacional e baixa performance das ações listadas em bolsa — impactou o movimento de fusões e aquisições. E lembra que, após um período entre 2017 e 2022, de acelerada consolidação, 2023 registrou uma queda significativa no número de transações. “A despeito da consolidação recente, ainda observamos alguns bons ativos a serem consolidados, fora das grandes regiões metropolitanas”, afirma.

Leonardo Giusti, sócio da KPMG, também vê espaço para consolidação, uma vez que a verticalização continua como tendência. No entanto, destaca que há um longo caminho em busca de eficiência. “Isso porque grandes players foram empilhando as compras e ainda não conseguiram produzir as sinergias que eram esperadas”, observa.

Para ele, a atuação conjunta entre os setores público e privado pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a promoção, prevenção e a assistência em todos os níveis de complexidade. Como exemplos dessa cooperação, ele cita programas educativos de prevenção de doenças crônicas, uso da infraestrutura do setor privado para apoiar as campanhas de vacinação e de clínicas privadas para complementar os serviços de saúde da família do SUS, entre outros.

ESTRESSE COM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE CRESCE E SE APROXIMA DOS NÍVEIS DA PANDEMIA

Valor Investe – 26/08/2024

Em junho de 2024, foram contabilizados 51 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, sendo 8,8 milhões em planos individuais pela ANS.

Nos cinco primeiros meses de 2024, o volume de reclamações contra operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios ultrapassou o total de reclamações registradas no mesmo período em anos anteriores, chegando a 161.022 reclamações. O resultado se aproximou do montante total cadastrado durante o ano de 2021 (188.334 reclamações), na pandemia.

Os dados fazem parte da quinta edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conforme o documento, as chamadas "demandas de natureza assistencial", aquelas contratadas pelo beneficiário, têm tido um peso cada vez mais relevante nas reclamações

representando 82,1%, em 2023, e 80,9%, nos cinco primeiros meses de 2024.

O Índice Geral de Reclamações (IGR) mostra que, em média, os planos de assistência médica tiveram 55,3 reclamações para cada 100 mil beneficiários, em 2023, e 60,6, reclamações para cada 100 mil beneficiário nos primeiros cinco meses de 2024, enquanto os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,3 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários em 2023 e 1,2 reclamação até maio de 2024.

O IGR é um cálculo considera a relação entre a média de reclamações registradas por consumidores, em determinado período, contra operadoras de planos de saúde registradas na ANS, e a média do número de beneficiários dessas operadoras, no mesmo período. O resultado obtido indica uma relação inversamente proporcional à satisfação dos

beneficiários. Ou seja, quanto menor o valor do IGR, maior é a satisfação dos beneficiários com as operadoras.

No mesmo período observado, houve crescimento de beneficiários no setor, sobretudo nos planos coletivos

empresariais com assistência médico-hospitalar. Em junho de 2024, foram contabilizados 51 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, sendo 8,8 milhões em planos individuais; 36,3 milhões em planos coletivos empresariais; e 5,9 milhões em planos coletivos por adesão.

CONSULTAS MÉDICAS CRESCEM 4% NA SAÚDE SUPLEMENTAR ENTRE 2022 E 2023

IESS – 23/08/2024

O número de consultas médicas realizadas na saúde suplementar teve registro de alta de 4% entre 2022 e 2023, passou de 264,7 milhões para 275,3 milhões no período. As informações são do recente estudo do IESS “Panorama da Saúde Suplementar Brasileira: 2019 a 2023 - Análise do Mapa Assistencial da ANS”.

A análise revela ainda que nos anos anteriores, no entanto, levando-se em conta todo o período analisado (2019 a 2023), a variação foi negativa (-1,4%). Foram 279,1 milhões de procedimentos em 2019, 204,2 milhões em 2020, 234,8 milhões em 2021 e 264,7 milhões em 2022.

De modo geral, os procedimentos médico-hospitalares passaram de 1,6 bilhão para 1,7 bilhão no Brasil entre 2022 e 2023, – aumento de 7,5%, considerando os grandes grupos de assistência na saúde suplementar (nos últimos cinco anos o crescimento foi de 18,5%).

Além disso, durante o período, houve alta de 10,7% no grupo de outros atendimentos ambulatoriais, que incluem, por exemplo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Para acessar o estudo, na íntegra, [clique aqui](#).

PLANOS DE SAÚDE TÊM LUCRO ACUMULADO DE R\$ 4,4 BI NOS ÚLTIMOS 12 MESES NO BRASIL

O tempo – 23/08/2024

Desempenho marca o quarto trimestre consecutivo de resultados positivos, uma sequência inédita nos últimos dois anos.

O setor de planos de saúde demonstrou uma recuperação significativa no primeiro trimestre de 2024, consolidando um resultado líquido acumulado em 12 meses de R\$ 4,4 bilhões. Este desempenho marca o quarto trimestre consecutivo de resultados positivos, uma sequência inédita nos últimos dois anos.

O resultado operacional, com um valor de R\$ 1,9 bilhão no primeiro trimestre, foi o principal impulsionador dessa melhoria, alcançando um patamar próximo ao dos anos anteriores à pandemia de covid-19. Apesar de um recuo de R\$ 2,4 bilhões nos acumulados em 12 meses, este é o melhor resultado desde o quarto trimestre de 2021. O resultado financeiro, embora tenha sofrido uma ligeira queda para R\$ 10,9 bilhões, permanece como o segundo melhor da série histórica.

Sinistralidade em queda

A sinistralidade, um dos indicadores mais relevantes para a operação de planos de saúde, apresentou uma queda significativa no primeiro trimestre do ano. A mediana da sinistralidade reduziu 0,4 pontos percentuais (p.p.), enquanto a sinistralidade agregada diminuiu 1,3 pontos percentuais em relação ao trimestre anterior, aproximando-se dos patamares pré-pandêmicos.

A análise por tipo de contratação revelou que a sinistralidade dos planos coletivos empresariais e por adesão reduziu no primeiro trimestre de 2024, enquanto a dos planos individuais se manteve estável.

Planos coletivos lideram altas

O crescimento dos planos de assistência médica foi de 1,5% no último ano, impulsionado principalmente pelos planos coletivos empresariais, que cresceram 2,8%. A distribuição de tipos de contratação nos municípios mostra uma grande variação, com Parauapebas (PA) apresentando o maior percentual de beneficiários em planos coletivos por adesão e Teresina (PI) com o maior percentual de beneficiários em planos individuais.

A utilização de serviços de saúde no primeiro trimestre de 2024 também reflete a recuperação do setor, com um aumento na frequência de utilização de exames ambulatoriais, consultas médicas e internações em relação ao mesmo período do ano anterior. Os exames ambulatoriais, em particular, apresentaram um aumento de 29% em relação aos valores de 2019.

As despesas médias por eventos assistenciais selecionados mostraram variações positivas, com as internações registrando um aumento de 18,6% em relação ao ano base de 2019. Este aumento nas despesas médias reflete as mudanças no comportamento de utilização dos serviços de saúde e os impactos da pandemia de covid-19.

Os atendimentos ambulatoriais no SUS, registrados por meio de Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Média e Alta Complexidade (Apac), indicam uma parcela significativa de procedimentos prestados a beneficiários de planos de saúde.

O processo de ressarcimento ao SUS também reflete essa interação, com mais de R\$1 bilhão cobrados anualmente

entre 2019 e 2022, embora tenha havido uma queda para cerca de R\$716 milhões em 2023. (Agência Estado)

PROJETO APROVADO EM COMISSÃO IMPEDE OPERADORA DE CANCELAR PLANO DE SAÚDE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Câmara – 22/08/2024

A rescisão unilateral só será possível em caso de inadimplência; a Câmara dos Deputados continua analisando a proposta.

A Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que proíbe as operadoras de cancelarem unilateralmente os planos de saúde em situações de emergência ou urgência, independentemente do tipo de assistência médica contratada.

A rescisão unilateral só será possível em caso de inadimplência do consumidor por mais de 90 dias, após notificação do beneficiário para pagamento.

O texto aprovado garante ainda o atendimento de emergência ou urgência dos usuários de planos de saúde mesmo durante o cumprimento do período de carência. A regra é brada em jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre o assunto.

Parecer Favorável

As medidas estão previstas no Projeto de Lei 1670/24, do deputado Jonas Donizette (PSB-SP), aprovado com parecer favorável do relator, deputado Gilson Marques (Novo-SC). O texto altera a Lei dos Planos de Saúde, que regula o setor.

“A pandemia da Covid-19 deixou ainda mais evidente a necessidade de se ter uma legislação que abranja

expressamente as situações de urgência e emergência, para que, mesmo diante de um cenário de caos os consumidores estejam efetivamente protegidos”, disse Marques.

Pagamento Atrasado

O relator apresentou uma emenda para incluir a possibilidade de rescisão contratual após 90 dias de inadimplência.

“Compreendemos que em situações de emergência ou urgência pode haver atraso no pagamento de parcelas sem culpa do beneficiário, mas esse não pode ser por tempo indefinido, sob pena de ocorrerem possíveis abusos”, disse Marques.

Propostas Rejeitadas

O projeto do deputado Donizette tramita em conjunto com outras 44 propostas. O relator recomendou a rejeição das demais por tratarem de assunto já vencido – o reajuste dos planos de saúde durante a pandemia de Covid-19.

Próximos Passos

Agora o PL 1670/24 será analisado pelas comissões de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ). Depois seguirá para o Plenário. Para virar lei, a proposta precisa ser aprovada pela Câmara e pelo Senado.

FÓRUM UNIDAS DESTACA INTEROPERABILIDADE E IA COMO PILARES PARA REDUZIR CUSTOS E MELHORAR A SAÚDE NO BRASIL

Saúde Business – 21/08/2024

Evento reuniu especialistas para debater avanços e desafios da transformação digital no setor de saúde, ressaltando a importância da governança e da liderança consciente na construção de um sistema mais eficiente e sustentável.

A interoperabilidade de sistemas pode diminuir em até 28 vezes desperdícios e até mesmo custos no sistema de saúde nacional; o uso da inteligência artificial não substitui a importância da assinatura de uma pessoa; o remédio para a fragmentação é a governança. Essas foram algumas das conclusões apresentadas durante a 5ª edição do Fórum UNIDAS – SP, em São Paulo, que aconteceu na última quarta-feira, 14 de agosto.

Como foi a 5ª edição do Fórum UNIDAS?

Este ano, o evento reuniu operadoras de autogestão, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e profissionais ligados ao setor, que discutiram interoperabilidade e impactos da inteligência artificial. A abertura ficou por conta de Denise Eloi, curadora do evento e CEO do Instituto Coalizão Saúde (ICOS), que enfatizou a

importância de fortalecer vínculos e construir novas relações dentro dos debates promovidos pela UNIDAS.

Em seguida, Dr. José Luiz Toro da Silva, assessor jurídico da UNIDAS, mediou o primeiro painel do dia, sobre os impactos da regulação da IA na Saúde do Brasil, destacando que Estados Unidos e Europa já adotaram uma regulação específica. “O Brasil precisa avançar nesse aspecto apesar de já termos uma comissão de juristas. Mas temos que discutir como regular esse tema preservando direitos, com garantias necessárias, sem trazer um impasse à inovação e à tecnologia”.

O painel ainda contou com a participação de Walquiria Favero, professora e pesquisadora de Inteligência Artificial na Fundação Getúlio Vargas – FGV, consultora jurídica no escritório Machado de Melo e Favero Advogados, que destacou a recente aprovação do plano de inteligência artificial para a saúde, ressaltando que ela deve ser revisada para não conter uma solução definitiva para algo que ainda não aconteceu.

Lincoln Moura, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), presidente da International Medical Informatics Association (IMIA) e consultor estratégico em Inovação do Instituto Coalizão Saúde (ICOS), frisou que o uso de inteligência artificial não anula o mais importante, que é a assinatura de quem faz o trabalho.

Painel “Saúde global e inovação: desafios e perspectivas”

No painel “Saúde global e inovação: desafios e perspectivas”, Claudio Lottenberg, presidente do Conselho de Administração do Hospital Israelita Albert Einstein e Presidente Institucional do ICOS, destacou que os principais desafios da saúde global são as doenças infecciosas, crônicas, desigualdades de acesso e mudanças climáticas. “Temos que avançar para um modelo mais misto, aproveitando as iniciativas das instituições privadas oferecidas pela inovação”, disse.

Painel “Inovação sustentável e seus impactos no acesso à saúde, na prática”

O último painel da manhã abordou “Inovação sustentável e seus impactos no acesso à saúde, na prática”. Com moderação do Marco Souza, superintendente da UNIDAS – SP, o tema foi debatido por Joatam L. Júnior, Healthcare Executive, Data Management e consultor estratégico em inovação da Acol e Marco Bego, CEO do Instituto de Inovação do Hospital das Clínicas (InovaHC). Segundo Bego, a interoperabilidade de sistemas pode diminuir em até 28 vezes desperdícios e até mesmo custos no sistema de saúde nacional. “Existem muitos problemas de regulação, mas a união do setor certamente pode fazer esses problemas serem resolvidos”, afirmou.

Painel “Saúde suplementar: repensando a transformação digital no setor”

A parte da tarde, teve início com o painel “Saúde suplementar: repensando a transformação digital no setor”, com moderação de Anderson Mendes, presidente da UNIDAS, e presença de Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde); Maurício Cerri, superintendente de Tecnologia e Inovação na Unimed do Brasil e, Marcos Novais, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Vera Valente trouxe uma perspectiva crítica sobre a situação atual da saúde suplementar e expressou preocupação com a rentabilidade do setor, “Estamos em um momento em que temos o maior número de clientes e o pior resultado”, disse, se referindo a um modelo insustentável que leva a perdas financeiras crescentes exacerbadas por custos altos associados a terapias ilimitadas e pacientes de alto risco.

Marcos Novais fez uma análise adicional, revelando dados financeiros alarmantes. Em 2022, o setor enfrentou um déficit de R\$ 11 bilhões, causado por uma redução de receita de R\$ 7 bilhões, apesar da inclusão de um milhão de novos beneficiários. “No modelo atual, não conseguimos fazer a inclusão total dos dados eletrônicos em sistema como foi com telecom, por exemplo. É preciso democratizar o acesso à saúde para então avançarmos rumo à digitalização total do sistema”, reforçou.

Com uma visão mais otimista sobre as oportunidades proporcionadas pela transformação digital, Maurício Cerri destacou que a digitalização pode gerar uma abundância de oportunidades e melhorias para o setor, mencionando avanços como a Inteligência Artificial que pode melhorar o diagnóstico e reduzir procedimentos necessários.

Anderson Mendes concluiu o painel reforçando que é preciso encontrar um equilíbrio entre acesso e sustentabilidade. “Não queremos negar tratamentos e sim garantir que sejam feitos de uma forma sustentável e com qualidade”, afirmou.

Painel “Qualidade em Saúde como prioridade para líderes conscientes”

A moderadora Larissa Eloi, CEO Fehoesp e SindHosp, iniciou a mesa sobre “Qualidade em Saúde como prioridade para líderes conscientes” ressaltando a conexão do tema com a qualidade em saúde e pediu aos palestrantes Mara Machado, membro da Academia Brasileira de Qualidade (ABQ) e CEO do Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e Paulo Chapchap, diretor médico do Instituto de Estudos de Políticas de Saúde (IEPS) e diretor do Instituto Todos pela Saúde e Diretor de Estratégia Corporativa do Grupo Santa Joana, que comentassem a importância de desenvolver um ambiente de confiança, como os líderes podem se tornar mais conscientes e como promover essa mudança de mindset na liderança com foco na gestão de saúde.

Paulo Chapchap destacou que é essencial que as competências de liderança criem um ambiente de confiança e reestrutem o sistema de saúde. “A primeira competência é a coragem intelectual e para tê-la, é preciso ter conhecimento na área em que deseja atuar”, disse enfatizando a necessidade de desenvolver qualidades como coragem intelectual, inteligência emocional, visão espiritual, vitalidade física e identidade de propósito.

Ainda sobre esse assunto, ele complementou que a condução deve ser colaborativa e não competitiva, e que é fundamental estar atento à saúde física e mental para manter uma liderança eficaz e que, em uma negociação as partes devem se colocar no lugar do outro, esquecendo de qual lado estão, para construir acordos mais justos e equilibrados. “A atitude e o comportamento podem estragar o contrato perfeito, ainda mais aquele que foi criado para levar vantagem.”

Mara Machado focou na distinção entre qualidade em saúde e acreditação. “A primeira se refere a entregar o que foi prometido, independentemente de creditações externas. Já a acreditação é apenas uma avaliação externa e não garante qualidade por si só.” Ela também ressaltou a importância de integrar pessoas, processos e tecnologia para melhorar a qualidade dos serviços prestados. “Temos que lembrar que, 95% da transformação é de pessoas e processos, o digital representa apenas 5%.”

Mara também abordou a questão da cultura organizacional do silêncio, onde profissionais de saúde veem problemas, mas não se reportam. “Estamos há 30 anos discutindo qualidade, segurança do paciente, valor e experiência, num cenário onde pessoas testemunham o oposto acontecendo. Um ambiente tóxico é difícil aprender, melhorar e evoluir.”

Apresentação de cases

O Fórum também contou com apresentações dos cases do Grupo Fleury, Hemomed e Interplayers. No encerramento, Amanda Bassan Alves, gerente executiva da UNIDAS

comentou que o 27º Congresso Internacional UNIDAS que acontece entre os dias 27 e 29 de novembro, em Florianópolis será realizado em uma arena 360º com quatro palcos simultâneos, que propiciará muito conhecimento, trocas e networking.

DESPESAS COM TERAPEUTA OCUPACIONAL MAIS QUE DOBRAM ENTRE 2019 E 2023

IESS – 21/08/2024

Entre 2019 e 2023, o número de beneficiários atendidos por terapeutas ocupacionais (TO) cresceu de forma representativa, gerando um aumento na demanda por esse tipo de serviço na saúde suplementar. Com isso, a despesa média anual, em termos nominais com os procedimentos por beneficiário, mais que dobrou no período, saltando de R\$ 1.106,99 para 2.264,20, respectivamente. As informações são do novo estudo especial do IESS – Evolução e impacto econômico da terapia ocupacional para beneficiários de planos de saúde.

Em termos reais, o impacto também foi bastante representativo. Durante o período analisado houve alta de 54% quando corrigido pela inflação, com aumento de R\$ 794,19 na despesa média anual por beneficiários.

A análise tem como base os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicados no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, considerando todas as faixas etárias,

sendo que a maior concentração de procedimentos se deu nos grupos de crianças de 2 a 4 anos e de 5 a 9 anos, além de uma distribuição significativa na região Sudeste.

O resultado mostra que a variação de beneficiários atendidos por esse tipo de procedimento deu um grande salto. Para se ter uma ideia, tendo como parâmetro o ano de 2019 com valor 1,00, nos demais houve crescimento constante: em 2020 (1,07), 2021 (1,48), 2022 (2,0) e 2023 aumentou em 2,59 vezes.

Em relação ao índice de procedimentos realizados com TO, a variação seguiu a mesma tendência e foi mais acentuada a partir de 2021, aumentando em 1,71 vezes em comparação a 2019 (1,00). Seguiu subindo em 2022 (2,46) e foi 3,90 vezes maior que o primeiro ano da análise em 2023.

Para acessar o estudo especial na íntegra, [clique aqui](#).

AS CRESCENTES QUEIXAS DAS RESCISÕES UNILATERAIS DE CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

O debate – 28/08/2024

Crescem diariamente as queixas de consumidores brasileiros sobre as rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde.

Os registros são feitos na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nos órgãos de defesa do consumidor.

Tal cenário persiste mesmo após um acordo informal anunciado pelo presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), com as operadoras de planos de saúde, no intuito de suspender os cancelamentos e alterações contratuais unilaterais.

Este acordo, que contou com a presença do presidente da ANS, Paulo Rebello Filho, visava estabilizar o setor enquanto se negociava um novo marco legal para a saúde suplementar no Brasil.

Mas nem esse acordo foi suficiente para estancar esse grave problema na saúde do país. Em julho, a ANS registrou 1.389 queixas de rescisões unilaterais, um número que permanece elevado.

Em junho, foram 1.576 queixas, e nos meses de maio e abril, o número de reclamações foi de 1.978 e 1.633, respectivamente.

Até o presente momento de 2024, já foram contabilizadas 10.590 queixas de rescisões unilaterais contratuais. Esses

números revelam um padrão contínuo das práticas das operadoras de planos de saúde.

Paralelamente, o Procon-SP também tem recebido um volume considerável de reclamações relacionadas a rescisões unilaterais e alterações contratuais unilaterais. Em julho, o órgão registrou 53 queixas sobre o tema, e agosto começou com 16 reclamações até o dia 7.

Esses dados corroboram a percepção de que, apesar dos esforços legislativos e regulatórios, as práticas questionáveis por parte das operadoras de planos de saúde continuam a ocorrer, gerando um impacto negativo significativo para os consumidores.

A persistência dessas queixas tem mobilizado tanto consumidores quanto parlamentares, que agora buscam a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o aumento das rescisões unilaterais contratuais.

A criação de uma CPI visa aprofundar a investigação sobre as causas e responsabilidades dessas práticas, bem como buscar soluções mais efetivas para proteger os direitos dos consumidores e garantir a transparência e a equidade nas relações contratuais entre operadoras e beneficiários de planos de saúde.

Esse contexto evidencia uma clara necessidade de intervenção jurídica e regulatória mais robusta para garantir que os direitos dos consumidores sejam respeitados e que as operadoras de planos de saúde atuem de acordo com as normas e princípios estabelecidos.

A questão das rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde é uma problemática que envolve múltiplos aspectos legais e regulamentares. Inicialmente, é imperativo destacar que a legislação brasileira busca proteger os consumidores, especialmente no âmbito da saúde suplementar, onde a vulnerabilidade do consumidor é patente.

A base legal primária para a análise das rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde encontra-se no Código de Defesa do Consumidor (CDC), na Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e nas normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Lei nº 9.656/1998, que regula os planos de saúde, estabelece as condições para a rescisão e suspensão dos contratos.

No seu artigo 13, a lei determina que os contratos de planos de saúde somente podem ser rescindidos ou suspensos unilateralmente pela operadora em casos de fraude ou inadimplência por parte do consumidor, sendo necessária a notificação prévia do consumidor para que ele possa regularizar sua situação.

O artigo 13, caput, e seus parágrafos são claros quanto aos procedimentos e prazos a serem seguidos, garantindo a proteção ao consumidor contra rescisões arbitrárias.

A persistência das queixas de rescisões unilaterais evidencia uma possível falha na fiscalização e na aplicação das medidas acordadas.

É crucial analisar se as operadoras estão cumprindo os requisitos legais e regulamentares estabelecidos, bem como se a ANS está efetivamente monitorando e punindo eventuais descumprimentos.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078/1990, também é uma ferramenta importante na análise das rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde.

O CDC, em seu artigo 6º, inciso IV, assegura ao consumidor a proteção contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços.

Além disso, o artigo 51 do CDC considera nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

A análise das práticas contratuais das operadoras de planos de saúde deve considerar a boa-fé objetiva e o equilíbrio contratual, princípios fundamentais no direito contratual brasileiro.

A boa-fé objetiva, prevista no artigo 422 do Código Civil, exige que as partes ajam com lealdade e transparência durante toda a vigência do contrato, não sendo admissíveis práticas

que surpreendam o consumidor com rescisões ou alterações contratuais unilaterais injustificadas.

A ANS, como agência reguladora responsável pela saúde suplementar, possui o dever de fiscalizar e garantir o cumprimento das normativas do setor.

Por isso, através de Resolução Normativa a ANS, estabelece critérios para a rescisão e suspensão dos contratos de planos de saúde, reforçando a necessidade de notificação prévia e garantindo ao consumidor o direito de contestar a rescisão ou a suspensão

A persistência das queixas sugere que pode haver uma lacuna na fiscalização ou na aplicação das penalidades previstas.

A análise crítica das práticas contratuais das operadoras de planos de saúde também deve considerar a jurisprudência dos tribunais brasileiros.

Diversas decisões judiciais têm reconhecido a abusividade das rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde, especialmente quando não há justificativa plausível ou quando não são observados os procedimentos legais e regulamentares.

A jurisprudência tem se consolidado no sentido de proteger o consumidor contra práticas abusivas e garantir a continuidade da prestação dos serviços de saúde.

No contexto legislativo e regulatório atual, é fundamental que as operadoras de planos de saúde adotem práticas transparentes e que respeitem os direitos dos consumidores.

A ANS deve intensificar a fiscalização e aplicar as penalidades cabíveis em casos de descumprimento das normativas.

Além disso, é necessário que os consumidores sejam devidamente informados sobre os seus direitos e sobre os procedimentos a serem seguidos em caso de rescisão ou suspensão do contrato.

A persistência das queixas de rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde indica que as medidas tomadas até o momento não foram suficientes para resolver o problema.

É necessário um esforço conjunto das autoridades competentes, das operadoras de planos de saúde e dos consumidores para encontrar soluções efetivas que garantam a proteção dos direitos dos consumidores e a estabilidade dos contratos de planos de saúde.

A intervenção das autoridades competentes, como a ANS e o Procon, é crucial para a proteção dos direitos dos consumidores.

A criação de um novo marco legal para o setor de saúde suplementar pode ser uma oportunidade para aprimorar a regulamentação e garantir a proteção dos direitos dos consumidores.

A participação dos consumidores, das operadoras de planos de saúde, das autoridades reguladoras e dos legisladores no processo de elaboração do novo marco é fundamental para

que as novas normas atendam aos interesses de todas as partes envolvidas.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.