

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

27 de novembro de 2024



## ÍNDICE INTERATIVO

[Número de homens com plano de saúde cresce e atinge 47% do total de vínculos no país, marca recorde](#)  
– Fonte: IESS

[Operação da polícia civil investiga fraudes contra planos de saúde; rombo chega a R\\$ 50 milhões](#) – Fonte: O Globo

[28º Congresso Abramge debate desafios e soluções para a saúde suplementar](#) – Fonte: CQCS

[Cobertura de cirurgia de redução da mama por planos é aprovada](#) – Fonte: Medicina SA

[O desafio dos reajustes dos planos de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde criam observatório do setor](#) – Fonte: CQCS

[Congresso da Abramge reúne autoridades para debater a judicialização da saúde no Brasil](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS assina acordo de cooperação técnica com o CNJ](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Sustentabilidade dos beneficiários nos planos privados de assistência à saúde](#) – Fonte: Saúde Business

# NÚMERO DE HOMENS COM PLANO DE SAÚDE CRESCE E ATINGE 47% DO TOTAL DE VÍNCULOS NO PAÍS, MARCA RECORDE

IESS – 26/11/2024

Análise do IESS, divulgada no novembro Azul, mostra que volume de contratos (24,1 milhões) superou a marca de 10 anos atrás.

As adesões de homens a planos médico-hospitalares apresentaram crescimento expressivo (9,7%) entre 2020 e 2024 (média dos três primeiros trimestres) – passaram de 22 milhões para 24,1 milhões, marca histórica recorde. O número representa 47% do volume total de vínculos no País (51,1 milhões), aponta Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 99, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A nova marca demonstra a preocupação do público masculino com a saúde, já que supera o indicador anterior, de 2014, quando havia 23,6 milhões de beneficiários assistidos. Lembrando que a divulgação dos novos dados acontece dentro da campanha “novembro Azul”, voltada à conscientização sobre a saúde do homem, com foco especial na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de próstata.

De modo geral, entre 2014 e 2020, o setor de saúde suplementar passou por um período desafiador, no qual apresentou redução de 6,2% no número total de contratos, refletindo os efeitos da crise econômica enfrentada pelo Brasil. Essa queda foi mais acentuada, inclusive, entre os homens (6,7%) em comparação com as mulheres (5,8%).

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o crescimento de adesões a planos de médico-hospitalares demonstra uma recuperação no setor de saúde suplementar após um período longo de retração. “Mesmo diante dos desafios enfrentados com a pandemia de Covid-19, o cenário ficou mais favorável a partir de 2020. Especialmente nos contratos dos homens, indica que esse público está mais preocupado, dando mais atenção e cuidando melhor da saúde”, explica.

## Distribuição de beneficiários por região

De acordo com a análise, do total de beneficiários do sexo masculino (24,1 milhões), levando em conta a média dos três primeiros trimestres de 2024, a maior parte (59,8%) é composta por moradores da região Sudeste. São Paulo agrega o maior número de vínculos (8,5 milhões), seguido por Minas Gerais (2,8 milhões), Rio de Janeiro (2,5 milhões) e Espírito Santo (651 mil).

Veja a íntegra da Análise Especial da NAB 99 [aqui](#).

# OPERAÇÃO DA POLÍCIA CIVIL INVESTIGA FRAUDES CONTRA PLANOS DE SAÚDE; ROMBO CHEGA A R\$ 50 MILHÕES

O Globo – 25/11/2024

Segundo as investigações, esquema criminoso funcionava na capital e na Baixada Fluminense.

A Polícia Civil do RJ deflagrou nesta segunda-feira a "Operação Bisturi", contra fraudes em planos de saúde que teria causado um rombo de R\$ 50 milhões às operadoras. Segundo as investigações, o esquema criminoso funcionava na capital e na Baixada Fluminense. Entre as companhias lesadas estão Bradesco Saúde, Amil, Golden Cross e SulAmérica.

As investigações começaram há três anos a partir de uma denúncia da Bradesco Saúde à Delegacia do Consumidor (Decon), e, ao longo do tempo, as fraudes contra as outras operadoras foram sendo detectadas.

Os golpistas agiam de duas formas. Uma delas era através de pedidos de liminar, com o objetivo de conseguir por via judicial que as operadoras liberassem cirurgias com valores superfaturados, que em alguns casos nem sequer eram realizadas, com pedidos de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) com preços acima dos praticados pelo mercado.

Noutra frente, falsos médicos pediam reembolsos de serviços nunca prestados, inclusive em nome de médicos já mortos. De acordo com o delegado Wellington Vieira, médicos legítimos também se envolveram no esquema.

— Eles faziam requerimentos fraudulentos solicitando cirurgias de pescoço, coluna, quadril e joelho com superdimensionamento do material usado. Por exemplo: se eram necessários 20 OPMEs para uma cirurgia, eles pediam 50 — afirma.

Agentes da Decon cumpriram 15 mandados de busca e apreensão contra 11 alvos da operação, incluindo advogados e médicos, na Barra da Tijuca, Leblon, Ipanema, Jacarepaguá e Duque de Caxias. O objetivo é apreender documentos, celulares e outros aparelhos eletrônicos que ajudem nas investigações.

Diretor técnico-médico da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Cassio Ide Alves explica que órteses, próteses e materiais especiais são alvos de criminosos na fraude de planos porque são de alto valor.

— Uma cirurgia de coluna, por exemplo, atinge R\$ 100 mil em materiais facilmente. E, geralmente, esses criminosos atuam

com distribuidores parceiros, com preços muito acima do valor de mercado — diz.

Ele também observa que a estratégia de atuação da quadrilha não é novidade:

— É um esquema mais moderno, mas que otimizou ao que foi investigado na CPI das Próteses (na Câmara dos Deputados, em 2015). Ainda não evoluímos para a tipificação do crime de fraude em saúde.

No ano passado, um levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com a consultoria EY revelou que as perdas totais no setor decorrentes de fraudes e desperdícios no ano anterior foram estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões — o equivalente a algo entre 11,1% e 12,7% da receita total da saúde suplementar.

Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 12 grandes grupos de planos de saúde do país — incluindo as citadas Bradesco Saúde e SulAmérica —, as fraudes prejudicam não apenas as empresas afetadas, mas também os usuários.

— São ações lesivas e, em sua maioria, praticadas por quadrilhas organizadas. Todos acabam pagando por isso. Ações fortes de repressão como a de hoje no Rio são fundamentais para proteger quem tem plano e age corretamente — diz Vera Valente, diretora-executiva da entidade.

### O que dizem as empresas

A Bradesco Saúde afirmou em nota que "repudia e atua fortemente contra a prática de fraudes no setor de saúde suplementar, que impactam todo o sistema, prejudicando tanto operadoras quanto os beneficiários".

Já a SulAmérica disse que para combater fraudes "utiliza tecnologia e inovação, protegendo mais de 5 milhões de usuários e garantindo que sejam atendidos por profissionais competentes e qualificados".

A Amil informou que se manifestaria através da Abramge. Golden Cross foi procurada, mas não respondeu.

## 28º CONGRESSO ABRAMGE DEBATE DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

CQCS – 25/11/2024

O segundo dia da 28ª edição do Congresso Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), realizado na última sexta-feira (22), reforçou a necessidade de integração entre os setores público e privado para enfrentar os desafios do sistema de saúde suplementar no Brasil. Sob o tema "Protagonismo da Saúde: Integração Público-Privado", o evento abordou questões cruciais, como a judicialização, os avanços tecnológicos, as mudanças demográficas e a sustentabilidade financeira do setor.

### Avanços tecnológicos e impacto financeiro

Os debates destacaram a complexa relação entre a incorporação de novas tecnologias e o impacto financeiro no setor. No painel "Equilíbrio na saúde pública e privada: incorporação de tecnologia versus judicialização", participaram Pablo Menezes (vice-presidente da Rede D'Or), Ludhmila Hajjar (professora titular da Faculdade de Medicina da USP), Ricardo Couto de Castro (TJ-RJ) e Marcos Novais (diretor-executivo da Abramge).

Ricardo Couto de Castro alertou para os custos crescentes do sistema de saúde. "Como podemos sustentar um sistema pressionado pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crônicas, enquanto lidamos com medicamentos que custam milhões de reais?", questionou. Ludhmila Hajjar enfatizou a importância de decisões baseadas em evidências. "Não é viável recorrer ao Judiciário por medicamentos sem comprovação científica sólida. Precisamos equilibrar inovação e sustentabilidade."

### ANS aponta caminhos para a regulação

Uma roda de conversa com lideranças da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxe uma análise sobre o futuro da regulação no setor. O presidente da ANS, Paulo Rebelo, destacou ações para combater a judicialização

excessiva: "Estamos buscando formas de mitigar os impactos da judicialização desnecessária."

Alexandre Fioranelli, diretor da DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos), propôs a criação de uma agência única para avaliação de tecnologias em saúde: "Estamos discutindo a possibilidade de uma entidade centralizada para decisões técnicas." Já Maurício Nunes, diretor da DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial), apontou a falta de integração de dados como um grande obstáculo: "Precisamos de uma política de Estado que promova conectividade no setor."

Entre as soluções práticas, Rodrigo Mafra, diretor da Abramge, apresentou um modelo de compra direta de medicamentos que oferece descontos de até 93% em tratamentos oncológicos, ampliando o acesso a terapias de alto custo e otimizando os gastos.

### Judicialização: um problema sistêmico

O encerramento do dia foi marcado por um talk show mediado pelo jornalista Márcio Gomes (CNN Brasil), com a participação de Gustavo Ribeiro (presidente da Abramge) e Rodrigo Maia (presidente da Confederação Nacional das Instituições Financeiras).

Rodrigo Maia ressaltou a importância da segurança jurídica para o setor privado: "Hoje, os juízes são responsáveis pelo orçamento da saúde. É necessário criar condições para que o setor privado opere sem comprometer sua sustentabilidade."

Gustavo Ribeiro destacou a complexidade das decisões judiciais na área da saúde: "Um juiz que recebe uma liminar pedindo um medicamento caro para salvar uma criança muitas vezes não dispõe de conhecimento técnico para

avaliar a situação. Isso gera decisões que podem ser insustentáveis para o sistema.” Ele também defendeu a criação de uma agência única para decisões sobre tecnologias, enfatizando: “O sistema de saúde é um só. Precisamos de mais união entre as instituições para garantir sua sustentabilidade.”

Com 12 horas de programação intensa, o segundo dia do 28º Congresso Abramge reafirmou a importância do diálogo e da inovação para superar os desafios do setor de saúde suplementar no Brasil.

## COBERTURA DE CIRURGIA DE REDUÇÃO DA MAMA POR PLANOS É APROVADA

Medicina SA – 24/11/2024

A Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados aprovou proposta alterando a Lei dos Planos de Saúde para determinar que os planos privados de saúde incluam cobertura da cirurgia de redução da mama em paciente diagnosticada com gigantomastia. O problema ocorre quando a mulher tem os seios muito grandes, desproporcionais ao seu corpo.

O texto aprovado é o substitutivo da relatora, deputada Flávia Moraes (PDT-GO), ao Projeto de Lei 604/24, do deputado Jonas Donizette (PSB-SP).

A parlamentar propõe também a alteração da Lei do SUS (Lei 8.080/90) para determinar que os sistemas públicos e privados de saúde garantam o atendimento integral e multidisciplinar das mulheres diagnosticadas com gigantomastia.

“Em se tratando de gigantomastia, o procedimento deve ser considerado como uma cirurgia corretiva, e não como uma intervenção estética”, afirmou Flávia Moraes.

“Na grande maioria dos casos, mulheres diagnosticadas com gigantomastia apresentam dores nos ombros, nas costas e na coluna, assaduras e marcas com o uso de sutiãs, problemas que interferem na sua qualidade de vida”, acrescentou.

“Para deixar mais claro para as mulheres que foram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ou dos planos de saúde privados, o substitutivo inclui a menção conjunta em duas leis importantes para a saúde das mulheres, a Lei do SUS e a Lei dos Planos de Saúde”, explicou.

### Próximos passos

A proposta será analisada, em caráter conclusivo, pelas comissões de Saúde; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, a proposta precisa ser aprovada pela Câmara e pelo Senado. (Com informações da Agência Câmara de Notícias).

## O DESAFIO DOS REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 22/11/2024

Como as novas políticas da ANS impactam o setor e os beneficiários.

Nos últimos meses, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem conduzido um debate essencial sobre a política de preços e reajustes dos planos de saúde suplementar no Brasil. A questão dos reajustes sempre foi um ponto delicado, afetando tanto as operadoras quanto os milhões de beneficiários que dependem desses serviços para garantir cuidados médicos de qualidade. Em 2023, essa discussão ganhou novas camadas de complexidade, à medida que a ANS busca alternativas para controlar o aumento dos preços sem comprometer a sustentabilidade do sistema.

A proposta da ANS aborda três frentes principais: a ampliação do agrupamento de contratos, o reajuste dos planos individuais e coletivos e a regulamentação da venda online de planos, além de ajustes nos planos ambulatoriais. Todas essas medidas visam atender às demandas dos mais de 50 milhões de beneficiários e preparar o setor para os desafios de 2024.

A primeira mudança proposta pela ANS é a ampliação do agrupamento de contratos, uma medida que busca incluir um número maior de beneficiários sob um mesmo grupo, diluindo

os riscos financeiros entre as operadoras. Isso é importante porque, nos últimos anos, os custos assistenciais — aqueles diretamente relacionados à prestação de serviços de saúde — aumentaram em 9% entre 2020 e 2022. Esse cenário pressiona os preços dos planos, levando a reajustes que pesam cada vez mais no bolso do consumidor.

Ao diluir riscos, a medida tenta conter a escalada dos preços, promovendo um ambiente onde os reajustes possam ser mais controlados e previsíveis. Em um momento em que a saúde financeira de muitas famílias está comprometida, esse tipo de regulação pode fazer uma diferença crucial.

Os reajustes aplicados em 2023 foram um alerta claro sobre o desequilíbrio entre a inflação médica e a capacidade de pagamento da população. Enquanto a inflação geral se manteve em torno de 5%, a inflação médica ultrapassou os 16%, refletindo diretamente nos valores dos planos de saúde. O reajuste máximo de 9,63% para os planos individuais foi o maior em cinco anos, mas ainda assim não reflete a realidade dos planos coletivos, que cobrem a maior parte dos beneficiários no Brasil e podem ter reajustes ainda maiores por serem menos regulados.

A ANS está propondo medidas para padronizar esses reajustes, especialmente nos planos coletivos, que

frequentemente sofrem aumentos desproporcionais. Controlar esses valores excessivos é fundamental não apenas para proteger os beneficiários, mas também para manter a sustentabilidade do setor a longo prazo. Um sistema que não equilibre o custo com a capacidade de pagamento dos usuários está fadado a perder seu público, gerando uma espiral negativa para todos os envolvidos.

Outro ponto crucial na discussão é a regulamentação da venda online de planos de saúde. O aumento da digitalização de serviços de saúde trouxe consigo novos desafios, como garantir a transparência e a segurança das transações feitas no ambiente digital. A ANS está preocupada em estabelecer normas que assegurem que o consumidor tenha clareza sobre os produtos adquiridos, além de criar mecanismos de proteção contra fraudes.

Os planos ambulatoriais, que cobrem apenas consultas e exames, também estão sendo revistos para oferecer opções mais acessíveis aos beneficiários. Esses planos podem ser uma saída viável para quem não consegue arcar com o custo de um plano completo, mas ainda assim deseja garantir acesso a cuidados essenciais.

### O futuro dos planos de saúde no Brasil

Com mais de 25% da população brasileira dependendo de planos de saúde suplementar, as decisões tomadas agora

pela ANS moldarão o futuro do setor e o acesso da população aos serviços médicos. O cenário para 2024 indica que a pressão por reajustes controlados, equilibrada pela necessidade de manter a viabilidade financeira das operadoras, será um dos grandes desafios para o setor.

A inflação médica, que historicamente supera a inflação geral, continuará a ser um fator determinante. Acredito que as medidas da ANS são um passo importante para garantir que os planos de saúde permaneçam acessíveis e sustentáveis, mas a execução dessas políticas e a colaboração com o setor privado serão fundamentais para que essas mudanças surtam o efeito desejado.

Como diretor da Associação Brasileira de Startups de Saúde e Healthtechs (ABSS) e CEO da OPME Log, enxergo essas iniciativas com otimismo. O debate sobre os reajustes deve ser constante, e é nosso papel, como parte do ecossistema de saúde, trabalhar junto à ANS e outras entidades para garantir que os avanços propostos sejam concretizados em prol dos beneficiários e da saúde do país como um todo. A saúde suplementar é uma peça fundamental para o bem-estar de milhões de brasileiros, e o equilíbrio entre acessibilidade e sustentabilidade deve estar no centro dessa discussão.

---

## PLANOS DE SAÚDE CRIAM OBSERVATÓRIO DO SETOR

CQCS – 22/11/2024

Acordo entre associação e instituto quer buscar soluções que melhorem relação com segurado.

A Abramge, associação das 141 operadoras de planos de saúde, fechou parceria com o IPSConsumo, para lançar uma espécie de Procon dos planos de saúde.

Não será, no entanto, um balcão de atendimento a usuários. A ideia é servir de observatório das relações entre empresas e os segurados em busca de soluções inovadoras para o setor.

O IPS é liderado pela advogada Juliana Pereira, uma das maiores especialistas em direitos do consumidor no Brasil responsável pela criação da plataforma Consumidor.gov.

“O ineditismo desse observatório do consumidor prevê a busca por soluções de problemas que impactam diretamente os beneficiários e os planos de saúde, com estudos sobre reclamações registradas, decisões judiciais e práticas de mercado, que resolverão e prevenirão conflitos”, disse Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge.

---

## CONGRESSO DA ABRAMGE REÚNE AUTORIDADES PARA DEBATER A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Saúde Business – 22/11/2024

Nísia Trindade, Gilmar Mendes e Dias Toffoli destacaram a crescente judicialização no setor de saúde e a urgência de um diálogo mais eficaz entre os sistemas público e privado.

O 28º Congresso da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) reuniu, nos dias 21 e 22 de novembro, em São Paulo, autoridades e especialistas para debater temas cruciais para o setor de saúde no Brasil, com o foco principal na integração público-privado.

O evento, realizado no Parque Ibirapuera, destacou as crescentes preocupações com a judicialização da saúde, fenômeno que tem impactado tanto o sistema público quanto a saúde suplementar.

### A judicialização da saúde

O primeiro dia do congresso contou com a participação de figuras importantes do judiciário e do setor público, que discutiram o aumento das demandas judiciais por tratamentos e medicamentos, além da necessidade urgente de melhorar a relação entre as esferas pública e privada da saúde.

Gilmar Mendes, ministro do STF, iniciou sua fala alertando sobre a crescente judicialização da saúde no Brasil, destacando que entre 2008 e 2017 as tentativas de judicializar questões relacionadas à saúde cresceram 130% no país. “Os números são preocupantes e mostram a intensificação das tentativas de judicialização da saúde”, afirmou.

Ele também mencionou decisões do STF que impactam diretamente o modelo de saúde, como a fiscalização da responsabilidade das esferas da União e dos estados no setor. “O Supremo tem adotado uma postura de racionalizar a gestão da saúde, tanto pública quanto suplementar, e isso exige o apoio de todos os envolvidos, incluindo a sociedade”, acrescentou.

O 28º Congresso da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) reuniu, nos dias 21 e 22 de novembro, em São Paulo, autoridades e especialistas para debater temas cruciais para o setor de saúde no Brasil, com o foco principal na integração público-privado.

O evento, realizado no Parque Ibirapuera, destacou as crescentes preocupações com a judicialização da saúde, fenômeno que tem impactado tanto o sistema público quanto a saúde suplementar.

### **A judicialização da saúde**

O primeiro dia do congresso contou com a participação de figuras importantes do judiciário e do setor público, que discutiram o aumento das demandas judiciais por tratamentos e medicamentos, além da necessidade urgente de melhorar a relação entre as esferas pública e privada da saúde.

Gilmar Mendes, ministro do STF, iniciou sua fala alertando sobre a crescente judicialização da saúde no Brasil, destacando que entre 2008 e 2017 as tentativas de judicializar questões relacionadas à saúde cresceram 130% no país. “Os números são preocupantes e mostram a

intensificação das tentativas de judicialização da saúde”, afirmou.

Ele também mencionou decisões do STF que impactam diretamente o modelo de saúde, como a fiscalização da responsabilidade das esferas da União e dos estados no setor. “O Supremo tem adotado uma postura de racionalizar a gestão da saúde, tanto pública quanto suplementar, e isso exige o apoio de todos os envolvidos, incluindo a sociedade”, acrescentou.

### **A necessidade de um diálogo mais eficaz entre os setores**

Já o ministro Dias Toffoli reforçou em sua fala a importância de um diálogo mais próximo entre o setor público e privado, enfatizando que a judicialização da saúde, embora seja um reflexo da Constituição e da necessidade de assegurar direitos, também impõe desafios.

“Temos a responsabilidade de criar marcos que contemplem os desafios da saúde pública e suplementar, e devemos trabalhar juntos para garantir que o Judiciário tenha as condições necessárias para tomar decisões mais técnicas e bem fundamentadas”, afirmou.

Toffoli também abordou a importância de um sistema de saúde mais integrado, no qual as demandas de saúde pública e suplementar se complementem, para evitar que a judicialização sobrecarregue o sistema judicial e cause ineficiências no atendimento à população.

---

## **ANS ASSINA ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM O CNJ**

(GOV) ANS – 22/11/2024

Objetivo é prevenir a judicialização na saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de assinar um acordo de cooperação técnica com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) com o objetivo de prevenir a judicialização no setor da saúde suplementar. O documento foi assinado na quinta-feira 21/11 pelo diretor-presidente da Agência, Paulo Rebello, e pelo presidente do CNJ e do Supremo Tribunal Federal (STF), ministro Luís Roberto Barroso, durante a abertura do III Congresso do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), em São Paulo. Além do objetivo principal, o termo visa garantir a celeridade no julgamento de processos existentes e oferecer subsídios técnico-científicos para a tomada de decisões de magistrados. ~

"O acordo firmado com o CNJ é um marco para a regulação e para a saúde suplementar no Brasil. O instrumento demonstra um esforço comum dos dois órgãos na busca por soluções eficientes e consensuais para os desafios enfrentados pelo setor", declarou Rebello.

A próxima fase será a elaboração de um plano de trabalho conjunto para aproximar a comunicação entre os órgãos e criar um fluxo permanente e constante de informações entre as partes.

Entre os compromissos firmados, destacam-se o compartilhamento de dados, estudos e informações técnicas relevantes para a regulação e judicialização da saúde suplementar; a promoção de eventos como workshops, seminários e palestras para capacitação de profissionais do setor; e a elaboração de notas e pareceres técnico-científicos, pela ANS, para abastecer o e-NatJus, plataforma do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário que reúne informações técnicas para auxiliar magistrados em decisões sobre demandas relacionadas ao Direito à Saúde.

Com vigência inicial de 36 meses, o documento também prevê a adoção de métodos consensuais para a solução de litígios e a formulação de estratégias conjuntas para enfrentar as causas dos principais conflitos no setor.

A implementação do acordo será acompanhada por um grupo de trabalho formado por representantes das duas instituições. Os relatórios periódicos serão elaborados para monitorar os resultados e garantir a efetividade das ações desenvolvidas.

"Com a assinatura do acordo, a ANS e o CNJ reforçam o compromisso com a transparência e a proteção dos direitos dos usuários de saúde suplementar, contribuindo para um ambiente mais equilibrado e eficiente no setor", concluiu Paulo Rebello.

# SUSTENTABILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Saúde Business – 21/11/2024

Custos elevados e novas legislações colocam em debate a viabilidade financeira dos planos de saúde para usuários e empresas.

Em recente artigo no “Valor Econômico”, a presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), chamou atenção para os elevados custos do setor de saúde suplementar, principalmente porque, desde a aprovação da Lei 14.30722 (ano de eleição), as “tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), instituída pela Lei 12.401/11, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de 60 dias”. Muitas vezes, aludidas tecnologias se referem a medicamentos aprovados de forma precária pela ANVISA, destinados a doenças raras que não chegaram à fase 3 de pesquisa clínica (última etapa). Todavia, os planos de saúde são obrigados a comprar tais novas tecnologias incorporadas pelo SUS observando os preços impostos pela indústria farmacêutica, não lhes servindo, por consequência, os estudos e negociações sobre custo-efetividade que foram realizados pelo sistema público, que pode comprar com descontos expressivos e, em muitas situações, após o estabelecimento de acordo de compartilhamento de riscos, na hipótese de aludidas tecnologias não apresentem, em casos concretos, a eficácia que se espera, pois se tratam de medicamentos que, apesar de aprovados pela ANVISA sem o esgotamento de todo o processo de análise, são considerados “experimentais”, ou seja, precisam ser melhor avaliados, inclusive com referência aos efeitos adversos que podem resultar, aumentando, ainda mais, o custo do cuidado com a saúde, bem como se eventual sobrevida não resultará em maiores sofrimentos para o paciente e seus familiares.

Além da mencionada mudança legislativa, muitas coberturas impostas aos planos privados de assistência à saúde decorrem de decisões judiciais, na maioria das vezes em sede de medidas liminares ou tutelas de urgência, sem ampla discussão de cada caso em particular, inclusive com referência a coberturas que não são oferecidas pelo SUS, ou seja, medicamentos que não foram avaliados ou foram rejeitados pela CONITEC.

Neste aspecto, os planos de saúde, muitas vezes, são obrigados a realizar coberturas que nem mesmo o SUS cobre e que não constam do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, com fundamento em uma “cobertura extra rol”, decorrente da Lei 14.454, que também foi aprovada em 2022, ano de eleição, sem uma ampla discussão com a sociedade e avaliação dos impactos econômicos da medida. Aliás, aludida lei está em discussão no STF, a fim de avaliar a sua inconstitucionalidade.

Ocorre que, todas essas coberturas, no afã de proteger os beneficiários dos planos de saúde, estão levando à insustentabilidade desse setor, porque esses não estão conseguindo pagar os seus planos de saúde, quando aludidas coberturas são repassadas, através do reajuste por sinistralidade, para os seus preços, tendo em vista o princípio

do mutualismo, pois em decorrência da socialização do risco, ocorre a repartição de todos os custos, como se fosse um verdadeiro “condomínio”. Registre que mesmo nas operadoras de autogestão de saúde, que não possuem finalidade lucrativa, seus participantes não estão conseguindo pagar a conta do plano de saúde.

Portanto, urge que a sociedade discuta que cobertura deverá ser assegurada e quanto ela está disposta a pagar, porque esses novos fármacos e tecnologias, em face de seus altos custos, estão inviabilizando a sustentabilidade desse setor.

Veja que, além do alerta do Presidente da ANS, o Ministro Gilmar Mendes, do STF, em decisão prolatada em 27 de agosto de 2024, ao analisar reclamação apresentada para o fornecimento de medicamento, ainda não registrado na ANVISA, para tratamento de criança com Distrofia Muscular de Duchene, no âmbito do SUS, chamou atenção da sociedade para a sustentabilidade do mencionado tratamento, asseverando que: “É evidente que o reclamante assim como todos os portadores de Distrofia Muscular de Duchene (DMD) possuem o direito de receber atenção médica especializada e tratamento adequado para essa grave patologia. No entanto, manifesto minha preocupação em equilibrar a concretização desse direito com os interesses de todos os brasileiros que dependem do SUS, cuja operação pode ser seriamente prejudicada pela multiplicação de ações semelhantes. Portanto, é fundamental que o Judiciário atue com responsabilidade e cautela, buscando alternativas que assegurem o acesso da população às terapias prescritas sem comprometer o equilíbrio financeiro do sistema público de saúde.” E acrescenta que é “preciso ter em mente que, como informa a União, caso fossem deferidos todos os pedidos formulados nas ações em curso (55), o custo estimado para o sistema público de saúde, na atual conjuntura, seria de R\$. 1.155.000.000,00 (um bilhão e cento e cinquenta e cinco milhões de reais), o que seria totalmente insustentável para o SUS”.

Ora, aludida situação de insustentabilidade também prospera na saúde suplementar, lembrando que serão os beneficiários e as empresas que pagam, total ou parcialmente, o plano de saúde de seus empregados que irão pagar esta conta, em face do mutualismo existente, pois a maioria dos contratos são coletivos empresariais ou por adesão, e que o índice anual de reajuste estabelecido pela ANS somente se aplica aos contratos individuais/familiares, que são minoria. A conta chegará, se já não chegou.

Não estamos discutindo a sustentabilidade das operadoras, apesar de mais de 60% delas terem menos de 20 mil beneficiários, mas a falta de capacidade de pagamento dos beneficiários e empresas contratantes. Se os beneficiários não conseguirem pagar a sinistralidade apurada, essas empresas irão quebrar, sairão do mercado ou serão submetidas a regimes de direção fiscal ou liquidação extrajudicial pela ANS, bem como elas não conseguirão pagar a rede prestadora de serviços. Esse caos já está ocorrendo, em muitas situações.

Urge, portanto, que sejam revistas as Leis n. 14.307 e 14.454, principalmente para obrigar a indústria farmacêutica a disponibilizar para as operadoras de planos de saúde os mesmos valores, descontos e acordos de compartilhamento de risco que servirão para a análise do custo-efetividade estabelecido com o SUS, bem como que sejam criados fundos públicos para arcar com os medicamentos para doenças raras e super raras, pois esses medicamentos de altíssimo custo vem chegando ao Brasil, com valores que poderão inviabilizar a sustentabilidade dos planos privados de assistência à saúde, principalmente a capacidade de pagamento de seus beneficiários e empresas contratantes, pois serão esses que irão pagar a conta, no final do ciclo. E

eles já não estão suportando o alto custo dos planos de saúde.

O alerta do Presidente da ANS e a decisão prolatada pelo Ministro Gilmar Mendes demonstram que a sociedade não consegue arcar com os mencionados custos, nas áreas pública e privada, se impondo uma urgente revisão do sistema de cobertura. Se impõe uma ampla discussão pela sociedade, com coragem e determinação, não com simples intuito eleitoral.

---

**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](mailto: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.