

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

05 de fevereiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Setor de planos de saúde fecha 2024 com números recordes de beneficiários](#) – Fonte: (Gov) ANS

[Judicialização em massa penaliza consumidores e compromete acesso à saúde suplementar](#) – Fonte: IstoÉ Dinheiro

[Após forte alta, planos de saúde podem perder usuários em 2025](#) – Fonte: Valor Econômico

[5 pilares para um sistema de saúde mais inclusivo e sustentável, segundo estudo da KPMG](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde devem priorizar reajustes](#) – Fonte: Valor Econômico

[Periodicidade de mamografias divide médicos e autoridades de saúde](#) – Fonte: IstoÉ

[ANS ignora MPF e prorroga consulta pública sobre planos de saúde por 6 dias](#) – Fonte: Estadão

[Proposta dá prioridade a pessoas com câncer no agendamento de consultas e exames](#) – Fonte: CÂMARA LEG

[ANS promove oficina sobre as novas regras para notificação por inadimplência](#) – Fonte: (GOV) ANS

SETOR DE PLANOS DE SAÚDE FECHA 2024 COM NÚMEROS RECORDES DE BENEFICIÁRIOS

(Gov) ANS – 05/02/2025

No ano passado, foram 52,2 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 34,5 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

O setor de planos de saúde manteve, em 2024, o crescimento significativo em números de beneficiários em suas duas segmentações. Segundo o levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no mês de dezembro, o setor totalizou 52.210.290 usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 34.466.532 beneficiários. Esses resultados fizeram com que cada segmento alcançasse novo recorde de beneficiários no setor.

Os dados podem ser conferidos na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta disponível no portal da ANS.

Destaca-se também que, em um ano, os planos médico-hospitalares apresentaram crescimento de 862.771 beneficiários em relação a dezembro de 2023. No comparativo de dezembro de 2024 com novembro de 2024, o crescimento foi de 156.217 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.065.209 beneficiários nos 12 meses; e 178.642, na comparação de dezembro de 2024 com novembro de 2024.

Em relação aos dados por estado, no comparativo com dezembro de 2023, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Amazonas os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as 25 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo também São Paulo, Minas Gerais e Paraná os estados com maior crescimento em números absolutos.

Quanto aos dados por faixa etária, observa-se que a faixa de 45 a 49 anos foi a que apresentou o crescimento mais expressivo na assistência médica (240.336 novos beneficiários, nos últimos 12 meses), seguido pela faixa etária de 50 a 54 anos (125.734 novos beneficiários, nos últimos 12 meses). Já as faixas etárias que tiveram maior crescimento nos planos odontológicos foram 45 a 49 anos (248.771 novos usuários, nos últimos 12 meses) e 70 a 74 anos (193.557 novos beneficiários, nos últimos 12 meses). Vale destacar o crescimento relativo à terceira idade. A proporção de idosos, em dezembro de 2024, em assistência médica é de 15,4% (7,9 milhões de beneficiários) e 11,4% em planos exclusivamente odontológicos (3,9 milhões de beneficiários).

Números do setor em dezembro de 2024:

- ✓ 52.210.290 Beneficiários em planos de assistência médica;
- ✓ 34.466.532 Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos;
- ✓ 667 Operadoras ativas médico-hospitalares com beneficiários;
- ✓ 320 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas com beneficiários;
- ✓ 700 Operadoras ativas médico-hospitalares;
- ✓ 391 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas;
- ✓ São Paulo, Minas Gerais e Amazonas são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez. 23 e 24 (Assist. Médica).
- ✓ São Paulo, Minas Gerais e Paraná são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez. 23 e 24 (Exclusivamente odontológico)

Comparativo com o período que antecedeu a pandemia de Covid-19

Considerando os dados de usuários de planos de saúde de assistência médica nos últimos 5 anos, verificamos que o setor de saúde suplementar vem mantendo um crescimento contínuo. De acordo com o Censo 2022, observa-se que o crescimento de beneficiários na saúde suplementar supera o crescimento populacional. A taxa de crescimento 2010/2022

de beneficiários foi de 12% enquanto a população brasileira cresceu 6,5%, entre 2010 e 2022.

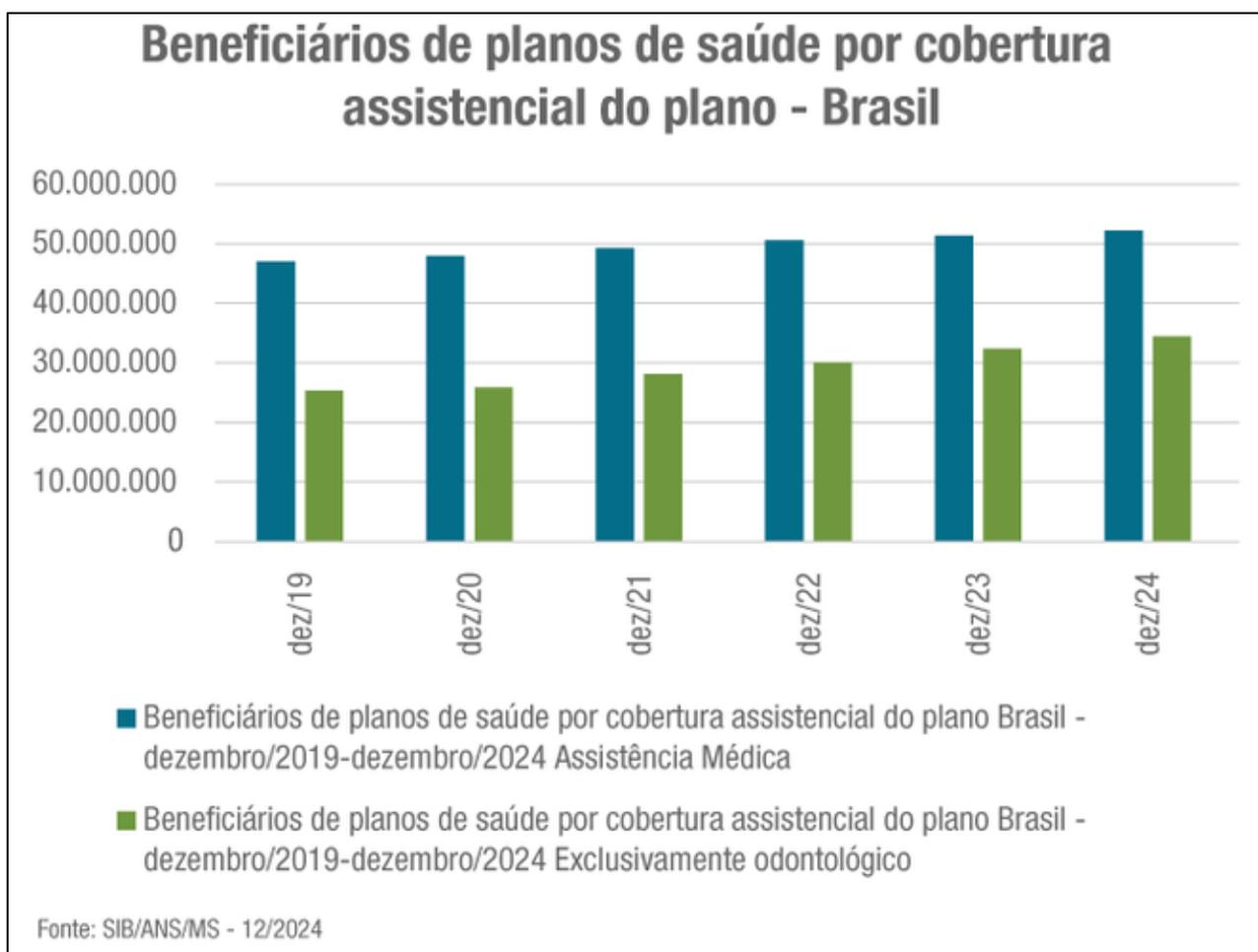
Em relação à evolução no número de beneficiários, é importante destacar que esse aumento da procura por planos de saúde a partir da pandemia de Covid-19 pode indicar que as pessoas ficaram ainda mais preocupadas em garantir o acesso ao sistema de saúde num momento de grande necessidade.

Analisando o segmento exclusivamente odontológico, verificamos um aumento mais significativo, o que pode indicar que as pessoas estão mais atentas à importância da saúde bucal.

“Sobre a tendência para os próximos anos, a expectativa é que a evolução do setor mantenha sua estabilidade. Mas, é claro que é preciso analisar aspectos como o cenário econômico-financeiro, a empregabilidade, a variação dos custos em saúde, que exercem impacto relevante no setor de saúde suplementar”, analisou o diretor de Desenvolvimento Setorial, Maurício Nunes.

O gráfico a seguir mostra o comparativo entre dezembro de 2019 e dezembro de 2024, pelo qual o setor de saúde suplementar apresentou variação positiva no total de

beneficiários. Neste período, os planos médico hospitalares tiveram um aumento de 5.132.309 beneficiários (10,90%) e nos exclusivamente odontológicos ingressaram mais 9.129.190 beneficiários (36,03%).



Quando se olha o comportamento dos beneficiários por faixa, observa-se que, das 18 faixas selecionadas, em 15 foram registrados aumentos. Destaque para as faixas a partir de 60

anos que tiveram crescimento superior a dois dígitos no período.

Beneficiários em planos de assistência médica, segundo as faixas etárias

Brasil - dezembro/2019 e dezembro/2024

Faixa etária	dez/19	dez/24	Variação absoluta	Variação relativa (%)
Total	47.077.981	52.210.290	5.132.309	10,9%
Até 1 ano	648.307	539.265	-109.042	-16,8%
1 a 4 anos	2.840.973	2.632.876	-208.097	-7,3%
5 a 9 anos	3.151.626	3.548.492	396.866	12,6%
10 a 14 anos	2.669.698	3.097.470	427.772	16,0%
15 a 19 anos	2.512.884	2.807.806	294.922	11,7%

20 a 24 anos	3.134.735	3.279.856	145.121	4,6%
25 a 29 anos	3.734.313	3.984.554	250.241	6,7%
30 a 34 anos	4.612.625	4.470.803	-141.822	-3,1%
35 a 39 anos	4.863.595	5.043.491	179.896	3,7%
40 a 44 anos	4.009.632	5.083.396	1.073.764	26,8%
45 a 49 anos	3.137.149	4.078.251	941.102	30,0%
50 a 54 anos	2.731.499	3.123.648	392.149	14,4%
55 a 59 anos	2.410.738	2.613.914	203.176	8,4%
60 a 64 anos	1.920.813	2.197.426	276.613	14,4%
65 a 69 anos	1.550.307	1.795.212	244.905	15,8%

70 a 74 anos	1.152.836	1.454.208	301.372	26,1%
75 a 79 anos	825.794	1.048.954	223.160	27,0%
80 anos ou mais	1.170.016	1.410.562	240.546	20,6%
Inconsistente	441	106	-335	-76,0%
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2024				

Outro dado relevante mostra que, das 27 unidades da federação, 26 tiveram aumento de beneficiários no período de 2019 a 2024. Destaque para os estados de Goiás, Piauí, Rio

Grande do Norte e Tocantins que cresceram 61,8%, 25,8%, 24,3% e 20,2%.



Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por Unidade da Federação (UF) em diferentes competências, nos últimos 12 meses.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
dez/24	37.569.585	5.899.628	225	8.703.026	37.826	52.210.290
nov/24	37.394.881	5.906.153	226	8.714.931	37.882	52.054.073
out/24	37.390.671	5.921.763	226	8.730.833	37.944	52.081.437
set/24	37.291.755	5.910.916	226	8.748.451	38.038	51.989.386
ago/24	37.147.288	5.913.757	226	8.754.546	38.110	51.853.927
jul/24	37.003.590	5.944.985	227	8.767.941	39.106	51.755.849

jun/24	36.834.443	5.964.479	227	8.775.991	39.273	51.614.413
mai/24	36.654.653	6.106.522	227	8.764.148	39.393	51.564.943
abr/24	36.531.503	6.123.317	227	8.745.370	39.414	51.439.831
mar/24	36.478.871	6.133.003	227	8.743.928	38.227	51.394.256
fev/24	36.349.962	6.159.378	227	8.740.123	38.393	51.288.083
jan/24	36.240.812	6.161.307	227	8.768.096	38.573	51.209.015
dez/23	36.333.413	6.199.378	227	8.775.794	38.707	51.347.519

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	dez/23	dez/24	dez/23	dez/24
Acre	43.799	44.977	19.902	21.947
Alagoas	388.877	388.720	484.247	433.664
Amapá	62.306	63.359	48.146	48.266
Amazonas	586.794	657.184	556.914	592.732
Bahia	1.694.443	1.733.006	1.827.084	1.905.007
Ceará	1.432.761	1.438.473	1.320.466	1.395.473

Distrito Federal	943.859	991.695	677.627	705.719
Espírito Santo	1.285.044	1.333.072	726.743	860.598
Goiás	1.873.563	1.938.929	908.606	964.486
Maranhão	518.168	523.093	325.272	376.595
Mato Grosso	675.121	680.742	271.467	306.966
Mato Grosso do Sul	663.929	682.766	458.161	361.721
Minas Gerais	5.678.179	5.813.785	2.815.166	3.039.994
Pará	873.279	905.184	541.632	575.797

Pará	873.279	905.184	541.632	575.797
Paraíba	459.673	471.734	510.242	549.013
Paraná	3.100.169	3.154.676	1.714.210	1.935.503
Pernambuco	1.415.355	1.448.083	1.281.431	1.372.620
Piauí	398.325	408.554	192.172	238.081
Rio de Janeiro	5.660.478	5.587.982	3.659.678	3.860.725
Rio Grande do Norte	610.081	629.442	540.146	587.542
Rio Grande do Sul	2.604.767	2.645.051	1.025.066	1.102.937

Rondônia	158.358	163.532	120.738	129.634
Roraima	31.218	30.873	12.255	13.661
Santa Catarina	1.667.545	1.707.570	879.035	948.598
São Paulo	18.040.069	18.281.718	11.101.831	11.727.288
Sergipe	332.319	338.714	244.461	262.683
Tocantins	123.779	126.694	132.032	143.369

JUDICIALIZAÇÃO EM MASSA PENALIZA CONSUMIDORES E COMPROMETE ACESSO À SAÚDE SUPLEMENTAR

IstoÉ Dinheiro – 04/02/2025

A saúde – um direito universal no Brasil – está ao sabor da lei. Quanto mais a medicina avança, provocando aumento nos custos de procedimentos e medicações, mais cresce a demanda pela apropriação desses serviços, nem sempre acessíveis tanto por meio da saúde pública quanto privada. A saída encontrada tem sido a de entrar com processos legais para resolver a situação. Ao lado do envelhecimento da população, que amplia ainda mais essa demanda, esse cenário tem trazido um dilema difícil de ser resolvido: a judicialização excessiva da saúde. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aponta que só em 2023 foram apresentados 570 mil novos processos, sendo 219 mil relativos à saúde suplementar (um incremento de 33% em relação ao ano anterior).

Os custos desse cenário recaem sobre os consumidores, que arcam com reajustes cada vez mais altos nos planos de saúde e também sobre as operadoras que, por sua vez, têm encontrado dificuldade em fechar suas contas. Para Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a raiz de todos os problemas é a insegurança da legislação brasileira na área de saúde. O ministro Luís Roberto Barroso, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), em evento público, declarou que a judicialização da saúde é um dos maiores problemas do Judiciário. Ele defende que o Judiciário deve agir com moderação e que as demandas de saúde devem ser tratadas pelo Ministério da Saúde.

Ribeiro destaca que os temas que a ANS tem agendado para consultas públicas deveriam ser estudados individualmente, temendo que as propostas da agência sejam esvaziadas. Um dos temas levantados entre esses pontos é a questão da incorporação de novas tecnologias ao rol de serviços obrigatórios a serem atendidos. O executivo da Abramge aponta que esse conjunto da ANS era atualizado a cada dois anos e atualmente, para a área oncológica, por exemplo, passou a ocorrer a cada seis meses. “Com o gatilho da judicialização, eu tenho que entregar tudo o que está no rol. Só que a precificação dos planos é definida pelo rol, pela idade dos segurados e pela rede oferecida.”

A ANS informa que não tem acesso a ações judiciais relacionadas à saúde suplementar, a não ser quando a Agência é parte em alguma ação. De toda forma, destaca que acionar a Justiça é um direito constitucional de qualquer cidadão e que entende e respeita isso. Em resposta à IstoÉ, a agência afirma que realiza fiscalização rigorosa do setor e trabalha para que as operadoras entreguem os produtos contratados, incentivando-as a prestar serviços mais qualificados aos beneficiários de planos de saúde. “Sobre eventuais endividamentos das operadoras, informamos que não há reflexo nas regras de reserva técnica.”

Daniel Januzzi, superintendente Jurídico da Unimed do Brasil, ratifica que o Sistema Unimed vê com preocupação o aumento do número de processos judiciais envolvendo a

saúde suplementar. “Desde 2022, a flexibilização de regras no setor trouxe instabilidade e uma maior tendência à judicialização. A alta judicialização dificulta as provisões orçamentárias e a precificação, tem o potencial de comprometer a capacidade dos planos de saúde de fornecer os serviços e pode impactar ainda nos reajustes de mensalidades, prejudicando o coletivo de beneficiários e tornando os planos menos acessíveis.”

Para tentar desenrolar esse nó, a Abramge tem um tripé como proposta: o primeiro pé propõe a revisão da Lei dos Planos de Saúde em vigor desde 1998, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil. O segundo ponto está relacionado à melhoria da comunicação do setor com a sociedade. E o último envolve o CNJ no sentido da conscientização do poder judiciário para que se tome mais decisões técnicas. “Sem essas medidas vão colapsar tanto a saúde suplementar quanto o Sistema Único de Saúde (SUS).”

Esse impacto direto no SUS, explica a especialista Fabíola Sulpino Vieira, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), se dá porque muitas vezes o paciente consulta o médico particular e depois recorre ao SUS para conseguir medicações, exames e dar continuidade ao tratamento. Fabíola lembra de situações como a busca pelo coquetel contra o HIV, na década de 1980, ou do caso da fosfoetanolamina, conhecida popularmente como “pílula do câncer”, por prometer a cura da doença. Segundo ela, 13 mil ações foram movidas por cidadãos que queriam ter acesso à pílula, ainda que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa) tivesse informado que a substância não possuía autorização ou registro para uso como suplemento alimentar ou medicamento no Brasil. “Isso mostra que o direito à saúde não está em dar acesso à população a toda e qualquer tecnologia.”

Mas como definir a que o cidadão deve ter acesso ou não? “A decisão do juiz é muito complexa porque ele não é especialista no assunto, mas precisa julgar”, coloca Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde. Ela destaca que existe uma questão emocional forte que pesa em casos como esses, o juiz fica em uma situação difícil e tem tendência a deferir. Como exemplo, ela apresenta o dado de que 80% dos casos de cobertura assistencial são deferidos, enquanto esse porcentual cai para 40% quando se trata de reajustes. “Temos trabalhado junto aos tribunais para que os juízes tenham uma fonte técnica no momento de tomar a decisão. Estamos falando de medicamentos na casa dos milhões. É um dinheiro que vai ficar faltando em algum outro lugar para atender casos que, às vezes, não devem ser deferidos.”

Vera conta ainda que o Nat-Jus (um instrumento de auxílio para os magistrados com competência para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde) começa a ser mais conhecido pelos juízes e que é essencial que ele seja aplicado também à saúde suplementar. “A judicialização é a forma mais injusta de lidar com a saúde. Contra o SUS ela é ainda mais cruel, porque tira o recurso que seria usado em outras assistências.”

PLANOS DE SAÚDE DEVEM PRIORIZAR REAJUSTES

Valor Econômico – 03/02/2025

Segundo estimativas do Santander, o setor pode perder neste ano 358 mil clientes, volume próximo do que as operadoras ganharam em 2020, primeiro ano da pandemia

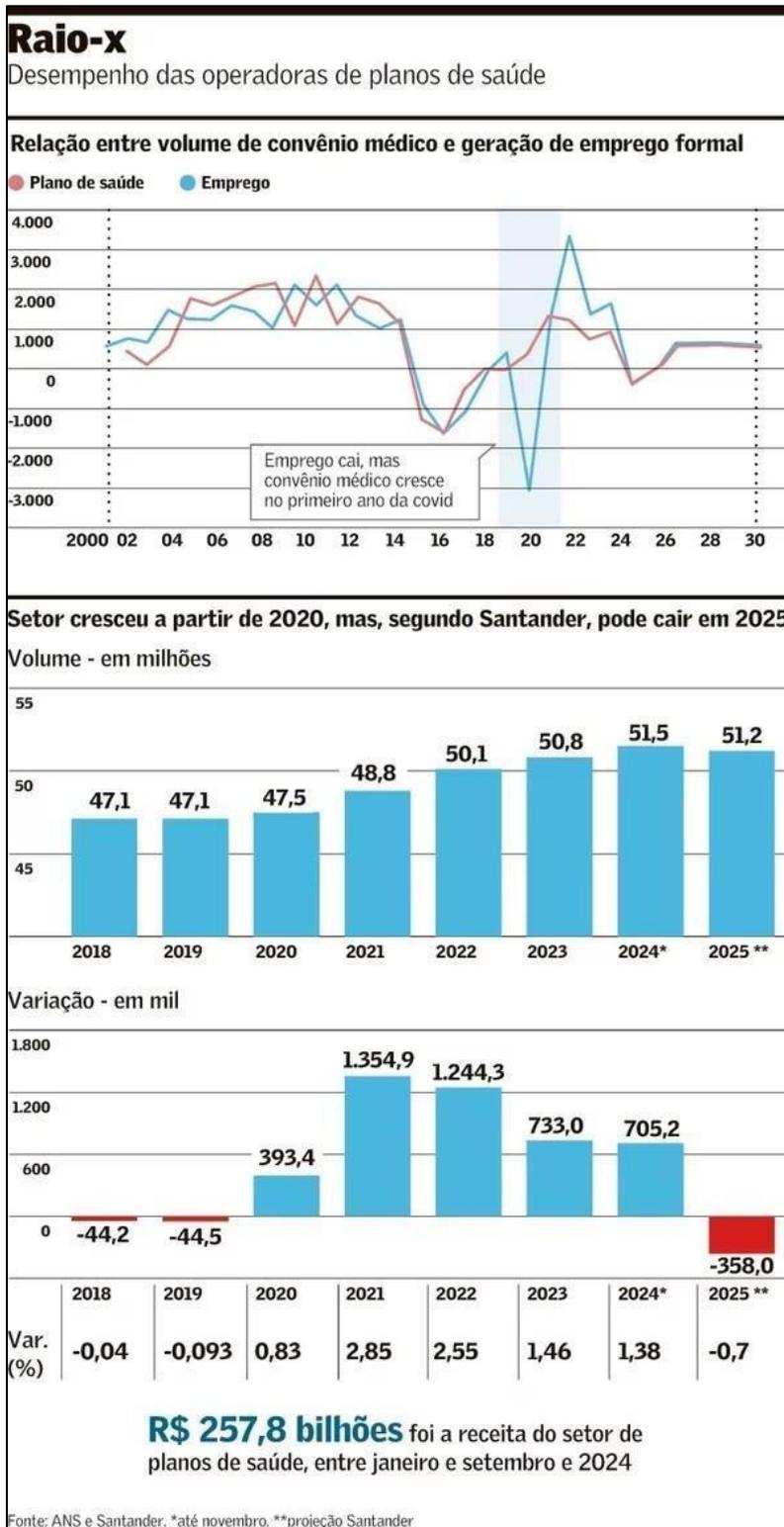
Após cinco anos de crescimento no número de usuários - período em que houve um incremento de 4,4 milhões de contratos, impulsionados pela pandemia de covid-19 -, os planos de saúde devem patinar neste ano. A maior parte do setor não espera expansão e algumas estimativas são de queda. Mesmo entre os otimistas, o crescimento será menor

que nos últimos anos. Essa deterioração reflete uma combinação de fatores, como aumento da inflação, alta dos juros e piora no mercado de trabalho. Além disso, as operadoras deverão dar prioridade aos reajustes, para preservar a rentabilidade. Dificuldades regulatórias também devem pesar. “O mercado de assistência médica deve contrair, com o ambiente macroeconômico sendo um obstáculo”, diz Caio Moscardini, do Santander. O banco projeta possível perda de 358 mil clientes no setor.

APÓS FORTE ALTA, PLANOS DE SAÚDE PODEM PERDER USUÁRIOS EM 2025

Valor Econômico – 03/02/2025

Cenário de deterioração econômica, com juros altos, inflação e aumento de desemprego, e reajustes vão impactar o setor.



Após cinco anos de crescimento no número de usuários de planos de saúde - período em que houve um incremento de 4,4 milhões de contratos - impulsionado pela pandemia da covid-19, o setor deve patinar neste ano. A maior parte do mercado acredita que não haverá expansão, podendo ocorrer até queda em algumas estimativas.

Mesmo entre os mais otimistas, o crescimento é menor do que o registrado nos últimos anos. Essa deterioração reflete uma combinação de fatores, como piora nas taxas de desemprego e juros altos, operadoras priorizando aplicar reajustes para manter a rentabilidade e questões regulatórias e setoriais.

Segundo estimativas do Santander, o setor pode perder neste ano 358 mil clientes - esse volume é próximo do que as operadoras ganharam em 2020, primeiro ano da pandemia, quando houve um incremento de 393 mil usuários. Esse cenário chama atenção porque mostra a curva de desaceleração, que começou a ser sentida há dois anos, avançando para o território negativo.

Os analistas do Citi esperam que o ano termine com uma pequena queda ou, no máximo, seja mantido o atual patamar. Na mesma linha, a consultoria Arquitetos da Saúde acredita que não haverá crescimento este ano no setor que, atualmente, conta com 51,5 milhões de usuários de planos de saúde. Já o Itaú BBA projeta aumento entre 250 mil e 500 mil convênios médicos e a Abramge, entidade do setor, prevê um acréscimo de 600 mil vidas neste ano - em ambos os casos, é um incremento menor do que o registrado em 2023 e 2024 (até novembro), quando houve um aumento de 733 mil e 705 mil usuários, respectivamente.

A desaceleração vem aumentando ano a ano. Mas, caso as projeções de retração ou crescimento menor se confirmem, a mudança de ritmo no setor será muito mais brusca.

“Preço dos planos de saúde seguirá subindo duas vezes acima da inflação, dificultando acesso” - Caio Moscardini

“O mercado de assistência médica deve contrair, com o ambiente macroeconômico sendo um obstáculo. Estimamos uma taxa de desemprego aumentando de 6,3% em 2024 para 6,8% em 2025. Além disso, o preço dos planos de saúde continuará subindo duas vezes acima da inflação geral, dificultando o acesso”, disse Caio Moscardini, analista do Santander. O banco projeta IPCA de 5,55% neste ano e inflação médica de 9%.

Na visão de Vinícius Figueiredo, do Itaú BBA, os últimos meses de 2024 mostraram uma expansão relevante que não deve se romper de forma repentina nos seis primeiros meses desse ano, mas pode haver uma deterioração no cenário macroeconômico no segundo semestre que, por sua vez, pode reduzir a base de pessoas com planos de saúde. “Não esperamos crescimento zero em 2025, talvez a regressão comece no segundo semestre, refletindo em 2026”, disse.

Já a Abramge, associação das operadoras de planos de saúde, tem uma visão mais otimista. Nas projeções da entidade, o setor terá um aumento de cerca de 600 mil usuários neste ano. Ainda assim, é um crescimento menor do que o registrado em 2023 e 2024 (até novembro), quando o incremento foi de 733 mil e 705 mil, respectivamente.

“Estamos projetando esse crescimento com base num aumento de 2% no PIB e geração de emprego entre 1,2 milhão e 1,6 milhão. Ponderamos que esse número pode sofrer alterações diante das mudanças regulatórias em discussão atualmente que podem elevar o preço do plano de saúde e reduzir o acesso”, disse Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está propondo mudanças em algumas regras do setor que, na visão, de analistas e operadoras, vão encarecer o preço do convênio médico.

Uma dessas propostas é a limitação da coparticipação em 30% no valor de cada procedimento médico, sendo que essa cobrança não poderá ser aplicada para terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos. A soma dos pagamentos com coparticipação não poderá ser superior a 30% de uma mensalidade ou ultrapassar 3,6 mensalidades do plano de saúde no ano. Nos últimos anos, as operadoras e empregadoras vêm aumentando a fatia da coparticipação para obter um reajuste menor.

Em paralelo, há a questão do preço do plano de saúde, cuja inflação médica sobe, em média, duas vezes mais do que o IPCA e, neste ano, as operadoras ainda vão priorizar a aplicação dos reajustes, mesmo que num patamar menor do que o efetivado em 2024 - o aumento nas mensalidades dos planos de saúde foi um dos fatores que pesaram na inflação do ano passado, que ficou acima da meta.

Após um prejuízo operacional, acumulado de quase R\$ 15 bilhões em 2022 e 2023, as operadoras passaram a ter como prioridade a reajustar preços mesmo que a medida represente a perda de clientes. Esse movimento continua em 2025.

Moscardini, do Santander, pondera que a queda prevista neste ano, de 385 mil usuários, não significa que a estrutura hospitalar vai ficar ociosa, mas mostra a dificuldade que o setor tem em ultrapassar a barreira dos 25% da população brasileira atendida por saúde privada. O Brasil nunca conseguiu atingir mais de 26% da população com convênio médico. Em suas projeções, o país conseguirá atingir 25,5% em 2034, considerando um crescimento médio anual (GAGR) de 1% entre 2026-2034.

Entre 2015 e 2019, o setor vinha em queda. Em 2020, primeiro ano da pandemia, retomou o crescimento motivado pelo recesso da população em ficar sem plano de saúde. No ano seguinte, as operadoras reduziram preços tendo em vista que a inflação médica foi menor. Com isso, houve um aumento relevante de pessoas com o benefício. No acumulado de 2021 e 2022, cerca de 2,5 milhões de pessoas adquiriram um convênio médico, sendo que parte relevante adquiriu produtos de baixo custo.

No entanto, em 2022, os custos médicos dispararam devido ao aumento de uma nova variante da covid (delta) e à população retomando consultas e exames médicos, que foram interrompidos nos dois primeiros anos da pandemia.

Parte relevante dos planos de saúde contratados nos primeiros anos da pandemia foi de produtos mais baratos, o que acabou gerando um descasamento entre receita e despesas médicas. Além disso, nessa época, a ANS mudou

algumas regras, permitindo, por exemplo, a realização de um número ilimitado de terapias a pacientes com transtorno do espectro autista (TEA). Hoje, a despesa com essas terapias

(fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional) nas operadoras ultrapassa os gastos com tratamentos oncológicos.

5 PILARES PARA UM SISTEMA DE SAÚDE MAIS INCLUSIVO E SUSTENTÁVEL, SEGUNDO ESTUDO DA KPMG

Saúde Business – 03/02/2025

Pesquisa global destaca a importância da integração, força de trabalho qualificada e inovação tecnológica na transformação do setor.

A integração do atendimento, o fortalecimento da força de trabalho especializada, o suporte a profissionais e pacientes em campo, uma atenção primária mais robusta e hospitais que atuam como centros de conhecimento tecnológico são os cinco pilares fundamentais para tornar os sistemas de saúde – públicos ou privados – mais inclusivos e sustentáveis.

Essa é a conclusão do estudo “Healthcare Horizons Revisited”, produzido pela KPMG, que analisa casos de transformação bem-sucedidos ao redor do mundo e aponta caminhos para a evolução do setor.

“Precisamos adotar medidas transformadoras agora para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. No entanto, a profundidade das mudanças necessárias representa um grande desafio”, afirma Gustavo Vilela, sócio-líder de Healthcare da KPMG no Brasil.

O estudo destaca cinco diretrizes essenciais para essa transformação:

Força de trabalho ampliada e qualificada

A escassez global de profissionais de saúde impede que a crescente demanda seja atendida apenas com a formação de mais médicos e enfermeiros. A solução passa pela delegação de funções administrativas, clínicas e tecnológicas, além da

inclusão de profissionais com microcredenciais para atividades especializadas.

Sistemas hiper-integrados e verticalizados

A atenção integrada já é uma realidade, mas precisa evoluir para atender melhor às demandas sociais e culturais. Isso inclui conectar serviços locais a centros de excelência nacionais e regionais, além de utilizar inteligência artificial para vigilância epidemiológica.

Atenção primária fortalecida

Nos sistemas públicos universais, um atendimento primário robusto reduz a pressão sobre hospitais e mantém a população mais saudável. Para isso, será necessário ampliar a escala, integrar equipes multidisciplinares e investir em tecnologia avançada.

Hospitais como hubs de conhecimento e tecnologia

Os hospitais do futuro devem se consolidar como centros de inovação, com equipes altamente especializadas, infraestrutura de ponta e profissionais de saúde comunitária. Além disso, o uso de telemedicina e redes globais de expertise será essencial para expandir o alcance dos cuidados.

“Essa transformação exigirá uma revisão profunda de paradigmas e responsabilidades dentro do ecossistema de saúde, impactando operadoras, prestadores de serviço e governos”, conclui Vilela.

PERIODICIDADE DE MAMOGRAFIAS DIVIDE MÉDICOS E AUTORIDADES DE SAÚDE

IstoÉ – 02/02/2025

A partir de quantos anos se deve fazer a mamografia de rastreio, ou seja, como um exame de rotina, mesmo sem sintomas? Para autoridades públicas, como o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o ideal é que a mamografia seja feita a cada dois anos por todas as mulheres entre 50 e 69 anos. Algumas entidades médicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), entretanto, recomendam exame anual a partir dos 40 anos.

As divergências ganharam notoriedade há alguns dias, depois que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez consulta pública sobre as atualizações do Manual de Boas Práticas em Atenção Oncológica, usado no Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. Órgão regulador dos planos de saúde, cabe à ANS fiscalizar o serviço prestado e criar normas e outras iniciativas que melhorem o atendimento à população.

Entre os critérios para que as operadoras de planos de saúde sejam certificadas, está a realização de exames de rastreamento de diversos tipos de câncer, o que contribui para o diagnóstico precoce. No caso do câncer de mama, a minuta elaborada pela ANS estabelece o rastreamento organizado, com a convocação de todas as beneficiárias dentro da faixa etária para fazer a mamografia e outros exames complementares que forem necessários.

Até esse ponto, há consenso. “A melhor maneira de desenvolver a linha de cuidados do câncer é tentar fazer o diagnóstico da doença o mais precocemente possível. Porque quanto mais precoce for o diagnóstico, o tratamento é mais efetivo e é menos dispendioso”, diz o diretor-geral do Inca, Roberto Gil.

A mastologista Rosemar Rahal, que integra a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), complementa: “Este é o caminho, não tenho dúvida. Os países que reduziram a mortalidade por causa de câncer de mama conseguiram fazendo o rastreamento organizado.”

Divergências

A ANS decidiu, entretanto, seguir em sua minuta o protocolo do Inca, que também é adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) e preconiza a realização de mamografia de rastreio apenas a partir dos 50 anos, com intervalo de dois anos entre os exames, caso nenhum problema seja encontrado. “O rastreamento do câncer deve ser direcionado às mulheres na faixa etária e periodicidade em que há evidência conclusiva sobre redução da mortalidade por câncer de mama e em que o balanço entre benefícios e possíveis danos à saúde dessa prática seja mais favorável”, diz a minuta.

A escolha motivou protestos de várias entidades médicas, que defendem a inclusão de pessoas de 40 a 50 anos e a realização anual dos exames. “Esse já é um posicionamento das sociedades médicas há alguns anos. Nós já temos três diretivas publicadas pela SBM, pela Febrasgo [Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia] e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia nos anos de 2012, 2017 e 2023, colocando o que essas três sociedades médicas consideram como sendo ideal para o rastreamento mamográfico no Brasil. (...) Porque nós temos no Brasil 25% dos cânceres de mama entre 40 e 50 anos de idade. Então, se nós fazemos esse rastreamento só a partir dos 50 anos, estaremos postergando o diagnóstico. Essa lesão proliferada dentro desse tecido mamário e chega para gente em um estágio mais avançado”, afirma Rosemar Rahal.

O diretor-geral do Inca enfatiza que o protocolo do instituto está de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer: “A informação científica que temos hoje não é da opinião de um especialista, é da literatura médica, avaliada com o nível de evidência 1, meta-análise e estudo randomizado, que é o maior nível de evidência que se tem. Grande parte dos trabalhos não conseguiu mostrar nenhum aumento de sobrevida na faixa dos 40 aos 50 anos. Só houve aumento de sobrevida na faixa de 50 a 69 anos.”

Roberto Gil explica por que esses estudos consideram que os 50 anos são a idade certa para o início do rastreamento na população em geral: “Não estamos negando que mulheres abaixo de 50 anos tenham câncer de mama. Estamos falando que, abaixo dos 50 anos, acumulam-se outros problemas e o rastreamento populacional é menos eficiente. A mamografia é um exame de raio X, que vai ser mais efetivo na medida que a mama seja menos densa e que se tenha mais contraste na imagem, para não se confundir o parênquima normal com um nódulo. Então [antes dessa idade], aumenta muito mais a possibilidade de ter falsos positivos e ter que fazer mais

exames. Posso fazer uma biópsia e ser mais difícil interpretar e levar a uma cirurgia desnecessária.”

O médico afirma também que a mudança da faixa etária pode atrapalhar o rastreamento da população atualmente incluída. “Hoje, 30% das mulheres brasileiras nunca fizeram uma mamografia. Então, para dar um exemplo, seria como se eu estivesse fazendo um salto em altura. Eu botei o meu sarrafo em 2 metros e não estou conseguindo pular. A minha próxima medida vai ser tentar melhorar e treinar muito para pular os 2 metros, ou elevar o sarrafo para 2,50?”

A mastologista Rosemar Rahal, porém, ressalta que o aumento da demanda não seria um problema por si só. “No Brasil, não temos déficit de aparelho de mamografia, temos déficit de mamografias. O aparelho está lá, mas não é usado. E aí tem uma série de questões que vêm à tona. Talvez esse exame não seja solicitado, ou quando é solicitado a paciente não faz por medo do exame e do diagnóstico. A nossa questão não é de falta de equipamento, a nossa questão é de comunicação.”

Cobertura

Quando a discussão chegou às redes sociais, muitos usuários começaram a dizer que a ANS pretendia mudar as regras de cobertura, impedindo mulheres mais jovens de fazer a mamografia pelos planos. A agência esclareceu que os critérios do manual se referem apenas ao programa de certificação, que é de adesão voluntária das operadoras, e não tem nenhuma relação com o chamado rol obrigatório: uma lista com todas as consultas, exames, cirurgias e tratamentos que as operadoras devem cobrir.

Atualmente, o rol garante direito à mamografia bilateral para mulheres de qualquer idade, conforme indicação médica, e mamografia digital, dos 40 aos 69 anos. Até a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República divulgou nota enfatizando que os planos de saúde não podem negar mamografia, sob pena de multa.

Mesmo assim, a mastologista Rosemar Rahal teme que a adoção do manual com a redação atual possa embasar negativas de cobertura por parte dos planos de saúde: “Se a Agência Nacional coloca um selo de qualidade e considera como qualidade realizar mamografia a partir dos 50 anos, de 2 em 2 anos, toda a saúde suplementar vai considerar aquilo como ideal. O que a gente acredita é que, se o documento for publicado desse jeito, os planos de saúde vão assumir isso como regra.”

Na última segunda-feira (27), a ANS realizou reunião com representantes de diversas entidades médicas para esclarecer dúvidas sobre a consulta pública e concedeu prazo de 30 dias para que se apresentem os estudos científicos e dados técnicos que embasam o pedido de mudanças nos critérios de rastreamento. Além disso, a ANS recebeu mais de 63 mil contribuições por meio da consulta pública e informou que vai analisar todas as propostas recebidas.

ANS IGNORA MPF E PRORROGA CONSULTA PÚBLICA SOBRE PLANOS DE SAÚDE POR 6 DIAS

Estadão – 31/01/2025

Promotores haviam solicitado maior ampliação no prazo para participação popular e a realização de audiências públicas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anunciou nesta sexta-feira, 31, a prorrogação da consulta pública 145, que trata da reformulação da política de preços e reajustes dos planos de saúde. O prazo para contribuições, iniciado em 19 de dezembro, agora será encerrado em 9 de fevereiro, não mais no dia 3.

A prorrogação por apenas seis dias contraria as recomendações do Ministério Público Federal (MPF), que havia pedido à agência pelo menos 60 dias a mais no prazo, a contar do encerramento do recesso forense (6 de janeiro), para a contribuição popular, “considerando a relevância e a complexidade dos temas em discussão, bem como a necessidade de tempo hábil para análise dos documentos e elaboração de contribuições”. [Clique aqui para participar.](#)

Em documento de 20 de janeiro, os procuradores da República afirmam que a divulgação da abertura da consulta pública ocorreu de forma limitada e que o intervalo de participação coincidiu com o período de festas, recesso de fim de ano e com as férias de janeiro, limitando e prejudicando a ampla participação da sociedade civil e dos atores interessados.

Os procuradores afirmam também que a consulta abrange quatro grandes temas que impactam diretamente os beneficiários de planos de saúde — reajuste de planos coletivos, mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia), venda de planos online e revisão técnica de preços de planos individuais/familiares — e que cada um tem especificidades e pormenores, merecendo contribuições e debates mais ricos.

Nesse sentido, o MPF pede no documento que a ANS fragmente a discussão em quatro turnos distintos, cada um dedicado a um dos temas. Também recomenda a ampliação do período de participação e a realização das audiências públicas em formato híbrido, permitindo a participação presencial e virtual dos interessados, de forma a ampliar o acesso e a pluralidade de vozes.

Houve apenas uma audiência pública, realizada de forma virtual, para discutir os temas. Na ocasião, assuntos que estavam na pauta, como venda online de produtos e regulamentação dos planos ambulatoriais, não foram discutidos, o que gerou críticas e cobranças sobre a necessidade de novas reuniões.

Além do envio das recomendações à ANS, o MPF afirma que, em 27 de janeiro, foi realizada uma reunião com representantes da autarquia para discutir os pedidos.

“A reunião foi conduzida pelo coordenador do Grupo de Trabalho Planos de Saúde, procurador da República Hilton Melo, que cobrou da ANS um posicionamento acerca dos pedidos formulados na Recomendação. Em resposta, o diretor-presidente interino da ANS, Jorge Aquino, se comprometeu a examinar os pedidos do MPF, inclusive a prorrogação do prazo da Consulta Pública nº 145, logo ao final do prazo regular estipulado pela agência”, diz o MPF em nota.

Questionada pela reportagem sobre as considerações dos procuradores, a ANS informou apenas que ampliaria o prazo até 9 de fevereiro. As perguntas sobre realização de novas audiências públicas e a divisão do debate em quatro temas não foram respondidas.

PROPOSTA DÁ PRIORIDADE A PESSOAS COM CÂNCER NO AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

CÂMARA LEG - 31/01/2025

Projeto de lei está em análise na Câmara dos Deputados.

O Projeto de Lei 3809/24 determina que as pessoas com suspeita ou diagnóstico de câncer terão prioridade no agendamento de consultas, exames e tratamentos. Conforme a proposta, haverá necessidade de uma regulamentação posterior.

O texto, em análise na Câmara dos Deputados, altera a Lei 14.758/23, que criou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Os objetivos da lei são:

- diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer;
- garantir o acesso adequado ao cuidado integral;
- contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer; e

- reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.

“A agilidade no início desses procedimentos poderá fazer a diferença entre um tratamento bem-sucedido e um prognóstico desfavorável”, afirmou o autor do PL 3809/24, deputado Gilvan Maximo (Republicanos-DF).

Votação

O projeto tramita com urgência e será analisado direto em Plenário.

Para virar lei, terá de ser aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal.

ANS PROMOVE OFICINA SOBRE AS NOVAS REGRAS PARA NOTIFICAÇÃO POR INADIMPLÊNCIA

(GOV) ANS – 31/01/2025

Participantes aproveitaram encontro virtual para esclarecer dúvidas. Regra entrará em vigor em 1º/2.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 30/1, uma oficina para operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios sobre a Resolução Normativa nº 593/2023, que trata das novas regras de notificação por inadimplência e entra em vigor no dia 1º de fevereiro de 2025. Mais de 1.700 pessoas acompanharam o evento pelo canal da Agência no YouTube.

A diretora-adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Carla Soares, abriu a reunião destacando a importância do tema: “É um normativo que promove maior transparência e segurança aos beneficiários, além de fornecer previsibilidade às operadoras. Para garantir um entendimento completo das novas regras, a Agência decidiu realizar esta oficina, abrindo espaço para dúvidas e esclarecimentos adicionais”, disse a diretora-adjunta.

Durante o encontro, a RN nº 593, foi minuciosamente detalhada e os participantes tiveram a oportunidade de

esclarecer suas questões. Para assistir à reunião na íntegra, [clique aqui](#).

Vale lembrar que as novas regras são válidas para todos os contratos de planos de saúde firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656, e que são pagos diretamente pelos beneficiários à operadora. A resolução estabelece que o beneficiário só poderá ser excluído ou ter seu contrato cancelado por inadimplência se deixar de pagar, no mínimo, duas mensalidades, consecutivas ou não, desde que haja prévia notificação. Além disso, a norma regulamentou novas formas de comunicação sobre falta de pagamento, como o uso de ligação telefônica gravada, e-mail e mensagem de texto para telefones celulares.

Para saber mais informações sobre o tema, confira:

[Esclarecimento sobre novas regras de notificação por falta de pagamento](#)

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.