

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

16 de abril de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Lucro recorde e desafios desiguais: A sustentabilidade da saúde suplementar em 2025](#) - Fonte: Saúde Business

[Como as seguradoras estão se adaptando ao envelhecimento da população brasileira](#) - Fonte: SEGS

[Empresas devem adotar planos de saúde mental para garantir o bem-estar de seus colaboradores](#) - Fonte: SEGS

[ANS disponibiliza os arquivos de conferência do padrão TISS](#) - Fonte: (GOV) ANS

[ANS atualiza a tabela de compatibilização SIP-TUSS](#) - Fonte: (GOV) ANS

[Revolução Digital: A inteligência artificial transformando a experiência de usuários dos planos de saúde](#) - Fonte: IstoÉ

[STF começa a analisar hoje a validade de lei que acabou com rol taxativo da ANS](#) - Fonte: O Globo

LUCRO RECORDE E DESAFIOS DESIGUAIS: A SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2025

Saúde Business – 15/04/2025

Operadoras, hospitais e prestadores vivenciam realidades financeiras diferentes, o que pode comprometer a saúde do sistema e dos pacientes.

A sustentabilidade no setor de saúde é um assunto sempre em pauta. Diante de um cenário de maior expectativa de vida, no qual as pessoas demandam mais cuidados de saúde, e de tecnologias cada vez mais caras, é natural que operadoras, hospitais e demais instituições de saúde encontrem dificuldades para se manter sustentáveis.

No entanto, para os planos de saúde, o cenário parece menos sombrio. As empresas do setor registraram lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões em 2024, um aumento de 271% em comparação com 2023. Este resultado também é superior ao que foi obtido nos três anos anteriores somados. Por outro lado, hospitais e prestadores enfrentam dificuldades financeiras, com margens cada vez mais apertadas e desafios na negociação com planos de saúde.

De acordo com os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa recuperação é resultado da reorganização financeira promovida especialmente pelas operadoras de grande porte, que têm reajustado as mensalidades em patamar superior à variação dos custos com as despesas assistenciais. Além disso, as aplicações financeiras também contribuíram para esses bons números.

Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), explica que esses resultados são provenientes do empenho e resiliência das companhias e dos profissionais do setor. “Embora indiquem uma melhora em relação aos anos anteriores, os resultados seguem abaixo dos patamares pré-pandemia. Em 2024, as mais de 660 operadoras juntas apresentaram um resultado operacional de R\$ 3,96 bilhões, com uma margem de apenas 1,32% sobre a receita total”, observa ele.

O executivo destaca ainda que a percepção de lucro desconsidera o fato de que 44,4% dessas operadoras, responsáveis pelo atendimento e cuidado de 15,2 milhões de beneficiários, fecharam o ano com resultados negativos. “Ainda há muitas barreiras a serem ultrapassadas para que se alcance um nível de sustentabilidade que gere mais tranquilidade e amplie o acesso à saúde pela população.”

A sustentabilidade no setor de saúde é um assunto sempre em pauta. Diante de um cenário de maior expectativa de vida, no qual as pessoas demandam mais cuidados de saúde, e de tecnologias cada vez mais caras, é natural que operadoras, hospitais e demais instituições de saúde encontrem dificuldades para se manter sustentáveis.

No entanto, para os planos de saúde, o cenário parece menos sombrio. As empresas do setor registraram lucro líquido de

R\$ 11,1 bilhões em 2024, um aumento de 271% em comparação com 2023. Este resultado também é superior ao que foi obtido nos três anos anteriores somados. Por outro lado, hospitais e prestadores enfrentam dificuldades financeiras, com margens cada vez mais apertadas e desafios na negociação com planos de saúde.

De acordo com os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa recuperação é resultado da reorganização financeira promovida especialmente pelas operadoras de grande porte, que têm reajustado as mensalidades em patamar superior à variação dos custos com as despesas assistenciais. Além disso, as aplicações financeiras também contribuíram para esses bons números.

Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), explica que esses resultados são provenientes do empenho e resiliência das companhias e dos profissionais do setor. “Embora indiquem uma melhora em relação aos anos anteriores, os resultados seguem abaixo dos patamares pré-pandemia. Em 2024, as mais de 660 operadoras juntas apresentaram um resultado operacional de R\$ 3,96 bilhões, com uma margem de apenas 1,32% sobre a receita total”, observa ele.

O executivo destaca ainda que a percepção de lucro desconsidera o fato de que 44,4% dessas operadoras, responsáveis pelo atendimento e cuidado de 15,2 milhões de beneficiários, fecharam o ano com resultados negativos. “Ainda há muitas barreiras a serem ultrapassadas para que se alcance um nível de sustentabilidade que gere mais tranquilidade e amplie o acesso à saúde pela população.”

A recuperação do setor pode beneficiar toda a cadeia?

Na opinião de Ribeiro, sim. “A recuperação do setor é fundamental para a sustentabilidade e o equilíbrio de todo o sistema suplementar de saúde. Segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), as operadoras de planos de saúde são responsáveis por 80,6% das receitas dos hospitais e 74% das receitas dos laboratórios diagnósticos. Um sistema de saúde saudável é bom para todos, principalmente para a população, que pode contar e se beneficiar com o acesso a serviços de excelência no cuidado e atenção à própria saúde”, analisa Ribeiro.

Para Reginaldo Teófanis, presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), é importante reconhecer que o bom desempenho financeiro das operadoras é um sinal positivo para todo o setor de saúde suplementar. No entanto, para que esse ciclo virtuoso se complete, é essencial que os estabelecimentos de saúde também estejam financeiramente saudáveis.

“A sustentabilidade do sistema passa, necessariamente, por uma relação mais equilibrada e transparente entre operadoras e hospitais. Isso envolve, por exemplo, rever práticas como as glosas excessivas e pouco justificadas, que geram incertezas financeiras e operacionais aos prestadores. Aqui na FBH, a nossa expectativa é que possamos avançar para um modelo de corresponsabilidade, em que operadoras e hospitais caminhem lado a lado, compartilhando riscos, resultados e, principalmente, compromissos com a qualidade assistencial.”

Na opinião de Teófanis, o modelo vigente impõe desafios. Segundo o executivo, a assimetria de poder nas negociações, que hoje pende para as operadoras em detrimento dos estabelecimentos, somada à ausência de um agente regulador de mercado que promova maior equilíbrio entre os elos da cadeia, acaba por fragilizar os prestadores, que muitas vezes operam no limite da viabilidade.

“Ainda que exista o direito legítimo de auditar e glosar serviços quando há inconsistências, o que temos observado é uma banalização desse instrumento, utilizado de forma quase sistemática e, em muitos casos, sem fundamentação adequada. Isso gera instabilidade, imprevisibilidade e insegurança jurídica. A longo prazo, teremos comprometimento de investimentos e da própria permanência de muitos hospitais no mercado.”

Milva Pagano, diretora-executiva da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), reforça a opinião de Teófanis ao compartilhar sua visão de que o modelo atual exerce uma pressão contínua e desproporcional sobre os prestadores, o que pode comprometer a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. “A sustentabilidade do setor depende de um redesenho nas relações, com uma visão mais integrada e colaborativa entre todos os agentes que compõem esse ecossistema.”

Recentemente, a Anahp realizou um evento para debater a recuperação expressiva das operadoras de planos de saúde no ano passado e o agravamento do desequilíbrio com os hospitais, principalmente por conta das glosas e dos prazos de pagamento alongados.

Antônio Britto, diretor-executivo da associação, diz que só haverá equilíbrio se a relação respeitar a necessidade de operadoras e hospitais serem saudáveis financeiramente. “O sistema de saúde suplementar não será sustentável se for bom para um só lado. Estamos falando aqui de um sistema onde os elos da cadeia conversam mal, e isso tem impedido que operadoras e hospitais discutam novas formas de trabalho.”

Segundo ele, quando os diversos atores se sentam à mesa, a discussão gira em torno do fator preço. “Nesse cenário, a conversa não tem futuro e o sistema não vai se ajustar e se recuperar. Temos que mudar o tom da conversa, pois a realidade é que hospitais e operadoras investem pouco na atividade que vai salvar o setor, que é a prevenção e a

promoção da saúde. Não vemos iniciativas importantes de trabalho conjunto nesse sentido.”

Na avaliação de Charles Lopes, especialista em legislação de saúde suplementar e professor da Escola de Negócios de Seguros (ENS), alguns passos são importantes para a manutenção e garantia da saúde suplementar no Brasil, como a transparência nas negociações, estabelecendo-se um diálogo aberto sobre custos e reajustes; a adoção de modelos que remunerem pela qualidade e eficiência dos serviços, como o pagamento por performance; e a revisão periódica dos contratos para que estes reflitam mudanças nos custos e nas necessidades dos serviços.

Riscos do descompasso

Mas quais os riscos, para hospitais e prestadores, desse cenário onde apenas um dos lados parece em vantagem? “Os sinais de alerta estão acesos há um bom tempo. A FBH, em parceria com a CNSaúde, publica anualmente o ‘Cenário dos Hospitais no Brasil’, estudo que traz dados atualizados sobre aberturas e fechamentos de estabelecimentos e leitos da rede privada e filantrópica. O estudo mostra que o país conta atualmente com menos hospitais e menos leitos do que tinha em 2010, há 15 anos”, destaca Teófanis.

Diz ele ainda que esse encolhimento se reflete em uma crise financeira que abala, sobretudo, os hospitais de pequeno e médio portes, que representam 70% de toda a rede hospitalar brasileira e que são, em muitos municípios, a única opção de assistência à população.

“Quando parte significativa dos recursos que deveriam ser repassados aos hospitais é retida, compromete-se a capacidade dessas instituições de manter e melhorar sua estrutura, investir em inovação e contratar profissionais qualificados. O risco não é apenas para os hospitais, mas para toda a cadeia”, diz Teófanis.

O executivo lembra que as operadoras dependem de uma rede prestadora forte e bem estruturada para ampliar sua base de clientes e oferecer serviços de excelência. “Portanto, quando os hospitais sofrem, todo o sistema sente. O que se coloca em jogo não é apenas a saúde financeira das instituições, mas a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.”

Na avaliação de Britto, os riscos desse descompasso já estão mostrando sua face. O primeiro deles está na estagnação do setor de saúde suplementar, que não registra aumento no número de beneficiários desde 2014 – atualmente, são cerca de 52 milhões de usuários.

“O segundo risco também já é real. Hoje, o sistema desperta uma unanimidade irônica: todos se queixam dele – operadoras, hospitais, pacientes, médicos. O que mais precisa acontecer para que percebamos que o sistema é que está com problemas, e que não adianta um dos atores que o compõe buscar uma saída isolada? Ou reformamos a maneira como o sistema funciona hoje, ou ele será ruim para

todos. Em 2024, 41% dos investimentos que estavam previstos pelos hospitais não foram realizados porque eles não conseguem receber das operadoras.”

Teófanês destaca que os hospitais brasileiros têm demonstrado uma notável capacidade de resiliência, mesmo diante de restrições orçamentárias, da alta carga tributária, além dos atrasos nos repasses. Muitos, segundo ele, se esforçam para investir em tecnologia, capacitação de equipes e expansão da infraestrutura.

“No entanto, essa adaptação, em muitos casos, tem sido feita à custa de sacrifícios significativos, como postergação de investimentos ou redução de leitos. Essa não é uma situação sustentável.”

Para Milva, esse desequilíbrio entre os resultados das operadoras e dos hospitais e prestadores pode afetar diretamente a rede oferecida pelos planos de saúde aos beneficiários, comprometendo a qualidade da assistência, o acesso e os diferenciais do atendimento. “Quando não há alinhamento entre operadoras e prestadores, o impacto se espalha por toda a cadeia – e, no centro dela, está o paciente. Sem um esforço conjunto para reequilibrar esse cenário, os efeitos serão sentidos a médio e longo prazo.”

Propostas regulatórias da ANS têm sido debatidas como um possível caminho

A ANS tem proposto alguns caminhos visando à sustentabilidade do setor, como mudanças no sistema de coparticipação, criação de planos que ofereçam apenas consultas e exames, entre outros. Mas até que ponto essas propostas podem efetivamente beneficiar a todos?

Britto diz que a Anahp apoia propostas que fortaleçam o sistema de saúde suplementar e a saúde financeira das operadoras, no entanto, muitas empresas do setor não têm visto com bons olhos a questão de criação de planos ambulatoriais, por exemplo.

Em relação às outras propostas, ele acredita que elas precisam ser melhor esclarecidas. “É preciso que haja uma solução para planos individuais que se tornaram inviáveis e que exista um entendimento sobre formas de coparticipação. O debate está apenas começando. Temos que abrir uma discussão ampla e profunda sobre o que está sendo proposto, mantendo o olhar em uma saída que seja positiva para o setor como um todo.”

Para o presidente da FBH, propostas regulatórias que promovam maior transparência, previsibilidade nos contratos e mecanismos efetivos de resolução de conflitos são fundamentais para o amadurecimento da relação entre operadoras e prestadores.

“Esperamos, por exemplo, que se avance em normas que estabeleçam critérios objetivos e auditáveis para as glosas, bem como instâncias de recurso que realmente funcionem. Além disso, é preciso discutir formas de redistribuir de maneira mais equitativa os resultados positivos do setor. Se queremos um sistema sustentável e centrado no paciente, é indispensável que todos os elos — operadoras, hospitais, profissionais e fornecedores — estejam alinhados e valorizados.”

Milva vê com otimismo as propostas, acreditando que elas podem contribuir para ampliar o acesso, o que tende a atrair mais beneficiários para dentro do sistema e, com isso, gerar maior volume de recursos.

“No entanto, é essencial que essas mudanças sejam acompanhadas de discussões técnicas consistentes e de um olhar atento à qualidade da assistência e à segurança do paciente. A regulação tem papel fundamental nesse processo de reequilíbrio, desde que venha acompanhada de diálogo com todos os setores envolvidos.”

Lopes, da ENS, faz uma avaliação de algumas das propostas e pontua suas considerações:

- **Novo modelo de reajuste para contratos de até mil vidas:** pode proporcionar maior estabilidade e previsibilidade nos reajustes, beneficiando operadoras e prestadores. No entanto, pode haver perda de informações detalhadas.
- **Regras para coparticipação:** definir limites financeiros pode ajudar a controlar os custos para os beneficiários e evitar abusos.
- **Reativação dos planos individuais com reajuste mais flexível:** pode aumentar a competitividade e oferecer mais opções aos consumidores, mas exige renúncia a algumas conquistas.
- **Criação de um plano ambulatorial sem urgência e emergência:** pode reduzir os custos para os beneficiários e aliviar a pressão sobre os hospitais, mas pode criar um produto com menos proteção.

“Essas medidas têm o potencial de equilibrar o ecossistema de saúde suplementar, promovendo a sustentabilidade financeira, mas certamente reduzirão a qualidade dos serviços oferecidos”, comenta o especialista.

Conquistar a sustentabilidade na saúde suplementar é um desafio complexo, mas possível de ser alcançado com ações coordenadas, inovação e foco na eficiência e qualidade do cuidado. O caminho parece estar na conversa e no entendimento entre todos os que fazem parte dessa cadeia.

COMO AS SEGURADORAS ESTÃO SE ADAPTANDO AO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

SEGS – 15/04/2025

Com o aumento da longevidade, empresas investem em produtos personalizados para a terceira idade e buscam soluções para manter o equilíbrio da saúde suplementar

O Brasil está envelhecendo rapidamente. Segundo dados do IBGE, a população com 60 anos ou mais representava 14,7% dos brasileiros em 2022 e deverá ultrapassar os 30% até 2050. Esse fenômeno traz uma série de desafios — especialmente para o setor de seguros, que precisa se adaptar para atender às novas demandas e manter a sustentabilidade do sistema, em especial da saúde suplementar.

“A longevidade é uma conquista, mas também impõe ajustes importantes. A sinistralidade tende a crescer, já que idosos utilizam mais os serviços de saúde. Por isso, é preciso repensar modelos e produtos, oferecendo mais do que proteção: entregando cuidado contínuo e personalizado”, explica Igor Rodrigues, CEO da 3R4 Seguros, corretora especializada em soluções para empresas e famílias.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o índice de sinistralidade dos planos de saúde vem crescendo nos últimos anos, alcançando 87,3% no primeiro trimestre de 2024 — um dos maiores já registrados. Esse aumento está diretamente relacionado à maior utilização de procedimentos, exames e internações por parte da população idosa.

Na visão da corretora, essa realidade pressiona os custos do setor e exige um esforço conjunto entre seguradoras, operadoras e corretores para oferecer soluções que equilibrem qualidade e viabilidade financeira.

Para lidar com esse cenário, seguradoras estão desenvolvendo planos mais adequados às necessidades da terceira idade, com foco em soluções que ofereçam cuidado contínuo e qualidade de vida.

Entre as principais tendências estão a inclusão de redes referenciadas com especialidades geriátricas, programas específicos para o acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, o fortalecimento da telemedicina e do atendimento domiciliar — que garantem mais conforto e eficiência —, além da criação de clubes de benefícios voltados ao bem-estar, com iniciativas focadas em nutrição, atividade física e saúde mental.

“A personalização é o caminho. Não se trata apenas de oferecer um plano de saúde, mas de criar soluções integradas que considerem o estilo de vida do idoso, promovam a prevenção e contribuam para a qualidade de vida”, ressalta o especialista.

Sustentabilidade do sistema exige inovação e gestão ativa

Outro ponto crítico é a sustentabilidade financeira do sistema. Com mais idosos na base de usuários, o custo por vida tende a aumentar. Isso exige uma gestão cada vez mais inteligente e baseada em dados. Nesse sentido, ferramentas de inteligência artificial, análise preditiva e monitoramento contínuo vêm sendo utilizadas para antecipar riscos, evitar desperdícios e garantir o melhor uso dos recursos disponíveis.

A 3R4 Seguros também destaca a importância da educação do consumidor: “A conscientização sobre o uso adequado do plano e o incentivo a práticas saudáveis reduzem o impacto da sinistralidade e beneficiam todo o ecossistema.” O envelhecimento da população brasileira não é uma tendência futura — é uma realidade presente. E diante dela, as seguradoras e corretoras de seguros assumem um novo papel: o de agentes de transformação da saúde, da longevidade e da qualidade de vida.

Para Igor, o momento é de inovação com responsabilidade. “Estamos diante de uma transição demográfica sem precedentes. Precisamos unir tecnologia, empatia e estratégia para garantir que o sistema seja sustentável e que a população idosa tenha o cuidado que merece.”

Sobre a 3R4 Seguros

Com sede em São Paulo, a 3R4 Seguros utiliza uma abordagem inovadora, unindo tecnologia e atendimento humanizado para auxiliar empresas em setores como TI, consultorias e advocacia a gerenciar eficientemente seus planos de saúde. A corretora tem como missão otimizar a experiência dos colaboradores e controlar os custos das empresas, oferecendo soluções personalizadas e estratégicas para a gestão de benefícios.

EMPRESAS DEVEM ADOPTAR PLANOS DE SAÚDE MENTAL PARA GARANTIR O BEM-ESTAR DE SEUS COLABORADORES

SEGS – 14/04/2025

A partir de 26 de maio de 2025, uma nova obrigatoriedade entra em vigor para as empresas brasileiras: elas terão que implementar planos de saúde mental e realizar a avaliação de riscos psicossociais na gestão de Segurança e Saúde no Trabalho.

A saúde mental no ambiente de trabalho se tornou uma questão de crescente preocupação, com o aumento das pressões sobre os colaboradores e o impacto no rendimento das empresas. Segundo pesquisa da It'sSeg Company, corretora de benefícios, o número de afastamentos por transtornos mentais subiu 20% em 2023 em comparação ao ano anterior. Um reflexo direto da sobrecarga emocional e física enfrentada pelos profissionais.

A partir de 26 de maio de 2025, uma nova obrigatoriedade entra em vigor para as empresas brasileiras: elas terão que implementar planos de saúde mental e realizar a avaliação de riscos psicossociais na gestão de Segurança e Saúde no Trabalho.

A mudança está prevista na atualização da Norma Regulamentadora 1 (NR-1), aprovada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) em agosto de 2024. Esta norma exige que as empresas adotem medidas preventivas, ofereçam suporte adequado aos funcionários e avaliem as condições de trabalho que podem gerar estresse excessivo e outros transtornos.

Entre os principais fatores que impactam a saúde mental dos trabalhadores, estão as metas excessivas e cobranças desproporcionais, jornadas de trabalho prolongadas, falta de suporte organizacional, assédio moral e conflitos interpessoais, e a falta de autonomia para a tomada de decisões. Esses problemas têm se intensificado nos últimos anos, gerando um ciclo de estresse crônico e afastamentos.

Para André Minucci, mentor de empresários, o ambiente corporativo precisa estar atento ao bem-estar psicológico de seus colaboradores para garantir não apenas a produtividade, mas um clima saudável no trabalho.

“Investir em saúde mental não é apenas uma exigência legal, mas uma estratégia inteligente. Funcionários que se sentem apoiados e valorizados tendem a ser mais comprometidos e produtivos”, afirma Minucci.

Ele complementa que a implementação de medidas de apoio psicológico e a promoção de uma cultura organizacional mais equilibrada podem ser diferenciais importantes.

“Ações que promovem a saúde mental não são apenas uma resposta a uma obrigação. Elas são fundamentais para que a empresa alcance resultados sustentáveis no longo prazo, preservando a saúde física e emocional dos seus profissionais.”

Para as empresas, isso significa não apenas criar estratégias para lidar com o estresse, mas também promover um ambiente onde o colaborador se sinta seguro, um treinamento de cultura organizacional poderá ajudar o próximo.

A nova obrigação traz consigo uma mudança de paradigma, exigindo que a saúde mental seja tratada com a mesma seriedade que as questões físicas no ambiente de trabalho.

A NR-1 visa, portanto, não apenas prevenir doenças, mas promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo para todos. Com a mudança, as empresas terão que se adaptar para atender às novas exigências legais e implementar programas de saúde mental mais estruturados e eficazes.

ANS DISPONIBILIZA OS ARQUIVOS DE CONFERÊNCIA DO PADRÃO TISS

(Gov) ANS – 14/04/2025

Documentos englobam as competências de janeiro a dezembro de 2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que os arquivos de conferência dos dados do Padrão Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), encaminhados pelas operadoras e incorporados ao banco de dados da ANS, já estão disponíveis. Os documentos englobam as competências de janeiro a dezembro de 2024, contendo os dados que foram recebidos e processados entre os dias 27 e 28/03/2025.

Vale ressaltar que o arquivo fica disponível por, no máximo, 60 (sessenta) dias, a partir do dia 28/03/2025, por meio do

Programa Transmissor de Arquivo (PTA). As operadoras foram informadas sobre o tema por meio do Ofício-Circular nº: 1/2025/COIMO/GPIND/DIRAD-DIDES/DIDES.

Essa ação faz parte do monitoramento do Padrão TISS e tem por objetivo proporcionar às operadoras a possibilidade de conferir todos os dados que foram efetivamente incorporados ao banco de dados nacional de atendimentos da saúde suplementar, verificando possíveis inconsistências ou incompletude de informações. Assim, é possível corrigir quaisquer problemas, dentro das regras do Padrão TISS vigentes.

Em caso de dúvidas ou sugestões, a ANS disponibiliza em seu site a Central de Atendimento e o Disque ANS (0800-701-9656). A operadora poderá registrar demanda junto à Central de Atendimento informando "Monitoramento TISS" no assunto, a fim de que o questionamento seja encaminhado para a avaliação da área técnica. Na demanda, é importante detalhar o problema ou a solicitação, informar o nome do arquivo e a competência à qual se se refere.

Sobre a TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de saúde. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar avaliações e acompanhamentos econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Para mais informações sobre o Padrão TISS, [acesse aqui](#).

ANS ATUALIZA A TABELA DE COMPATIBILIZAÇÃO SIP-TUSS

(Gov) ANS - 11/04/2025

Documento considera versão de março de 2025 da tabela 22 da TUSS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que já está disponível em seu portal a atualização do documento "Compatibilização entre os procedimentos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) e os itens do Sistema de Informações de Produtos (SIP)",

conhecido como Tabela DE-PARA SIP TUSS, de acordo com a versão de março de 2025 da Tabela 22 da TUSS.

Importante esclarecer que, a cada atualização da Tabela 22 da TUSS, a ANS publica uma nova versão da Tabela DE-PARA SIP-TUSS de forma a incorporar as alterações promovidas em códigos e termos. Assim, nesta atualização, foram realizadas as seguintes alterações:

- **Duas inclusões:**

Código da TUSS	Descrição do Item
30905079	Instalação de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE) por toracotomia
30905087	Manutenção de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE)

A Tabela DE-PARA é a correspondência entre os itens assistenciais de envio obrigatório ao SIP e os códigos de procedimentos e eventos da Tabela 22 da TUSS, considerando os conceitos e as definições dos itens assistenciais informados ao SIP, constantes no Anexo da RN 551/2022.

A ANS orienta que as operadoras atualizem as parametrizações para envio dos dados de produção

assistencial ao SIP observando a versão atualizada da Tabela DE-PARA SIP-TUSS para maior qualificação das informações prestadas à ANS.

[Clique aqui](#) para conferir a Tabela de Compatibilização TUSS-SIP, o manual de orientação e outros documentos do SIP.

REVOLUÇÃO DIGITAL: A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL TRANSFORMANDO A EXPERIÊNCIA DE USUÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE

SEGS – 10/04/2025

A evolução tecnológica tem desempenhado um papel central na transformação do setor de saúde suplementar, com a Inteligência Artificial (IA) emergindo como uma das inovações mais impactantes. No passado, a tecnologia no setor concentrava-se em automatizar processos administrativos, como a gestão de contratos e pagamentos. Com o tempo, sistemas mais avançados, como plataformas integradas e ferramentas de monitoramento, passaram a ser utilizados, trazendo mais eficiência. Contudo, foi com a disseminação da IA que o setor deu um salto qualitativo, especialmente durante a pandemia de COVID-19, quando a necessidade de soluções rápidas e acessíveis impulsionou o uso de tecnologias como telemedicina e chatbots inteligentes.

Hoje, a IA está presente em diversas etapas da jornada do beneficiário e das operadoras de planos de saúde, proporcionando benefícios significativos. No momento da contratação, a análise de dados permite oferecer planos personalizados, ajustados às necessidades específicas de cada cliente. Essa tecnologia também possibilita que os serviços sejam continuamente aprimorados com base no feedback dos usuários. Já no atendimento, chatbots têm agilizado processos como o esclarecimento de dúvidas, agendamento de consultas, autorização de exames e direcionamento de pacientes para profissionais ou clínicas mais próximas. A telemedicina, por sua vez, tem se mostrado uma ferramenta valiosa, especialmente no atendimento psicológico, ajudando a organizar horários de pico, reduzir o tempo de espera e monitorar doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Além disso, lembretes automáticos para exames, vacinas e hábitos saudáveis têm contribuído para a prevenção e a gestão de saúde.

Outro aspecto relevante é o combate a fraudes, um desafio que traz prejuízos estimados em cerca de R\$ 34 bilhões anuais ao setor, segundo relatório do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a partir de pesquisa realizada

pela consultoria Ernst & Young. Ferramentas como biometria facial e análise preditiva têm sido amplamente utilizadas para identificar práticas indevidas, como pedidos de reembolso fraudulentos. Essas inovações reforçam a segurança e a privacidade dos beneficiários, reduzem perdas para as operadoras e, consequentemente, ajudam a conter prováveis perdas para o todo o sistema, já que estamos falando de uma atividade que tem como premissa o mutualismo.

O futuro da IA na saúde suplementar é promissor, com tendências que apontam para avanços ainda mais impactantes. A medicina preventiva deve ganhar força com sensores e dispositivos vestíveis conectados a sistemas inteligentes, permitindo monitoramento contínuo e alertas precoces sobre possíveis problemas de saúde. O atendimento hiper personalizado, por sua vez, será ampliado com o uso de big data e a análise de históricos médicos, possibilitando tratamentos cada vez mais adaptados às características individuais dos pacientes. Além disso, a telemedicina pode ser capaz de expandir para mais especialidades, consolidando-se como uma alternativa acessível e eficaz para o primeiro cuidado médico.

Os investimentos em inovação têm sido crescentes no setor, com foco em cibersegurança, combate a fraudes e desenvolvimento de plataformas digitais que melhorem a experiência do beneficiário e a eficiência operacional. A IA, que antes era vista como uma tecnologia do futuro, torna-se indispensável no presente, transformando o setor de saúde suplementar em um ambiente mais seguro, personalizado e sustentável. À medida em que as operadoras continuam a investir em novas soluções, o futuro aponta para um sistema de saúde mais inteligente e acessível, capaz de atender às demandas crescentes da sociedade moderna.

Sylvio Vilardi é diretor da Bradesco Saúde.

STF COMEÇA A ANALISAR HOJE A VALIDADE DE LEI QUE ACABOU COM ROL TAXATIVO DA ANS

O Globo – 10/04/2025

Legislação foi aprovada em 2022 e questionada por planos de saúde.

O Supremo Tribunal Federal (STF) começa a analisar nesta quinta-feira a validade de uma lei aprovada em 2022 que acabou com o chamado rol taxativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na prática, essa lei ampliou a cobertura dos planos de saúde, que passaram a ter que oferecer e custear tratamentos e procedimentos previstos fora da lista da agência.

O caso foi incluído em pauta apenas para leitura do relatório e manifestações das partes e entidades admitidas no processo. Os votos serão apresentados em sessão futura, ainda sem data definida.

A lei foi contestada pela União Nacional das Instituições de Autogestão Em Saúde (Unidas). A entidade alega que os atos normativos desrespeitam o caráter complementar da assistência à saúde exercida pela iniciativa privada, porque, ao reconhecer a exigibilidade de tratamentos médicos não

previstos no rol da ANS, terminam por exigir das operadoras mais do que o imposto ao Sistema Único de Saúde.

Também sustenta haver violação à função reguladora do Estado. Por fim, argumenta com a violação ao princípio da livre iniciativa, da isonomia, da proteção ao ato jurídico perfeito, da soberania e da segurança jurídica.

A lei foi aprovada como uma resposta do Legislativo à decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que entendeu, em 2022, que o rol é taxativo — isto é, os planos não são obrigados a cobrir serviços que não constam na lista da ANS. O rol inclui mais de 3 mil serviços médicos, que vão de consultas, exames, terapias e cirurgias a medicamentos,

órteses e próteses vinculados aos procedimentos, mas órgãos de defesa do consumidor argumentam que não pode ser usado para descartar tratamentos não listados.

A lei passou a reconhecer a cobertura para tratamentos não previstos na lista da ANS, responsável por regular o setor, desde que sua eficácia seja comprovada cientificamente. A prescrição também tem de obedecer às recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou de órgãos de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o 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

© 2018 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.