

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

11 de dezembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde individual deve ter aumento de 6,5% em 2025, diz jornal](#) – Fonte: Info Money

[ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 3º trimestre de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[O futuro das operadoras de saúde em um cenário de crescimento moderado](#) – Fonte: Saúde Business

[Número de beneficiários de planos odontológicos cresce 7,14%, diz ANS](#) – Fonte: CQCS

[ANS e IBRAVS firmam parceria para modernizar a saúde suplementar](#) – Fonte: CQCS

[Cotado para a ANS, chefe da Senacon convoca operadoras de saúde para reunião em Brasília](#) – Fonte: CQCS

[ANS divulga resultado preliminar do mapeamento do risco assistencial](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Custos da saúde podem subir quase 20% sem isenção de ICMS](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS disponibiliza dados de beneficiários referentes a outubro de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Planos de saúde: novas regras de cancelamento por inadimplência valem para contratos antigos](#) – Fonte: Nd+

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL DEVE TER AUMENTO DE 6,5% EM 2025, DIZ JORNAL

Info Money – 11/12/2024

Planos coletivos ou empresariais não são regulamentados pela ANS e, portanto, não estão sujeitos a esse teto de reajuste.

Os planos de saúde individuais devem ter um aumento de 6,5% no próximo ano, de acordo com uma análise do Citi publicada pelo jornal Valor Econômico.

Neste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu o índice de reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98) em 6,91%.

Os planos coletivos ou empresariais não são regulamentados pela ANS e, portanto, não seguem esse teto de aumento. Neste ano, o reajuste para esse grupo variou entre 18% e 25%.

Cerca de 8 milhões de beneficiários possuem planos individuais ou familiares, o que representa 15,6% dos 51 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil, conforme os últimos dados divulgados pela agência.

Resultados

A ANS divulgou nesta terça-feira (10) os dados econômico-financeiros relativos ao 3º trimestre de 2024.

Considerando os dados acumulados dos três 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 um lucro líquido de R\$ 8,7 bilhões de janeiro a setembro de 2024, um aumento de 178% em relação ao mesmo período de 2023.

Esse resultado equivale a aproximadamente 3,33% da receita total acumulada no período, que foi superior a R\$ 261 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100 de receitas, o setor teve cerca de R\$ 3,33 de lucro.

As operadoras médico-hospitalares — que são o principal segmento do setor — impulsionaram o lucro total, somando um lucro líquido de R\$ 8 bilhões até o final de setembro deste ano.

De acordo com Jorge Aquino, diretor de normas e habilitação das operadoras, o desempenho desse segmento até o 3º trimestre de 2024 indica que a recuperação dos resultados está ligada às suas atividades diretas.

Sinistralidade

Um relatório do 3º trimestre divulgado pelo Itaú BBA indica uma melhora significativa na sinistralidade da indústria e da maioria dos players em comparação ao mesmo período do ano passado. A sinistralidade médica do setor neste trimestre foi de 85,3%, ante 88,6% em 2023.

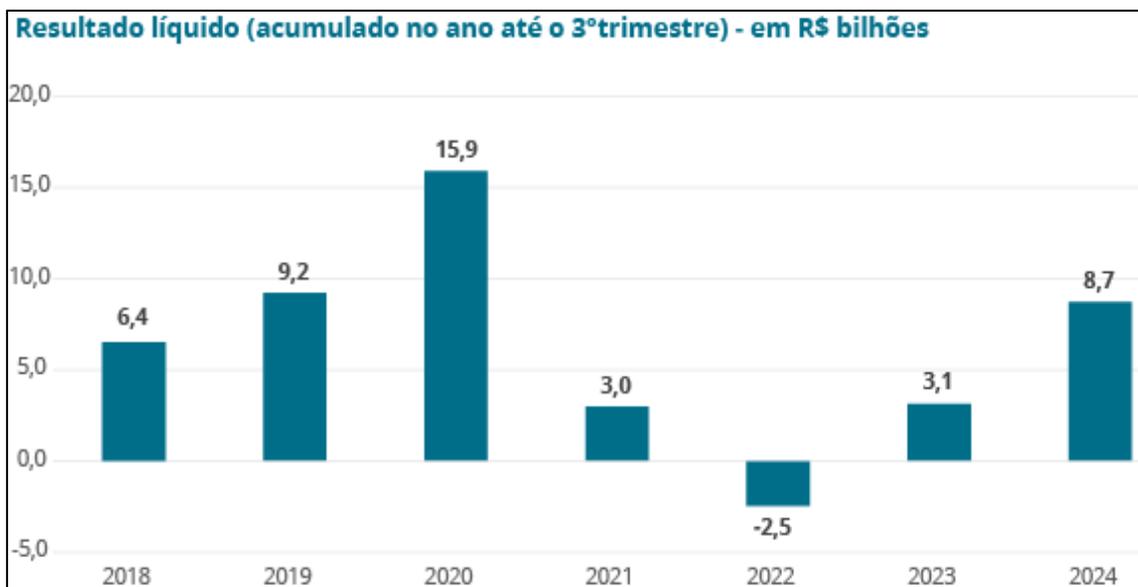
ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS RELATIVOS AO 3º TRIMESTRE DE 2024

(GOV) ANS – 10/12/24

Informações estão disponíveis no portal da Agência, no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira, 10/12, os dados econômico-financeiros relativos ao 3º trimestre de 2024. As informações estão disponíveis no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, que permite a consulta por trimestre desde 2018.

Considerando os dados acumulados dos três 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\$ 8,7 bilhões de janeiro a setembro de 2024 e um aumento de 178% em relação ao mesmo período de 2023. Esse resultado equivale a aproximadamente 3,33% da receita total acumulada no período, que foi superior a R\$ 261 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor teve cerca de R\$ 3,33 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 acumulado até o 3º trimestre de cada ano

Nos números agregados, o desempenho econômico-financeiro é o mais positivo para o período desde 2020, o primeiro ano da pandemia de Covid-19.

Resultado das operadoras médico-hospitalares

As operadoras médico-hospitalares - que são o principal segmento do setor – impulsionaram o lucro total, somando lucro líquido de R\$ 8 bilhões até final de setembro deste ano.

De acordo com o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino, o desempenho desse segmento até o 3º trimestre de 2024 mostra que a recuperação do resultado está ligada às suas atividades diretas. “Houve saldo positivo de R\$ 3 bilhões na diferença entre as receitas e despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à saúde, 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

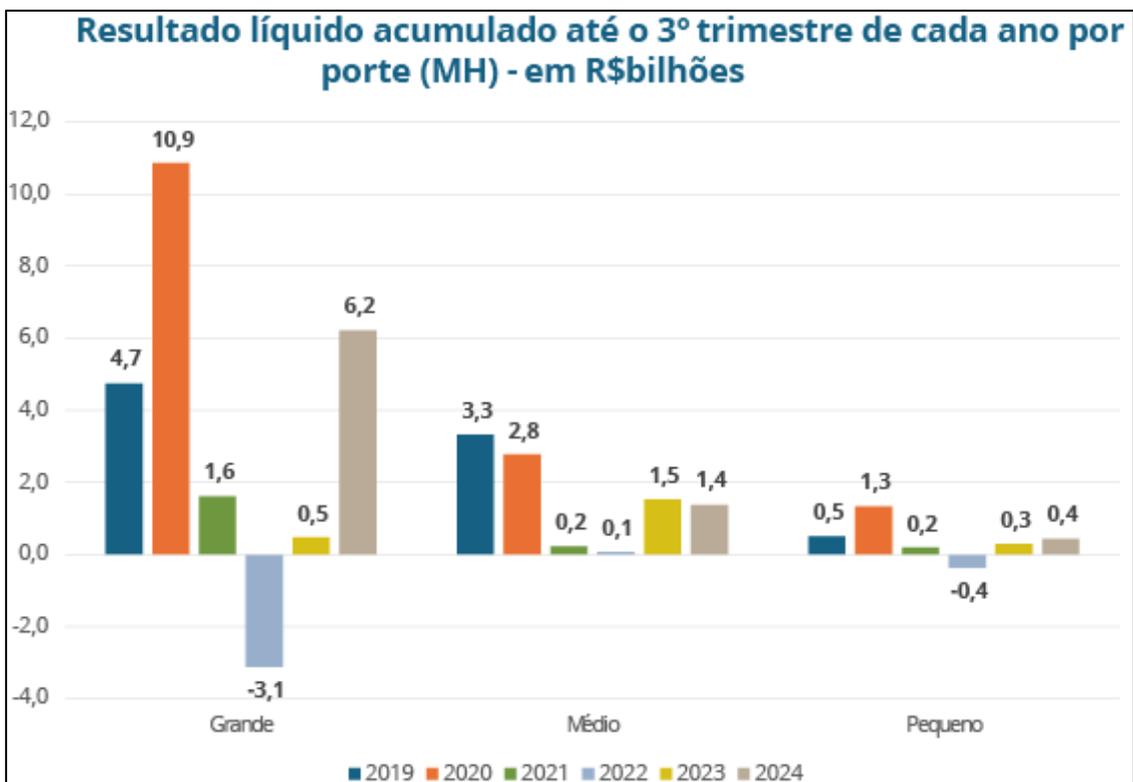
R\$ 1,7 bilhão, pouco maior que no mesmo período do ano anterior”, explicou.

A remuneração das aplicações financeiras acumuladas pelas operadoras médico-hospitalares – que totalizaram R\$ 118,5 bilhões ao final de setembro - continua a contribuir fortemente com a composição do seu resultado líquido total. No acumulado dos nove meses de 2024, o resultado financeiro foi positivo em R\$ 6,9 bilhões, próximo ao recorde do ano anterior e ainda bem superior a 2018 e 2019 (pré-pandemia).

Resultado por porte de operadora

O Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar também possibilita a análise dos resultados por porte de operadora.

Nele, é possível verificar que as operadoras médico-hospitalares de grande porte foram responsáveis pelo melhor desempenho no setor, registrando, em números agregados, R\$ 6,2 bilhões de lucro líquido nos três primeiros trimestres de 2024 (R\$ 5,7 bilhões a mais que no mesmo período do ano anterior).

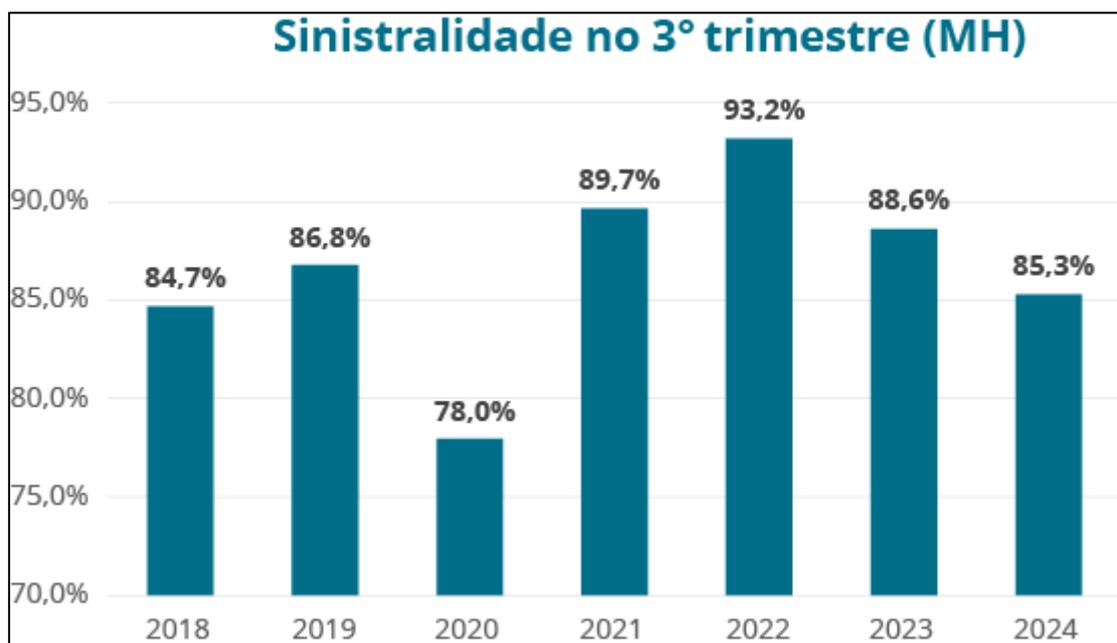


No gráfico acima, é possível observar a evolução do resultado líquido das operadoras médico-hospitalares por porte, considerando os três primeiros trimestres de cada ano

Sinistralidade

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

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



O gráfico acima apresenta a evolução da sinistralidade das operadoras médico-hospitalares somente no 3º trimestre de cada ano

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). Esse movimento indica a consolidação da reorganização financeira promovida pelo setor para recuperar os resultados na operação, a partir de um contexto de aumento de beneficiários.

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

Entenda os conceitos

O FUTURO DAS OPERADORAS DE SAÚDE EM UM CENÁRIO DE CRESCIMENTO MODERADO

Saúde Business – 10/12/2024

Com resultados positivos em 2024, operadoras de saúde enfrentam a necessidade de equilíbrio entre sustentabilidade financeira, acessibilidade e inovação para atender às demandas do mercado de saúde em transformação.

O setor de saúde suplementar no Brasil encerrou o primeiro semestre de 2024 com resultados financeiros positivos, registrando lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões — o melhor desempenho desde 2021. Apesar do avanço, especialistas alertam que a sustentabilidade a longo prazo ainda exige cautela e ajustes estratégicos.

Com 51,4 milhões de vidas cobertas, o segmento precisa inovar em produtos e serviços para ampliar o acesso e garantir equilíbrio financeiro. Conheça em detalhes o desempenho do setor, os desafios para 2025 e as estratégias das operadoras para um futuro mais eficiente e inclusivo.

Um respiro nas contas

O lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões, no primeiro semestre do ano, equivale a aproximadamente 3,27% da receita total acumulada no período, superior a R\$ 170 bilhões. Os números são das informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desde 2021, esta é a primeira vez que as operadoras tiveram saldo positivo, entre receitas e despesas, no primeiro semestre do ano. Marcus Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), diz que ainda é preciso aguardar o balanço total do ano para que se possa ter uma melhor avaliação de como foi o desempenho do setor, apesar do resultado positivo nos seis primeiros meses de 2024.

“O resultado operacional mostra que as receitas estão sendo suficientes para arcar com as despesas, ou seja, é possível pagar as contas, mas ainda não se consegue investir em

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

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e as 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 contraprestações/mensalidades) que são utilizadas com o pagamento de despesas assistenciais.

melhoria de atendimento. Para que possamos atingir a sustentabilidade financeira a longo prazo precisamos avançar muito.”

Segundo Novais, o número de operadoras que apresentou resultado negativo cresceu, comparando com o mesmo período do ano anterior. Os dados apontam que a recuperação financeira foi maior em grupos de maior porte.

Dados da ANS mostram que esse grupo registrou um lucro líquido de R\$ 5 bilhões no primeiro semestre de 2024 a mais que no mesmo período do ano anterior. Naquelas de pequeno porte, o aumento do lucro, na mesma comparação, foi de R\$ 66,7 milhões.

Já as operadoras de médio porte apuraram uma redução de lucro líquido dos números agregados de R\$ 1,4 bilhão, no primeiro semestre de 2024, em relação ao mesmo período de 2023.

Luccas Adib, vice-presidente de Finanças e de Relações com Investidores da Hapvida NotreDame Intermédica, conta que a empresa obteve resultado positivo tanto no primeiro semestre quanto no acumulado dos primeiros nove meses de 2024, superando dificuldades históricas do setor.

O EBITDA (sigla para lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização, em inglês) ajustado foi de R\$ 2,7 bilhões no acumulado do ano, o que representa um aumento de quase 40% na comparação com o mesmo período do ano anterior.

“É um resultado que demonstra a resiliência da nossa operação e comprova que estamos no caminho certo de retomada de margem, que tem se aproximado cada vez mais dos níveis históricos”, afirma Adib.

O futuro ainda exige cuidado

Mesmo não sendo o cenário ideal para a saúde suplementar, os bons números trazem ao usuário a expectativa de reajustes menores em 2025. Em nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), diz que, do ponto de vista econômico-financeiro, ainda é prematuro projetar percentuais de reajustes para os planos de saúde em 2025.

Porque, por ora, são conhecidos apenas os resultados do primeiro semestre deste ano. Mas os ajustes feitos pelas operadoras para conter custos, a desaceleração da inflação médica e a queda da sinistralidade média do setor indicam reajustes menores.

De acordo com a Federação, essa equação ainda depende da evolução dos custos de saúde, bastante pressionados por fraudes – cujos prejuízos chegam a R\$ 34 bilhões por ano – e pela judicialização, que ameaça a sustentabilidade da saúde suplementar.

Na Sami Saúde, Guilherme Berardo, CEO da operadora, comemora o resultado positivo alcançado, mas lembra que a visão de sustentabilidade não se limita ao aspecto financeiro, mas também à transformação do setor de saúde suplementar. Para ele, é preciso buscar modelos mais inclusivos, preventivos e centrados no cuidado assistido e de prevenção ao paciente.

Nos últimos anos, a Sami focou as estratégias no crescimento sustentável por meio de um modelo que se baseia na coordenação de cuidados com a Atenção Primária à Saúde (APS). Ou seja, prevenção e acompanhamento contínuo para evitar atendimentos mais sérios de saúde.

“Ao incluir essa estratégia no negócio, é possível diminuir consideravelmente o sinistro da operadora. Além disso, temos investido em tecnologia para oferecer soluções que integram dados de maneira eficiente, melhorando a experiência tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde, e trazendo mais tempo de qualidade para os nossos atendimentos”, destaca Berardo.

O executivo diz ainda que, em 2024, a empresa avançou na oferta de diferentes tipos de planos, como coparticipação e planos verticalizados, o que permitiu à operadora chegar a mais usuários e regiões.

Perspectivas e desafios para 2025

Embora tenha alcançado o recorde de vidas este ano, com 51,4 milhões de usuários, a saúde suplementar no país não cresceu na última década. Em 2014, eram 50,5 milhões de indivíduos cobertos. Mesmo os números financeiros tendo mostrado uma recuperação no primeiro semestre, Novais diz que o setor não avançará, se não houver um aumento no número de vidas para a casa dos 70 a 80 milhões de beneficiários.

“Para isso, precisamos oferecer um leque de produtos que atenda às mais diferentes necessidades. Vejo como uma tendência a microrregionalização como estratégia de administração e organização dos serviços de saúde, oferecendo ao beneficiário aquilo que ele necessita e que é viável a ele em termos de custo.”

A viabilização de planos ambulatoriais é outro formato de contrato que as operadoras têm pleiteado oferecer aos usuários, buscando reduzir custos e aumentar o acesso da população à saúde.

Segundo o CEO da Abramge, essa é uma demanda da população, que está comprando esse serviço, só que ainda como um produto sem regulamentação, onde não há compromisso de entrega. “Precisamos trazer esse modelo para o mercado regulado para que possamos alavancar a sustentabilidade do setor.”

Entre as operadoras, a Hapvida tem a expectativa de continuar ampliando e fortalecendo a sua rede própria, com investimentos direcionados ao aumento do número de leitos e à requalificação e modernização de suas unidades assistenciais em todas as regiões brasileiras.

A empresa também planeja avançar na digitalização de suas jornadas, com foco em inteligência artificial, visando melhorar a qualidade assistencial e a experiência do cliente. “A ciência de dados vem sendo fundamental nesse processo, permitindo o desenvolvimento de soluções de prevenção e tratamento, além de contribuir para a melhoria contínua dos serviços”, destaca Adib.

Investimentos que garantam a integração entre tecnologia e cuidado humanizado também estão na pauta da Sami Saúde. Para 2025, Berardo acredita que a tendência de planos verticalizados será cada vez mais forte no setor.

“Esse modelo permite oferecer valores mais acessíveis, graças ao uso de uma rede local eficiente, sem comprometer a excelência no cuidado. Para o próximo ano, continuaremos focando nessa frente e na ampliação de iniciativas como o Plano Essencial Zona Leste. Queremos levar esse modelo para outras regiões de São Paulo.”

O CEO da Sami acredita que o caminho que está cada vez mais claro para o futuro da saúde suplementar no Brasil é o crescimento dos planos com coparticipação.

“Esse modelo incentiva uma utilização mais responsável dos serviços, já que os usuários compartilham parte dos custos, o que naturalmente os leva a refletir sobre a real necessidade de cada atendimento ou procedimento”, explica Berardo.

Ele diz que, ao combinar a coparticipação com a Atenção Primária à Saúde, é possível reduzir custos desnecessários e aumentar a eficiência do cuidado, criando um ciclo onde o envolvimento financeiro dos usuários estimula decisões mais assertivas, enquanto a APS garante um acompanhamento eficiente e humanizado.

Na opinião de Adib, o futuro da saúde continuará sendo pautado por uma rede própria eficiente, sustentada por pesquisas contínuas, foco na prevenção, inovação tecnológica e acolhimento.

Ano novo, velhos desafios

Um dos principais desafios para a saúde suplementar gira em torno da judicialização, que tem impactado o setor de forma significativa. Na Hapvida, conta Adib, tem-se trabalhado para lidar com essa questão tanto em frentes institucionais quanto internas.

“De uma forma geral, é fundamental encontrarmos alternativas que atendam às necessidades da população, promovam a previsibilidade de custos e garantam a sustentabilidade do setor. Além disso, é necessária uma maior segurança jurídica, a fim de garantir um modelo mais equilibrado e sustentável para o acesso à saúde”, pontua

Já Berardo aponta fraudes no setor como um dos pontos críticos que ainda necessitam de atenção. “Esses desvios prejudicam a sustentabilidade do sistema e desviam recursos que poderiam ser utilizados para o cuidado adequado dos

beneficiários. Para combater esse quadro, investimos em soluções tecnológicas de monitoramento e inteligência de dados, garantindo mais segurança e eficiência no uso dos serviços”, explica.

Outro problema que ainda precisa ser resolvido, segundo ele, é a percepção cultural ainda enraizada de que plano de saúde bom é aquele que pode ser usado sempre, independentemente da necessidade ou não. Por fim, Berardo cita também a inflação médica elevada, que segue como um desafio significativo para a sustentabilidade do setor.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCE 7,14%, DIZ ANS

CQCS – 09/12/2024

Entre outubro de 2023 e outubro de 2024, 2.274.158 novos usuários aderiram aos planos.

O setor de planos odontológicos no Brasil registrou um aumento de 7,14% no número de beneficiários. Entre outubro de 2023 e outubro de 2024, 2.274.158 novos usuários aderiram aos planos. Com isso, o total de beneficiários chegou a 34.143.094, conforme dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) divulgados na última 5ª feira (05.dez.2024). Apenas em outubro de 2024, houve um acréscimo de 97.049 usuários.

Os planos coletivos empresariais contribuíram para esse crescimento, com aumento de 5,43% em um ano. Roberto Seme Cury, presidente da SINOG (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), destacou a importância do investimento em planos odontológicos.

Ele afirmou que esses planos oferecem um bom custo-benefício para empresas e população, além de garantir acesso a tratamentos de qualidade em todo o país. Cury informou ainda a facilidade de contratação por canais online e o preço acessível do ticket médio como fatores que impulsionaram o setor.

Fundada em 1996, a SINOG atua no setor odontológico, buscando promover a integração entre empresas e a classe odontológica. A associação reúne mais de 33 milhões de beneficiários e desenvolve iniciativas como o movimento “Julho Neon, Salve o Sorriso Brasileiro”. Além disso, organiza o evento SIMPLO, voltado para planos odontológicos na América Latina.

ANS E IBRAVS FIRMAM PARCERIA PARA MODERNIZAR A SAÚDE SUPLEMENTAR

CQCS – 09/12/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS) firmaram um acordo de cooperação técnica que promete transformar a saúde suplementar no Brasil. Com duração de cinco anos, a iniciativa busca implementar os Modelos de Remuneração Baseados em Valor, alinhando a remuneração de operadores e prestadores à qualidade dos desfechos clínicos e promovendo um sistema mais eficiente, centrado no paciente e consoante à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O projeto surge em um momento crítico para o setor de saúde suplementar, que enfrenta altos custos, desperdícios e insatisfação dos pacientes. Ele representa uma mudança fundamental em relação ao modelo atual de pagamento por volume (fee-for-service), no qual serviços são remunerados pela quantidade e não pelo resultado na saúde do paciente. “Estamos comprometidos em construir um sistema de saúde mais eficiente, transparente e focado no que realmente importa: os resultados para os pacientes,” afirma Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS.

Entre os objetivos do acordo estão criar um guia atualizado sobre remuneração baseada em valor, o desenvolvimento de

ferramentas tecnológicas para coleta e análise de dados clínicos, e a capacitação de profissionais de saúde. Também estão previstos estudos e publicações técnicas que ajudarão a disseminar conhecimento e a reduzir as lacunas informacionais no setor.

O IBRAVS, parceiro estratégico da ANS no projeto, liderará a ampliação do Guia de Modelos de Remuneração Baseados em Valor da ANS e o desenvolvimento do Guia Prático e software de gestão de indicadores, que permitirá a coleta, organização e análise de dados sobre resultados dos programas efetuados nas operadoras. “Com a padronização de métricas e a criação de novas ferramentas, conseguiremos comparar desempenhos e estimular uma cultura de excelência entre os prestadores de saúde,” explica César Abicalaffe, presidente do instituto.

Além de modernizar a relação entre operadoras e prestadores, o projeto beneficiará diretamente os pacientes, garantindo um cuidado mais personalizado e eficaz. Ao mesmo tempo, aumentará a transparência no setor e incentivará a adoção de práticas inovadoras. Essa transição para um modelo baseado em valor é essencial para oferecer

mais qualidade e eficiência, mas também para tornar a saúde suplementar sustentável no longo prazo.

Apesar de seu potencial transformador, o projeto também enfrenta desafios significativos. Entre eles, a necessidade de padronizar métricas e indicadores, superar a resistência cultural dos profissionais de saúde e investir em tecnologia e treinamento. “Trata-se de uma mudança de paradigma e isso não acontece do dia para a noite. Esse acordo é o ponto de partida para uma saúde suplementar mais justa e eficiente,” conclui Abicalaffe.

Com ações previstas até 2029, a parceria entre a ANS e o IBRAVS não apenas visa a melhoria dos resultados em saúde, mas também a construção de um sistema mais equilibrado e sustentável. Os primeiros produtos, como a publicação do guia revisado e a primeira versão das

ferramentas tecnológicas, devem ser entregues já em 2025, consolidando uma nova era para a saúde suplementar no Brasil.

Vale ressaltar que todas as ações relacionadas ao uso de dados clínicos no âmbito do acordo estarão integralmente alinhadas às diretrizes da LGPD. Isso inclui a implementação de mecanismos rigorosos de segurança para coleta, armazenamento e processamento das informações, além de garantir a confidencialidade e o uso restrito dos dados apenas para as finalidades previstas no projeto.

O acordo também prevê a anonimização de informações sempre que possível, protegendo a privacidade dos beneficiários. “Garantir o sigilo e a segurança dos dados é um pilar fundamental para promover confiança e transparência no setor” reforça Abicalaffe.

COTADO PARA A ANS, CHEFE DA SENACON CONVOCA OPERADORAS DE SAÚDE PARA REUNIÃO EM BRASÍLIA

CQCS – 09/12/2024

Cotado para assumir o cargo de diretor presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o atual secretário Nacional do Consumidor, Wadih Damous, tem se envolvido com as pautas do setor.

Esta semana, o secretário convidou a Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade que reúne as operadoras de planos de saúde, para uma reunião presencial em Brasília no próximo dia 10 de dezembro.

A pauta é o aumento expressivo de cancelamentos e rescisões unilaterais de contratos de plano de saúde, pauta de competência da agência reguladora.

Em novembro, a Senacon já havia aberto, *ex officio*, procedimento de Monitoramento de Mercado por possível afronta às garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor (CDC). Ao todo, 17 operadoras e 4 associações de operadoras de saúde foram notificadas para prestar informações.

O relatório da coordenação de Monitoramento do Mercado foi concluído com uma recomendação para o encaminhamento do processo para a Coordenação-Geral de Consultoria Técnica e Sanções Administrativas (CGCTSA), “para abertura de processo sancionatório de apuração aos fatos, tendo em vista indícios de afronta às garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor (CDC), norma de instrução superior e principiológica”.

Para o advogado e ex-titular da Senacon Luciano Timm, “a preocupação com o setor de saúde é meritória, mas ela deve ser feita respeitando a regulação da ANS, que é o órgão especializado, dentro das regras e procedimentos legais, e sempre baseado em evidências científicas”.

Segundo o jornal *Folha de São Paulo*, o presidente Lula já teria batido o martelo pela indicação de Damous para substituir Paulo Rabello, cujo mandato na ANS termina no dia 21 de dezembro.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(GOV) ANS – 09/12/2024

Informações relativas ao 2º trimestre de 2024 estão disponíveis para consulta.

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 2º trimestre de 2024. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento Prontuário de Resultados - Mapeamento do Risco Assistencial, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos RN n.º 479/2022 e IN DIPRO n.º 58/2022. As

fichas técnicas dos indicadores podem ser acessadas [clikando aqui](#).

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 23/12/2024, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da Instrução Normativa (IN) da DIPRO n.º 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico estará disponível de forma automática. Lembrando

que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e

- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

CUSTOS DA SAÚDE PODEM SUBIR QUASE 20% SEM ISENÇÃO DE ICMS

Saúde Business – 06/12/2024

Fim da alíquota zero para dispositivos médicos e alta do dólar podem sobrecarregar o SUS e tornar planos de saúde mais caros em 2025.

A saúde no Brasil pode sofrer um impacto significativo em 2025, com um aumento estimado de 18,94% nos custos, caso o Convênio 01/99 não seja renovado. Esse convênio, vigente há mais de duas décadas, garante alíquota de 0% para produtos essenciais usados em hospitais públicos e privados. A votação para sua renovação está prevista para 6 de dezembro, no Conselho Nacional de Política Fazendária (Confaz). Caso seja aprovado, o acordo ainda precisará ser internalizado pelos estados.

Produtos médicos impactados pela possível tributação

Entre os itens que poderão voltar a ter alíquota de ICMS estão catéteres, drenos, grampeadores cirúrgicos, oxigenadores, próteses ortopédicas, stents, marcapassos, produtos para diálise, suturas, equipamentos de imagem e camas hospitalares, entre outros amplamente utilizados no sistema de saúde.

A possível tributação ocorre em um momento de alta do dólar, que acumulou valorização de 24,7% em 2024, elevando os custos de produtos médicos, 49,9% dos quais são importados diretamente. Segundo José Márcio Cerqueira Gomes, presidente executivo da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS), “esses produtos estão sujeitos à variação cambial, impactando diretamente os preços finais”.

Impacto econômico nos sistemas público e privado

Estudo da ABIIS revela que, sem a renovação do convênio, os custos finais para os sistemas público e privado aumentariam em R\$ 5,2 bilhões, sendo R\$ 1,23 bilhão para o sistema público e R\$ 3,97 bilhões para o privado. Esses valores superam em três vezes o custo da renúncia fiscal, estimado em R\$ 1,68 bilhão. Além disso, a alta do dólar

adicionará R\$ 10,3 bilhões aos custos de 2025, resultando em um impacto total de R\$ 15,5 bilhões.

“O impacto será caótico, com um incremento inimaginável de ser absorvido”, alerta Gomes, destacando que a pressão financeira poderá comprometer a sustentabilidade do setor de saúde.

Consequências para a população e a cadeia de saúde

A falta de renovação do convênio poderá gerar efeitos em toda a cadeia de saúde:

- **SUS:** aumento de gastos públicos ou redução na capacidade de atendimento.
- **Setor privado:** planos de saúde mais caros, dificultando o acesso da população.

“O aumento nos preços dos convênios resultará no cancelamento de contratos, sobrecarregando ainda mais o SUS, que já enfrenta longas filas”, afirma Gomes. Ele também critica a falta de prioridade dada à saúde nas discussões sobre a Reforma Tributária e convênios de ICMS.

Para evitar esse cenário, o Confaz precisa renovar o Convênio 01/99 e as secretarias estaduais de Fazenda devem garantir sua internalização. Gomes reforça: “Os governadores precisam entender que, ao não renovar o convênio, estarão aumentando seus próprios custos de saúde”. Em 2024, o SUS já realizou mais de 10,5 milhões de internações, 4,6 milhões de cirurgias e 1 bilhão de exames, todos dependentes de dispositivos médicos.

Diante de um possível cenário de crise, a ABIIS alerta para as consequências catastróficas de um aumento nos custos da saúde, tanto para os sistemas de saúde quanto para a população.

ANS DISPONIBILIZA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A OUTUBRO DE 2024

(GOV) ANS – 05/12/2024



Planos exclusivamente odontológico registraram 34,1 milhões de beneficiários. Planos de assistência médica já têm 51,5 milhões de usuários

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a outubro de 2024. No período, o setor registrou 51.507.816 de usuários em assistência médica e 34.143.094 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 853.264 beneficiários em relação a outubro de 2023. Já no comparativo de outubro deste ano com setembro de 2024, houve um aumento de 26.604 usuários. No caso dos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.274.158 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 97.049 usuários na comparação de outubro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com outubro de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Ceará os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências

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

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
out/24	36.848.408	5.880.750	227	8.740.066	38.365	51.507.816
set/24	36.800.447	5.886.463	227	8.755.619	38.456	51.481.212
ago/24	36.619.958	5.890.361	227	8.761.261	38.530	51.310.347
jul/24	36.481.972	5.922.631	228	8.775.046	39.518	51.219.395
jun/24	36.299.400	5.941.639	228	8.783.147	39.675	51.064.089
mai/24	36.110.446	6.082.473	228	8.771.158	39.786	51.004.091
abr/24	35.987.824	6.088.938	228	8.752.409	39.798	50.879.197
mar/24	35.937.699	6.112.994	228	8.747.864	38.374	50.837.159
fev/24	35.812.799	6.141.067	228	8.744.155	38.539	50.736.788
jan/24	35.705.428	6.142.848	228	8.772.253	38.719	50.659.476
dez/23	35.801.416	6.181.298	228	8.780.007	38.853	50.801.802
nov/23	35.698.198	6.151.983	228	8.774.656	39.000	50.664.065
out/23	35.655.620	6.163.751	228	8.795.824	39.129	50.654.552

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
out/24	24.377.192	2.995.353	1.277	6.766.146	3.126	34.143.094
set/24	24.234.298	2.953.251	1.278	6.854.086	3.132	34.046.045
ago/24	23.918.021	2.941.399	1.278	6.861.790	3.133	33.725.621
jul/24	23.752.360	2.933.236	1.278	6.877.156	3.138	33.567.168
jun/24	23.626.325	2.933.570	1.279	6.825.098	3.143	33.389.415
mai/24	23.531.534	3.029.682	1.279	6.825.429	3.157	33.191.081
abr/24	23.421.803	3.045.312	1.279	6.393.134	3.158	32.864.686
mar/24	23.288.658	3.032.391	1.279	6.224.409	3.186	32.549.923
fev/24	23.434.530	3.021.356	1.279	6.150.400	3.190	32.610.755
jan/24	23.317.844	3.027.483	1.285	6.078.247	3.192	32.428.031
dez/23	23.409.901	3.016.761	1.285	5.962.531	3.195	32.393.673
nov/23	23.193.258	3.019.879	1.286	5.927.848	3.205	32.145.476
out/23	23.122.543	3.017.461	1.286	5.724.435	3.211	31.868.936

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	out/23	out/24	out/23	out/24
Acre	43.552	45.062	18.777	22.014
Alagoas	387.688	386.665	484.497	443.554
Amapá	61.811	64.257	48.283	47.598
Amazonas	584.821	625.317	552.888	586.101
Bahia	1.702.023	1.716.403	1.808.407	1.936.703
Ceará	1.375.407	1.445.851	1.229.236	1.393.869
Distrito Federal	938.954	968.496	667.910	691.268
Espírito Santo	1.273.118	1.333.320	699.267	842.401
Goiás	1.342.662	1.386.750	881.427	964.067
Maranhão	518.026	521.040	318.267	372.726
Mato Grosso	670.242	678.181	262.315	302.946
Mato Grosso do Sul	662.971	678.435	454.642	349.110
Minas Gerais	5.665.634	5.803.169	2.748.623	3.038.032
Pará	872.413	916.372	531.335	567.467

Paraíba	457.901	468.368	505.114	558.439
Paraná	3.091.764	3.138.948	1.682.182	1.904.206
Pernambuco	1.416.108	1.436.936	1.266.319	1.351.444
Piauí	396.720	412.108	183.417	238.174
Rio de Janeiro	5.636.060	5.593.569	3.661.188	3.813.281
Rio Grande do Norte	608.270	627.783	526.847	583.509
Rio Grande do Sul	2.597.963	2.636.634	1.001.302	1.090.231
Rondônia	155.745	162.726	117.076	129.561
Roraima	31.572	30.644	11.653	12.363
Santa Catarina	1.660.024	1.701.627	859.167	941.121
São Paulo	18.022.941	18.241.655	10.978.376	11.562.290
Sergipe	330.753	339.416	237.584	262.036
Tocantins	122.007	125.599	126.056	132.534

PLANOS DE SAÚDE: NOVAS REGRAS DE CANCELAMENTO POR INADIMPLÊNCIA VALEM PARA CONTRATOS ANTIGOS

Nd+ - 05/12/2024

Regras para o cancelamento de planos de saúde por falta de pagamentos passaram por mudanças importantes nesta semana; veja as principais novidades.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) publicou, na terça-feira (3), uma nota para esclarecer detalhes sobre as novas regras para o cancelamento de planos de saúde por falta de pagamentos. Segundo a agência, as normas atualizadas valem para todos os contratos de planos de

saúde firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656 que são pagos diretamente pelos beneficiários.

As regras começaram a valer no dia 1º de dezembro, mas não se restringem aos contratos assinados a partir desta data, como informado anteriormente. Além disso, a ANS também concedeu um período de transição para que as operadoras façam a adequação das suas rotinas às novas normas: até 1º de fevereiro de 2025.

Veja mudanças de regras sobre cancelados planos de saúde por falta de pagamento

Com a atualização, a ANS impõe que as operadoras mudem os prazos e as formas de notificação em caso de inadimplência do usuário de plano de saúde.

Novos prazos

Agora, os contratos só poderão ser cancelados caso o beneficiário deixe de pagar pelo menos duas mensalidades, seguidas ou não. Antes, o cancelamento poderia ser feito se o pagamento ficasse em aberto por mais de 60 dias, também consecutivos ou não, nos últimos 12 meses.

Isso significa que, se uma pessoa acumulasse atrasos que somassem 60 dias ao longo de um ano, a operadora poderia cancelar o plano. Mas agora o que conta são as mensalidades. Um atraso de dias, desde que o pagamento seja feito, não é considerado inadimplência.

“A operadora poderá cancelar o plano somente se, por exemplo, o usuário não pagar nada em janeiro e também deixar de pagar em março, somando duas mensalidades”, explicou em reportagem do Estadão o advogado Caio Henrique Fernandes, sócio do Vilhena Silva Advogados, escritório especializado em direito à saúde.

Questionamentos sobre valores

Além disso, com a atualização, se o beneficiário discordar do valor ou da cobrança referente às mensalidades não pagas, ele poderá fazer um questionamento sobre a notificação por inadimplência, sem perder o prazo para o pagamento.

“Se o beneficiário não concordar com o valor cobrado, ele pode notificar a operadora. Ela pode manter a sua posição ou promover uma negociação”, explica Fernandes. A negociação pode ocorrer em caso de cobranças indevidas de multas e juros.

Quando o erro é da operadora

Se a mensalidade do plano de saúde deixar de ser cobrada por algum erro da operadora, não disponibilizar o boleto para pagamento ou não realizar o desconto na folha de pagamento

do beneficiário, o período de inadimplência não será considerado válido para cancelar o contrato.

Para isso, a ANS recomenda que o usuário guarde provas para mostrar que não recebeu a cobrança, como:

- Contracheque, se o pagamento deveria ser descontado do salário;
- Extrato bancário, em casos de desconto em débito automático no banco;
- Prints do e-mail ou site da operadora, mostrando que a cobrança não foi disponibilizada.

Novas formas de notificação

As outras mudanças propostas pela ANS são sobre a comunicação em caso de inadimplência. Agora, elas também serão por novos meios eletrônicos. O usuário poderá notificado das seguintes formas:

- E-mail desde que com certificado digital ou confirmação de leitura;
- SMS ou via aplicativos de mensagens criptografadas;
- Ligações gravadas;
- Carta registrada com AR (aviso de recebimento) ou entrega por representante da operadora com comprovante de recebimento assinado.

A ANS afirma que as novas regras querem garantir que o consumidor seja notificado, caso esqueça de pagar a mensalidade, e tenha a oportunidade de quitar a dívida, evitando o cancelamento do contrato ou a sua exclusão do plano de saúde.

Todas as opções serão válidas desde que o beneficiário confirme recebimento da notificação. Portanto, a agência ressalta que é fundamental que os beneficiários mantenham seus dados cadastrais atualizados junto à operadora de plano de saúde para que recebam comunicados e fiquem bem informados.

As novas regras são válidas para contratos dos quais a responsabilidade de pagamento seja do beneficiário: de planos individuais ou familiares; de planos coletivos empresariais firmados por empresário individual; de planos coletivos firmados por ex-empregados (demitidos e aposentados), servidores públicos, beneficiários de operadoras de autogestão ou aqueles que pagam diretamente a uma administradora de benefícios.

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

© 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.