

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de setembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Planos com menos de 30 vidas podem ser equiparados ao plano individual com reajustes menores e regidos pela ANS](#) – Fonte: Tribuna Hoje

[Planos de saúde têm lucro líquido de R\\$ 5,1 bilhões de janeiro a junho deste ano](#) – Fonte: O Globo

[ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 1º semestre de 2024](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Filis 2024 foca em interoperabilidade e parceria com Ministério da Saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Especialista recomenda modelo do PSF para transformar a saúde suplementar](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS publica dados dos atendimentos das ouvidorias das operadoras](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Reforma tributária deve elevar imposto de aluguel de equipamentos médicos de 8% para 21%, diz Ablem](#) – Fonte: Estadão

[STJ permite cobrança de coparticipação em tratamento de câncer](#) – Fonte: Jota info

[Plano de saúde pode encarecer 30% com reforma tributária](#) – Fonte: AM POST

[SP: 11,5 milhões de beneficiários com planos odontológicos](#) – Fonte: IESS

[Lira argumenta que Câmara tem CPIs anteriores à investigação contra planos de saúde](#) – Fonte: Jota info

[Insegurança jurídica e desconhecimento: qual o futuro do plano de saúde individual?](#) – Fonte: Info Money

[Cadeia produtiva da saúde atinge 5 milhões de empregos formais no país](#) – Fonte: IESS

[Um dos últimos oceanos azuis em saúde no Brasil, e por pouco tempo](#) – Fonte: Saúde Business

['Brasil é a Disneylândia para a indústria farmacêutica', diz presidente da ANS](#) – Fonte: Valor Econômico

PLANOS COM MENOS DE 30 VIDAS PODEM SER EQUIPARADOS AO PLANO INDIVIDUAL COM REAJUSTES MENORES E REGIDOS PELA ANS

Tribuna Hoje – 04/09/2024

Usuários podem ter chance de recuperar saldo por reajuste indevido de planos coletivos.

O reajuste dos planos de saúde aplicados aos contratos coletivos vem deixando muitos usuários preocupados. No entanto, se o paciente possui um plano coletivo empresarial e ele tem menos de 30 vidas, é possível não se submeter a esses reajustes que são indicados pelo plano de saúde. Isso porque os tribunais já entenderam que esses planos, quando com menos de trinta vidas, podem ser equiparados a planos individuais, os quais são aplicáveis os reajustes promovidos pela ANS.

Segundo a advogada especialista em direito médico e da saúde, Gabriela Rezende, os planos empresariais com menos de 30 vidas podem apresentar condições mais favoráveis aos beneficiários, afastando o reajuste de plano empresarial que pode chegar a 40 ou 50% em determinados casos.

Atualmente os reajustes definidos pela ANS são válidos apenas para os planos individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98). Em 2022, esses planos representavam cerca de 16,3% do total de consumidores de planos de assistência médica no Brasil, cerca de 8 milhões de beneficiários.

Nos planos coletivos, cada operadora calcula a porcentagem de reajuste com base no valor da inflação, na oscilação de custo médico-hospitalar (VCMH) e na utilização dos serviços oferecidos às empresas. Nos últimos três anos, a correção dos planos coletivos ficou em 52,9%, porcentagem muito acima do valor registrado para a inflação nesse mesmo período. Esses planos representavam cerca de 82,6% do total de contratos do setor no final de 2023, segundo os números oficiais da ANS.

“Esses reajustes deveriam ter uma justificativa e devem ser comprovados através de cálculos e de planilhas, inclusive apresentados de forma clara e com antecedência para o beneficiário, só que isso na prática não acontece. Os planos de saúde estão comumente quebrando as regras que são

estabelecidas por lei e o judiciário vem observando isso e oportunizando a esses beneficiários reaver o valor que está sendo aplicado nesses reajustes de planos coletivos”, explica a advogada.

Por isso, nesses casos, é indicado reavaliar os valores pagos ao plano de saúde nos últimos cinco anos para reaver eventual saldo que tem a ser recuperado, além de reajustar as mensalidades futuras.

“Na prática, reavaliamos os pagamentos feitos nos últimos cinco anos, planilhando toda essa evolução individual por beneficiário e calculando se há saldo pago indevidamente nos últimos três anos. Ou seja, existe a possibilidade, durante essa ação revisional, de o beneficiário ter reduzido o valor da sua mensalidade e ainda recuperar valores pagos indevidamente”, destaca Gabriela Rezende.

Para analisar se o reajuste aplicado para o consumidor foi correto ou não, a especialista indica a necessidade de contratação de um advogado especializado na área do direito da saúde, que vai observar se os requisitos foram cumpridos. “Há casos em que o beneficiário não sabe sequer o tipo de plano que é contratado, uma vez que o plano de saúde não fornece a cópia do contrato. Os reajustes são aplicados sem nenhum aviso prévio e, muito menos, apresentação de cálculos. O problema é ainda mais grave quando o contrato empresarial conta com menos de 30 vidas que reforça a necessidade de reavaliação dos reajustes aplicados nesses contratos”, conta.

Gabriela Rezende ainda alerta para que os usuários estejam atentos aos critérios das operadoras e se o reajuste foi notificado, para que se pague uma mensalidade justa de acordo com a cobertura do plano.

“Infelizmente as pessoas não têm essa informação e acabam pagando muito mais pelo plano e sofrendo mais com essas cobranças. Muitos planos não apresentam demonstrativos do que está sendo custeado, por isso é necessário realmente que haja uma provocação para o Judiciário vir a intervir nessa relação”, finaliza.

PLANOS DE SAÚDE TÊM LUCRO LÍQUIDO DE R\$ 5,1 BILHÕES DE JANEIRO A JUNHO DESTA ANO

O Globo – 03/09/2024

Segundo a ANS, operadoras tiveram primeiro resultado operacional positivo desde 2021.

As operadoras de planos de saúde tiveram um lucro líquido de R\$ 5,1 bilhões de janeiro a junho deste ano. Esse é o melhor desempenho-econômico financeiro para um primeiro semestre desde 2019, segundo dados divulgados nesta terça-feira pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tira da conta o lucro atípico de 2020, ano da pandemia de Covid-19, quando por conta de suspensão de atendimentos eletivos, o lucro do setor como um todo

ultrapassou os R\$ 11 bilhões nesse período. Segundo a reguladora, as operadoras exclusivamente odontológicas registraram lucro de R\$ 338 milhões e as administradoras de benefícios, de R\$ 106,8 milhões. O setor como um todo registrou lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões no primeiro semestre deste ano.

Pela primeira vez desde 2021, as operadoras médico-hospitalares fecharam o primeiro semestre com um saldo positivo na diferença entre as receitas e despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à

saúde, o resultado operacional foi de R\$ 2,4 bilhões. Segundo a ANS, com esse resultado o segmento se aproxima do patamar dos anos pré-pandemia de Covid-19. Os dados da reguladora mostram ainda que a recuperação do resultado operacional se deu em todas as modalidades, exceto autogestões, que tiveram prejuízo operacional de R\$ 1,1 bilhão, semelhante ao apurado no mesmo período de 2023.

- Não temos como fazer uma projeção do que vem pela frente observando esses dados agregados, pois há uma diversidade de comportamentos heterogêneos. Em termos sazonais, o 1º e 4º trimestres são os melhores em termos de resultado e o 2º e 3º tendem a ser mais desafiadores em termos de contas setoriais – logo não dá para dizer que 2º semestre poderá ser melhor. Ainda assim, a recuperação das contas gerais demonstra que a sinistralidade parece estar retornando aos mesmos patamares pré-pandemia - afirma Jorge Aquino, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

De fato, a sinistralidade dos planos de saúde de 85,1% apurada nesse semestre se equipara a de 2018, sendo a melhor pós-pandemia. O resultado, segundo a ANS, está diretamente relacionado a recomposição das mensalidades com reajustes aplicados pelas operadoras.

Gustavo Ribeiro, presidente da Abrange, associação de empresas do setor, diz que os bons resultados financeiros das operadoras são uma boa notícia para os consumidores e pondera que ainda é cedo para afirmar que o setor terá no ano resultados comparáveis ao do período pré-pandemia:

- A notícia é positiva para os beneficiários, interessados diretos e razão de ser do setor, que, com maior equilíbrio financeiro se mantém hígido para cumprir seus contratos e sustentar o acesso à saúde privada no Brasil. Historicamente, o segundo e o terceiro trimestre são marcados por influenza, doenças virais e respiratórias que se acumulam com os demais tratamentos, trazendo despesas assistenciais mais elevadas. Por isso é importante aguardarmos mais alguns períodos para entender se o setor conseguirá chegar ao fim deste ano nos moldes pré-pandêmicos.

Vera Valette, diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), pondera que os resultados refletem os ajustes feitos pelo setor, principalmente, em mecanismos de combate à fraude:

- Os indicadores do semestre refletem fortes ajustes feitos pelas operadoras no sentido de dar mais equilíbrio ao sistema e, assim, proteger quem mais deve ser protegido: o

beneficiário dos planos. Entre esses esforços, certamente o mais relevante foi o combate a fraudes. De 2019 a 2023, a FenaSaúde e suas associadas registraram 4.502 notícias-crime e ações cíveis relacionadas a fraudes, com crescimento expressivo ano a ano. Só nos últimos dois anos o total de notícias-crime aumentou 66%.

De acordo com o estudo “Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar”, conduzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em parceria com a consultoria EY, as perdas totais no setor, decorrentes de fraudes e desperdícios, foram estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões em 2022. Esse montante equivale a aproximadamente 11,1% a 12,7% da receita total da saúde suplementar.

Na visão do coordenador de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores (Idec), Lucas Andrietta, os dados da ANS comprovam que a narrativa dos planos de saúde sobre dificuldades financeiras é enganadora e oportunista.

- O uso de uma retórica ameaçadora envolvendo a "sustentabilidade" do setor é um deboche com o sofrimento de pacientes e consumidores, num setor onde abundam relatos de práticas abusivas, explode o número de reclamações e onde as empresas usufruem amplamente de lacunas normativas e da omissão regulatória da ANS - diz Andrietta.

Em nota, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) analisa que o resultado confirma que as operadoras de planos de saúde superaram a etapa de dificuldades vividas especialmente nos anos de 2022 e 2023. E completa afirmando que agora "cabe esperar que esses resultados financeiros contribuam para melhorar a situação dos hospitais que seguem sofrendo com glosas e outras medidas adotadas para, no período de crise, adiar os pagamentos aos prestadores de serviços".

- O funcionamento financeiramente sustentável do setor, com bons resultados das operadoras, é essencial para todos. Isto, porém, não pode deixar de lado dois problemas fundamentais. O primeiro é a necessidade de, apesar dos resultados positivos, todos seguirem trabalhando por medicina de qualidade, respeito aos beneficiários e uma busca intensa por eficiência e combate ao desperdício. Um trimestre positivo como este não dispensa o setor de trabalhar com mais unidade, cooperação e ênfase na melhoria do sistema”, afirma o diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Antônio Britto.

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS RELATIVOS AO 1º SEMESTRE DE 2024

(GOV) ANS – 03/09/2024

Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar foi atualizado com dados do 2º trimestre.

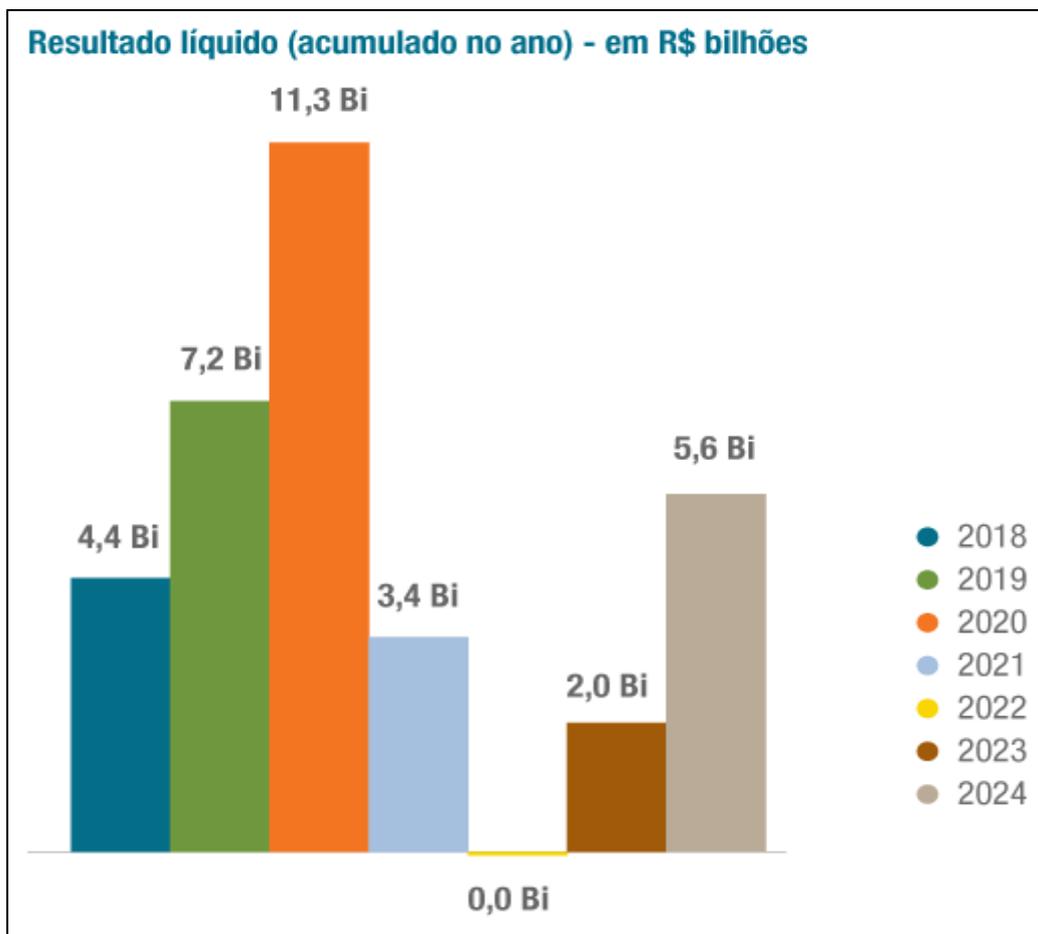
A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira, 3/9, os dados econômico-financeiros relativos ao 1º semestre de 2024. Os resultados por trimestre podem ser consultados no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#).

A partir dessa edição, é possível verificar os valores - totais e per capita - pagos pelos beneficiários às operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios (contraprestações) de acordo com a cobertura do plano - médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica.

Considerando os dados acumulados dos dois primeiros trimestres de 2024, as informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde e pelas

administradoras de benefícios à ANS demonstram que o setor registrou lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões no primeiro semestre do ano. Esse resultado equivale a aproximadamente 3,27%

da receita total acumulada no período, que foi superior a R\$ 170 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor arrecadou cerca de R\$ 3,27 de lucro ou sobra.



No gráfico acima, é possível observar a evolução do resultado líquido de todas as operadoras e das administradoras de benefícios no 1º semestre de cada ano, desde 2018.

Nos números agregados, o desempenho econômico-financeiro é o mais positivo para um 1º semestre desde 2019, com exceção de 2020 que teve o melhor resultado em razão da pandemia de Covid-19.

Pela primeira vez desde 2021, as operadoras médico-hospitalares - que são o principal segmento do setor - fecharam o 1º semestre do ano com saldo positivo na diferença entre as receitas e despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à saúde, com resultado operacional de R\$ 2,4 bilhões, patamar próximo ao dos anos pré-pandemia de Covid-19. Essa recuperação do resultado operacional se deu em todas as modalidades, exceto autogestões, que tiveram prejuízo operacional na ordem de R\$ 1,1 bilhão, semelhante ao mesmo período do ano anterior.

A remuneração das aplicações financeiras acumuladas pelas operadoras médico-hospitalares – que totalizaram R\$ 116,6 bilhões ao final de junho - continua a contribuir fortemente com a composição do seu resultado líquido total. No 1º

semestre de 2024, o resultado financeiro foi positivo em R\$ 4,4 bilhões.

“Temos observado que o resultado operacional tem sido o principal responsável pela melhora do resultado líquido das operadoras neste primeiro semestre do ano. Vale destacar que temos os melhores números desde 2021. Isso reforça que estamos em sólido caminho de retomada dos saldos positivos e que é o momento favorável para que as operadoras concentrem seus esforços no aumento da qualidade dos serviços, em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como temos recomendado na Agência”, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Jorge Aquino.

Resultado por porte de operadora

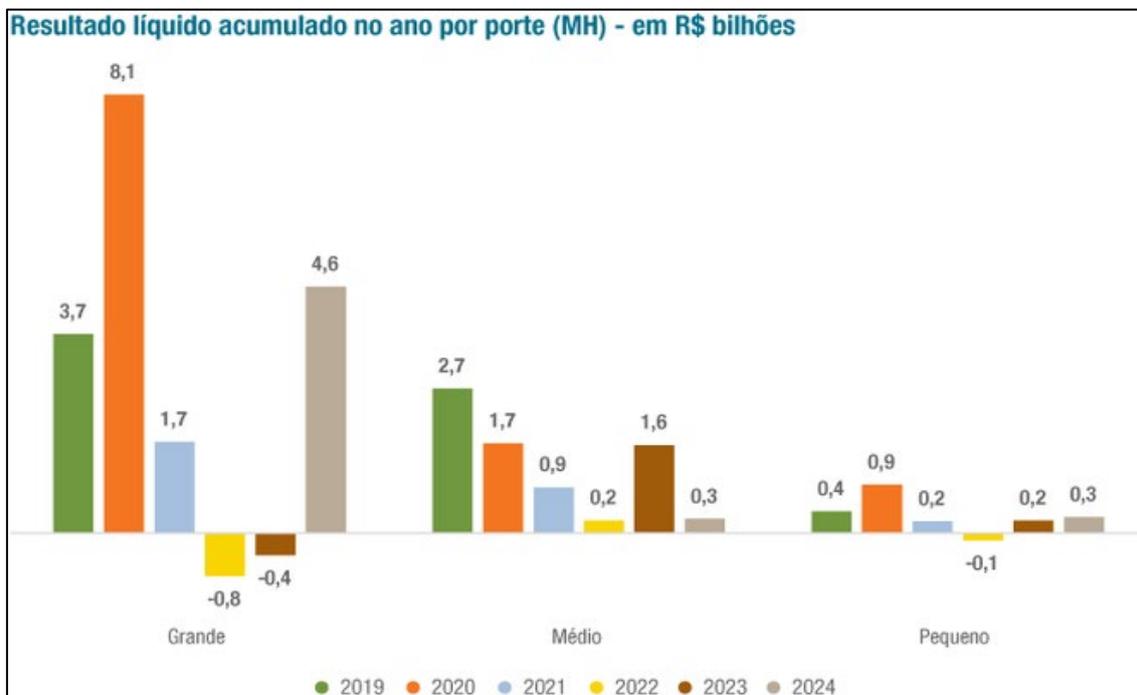
O painel também possibilita a análise dos resultados por porte de operadora no qual se verifica melhoria do desempenho de grandes e pequenas operadoras médico-hospitalares.

É possível verificar que as operadoras médico-hospitalares de grande porte foram responsáveis pelo melhor desempenho no setor, registrando, em números agregados, R\$ 5,0 bilhões de lucro líquido no 1º semestre de 2024 a mais que mesmo período do ano anterior. Nas operadoras médico-

hospitalares de pequeno porte, o aumento do lucro, na mesma comparação, foi de R\$ 66,7 milhões.

Já as operadoras médico-hospitalares de médio porte apuraram uma redução de lucro líquido dos números agregados de R\$ 1,4 bilhão no 1º semestre de 2024 em

relação ao mesmo período de 2023. Porém, é possível identificar que tal desempenho negativo, nos números agregados, foi influenciado por uma determinada operadora, que, se fosse desconsiderada, resultaria em aumento de R\$ 397,5 milhões na comparação dos períodos para esse porte.

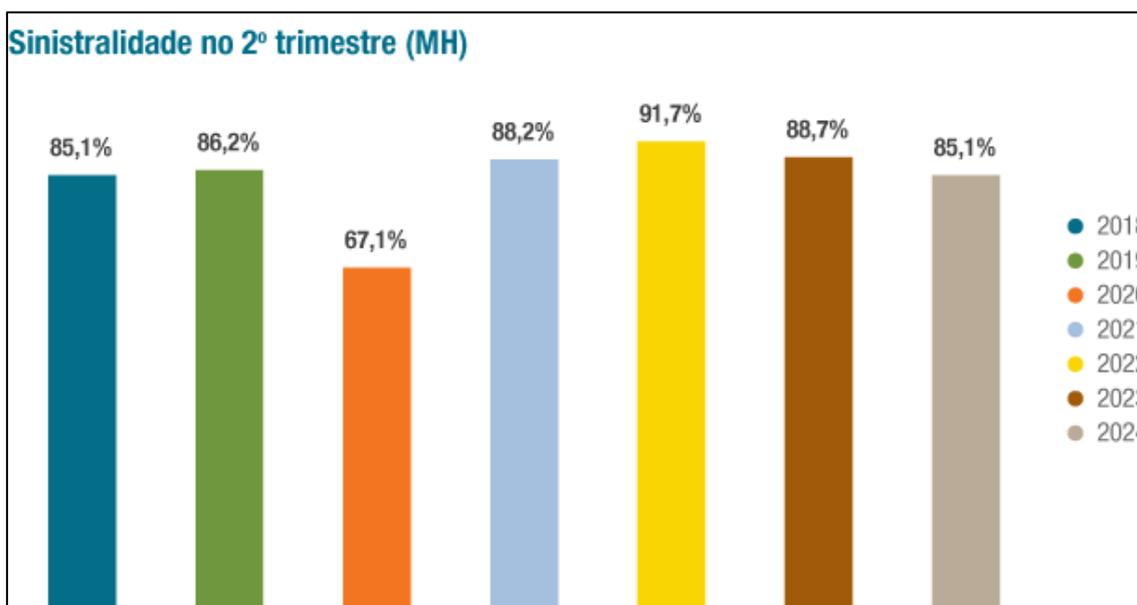


No gráfico acima, é possível observar a evolução do resultado líquido das operadoras médico-hospitalares por porte, considerando o 1º semestre de cada ano, desde 2019.

Sinistralidade

A sinistralidade, principal indicador que explica o desempenho operacional nas operadoras médico-

hospitalares, registrou no 2º trimestre de 2024 o índice de 85,1% (3,6 pontos percentuais abaixo do apurado no mesmo período do ano anterior), o que indica que em torno de 85,1% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais. Esta é a menor sinistralidade registrada desde 2018 para um 2º trimestre (exceto o caso atípico de 2020 devido à pandemia).



O gráfico acima apresenta a evolução da sinistralidade das operadoras médico-hospitalares no 2º trimestre de cada ano, desde 2018.

Se avaliarmos a série de 12 meses da sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, é possível verificar que ela vem caindo consistentemente desde o fim de 2022. O agregado do setor chegou 84,8% e a mediana chegou a 81,3%, valores semelhantes aos observados em 2019, período de pré-pandemia.

A redução da sinistralidade resulta principalmente da recomposição das mensalidades dos planos quando comparada à variação das despesas, especialmente nas operadoras de grande porte. Tal tendência, que já vem sendo observada desde 2023, decorre de maior crescimento das mensalidades médias (ajustadas pela inflação do período observado) em relação à despesa assistencial por beneficiário (também ajustada pela inflação), o que parece sugerir que o setor passa por um período de reorganização de seus contratos, a fim de recuperar os resultados na operação, em um contexto de aumento de beneficiários e queda dos juros.

No [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#) também é possível consultar o desempenho individual por operadora de plano de saúde.

Entenda os conceitos

Resultado operacional: é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações e outras receitas operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

Resultado líquido: é a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Sinistralidade: de forma geral, representa o percentual das receitas assistenciais (advindas das mensalidades) que são utilizadas com o pagamento de despesas assistenciais.

FILIS 2024 FOCA EM INTEROPERABILIDADE E PARCERIA COM MINISTÉRIO DA SAÚDE

Saúde Business – 02/09/2024

Evento trouxe as principais conquistas e desafios frente à interoperabilidade e o que a cooperação entre Abramed e Ministério representa para saúde brasileira.

No atual cenário tecnológico, a interoperabilidade se tornou um dos temas mais relevantes na busca por um sistema de saúde mais eficiente e integrado. Este foi um dos assuntos amplamente discutido no Fórum Internacional de Lideranças da Saúde (Filis), promovido pela Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), que ocorreu na última semana. Na oitava edição, o tema deste ano foi “Saúde Inovadora: Oportunidades para um Setor Sustentável”.

Parceria público-privada de sucesso

A recente parceria estratégica formalizada, durante o evento, entre o Ministério da Saúde e a Abramed marca um avanço significativo no cenário da saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito à interoperabilidade. Esse acordo é um passo crucial para a integração dos setores público e privado na troca de informações de exames de notificação compulsória, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliando a eficiência no monitoramento de doenças.

A interoperabilidade, que há tempos é debatida como uma necessidade no sistema de saúde, ganha agora uma aplicação prática e relevante com essa cooperação, que se iniciou no Filis 2023, quando Ana Estela Haddad, Secretária de Saúde Digital do Ministério da Saúde, participou do evento pela primeira vez.

A parceria permite a transmissão direta ao governo das informações de exames realizados por laboratórios privados, conectando-os à Secretaria de Informação e Saúde Digital

(SEIDIGI) por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

A secretária enfatizou a importância da interoperabilidade para superar a fragmentação histórica do sistema de saúde no Brasil, que possui mais de 400 sistemas de informação. A secretária destaca que a integração desses dados, utilizando inteligência artificial e análise de dados, é essencial para melhorar o atendimento clínico e prever emergências, como pandemias e desastres climáticos.

“Essa transformação só será possível através de parcerias público-privadas, que podem garantir uma abordagem igualitária e eficaz, avançando sem deixar ninguém para trás”, afirma.

RNDS: um estudo de caso

Embora ainda haja muito o que evoluir, a interoperabilidade já é uma realidade em alguma medida no SUS. Paula Xavier, coordenadora-geral de Inovação e Informática em Saúde na Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), trouxe dados robustos que comprovam tal feito.

A RNDS é uma plataforma essencial para o compartilhamento seguro e eficiente de dados de saúde, possibilitando que informações vitais estejam disponíveis em tempo real para a tomada de decisões.

O principal objetivo da RNDS é promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores públicos e privados, deixando de ter um processo fragmentado, no qual informações muitas vezes permanecem isoladas em diferentes bases de dados, para ter uma trajetória integrada.

Hoje, existem mais de 1,9 bilhões de registros disponíveis na RNDS, dentre eles:

- +1,2 bilhões de registros de imunobiológicos administrados;
- +200 milhões de Registros de Atendimento Clínico (RAC);

- +358 milhões de Registros de Regulação Assistencial;
- +75 milhões de Registros de Exame Laboratorial (REL).

A interoperabilidade promovida pela RNDS é a chave para essa transformação, ao conectar diferentes sistemas e atores do ecossistema de saúde em uma rede unificada e eficiente.

ESPECIALISTA RECOMENDA MODELO DO PSF PARA TRANSFORMAR A SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 02/09/2024

Programas e linhas de cuidados coordenados, similares ao da Amparo Saúde, podem gerar sustentabilidade financeira e melhor qualidade de vida.

“O momento da mudança é agora, ou podemos esperar o colapso do sistema”, alertou Robert Janett, especialista em Atenção Primária à Saúde da Harvard Medical School. Durante um encontro promovido pelo Grupo Sabin, em São Paulo, na quarta-feira (28), com o apoio da Aliança pela Saúde Populacional (ASAP), Janett destacou a importância de adotar modelos semelhantes ao Programa Saúde da Família (PSF) na saúde suplementar para garantir a sustentabilidade do sistema.

Janett, que atua como médico consultor em Atenção Primária nos EUA, América Latina e Ásia, apontou que o atual modelo da saúde suplementar apresenta lacunas que deixam o paciente vulnerável, responsabilizando-o por seu próprio tratamento. “A saúde não deve ser vista como uma partida de golfe, com médico e paciente desempenhando papéis de taco e bola. Na realidade, é mais como o futebol, onde o gol é resultado do esforço coletivo de vários jogadores”, explicou, ressaltando as vantagens da equipe multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde (APS). “O Programa Saúde da Família atende milhares de pessoas e previne muitas situações complexas”, afirmou.

Experiência internacional e inovação

O modelo do PSF é semelhante ao da Amparo, que promove a gestão da saúde de grupos populacionais por meio de programas e cuidados coordenados em uma jornada híbrida (remota e presencial). Como parceira das operadoras e empresas, a Amparo contribui para a redução de custos com saúde, sinistralidade médica e absenteísmo, além de melhorar os desfechos clínicos. “Nossa preocupação é com a sustentabilidade do sistema, buscando agregar cada vez mais valor para o paciente em sua totalidade”, destacou Lídia Abdalla, presidente-executiva do Grupo Sabin.

Para ilustrar a eficácia do modelo, Janett compartilhou sua experiência com o sistema privado de Boston (EUA), onde uma equipe acompanha pacientes com hipertensão, diabetes e outras condições crônicas, além de intercorrências como infecções urinárias. “Os resultados foram a redução das filas de espera por especialistas e uma cobertura completa das necessidades dos pacientes, sejam elas de saúde ou biopsicossociais”, revelou Janett.

Em linha com o especialista internacional, Abdalla acrescentou: “A Amparo complementa a missão do Grupo Sabin, que celebra 40 anos, ao promover um cuidado eficiente por meio da atenção primária”. Maurício Ceschin, ex-diretor da Agência Nacional de Saúde (ANS), reforçou a necessidade de reavaliar o modelo atual da saúde suplementar: “Durante décadas, o foco do marketing foi o tamanho da rede credenciada de uma operadora, e não a visão global da saúde do paciente”, criticou.

ANS PUBLICA DADOS DOS ATENDIMENTOS DAS OUVIDORIAS DAS OPERADORAS

(GOV) ANS – 02/09/2024

Nova edição do REA-Ouvidorias apresenta análise do serviço prestado em 2023.

Está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o [Relatório do Atendimento das Ouvidorias 2024, ano-base 2023, \(REA Ouvidorias- 2024\)](#). A publicação traz dados de atendimentos realizados pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde em 2023 com informações como os temas das manifestações dos

beneficiários e as recomendações feitas nos processos. O estudo está estruturado nos tópicos: histórico; análise descritiva dos dados contidos nos formulários e de bases exclusivas da ANS; séries históricas dos indicadores mais relevantes; e discussão sobre os achados desta edição.

Entre os destaques deste relatório está um levantamento inédito, que constatou que as operadoras divulgam suas ouvidorias, principalmente, através do site da empresa, o que

pode representar a exclusão de parcela da população que não utiliza os meios digitais. O relatório também aponta que, no ano de 2023, foram registradas 450.483 reclamações recebidas e atendidas pelas ouvidorias das operadoras, tendo como destaque os temas redes de atendimento (36,2%); financeiro (22,5%); cobertura (21,8%); administrativo (13,8%); e SAC (5,8%). O estudo também informa o tipo de demandante das solicitações na ouvidoria e aponta que 94,7% foram beneficiários; seguido por outros demandantes (3,2%); gestor do contrato coletivo (1,3%), prestador (0,6,%) e corretor (0,2%).

O ouvidor da ANS, João Paulo Araújo, ressalta a importância das informações para o aperfeiçoamento de processos: “O relatório dá subsídios para que as operadoras de planos de saúde implementem melhorias no atendimento prestado aos consumidores e até mesmo para que a ANS aprimore a regulação. Ou seja, é um instrumento de transparência pública, que auxilia com fundamentos a tomada de decisões pelos gestores das operadoras. As ouvidorias devem ser comprometidas com a percepção do consumidor sobre a qualidade dos serviços prestados para que se possa garantir um trabalho de excelência”, afirmou.

Entre os principais resultados apurados nesta edição, estão:

- 94,9% de operadoras ativas possuem ouvidorias cadastradas junto à ANS.
- 92,4% das operadoras com ouvidoria cadastrada na ANS enviaram o formulário preenchido do REA-Ouvidorias 2024.
- 36,3% das operadoras respondentes informaram ter recebido Requerimento de Reanálise Assistencial em 2023 (instrumento ao qual o beneficiário pode recorrer quando tem um procedimento negado por sua operadora). Este é o maior percentual dos últimos anos.
- 88,5% das ouvidorias respondem demandas em até 7 dias úteis.
- 70,2% das operadoras que enviaram os dados informaram ter recebido manifestações próprias de ouvidoria em 2023.

O REA-Ouvidorias está disponível no portal da ANS em [Canais de Atendimento > Ouvidoria > Relatórios e Pesquisas da Ouvidoria](#), onde podem ser consultadas as edições do relatório desde 2014.

REFORMA TRIBUTÁRIA DEVE ELEVAR IMPOSTO DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS DE 8% PARA 21%, DIZ ABLEM

Estadão – 02/09/2024

Projeto de lei que regulamenta a reforma prevê redução de 60% na alíquota apenas para a venda de dispositivos médicos, não para a locação.

Um estudo feito pela Tendências Consultoria em parceria com a Associação Brasileira das Locadoras de Equipamentos Médicos (Ablem) prevê que a reforma tributária deve provocar um aumento de 11,37 pontos percentuais nos impostos sobre o aluguel de equipamentos médicos. A carga deve passar de 8,34% para 20,95%, diz a Ablem.

Isso porque os equipamentos alugados não terão alíquota reduzida. O projeto de lei complementar Nº 68, que regulamentou a reforma, prevê uma redução de 60% na alíquota apenas para a venda de dispositivos médicos. Em alguns casos, esse percentual é ainda reduzido a zero.

“A carga tributária estimada para a venda de equipamentos médicos iria de cerca de 22,25% para 9,58%, uma redução de 12,67 pontos percentuais, segundo os cálculos da

Tendências Consultoria. Por outro lado, para a locação de equipamentos médicos, a nova carga tributária estimada seria 11,37 pontos percentuais maior que a carga original, saltando de 8,34% para 20,95%”, afirma a associação.

Impacto nos hospitais

O cálculo já leva em conta a não cumulatividade e tem como base a estimativa para a alíquota de referência do Imposto sobre Valor Agregado (IVA), de 26,50%, bem como a redução de 60% no caso da venda dos equipamentos (alíquota de 10,60%).

Segundo a Ablem, para pequenos municípios e hospitais privados menores, o custo das aquisições de dispositivos médicos pode ser proibitivo. No SUS, por exemplo, “a possibilidade de locação com redução de tributos poderia até mesmo acelerar a renovação e o aumento do número de equipamentos médicos”, defende a associação.

STJ PERMITE COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO EM TRATAMENTO DE CÂNCER

Jota Info – 02/09/2024

Em seu voto, a relatora do caso permitiu a cobrança desde que seja limitada ao valor de uma mensalidade cobrada.

Por unanimidade, os ministros da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) concederam provimento parcial ao recurso da operadora Eletros Saúde, do fundo de pensão Eletros, contra decisão judicial que havia determinado o fornecimento de tratamento de câncer para uma beneficiária e o pagamento de indenização por danos morais pela recusa inicial em fornecê-lo.

A relatora, Nancy Andrighi, decidiu que deve ser permitida a cobrança de coparticipação, prevista em contrato, desde que seja limitada, por mês, ao valor de uma mensalidade cobrada do beneficiário.

"Como é uma matéria conhecida, trata-se de remédio para câncer, o recurso especial é conhecido e parcialmente provido", resumiu a ministra Nancy Andrighi no julgamento. A empresa havia recorrido ao STJ sob o argumento de que o medicamento exigido não tem cobertura prevista pelo Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No entanto, a relatora manteve o entendimento do TJRJ, ao considerar que "o fato de o medicamento antineoplásico não

estar listado no rol da ANS ou de sua prescrição não estar enquadrada na diretriz de utilização estabelecida pela autarquia não autoriza a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde".

Além disso, a ministra Andrighi afastou a exigência de 50% coparticipação no tratamento, conforme indicada pelo plano. Ela destacou que, embora o percentual possa ser aplicado em outros casos, é necessário proteger a dignidade do usuário frente o alto custo do tratamento. Nesse sentido, a coparticipação deve estar limitada ao valor de uma mensalidade cobrada.

"A coparticipação no custeio de medicamentos, quando cabível, especialmente os de alto custo e uso contínuo para tratamento de doenças crônicas, pode levar o beneficiário a uma exposição financeira tão expressiva, que se torna fator restritor severo ao acesso aos serviços, capaz até de comprometer a própria subsistência e de seus familiares", afirmou.

A ação tramitou no REsp 2098930 / RJ.

PLANO DE SAÚDE PODE ENCARECER 30% COM REFORMA TRIBUTÁRIA

AM POST – 30/08/2024

A simplificação prometida pode resultar em aumentos substanciais para os consumidores.

A recente aprovação da reforma tributária pela Câmara dos Deputados trouxe à tona uma preocupação séria e concreta: a iminente elevação de até 30% nos custos dos planos de saúde. O alerta, feito pelo deputado Gustavo Gayer (PL), destaca um problema crítico que não pode ser ignorado. Apesar de alegações de que a reforma não resultará em aumentos, a realidade aponta para um impacto substancial sobre os consumidores. Vamos analisar por que a reforma tributária pode realmente levar a um aumento de 30% nas parcelas dos planos de saúde e o que isso significa para a população brasileira.

A Realidade do Aumento de 30%

O projeto de reforma tributária propõe a substituição de uma série de impostos existentes por dois novos tributos: o IBS (Imposto sobre Bens e Serviços) e o CBS (Contribuição sobre Bens e Serviços). Embora a proposta vise simplificar o sistema tributário, a mudança resulta em uma alíquota de 10,6% para os planos de saúde, em comparação com a carga tributária atual que varia de 6,65% a 9,65%. Mesmo que existam promessas de créditos fiscais para compensar parte dessa elevação, a realidade é que os custos adicionais serão inevitavelmente repassados aos consumidores.

A previsão de um aumento de até 30% nos planos de saúde é baseada na estrutura da nova alíquota e na capacidade

limitada dos créditos fiscais para mitigar o impacto total. A combinação de uma alíquota mais alta e a complexidade adicional dos novos impostos cria uma situação em que o aumento nos custos é praticamente garantido.

Impactos da Reforma: Uma Visão Crítica

A reforma tributária, ao invés de trazer alívio, pode se revelar um pesadelo para os consumidores de planos de saúde. A proposta de alíquota de 10,6% não é apenas uma elevação em relação à carga tributária atual, mas também um reflexo de uma política que prioriza a simplificação administrativa em detrimento da justiça fiscal para o cidadão comum.

Além disso, a promessa de que os créditos fiscais reduzirão o impacto é questionável. A complexidade do novo sistema tributário e a falta de transparência nas mudanças podem resultar em uma realidade onde os consumidores enfrentam custos mais altos sem perceber os benefícios prometidos. É uma situação em que as empresas de planos de saúde podem usar a nova estrutura tributária como desculpa para aumentar suas tarifas, prejudicando diretamente o bolso dos brasileiros.

O Que Está em Jogo?

A reforma tributária, com sua abordagem simplificadora, pode estar mascarando uma transferência de custos significativa para os consumidores. Em vez de uma reforma que realmente beneficie a população, estamos vendo uma estrutura que parece beneficiar mais as grandes empresas e

o governo, enquanto os cidadãos enfrentam um aumento substancial nos custos de saúde.

O aumento projetado de 30% nas mensalidades dos planos de saúde é uma realidade que não pode ser ignorada. É fundamental que haja uma revisão cuidadosa e transparente das implicações reais da reforma tributária, para que não se perpetue um sistema que penalize os cidadãos em nome da simplificação.

SP: 11,5 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS ODONTOLÓGICOS

IESS – 30/08/2024

As adesões a planos de saúde exclusivamente odontológicos seguem em franco crescimento com destaque para São Paulo, que concentra a maior parte (34%) dos beneficiários do País. Em junho desse ano, o estado atingiu 11,5 milhões de vínculos, marca recorde, com alta de 5,1% em relação ao mesmo mês de 2023. As informações são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 96, desenvolvida pelo IESS.

Durante os 12 meses, foram adicionados 555,6 mil novos contratos. Porém, a análise revela que São Paulo registrou crescimento acelerado em número de beneficiários mesmo

Em resumo, a reforma tributária deve ser reavaliada com urgência. As promessas de redução de custos e simplificação podem, na prática, resultar em aumentos significativos para os brasileiros, especialmente no setor de saúde. É crucial que a população e os legisladores permaneçam atentos e exijam clareza e justiça em qualquer reforma que afete diretamente a vida cotidiana dos cidadãos.

após os meses iniciais da pandemia de Covid-19, com acréscimo de 2,6 milhões de vínculos somente entre junho de 2020 e junho de 2024.

Vale destacar que houve crescimento em todos os tipos de contratações entre junho de 2023 e 2024. A maior alta em números absolutos, no entanto, ocorreu com o coletivo empresarial, que passou de 8,8 milhões para 9,2 milhões com alta de 4,7% no período.

[Clique aqui](#) para acessar a Análise Especial da NAB 96 na íntegra.

LIRA ARGUMENTA QUE CÂMARA TEM CPIS ANTERIORES À INVESTIGAÇÃO CONTRA PLANOS DE SAÚDE

Jota Info – 29/08/2024

Declaração foi resposta ao ministro do STF Flávio Dino sobre motivos de não abrir CPI para apurar conduta de operadoras.

O presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), afirmou que a Casa já possui pelo menos oito pedidos de abertura de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs) que precedem a investigação sobre os planos de saúde. Esse seria, segundo Lira, o motivo para a não abertura do colegiado.

A declaração de Lira foi uma resposta ao ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Flávio Dino, que solicitou uma manifestação do presidente da Câmara sobre a não instalação do colegiado para investigar planos de saúde, alvos de queixas de consumidores por conta de rescisões ou alterações unilaterais de contratos. Lira argumentou que, devido ao limite de cinco CPIs em funcionamento simultâneo,

a CPI dos Planos de Saúde, última na ordem de requerimentos, não pode ser instalada no momento.

“Portanto, admitir o RCP nº 2/2024, atropelando outros oito requerimentos de criação de CPIs sob análise, implicaria em violação à norma regimental e prejuízo às minorias legislativas preteridas”, justificou.

A Associação Nenhum Direito a Menos (Anedim) entrou com um mandado de segurança no STF, questionando o que chamou de “ato omissivo” de Lira. Em sua defesa, o presidente da Câmara argumentou que a Anedim não tem legitimidade para impetrar o mandado, uma vez que foi criada em 15 de julho de 2024, o que contraria a exigência constitucional de que associações funcionem há pelo menos um ano.

INSEGURANÇA JURÍDICA E DESCONHECIMENTO: QUAL O FUTURO DO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL?

Info Money – 29/08/2024

Especialista comenta causas e soluções para a redução na oferta de contratos individuais no mercado.

O Brasil contabiliza 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. Os números são de junho de 2024, os mais recentes divulgados pela ANS (Agência

Nacional de Saúde Suplementar), órgão que regula o setor, e mostram uma tendência crescente: cada vez menos gente com plano de saúde individual.

Segundo o advogado Stefano Ribeiro Ferri, especialista em Direito do Consumidor e Saúde, o cenário que permeia o setor hoje é o de “uma grande insegurança jurídica”. Isso

acaba gerando “uma enxurrada de ações”, já que os problemas acabam desaguando no judiciário, observa o advogado ao comentar os desafios enfrentados por consumidores e operadoras no episódio desta quinta-feira (29) do Tá Seguro?, videocast do InfoMoney que descomplica o universo dos seguros. O programa já está disponível no YouTube e nas principais plataformas de podcast.

De acordo com Ferri, a insegurança jurídica começa na contratação dos planos de saúde, já que muitos consumidores não estão cientes das diferenças entre planos individuais e coletivos e acabam optando pelos coletivos devido a ofertas mais atraentes. No entanto, esses planos têm menos proteções contra cancelamentos e aumentos de preço abusivos, por exemplo, o que pode ser prejudicial a longo prazo, aponta o advogado.

“Muitas vezes o consumidor acha que está contratando um plano individual, mas acaba entrando numa categoria de coletivo por adesão. Ele não sabe que na verdade é um plano coletivo. Tudo isso tem que ser verificado na hora da contratação, às vezes acompanhado por um especialista, porque senão a pessoa assina ali e não sabe o que de fato está contratando. Quando que isso vai dar problema? Justamente quando precisa usar”, exemplifica o especialista.

Segundo a ANS, os planos individuais são aqueles celebrados diretamente com as operadoras e a própria pessoa contratante. Já os coletivos existem dois tipos:

- os empresariais, que prestam assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário;
- e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Principais Problemas

Ferri observa a diferença na regulação entre as diferentes modalidades de planos: planos individuais são mais protegidos por regulamentações, incluindo um limite para reajustes anuais de preço definido pela ANS e, atualmente, em 6,91%. Em contraste, planos coletivos podem ter reajustes muito mais altos, às vezes chegando a 25%, o que pode tornar esses planos menos viáveis para os consumidores a longo prazo. “A grande problemática aqui é a diferença no tratamento jurídico entre esses contratos. Não tem uma justificativa plausível, utilizando o bom senso, para proteger um consumidor que tem um plano individual e desproteger o que está no coletivo”, ressalta o advogado.

Além disso, as regras para o cancelamento unilateral do contrato, por parte da operadora de saúde, também são diferentes dependendo da modalidade do plano, alerta o especialista. Nos coletivos, o cancelamento deve apenas ser precedido de uma notificação ao consumidor até 30 dias antes da efetivação. Já no individual, a regulação também é maior: o cancelamento só é permitido em caso de fraude ou inadimplência por parte do consumidor.

São fatores que, reunidos, acabam gerando uma “pressão velada” significativa das operadoras de saúde para acabar com os planos de saúde individuais. “Hoje temos visto um esforço muito grande, inclusive uma pressão política das operadoras de saúde, para acabar com o plano de saúde individual. Isso tem uma razão: é porque no coletivo elas ficam totalmente às margens da regulação, não tem limitação para reajuste nem para cancelamento. Temos visto essa pressão velada dos planos de saúde para literalmente encerrar a modalidade individual”, explica Ferri.

O fato é que a cada dia diminui a oferta de planos individuais no mercado. Só no primeiro semestre de 2024, por exemplo, duas grandes operadoras do segmento individual – a Prevent Senior e a Golden Cross – pediram à agência reguladora para deixar de vender novos contratos de planos individuais em estados como São Paulo e Rio de Janeiro, que concentram a maior parte de quem tem plano de saúde no país.

Tem solução?

Mas qual é o caminho para impedir a extinção da oferta de planos individuais no país? Ferri lembra que há propostas legislativas em tramitação no Congresso que buscam sanar esse problema. Uma delas é o PL 1.174/2024, do senador Romário (PL-RJ), que obriga as empresas de planos de saúde a oferecer e a comercializar opções individuais aos consumidores. A proposta, que altera a Lei 9.656, de 1998, aguarda desde abril a escolha de um relator na CAE (Comissão de Comissão de Assuntos Econômicos).

Para o advogado, por mais que pareça uma boa solução, não é. “É como se passasse uma mão de tinta numa casa cujas estruturas já estão totalmente apodrecidas. O que tem que ser feito é combater a questão na raiz, ou seja, a equiparação da lei. Se os contratos coletivos tivessem a mesma proteção jurídica para o consumidor que o individual, ele já estaria protegido contra cancelamento, contra reajustes abusivos. A questão é equiparar essas situações e não obrigar uma empresa a fornecer um produto ou outro, por mais que não seja um produto qualquer, sabemos que por ser plano de saúde tem questões que estão acima da vontade das partes”, pontua o especialista.

Ferri destaca ainda o papel da ANS, que tem principalmente duas funções: regular o setor, definindo normas específicas em complemento a legislação federal, além de regulamentar a atuação dos players do setor e fiscalizar também o cumprimento das normas. “O que tem faltado é uma posição um pouco mais enérgica nessas questões, especialmente em casos de cancelamento em massa, onde uma atuação fiscalizatória é exigida. É função da agência ter esse papel fiscalizador, e, em algumas discussões políticas, ela tem estado um pouco mais ausente”, salienta o advogado.

Enquanto não há uma solução mais definitiva para os problemas elencados, a recomendação para o consumidor é sempre avaliar com cuidado as condições contratuais antes de assinar qualquer plano. É importante buscar entender claramente as diferenças entre planos individuais e coletivos e considerar os riscos associados a cada tipo de contrato para garantir a melhor cobertura e proteção possíveis.

CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE ATINGE 5 MILHÕES DE EMPREGOS FORMAIS NO PAÍS

IESS – 28/08/2024

As oportunidades de empregos formais geradas na cadeia produtiva da saúde seguem em crescimento no País. Nos últimos três meses encerrados em junho deste ano atingiram a expressiva marca de 4 milhões e 997 mil vínculos com alta de 1,5% no período. As informações são do Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde nº 72, publicação periódica do IESS.

O estudo considera os setores público, privado e empregos diretos e indiretos sendo que a região Sudeste detém mais da metade dos vínculos (2,5 milhões) da cadeia. O maior crescimento no trimestre ocorreu no Nordeste (15,8%), seguido por Sudeste (9,8%), Centro-Oeste (3,2%) e Norte (1%). O Sul apresentou variação negativa (-1,9%) no período.

As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, no entanto, se destacaram ao apresentarem a maior proporção de contratações na saúde em relação a economia, todas com o

mesmo índice 12,4%, considerando o peso da cadeia no mercado de trabalho total. O Sudeste registrou 10,5% e o Sul 8,4%.

Análise Especial – O Norte também se sobressaiu em relação ao volume de funcionários públicos na saúde ao registrar a maior proporção (45,1%) do total de contratações na cadeia. A Análise Especial do estudo também aponta que, em junho, a região representava 5% dos vínculos empregatícios na economia brasileira e a cadeia de saúde suplementar correspondia a 7,4% do total de trabalhadores.

Os dados apontam que o Pará é o estado com maior número de vínculos no período (71,1 mil) registros de carteira assinada, seguido pelo Amazonas (32,9 mil).

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

UM DOS ÚLTIMOS OCEANOS AZUIS EM SAÚDE NO BRASIL, E POR POUCO TEMPO

Saúde Business – 28/08/2024

A cirurgia ambulatorial no Brasil desponta como um setor promissor para consolidação e investimentos, seguindo o modelo de sucesso dos Estados Unidos.

A realidade do mercado de saúde no país apresenta vários setores que já alcançaram um nível elevado de maturidade e consolidação. Áreas como diagnóstico por imagem e laboratorial, diálise, oftalmologia e até mesmo os hospitais gerais, já foram exploradas por grandes players, deixando poucas oportunidades para novos entrantes e um nível de “pulverização” de negócios isolados, que faça sentido para planos mais amplos de consolidação de mercado, seja por investimento de private equity e venture capital ou investidores estratégicos, nacionais ou internacionais.

Ainda existe um nicho que permanece relativamente inexplorado, oferecendo um oceano azul de oportunidades para aqueles que estão dispostos a inovar e aproveitar o momento. A cirurgia ambulatorial, também conhecida como cirurgia-dia, tem se tornado um dos setores mais dinâmicos do sistema de saúde por todo mundo. Com um crescimento notável nos últimos anos, esse modelo se destaca pela eficiência, redução de custos e melhoria na experiência do paciente. A movimentação aquecida de consolidações no mercado de Centros Cirúrgicos Ambulatoriais (ASCs – Ambulatory Surgical Centers) em outros países, demonstra o potencial enorme deste setor e oferece uma amostra do que pode ser visto, em breve, no Brasil, frente à necessidade urgente de modelos de saúde mais sustentáveis e custo-efetivos.

O mercado brasileiro se encontra, ao olhar da consolidação, atualmente com poucos ativos mapeados, no que se chama no mundo dos investimentos de “greenfield”, ou seja, ainda em estágio inicial, com pouco histórico de desempenho e

resultados. Este cenário está mudando rapidamente, entrando agora no que podemos chamar de “grey field”, ou zona cinzenta, onde há um certo nível de maturidade, com histórico de desempenho e resultados se materializando em diferentes operações, com enorme potencial para desenvolvimento e maturidade, em um setor que irá, certamente, atrair muita atenção do mercado em um futuro mais próximo do que muitos imaginam.

O crescimento explosivo dos ASCs

Nos últimos cinco anos, a indústria de ASCs nos Estados Unidos experimentou um crescimento explosivo. A United Surgical Partners International (USPI), uma das maiores redes de ASCs do país, detém atualmente 7,1% do mercado estadunidense de ASCs. Controlada pela Tenet Healthcare, a USPI possui um portfólio impressionante de 520 centros cirúrgicos e 24 hospitais cirúrgicos, abrangendo 38 estados. O crescimento da USPI é um reflexo das tendências de consolidação que estão moldando a paisagem dos cuidados de saúde nos Estados Unidos, onde as aquisições estratégicas por parte de grandes empresas têm sido comuns, como a aquisição da SCA Health pela Optum em 2017 por US\$ 2,3 bilhões, que cresceu de 186 ASCs em 2019 para 320 em 2023.

Além disso, em 2023, a USPI adquiriu a Covenant Physician Partners, que opera mais de 80 locais em 17 estados. Este tipo de movimento não é isolado. A Tenet Healthcare também adicionou 56 ASCs em 2024 e liquidou mais de nove hospitais, investindo no espaço ambulatorial com um total de US\$ 4 bilhões. A empresa tem como prioridade número um a expansão de centros cirúrgicos ambulatoriais de baixo custo e alta qualidade, visando atender melhor as comunidades em todo o país. Atualmente existem cerca de 10.000 centros

cirúrgicos ambulatoriais em operação nos Estados Unidos, dos quais 6.087, com dados de abril de 2024, são certificados

pelo Medicare (espécie de programa de seguro saúde federal norte-americano).

Company Name	Center Count					
	2011	2019	2020	2021	2022	2023
United Surgical Partners International	204	264	310	430	440	476
Surgical Care Affiliates	145	186	230	250	320	320
AmSurg	223	258	250	250	260	250
SurgCenter Development	56	200	155	-	-	-
HCA	116	125	120	145	150	150
Surgery Partners Holdings	11	119	110	133	145	137
Other Management/Multi-Site Operators (est.)	584	546	550	567	549	608
Total Centers	1,339	1,698	1,725	1,775	1,864	1,941
Total Medicare Certified Centers	5,217	5,788	5,837	5,906	6,028	6,087
Major Operators as a % of Total Medicare Cert. Centers	25.7%	29.3%	29.6%	30.1%	30.9%	31.9%

**Center counts by company are estimates from publicly available data. To the extent center counts were not available, VMG estimated volume based on historical levels.
Please note, USPI has acquired SCD centers, as discussed further below.

Fonte: Relatório VMG Health - Os números menores do que os citados no texto são consequência de operações de fusão e aquisição posteriores ao fechamento do relatório, que consolida dados somente de 2023.

Benefícios da cirurgia ambulatorial

Os Centros Cirúrgicos Ambulatoriais (CCAs), ou Unidades de Cirurgia Ambulatorial (UCAs), como chamamos mais comumente no Brasil, oferecem uma série de vantagens quando comparados aos hospitais tradicionais. Primeiramente, os custos operacionais mais baixos resultam em preços que são significativamente mais acessíveis para fonte pagadora e pacientes. Isso ocorre porque os CCAs são projetados especificamente para procedimentos ambulatoriais, permitindo um fluxo de trabalho mais eficiente e menos burocrático. Assim, reduz-se o tempo de espera, promovendo uma experiência mais rápida e satisfatória para o paciente, cirurgião e equipe assistencial.

Além disso, as taxas de infecção em CCAs tendem a ser menores, uma vez que esses centros realizam somente procedimentos eletivos, com circulação bastante reduzida de pacientes com patologias infectocontagiosas e cuidadosamente avaliados, antes da cirurgia. Isso não só garante um ambiente mais seguro, mas também melhora os resultados para os pacientes. Procedimentos menos invasivos realizados em CCAs propiciam um tempo de recuperação mais rápido, permitindo que os indivíduos retornem rapidamente às suas atividades diárias.

A experiência centrada no paciente é outra grande vantagem. Pacientes tendem a receber mais atenção em centros menores e menos complexos, resultando em uma percepção de cuidado mais pessoal e atencioso, com índices de satisfação em geral mais altos do que quando comparados a hospitais gerais e regimes de internação.

Potencial de Mercado para CCAs

O futuro é promissor para os CCAs. A crescente aceitação de procedimentos ambulatoriais é amplamente impulsionada por

um envelhecimento da população americana e pelo aumento da demanda por tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos. As estimativas sugerem que o mercado de CCAs continuará a expandir, com a contribuição de avanços tecnológicos e a preferência crescente dos pacientes por cuidados de saúde que ofereçam mais conforto e eficiência.

Além disso, as políticas de reembolso das seguradoras também favorecem os CCAs, reconhecendo cada vez mais o valor econômico de modelos de atendimento ambulatorial. Com um sistema de saúde em constante evolução, a consolidação ainda deve continuar, à medida que as empresas buscam melhorar a eficiência operacional e reduzir custos, criando um ciclo positivo de investimentos e crescimento.

O caso do Brasil

O Brasil, assim como os Estados Unidos, enfrenta a necessidade urgente de reformular seu sistema de saúde. Com os custos crescentes de assistência médica e uma pressão significativa sobre os recursos públicos, o país pode se beneficiar da implementação de modelos de cuidados mais custo-efetivos, como os CCAs. A experiência dos Estados Unidos pode servir como um guia valioso para essa transição, como um presságio do que, em breve, ocorrerá no Brasil.

Apesar de um perfil econômico bastante distinto, há algumas similaridades entre os sistemas de saúde dos dois países: ambos lidam com a fragmentação dos serviços, desafios na prestação de cuidados e a necessidade de reestruturação para atender as demandas crescentes da população. O desenvolvimento de CCAs tem sido uma solução comprovadamente eficaz para reduzir a sobrecarga dos hospitais, proporcionando uma alternativa viável para procedimentos cirúrgicos que não exigem internação prolongada. Em geral, 80% de todos os casos cirúrgicos existentes possuem este perfil.

A adaptação do modelo de saúde dos Estados Unidos ao Brasil requer não apenas investimentos em infraestrutura, mas também mudanças na regulamentação e na formação de

profissionais de saúde. Isto inclui capacitar médicos e profissionais para operarem em centros ambulatoriais, e promover uma cultura que priorize a eficiência e a segurança e a criação de leis que favoreçam e incentivem o desenvolvimento deste mercado em âmbito nacional.

Newton Quadros, presidente eleito da SOBRACAM para o período de 2026/27 e experiente executivo do mercado de saúde, comentou sobre uma experiência ocorrida junto ao presidente de um dos maiores grupos de cirurgia ambulatorial nos EUA: "particpei de um trabalho ocorrido em 2016, com envolvimento direto do presidente e diretoria de um dos mais expressivos grupos de ASC dos EUA, na ocasião, não conseguimos identificar oportunidades concretas de M&A, para um apetite de investimento na ordem de US\$1 bilhão, no segmento da cirurgia ambulatorial no Brasil. Estamos em 2024, com alguns novos entrantes, mas ainda com uma oportunidade sem precedentes, neste segmento."

O cenário atual nos Estados Unidos apresenta um modelo de sucesso que poderia ser adotado e adaptado pelo Brasil. A cirurgia ambulatorial não apenas oferece uma forma mais econômica e eficiente de fornecer cuidados cirúrgicos, mas

também responde à crescente demanda por serviços de saúde de qualidade. À medida que o Brasil se dirige para possíveis reformas no setor de saúde, a implementação de CCAs pode ser uma solução viável, permitindo que o país melhore o acesso às cirurgias, reduza custos e, ao mesmo tempo, mantenha um padrão elevado de cuidado. A experiência de consolidação e crescimento do setor ambulatorial nos Estados Unidos serve como um case inspirador para os futuros desenvolvimentos no Brasil, direcionando esforços para um sistema de saúde mais eficiente e que permita maior acesso para a população que mais precisa, seja na esfera pública ou privada.

A SOBRACAM é membro pleno da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), juntamente com 24 países, atuando em âmbito nacional e internacional no desenvolvimento de atividades conjuntas com entidades, empresas e investidores do setor da cirurgia ambulatorial, para acelerar o desenvolvimento e deste setor, estimular o interesse de grupos investidores e promover o avanço deste importante tema no país.

'BRASIL É A DISNEYLÂNDIA PARA A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA', DIZ PRESIDENTE DA ANS

Valor Econômico – 28/08/2024

Medicamentos levavam dois anos para entrar no rol obrigatório dos planos de saúde, e agora, aprovação é feita mensalmente; sindicato da indústria de produtos farmacêuticos, o Sindusfarma rebate as críticas.

"O Brasil é a Disneylândia para a indústria farmacêutica na incorporação de medicamentos de alto custo", disse Paulo Rebello, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A opinião foi compartilhada por outros representantes do setor de saúde durante conferência anual do Santander, realizada nessa quarta-feira (28), em São Paulo.

O presidente da Amil, José Seripieri Filho, lembrou que o Zolgensma – indicado para tratar a atrofia muscular espinhal (AME) –, cujo custo na rede privada é de R\$ 7,5 milhões, pode levar uma operadora de menor porte a quebrar. Já a presidente do Fleury, Jeane Tsutsui, destacou que a "incorporação de tecnologia com cuidado é muito importante".

A cobertura obrigatória de novos medicamentos é uma das causas do custo elevado dos planos de saúde. Antes, esses medicamentos levavam dois anos para entrar no rol de procedimentos obrigatórios, e agora, essa aprovação é feita mensalmente.

Durante o evento do Santander, o presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), Antonio Britto, destacou a necessidade de capacitar melhor os médicos. "É preciso repensar o papel do médico, 80% dos que se formam não fazem residência. Eles precisam pedir exames como muleta, encarecendo ainda mais o custo", disse.

Britto destacou, ainda, a falta de médicos generalistas no Brasil e a baixa remuneração a esse profissional. "Se teu filho fosse ser um médico generalista, talvez vc tirasse a herança.

No meu caso, iria conversar sobre ele seguir a carreira de clínico geral", brincou Britto com o presidente da Amil, José Seripieri Filho. Ambos participaram de painel do Santander.

Sindusfarma rebate

Nelson Mussolini, presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma), reclamou da fala do presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, de que o Brasil é a ouvidlândia para a indústria farmacêutica, tendo em vista que medicamentos aceitos no SUS são automaticamente aprovados para serem incorporados na rede privada. Ou seja, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a fornecer pelo preço cheio.

"O fato é que as despesas dos planos de saúde com medicamentos são menores do que os recursos desperdiçados com fraudes, como é do conhecimento do senhor presidente da ANS. Comparada a países que têm sistemas de saúde parecidos, a saúde suplementar no Brasil ainda está muito atrasada, tanto na incorporação de novas tecnologias quanto na gestão dos serviços prestados. A fala do presidente da ANS é um desserviço para a saúde brasileira, porque deixa transparecer que ele coloca os direitos dos usuários em segundo plano. Uma retórica descabida e totalmente fora da realidade, que nunca poderia ser dita pelo diretor presidente de uma agência regulatória, que não deve ter lado", informou por comunicado, o presidente do Sindusfarma.

Após a manifestação da Sindusfarma, a ANS informou que a fala de seu diretor-presidente foi sobre a facilidade que existe, hoje, no país, para que medicamentos de alto custo e, muitas

vezes, sem comprovação científica sejam cobertos pelos planos de saúde.

A agência esclarece que na avaliação de tecnologias (ATS), utilizada pela ANS, são analisados aspectos como segurança, eficácia, impacto dos custos e benefícios para a massa de beneficiários. Porém, há outras formas que obrigam a oferta de tecnologias no setor de saúde suplementar, como a inclusão de procedimentos aprovados para oferta no Sistema Único de Saúde (SUS) ou a determinação da cobertura por medida judicial.

“A mensagem do diretor reflete, portanto, a preocupação com a falta de previsibilidade para o setor como um todo, eventuais riscos para a saúde dos pacientes e o impacto dos custos, que podem impedir que os consumidores mantenham seu poder de pagamento do plano de saúde. É importante que o Brasil, por meio de seus órgãos competentes, mantenha o padrão seguido pelo mundo no que diz respeito à avaliação de tecnologia em saúde, em especial aquelas de caráter experimental e de altíssimo custo.”

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.