

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de abril de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Saúde traça estratégias para lidar com o envelhecimento da população](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS realiza oficina Promoprev 2025](#) - Fonte: (GOV) ANS

[Inflação médica pressiona reajuste dos planos de saúde em 2025](#) - Fonte: Carta Capital

[ANS não prevê pagamento obrigatório de 'plano de saúde' de R\\$ 100](#) - Fonte: Estadão

[Planos de saúde: ANS quer regras para reajuste dos contratos coletivos e aumento extra dos individuais](#) - Fonte: O Globo

[MPF notifica ANS e pede mais estudos para criação de plano de saúde sem pronto-socorro e internação](#) - Fonte: O Globo

[Planos de saúde superam crise pós-pandemia e retomam lucratividade: Cenário exige ajustes e sustentabilidade de longo prazo](#) - Fonte: Revista Cobertura

[SP ganha mais de 300 mil usuários em planos de saúde, rj perde 100 mil](#) - Fonte: Saúde Business

[Hospitais melhoram eficiência, mas enfrentam alta de glosas e rotatividade, aponta Anahp](#) - Fonte: Saúde Business

[Acreditação: Um marco para a qualidade e excelência nos planos odontológicos](#) - Fonte: SEGS

[Avanços e desafios no cuidado ao tea: o papel da saúde suplementar em foco](#) - Fonte: IESS

[A cobertura dos planos de saúde nas mãos do STF](#) - Fonte: Estado de Minas

SAÚDE TRAÇA ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Valor Econômico – 30/04/2025

Projeções sobre a população feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam o tamanho do desafio que a saúde no Brasil tem pela frente. Se entre 2000 e 2023 o percentual de idosos - pessoas com 60 anos ou mais - subiu de 8,7% da população (15,2 milhões de pessoas) para 15,6% (33 milhões), em 2070 eles serão mais de um terço dos habitantes, com 37,8% de participação (75,3 milhões). Esse envelhecimento da população eleva a incidência de doenças crônicas, que demandam cuidados contínuos e ampliam as despesas com saúde.

Cálculos do governo para o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) 2025 indicaram que, devido ao crescimento e envelhecimento populacionais, o gasto público em saúde aumentará R\$ 67,2 bilhões entre 2024 e 2034. Esse valor inclui despesas com assistência farmacêutica, como o programa Farmácia Popular, além de atenção de média e alta complexidade, como os atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor de saúde suplementar, as operadoras de planos, têm adotado cada vez mais iniciativas para lidar com essa transformação no perfil demográfico do país.

A abrangência do SUS envolve prevenção, reabilitação, acesso a medicamentos e atenção multiprofissional. Uma das ações, segundo o Ministério da Saúde, foi tornar o programa Farmácia Popular 100% gratuito e incluir fraldas geriátricas para a parcela mais idosa dos brasileiros. Também iniciou, em janeiro deste ano, uma pesquisa para revisar e aprimorar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

No setor privado, dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), elaborados pela Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), mostram que o total de beneficiários de planos de saúde com 60 anos ou mais subiu, entre 2019 e 2024, de 6,6 milhões para 7,9 milhões, o equivalente 19,3% de alta.

Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge, diz que as operadoras já incorporaram o processo de envelhecimento ao seu modelo de funcionamento, baseado no mutualismo - no qual o equilíbrio depende da solidariedade entre faixas etárias. "O envelhecimento pode e deve ser planejado", diz. "Ao contrário de fatores imprevisíveis, como fraudes e judicialização excessiva, que desestabilizam o sistema de saúde de forma abrupta."

As empresas de planos de saúde estão atentas. Na Amil, uma das maiores do setor, as estratégias incluem programas de prevenção de doenças e de acompanhamento e tratamento dos beneficiários que já têm enfermidades. Em geral, são doenças crônicas como hipertensão, diabetes, câncer ou

problemas respiratórios. "Os clientes são identificados com o apoio da tecnologia e conduzidos a consultas regulares, monitoramento remoto e ações preventivas", diz Renato Manso, CEO da Amil.

Na Bradesco Saúde, outra das principais empresas do setor, há também programas de prevenção e promoção de hábitos saudáveis que contam com a adesão de mais de 160 empresas, totalizando cerca de 1,2 milhão de beneficiários.

Segundo a diretora de serviços ao segurado e gestão médica da Bradesco, Thaís Jorge, avaliações feitas antes, durante e depois da adesão ao programa indicam redução de 8% no sedentarismo e de 47% na frequência de internações. Isso não só ajuda a diminuir despesas da operadora como melhora o absenteísmo nas empresas.

Outros programas oferecem cuidado coordenado, reforçando a relação médico-paciente. É feito em parcerias com diversos hospitais, para atendimento em diferentes especialidades. Um deles é voltado para usuários a partir de 60 anos - que tem 44% dos participantes entre 69 e 78 anos. Proporcionou redução de 75% nas idas a prontos-socorros após três anos de entrada no programa.

O envelhecimento da população, observa o diretor-executivo da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), Antônio Britto, chegou sem a prévia valorização da prevenção e a promoção da saúde. Como consequência, ampliou a incidência de doenças crônicas. "Impactou não só em custos financeiros, mas também na qualidade de vida das pessoas", diz.

Para Britto, a saúde suplementar não se sustenta pelo modelo atual e precisa de uma reforma urgente, devido à alta dos custos da saúde. Isso porque, segundo ele, não existe uma estratégia unificada da cadeia setorial para enfrentar o problema, que tende a se agravar com o peso da maior demanda pelos idosos.

Britto lembra que, no caso dos hospitais, há um aumento expressivo nas glosas (suspensão de pagamentos pelas operadoras), o que interfere no fluxo de caixa e limita a capacidade de investimento em infraestrutura, tecnologia e ampliação de serviços. "Os hospitais são o único local do setor de saúde onde estão diretamente presentes todos os seus segmentos e o que vemos são todos reclamando da falta de recursos", afirma.

Na visão de especialistas, os desafios para enfrentar o envelhecimento da população são muitos, para ambos os setores, público e privado. Jorge Félix, pesquisador da Fapesp de pós-doutorado no Centre de la Recherche Scientifique (CNRS), em Paris, e membro da rede Cuidados,

Direitos e Desigualdades (CuiDDe), ressalta que o Brasil tem de atender a transição demográfica em curso enquanto a demanda infantil permanece elevada.

“Esse quadro exige a elevação do investimento no Sistema Único de Saúde. Nas últimas décadas, verifica-se um desfinanciamento do sistema ao mesmo tempo em que os custos de saúde, com o avanço tecnológico, são cada vez maiores.”

E a saúde suplementar, segundo Félix, “é inviável com a população envelhecendo tão rapidamente, porque a exigência de retorno sobre o investimento é muito alta”. Ele lembra que as pessoas idosas estão se endividando por conta

do custo do plano de saúde ou gastos do próprio bolso. “São 13 milhões de idosos negativados no Serasa”, afirma.

Para o professor da Unicamp Cármino de Souza, é importante preparar os sistemas de saúde público e privado para o processo de envelhecimento fortalecendo a rede de atenção básica, para as ações de prevenção e diagnóstico precoce. Em outra frente, será necessário a criação de centros integrados e avançados para doenças degenerativas mais prevalentes, como câncer e as cardiovasculares.

“Devemos fazer um planejamento plurianual com esta finalidade, já que nos próximos anos nossa população começará a diminuir. Talvez tenhamos uma pirâmide etária “invertida” e então será muito difícil enfrentar este problema sem estarmos preparados”, ressalta Souza.

ANS REALIZA OFICINA PROMOPREV 2025

(Gov) ANS – 29/04/2025

Operadoras interessadas devem ser inscrever até 6/5

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza a Oficina do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) na Saúde Suplementar - 2025 nos dias 7 e 8/5 e convida as operadoras de planos de saúde, em especial as operadoras com programas de Promoprev aprovados.

O objetivo do encontro, que será realizado no formato remoto via Teams, é aprofundar os conhecimentos na iniciativa Promoprev e esclarecer dúvidas.

Na oportunidade, serão abordados os seguintes temas:

- Como estruturar e cadastrar um programa Promoprev;
- Saúde populacional e estratificação de riscos da carteira;
- Monitoramento;
- Apresentação de um programa Promoprev (análise de caso hipotético).

Ao final das apresentações, haverá tempo para esclarecimento de dúvidas.

Para participar, basta realizar a inscrição escolhendo apenas um dos horários listados abaixo, já que as duas sessões terão o mesmo conteúdo. Cada operadora poderá indicar até dois representantes:

- 7/05 - 10h às 12h - 200 vagas

Para se inscrever [clique aqui](#)

- 8/05 - 14h às 16h - 200 vagas

Para se inscrever [clique aqui](#)

A confirmação e o link da sala virtual serão enviados para o e-mail cadastrado na inscrição. Caso encontre problema para se inscrever, envie e-mail para eventos@ans.gov.br

Promoprev

Desde 2004, a ANS define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças as iniciativas que contêm um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

INFLAÇÃO MÉDICA PRESSIONA REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE EM 2025

Carta Capital – 29/04/2025

Alta nos custos hospitalares chega a 16,9% e exige novas estratégias de gestão para empresas e famílias

Inflação médica avança acima da inflação geral

O aumento dos custos com planos de saúde em 2025 supera com folga a inflação oficial. Enquanto o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) fechou o último ano em 4,5%, a inflação médica hospitalar registrou alta média de 16,9%, segundo dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde.

Essa diferença, que já era observada nos anos anteriores, ganhou força com a retomada dos atendimentos eletivos pós-pandemia e a incorporação de tecnologias médicas com valores elevados.

Novas tecnologias e aumento da demanda pressionam o sistema

Entre os fatores que explicam a disparidade, estão o uso ampliado de exames mais detalhados, tratamentos personalizados e uma maior procura por atendimento, inclusive preventivo.

De acordo com Leandro Giroldo, CEO da corretora Lemmo, “a conta não fecha porque o sistema ficou mais caro para todos”.

Além disso, há impacto da judicialização da saúde. Decisões que obrigam o custeio de procedimentos não previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acabam distribuindo os custos entre todos os beneficiários.

ANS NÃO PREVÊ PAGAMENTO OBRIGATÓRIO DE ‘PLANO DE SAÚDE’ DE R\$ 100

Estadão – 28/04/2025

Agência propôs criação de produto regulamentado que funciona como cartões de desconto em atendimento de saúde, que já existem

Uma proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor de planos de saúde do Brasil, vem sendo tirada de contexto em publicações que circulam nas redes sociais. Posts no Instagram e mensagens no WhatsApp, por exemplo, alegam que o governo federal pretende criar um “plano de saúde” obrigatório de R\$ 100.

Na verdade, o órgão abriu consultas à sociedade para a criação de um novo produto, que funcionaria como os cartões já existentes no mercado que dão descontos em consultas e exames. Atualmente, essas ofertas não são regulamentadas e não passam por fiscalização.

Ainda não foram detalhadas as características e funcionamento do novo produto da ANS, mas a agência afirmou à reportagem que não se fala em obrigatoriedade de adesão pelo cidadão.

“A proposta trata de um produto privado que serviria como alternativa ao cidadão que desejasse ter uma nova forma de acesso a serviços de saúde”, comunicou.

Até o momento, o órgão propôs um “sandbox regulatório”, chamado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames”. O sandbox regulatório é um ambiente em que a agência suspende ou flexibiliza temporariamente a obrigatoriedade do cumprimento de normas da sua competência. Isso permite que empresas possam

Reajuste atinge empresas e famílias

O cenário afeta diretamente o setor empresarial. Segundo Giroldo, “muitas empresas enfrentam dificuldades para manter os contratos sem reduzir a cobertura ou transferir parte dos custos aos funcionários”.

Já para consumidores individuais e famílias, o aumento pesa especialmente sobre idosos e pessoas com doenças crônicas, que dependem do plano para atendimento regular e contínuo.

Estratégias para conter os gastos com saúde

Frente ao cenário, especialistas recomendam revisar as coberturas contratadas, negociar reajustes e adotar práticas de uso consciente.

Programas de prevenção, modelos com coparticipação e o uso de dados para antecipar o consumo são caminhos apontados como medidas viáveis para conter os custos sem comprometer o acesso ao serviço.

experimentar e testar, em pequena escala, produtos e serviços inovadores.

Esses testes são acompanhados pela ANS para avaliar benefícios e riscos que possam trazer à sociedade. Posteriormente, é decidido se o produto será incorporado no arcabouço regulatório.

Quais os próximos passos?

Em 18 de fevereiro, foram abertas as consultas públicas sobre o assunto, encerradas em 4 de abril. Ao Verifica, a ANS informou que agora está analisando as contribuições recebidas para em seguida apresentar os resultados obtidos. Qualquer informação sobre as características e funcionamento do produto dependem do encerramento dessas análises.

Caso a proposta siga adiante, as operadoras que quiserem participar do ambiente experimental deverão criar e registrar um novo produto seguindo as diretrizes propostas pela ANS. Depois disso, o órgão regulatório fará uma avaliação para decidir se o modelo pode continuar ou se será descontinuado.

A adesão custará R\$ 100?

Em um vídeo viralizado nas redes sociais, o deputado Gustavo Gayer (PL-GO) afirma que o governo pretende criar um programa onde, mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS), as pessoas terão que pagar um plano de saúde no valor de R\$ 100.

A alegação de obrigatoriedade não tem embasamento - a proposta em discussão não fala sobre a intenção de a adesão ser forçada. Também não se sabe ao certo qual será o valor cobrado pelo novo produto. Em fevereiro, a CNN informou que a projeção da agência é de que o custo fosse de até R\$ 100.

Em entrevista à CNN, na mesma época, o diretor de Normas e Habilitação de Novos Produtos da ANS, Alexandre Fioranelli, explicou que o foco da proposta era oferecer cobertura para consultas em todas as especialidades médicas e para exames definidos no rol da ANS.

O produto seria voltado aos cidadãos que atualmente utilizam cartões de desconto para clínicas populares. Não seriam contemplados, por exemplo, serviços de internação ou atendimento de urgência.

O gabinete do deputado Gustavo Gayer foi procurado, mas não enviou resposta.

Qual a motivação da ANS para apresentar a proposta?

Uma apresentação de Alexandre Fioranelli, disponível no site da ANS, detalha os motivos que levaram a agência a propor o produto.

Conforme o documento, o órgão identificou uma redução substancial da oferta de planos de contratação individual ou familiar no mercado de saúde suplementar, principalmente por operadoras de grande porte.

As operadoras têm priorizado ofertas para pessoas que tenham vínculo com uma empresa ou com o serviço público. Isso faz com que consumidores sem esse tipo de vínculo, como trabalhadores informais, desempregados e idosos, tenham dificuldade para ingressar em um plano de saúde.

Dentre as consequências dessa demanda reprimida, ou seja, da existência de pessoas que gostariam de contratar um plano de saúde, mas não conseguem, estão a sobrecarga do SUS e a expansão do mercado não regulado, como os cartões de desconto e clínicas populares que já são comuns.

Conforme a ANS, a necessidade da população, limitada pela capacidade do SUS, acabou consolidando o mercado paralelo, sem regulação, dos cartões de desconto e de clínicas populares.

A agência estima que 10 milhões de brasileiros que atualmente usam esses serviços podem ser absorvidos pelo novo produto, caso aprovado, e que mais 10 milhões possam ser inseridos na saúde suplementar.

PLANOS DE SAÚDE: ANS QUER REGRAS PARA REAJUSTE DOS CONTRATOS COLETIVOS E AUMENTO EXTRA DOS INDIVIDUAIS

O Globo – 28/04/2025

'Combo de medidas' proposto pela agência reguladora prevê mudanças nos critérios de reajuste dos planos coletivos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) começou a analisar nesta segunda-feira o pacote de medidas que mudam a política de preços dos planos de saúde. As propostas incluem, entre outros pontos, a criação de regras para o aumento dos contratos coletivos e autoriza a cobrança de um aumento extra dos planos individuais e familiares.

O combo de medidas foi proposto em outubro de 2024 pela agência reguladora. O projeto passou por audiências e consultas públicas e recebeu contribuições da sociedade. Entre dezembro e fevereiro, o pacote recebeu 2,5 mil sugestões de 307 entidades, a maioria operadoras de planos e entidades representativas das empresas.

Agora, um projeto final com as proposições da agência foi levado à apreciação pela Diretoria Colegiada do órgão. Os diretores começaram a votar pela continuação do projeto, mas a Diretoria de Fiscalização pediu análises complementares e o tema deve voltar à votação noutra data, ainda a ser definida.

A proposta proíbe o acúmulo de índices (financeiro e sinistralidade) para o cálculo do reajuste dos planos coletivos. Diferente dos individuais, os planos coletivos não têm um

percentual máximo de aumento definido pela ANS, e a correção anual é negociada entre a operadora e a empresa contratante.

A agência quer que a correção anual dos contratos coletivos se dê por índices financeiros e variação da despesa assistencial, e que a sinistralidade entre na conta de forma complementar. Esse índice, que representa a fatia da receita da operadora que é usada para custear a assistência médica dos usuários, deve ser de, no mínimo, 72%.

Reajuste extra

Outro ponto proposto pela ANS é a chamada revisão técnica dos planos individuais e familiares. O instrumento serve para que as operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro possam ter reajustes "excepcionais" — ou seja, além do aumento anual e acima do teto estabelecido pela ANS para o tipo de contrato. Se aprovado pelos diretores da agência, essa regra começa a valer já a partir de janeiro de 2026.

Para pedir o aumento extra, a carteira de planos individuais da operadora precisará estar em desequilíbrio econômico-financeiro há pelo menos três anos.

Se o pedido for aprovado pela ANS, o reajuste extraordinário deverá acontecer no aniversário do contrato e de forma

cumulativa ao reajuste anual, num percentual conjunto limitado a 20%. Se o percentual for superior a isso, o aumento deverá ser diluído entre três e cinco anos.

A operadora não poderá pleitear uma nova revisão técnica em até cinco anos após o primeiro pedido. O aumento extra também não poderá incidir em contratos com menos de cinco anos de duração.

Coparticipação de fora

MPF NOTIFICA ANS E PEDE MAIS ESTUDOS PARA CRIAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM PRONTO-SOCORRO E INTERNAÇÃO

O Globo – 25/04/2025

Proposta de planos estritamente ambulatoriais preocupa órgãos de defesa do consumidor e sofre oposição de empregados da agência reguladora.

O Ministério Público Federal (MPF) encaminhou uma nota técnica à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pedindo novos estudos e a reformulação da proposta que cria planos de saúde estritamente ambulatoriais. Esse modelo de contrato simplificado e mais barato prevê que as operadoras ofereçam aos usuários apenas consultas eletivas e exames, sem cobertura para serviços como emergência, internação, terapias e outros serviços.

Segundo a Comissão de Saúde da Câmara do Consumidor e da Ordem Econômica (3CCR) do MPF, a proposta da agência "apresenta falhas importantes que precisam ser sanadas antes da oferta do produto ao mercado". O tema é visto com preocupação por entidades de defesa do consumidor e até servidores do órgão regulador.

O documento destaca que a agência não realizou estudos técnicos de análise de impacto regulatório e que falta participação de representantes do Ministério da Saúde nas discussões. Isso porque, já que esses contratos cobririam apenas atendimentos básicos, caberia ao Sistema Único de Saúde (SUS) atender as necessidades não cobertas, como exames complexos, cirurgias e tratamentos.

"Os planos de saúde restritos podem comprometer a coordenação e a integralidade do cuidado para os pacientes, que transitariam entre o setor privado com cobertura limitada e o SUS. Serviços de média e alta complexidade demandam mais investimento do que o atendimento primário, com possíveis impactos no orçamento do SUS", diz o texto.

Risco de rebaixamento

Para a Procuradoria, outro risco é a migração de usuários de planos individuais mais completos para os mais restritos — e mais baratos — o que poderia onerar o SUS nos atendimentos de média e alta complexidade. De outro lado, diz o texto, há a possibilidade de que as empresas passem a

Na proposta inicial, a ANS queria limitar a 30% da mensalidade a cobrança de coparticipação e franquia, e criar um limite de coparticipação a 30% do valor do procedimento. Além disso, haveria uma lista de procedimentos isentos de cobrança, como aqueles relacionados a terapias crônicas, oncologia, hemodiálise e alguns exames preventivos.

Mas a agência decidiu por analisar os temas por mais tempo. A obrigação de venda on-line também ficou para depois.

oferecer modalidades populares para seus funcionários em razão do custo mais baixo.

"Esse movimento pode levar a um rebaixamento geral da qualidade dos serviços no sistema de saúde como um todo", alerta o documento.

A ANS defende o produto para atender a parcela da população que não consegue pagar um plano tradicional e que acaba recorrendo ao mercado de cartões de desconto, serviço prestado geralmente por clínicas populares onde o usuário paga uma mensalidade que garante redução no preço de consultas e exames laboratoriais.

Atualmente, cartões de desconto não são regulados, mas o crescimento do setor chamou a atenção da ANS. Estimativas da agência dão conta de que 60 milhões de brasileiros usam esses serviços. Dados do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) mostram que esse mercado cresceu 200% entre 2010 e 2022.

— As pessoas que contratam esses produtos e serviços não contam com qualquer tipo de supervisão estatal para lhes garantir proteção — argumentou Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, durante audiência pública sobre o tema em fevereiro.

Segundo Fioranelli, a medida atende decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) de que cabe à ANS regular o setor. Apesar disso, especialistas argumentam que a proposta de criação dos planos limitados não inclui as clínicas populares, permitindo apenas que operadoras de planos de saúde ofereçam o produto, ainda em caráter experimental.

Para o MPF, produtos mais restritos não podem ser considerados como planos de saúde, porque não estão sujeitos às regras de proteção dos usuários, como as que tratam da garantia de cobertura obrigatória, prazos máximos de atendimento e reajustes controlados. Nesse sentido, o MPF sugere que a agência constitua um regramento distinto para esses produtos para proteger o consumidor.

Depois de audiência pública sobre o tema, a ANS abriu uma consulta pública sobre a criação do plano restrito. O prazo para envio de sugestões terminou no dia 4. Ainda não há prazo para que o relatório seja divulgado.

No documento, a Procuradoria diz que reformular a proposta e reabrir as discussões com o Ministério da Saúde "poderá conferir uma proteção mais adequada" aos consumidores.

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, até a manhã desta sexta-feira (25/04), não identificou o recebimento da referida nota técnica do Ministério Público Federal (MPF).

PLANOS DE SAÚDE SUPERAM CRISE PÓS-PANDEMIA E RETOMAM LUCRATIVIDADE: CENÁRIO EXIGE AJUSTES E SUSTENTABILIDADE DE LONGO PRAZO

Revista Cobertura – 25/04/2025

Após anos de prejuízo impulsionado pela pandemia, setor de saúde suplementar começa a retomar o equilíbrio financeiro.

Depois de atravessar um dos períodos mais desafiadores da história recente, o setor de planos de saúde começa a dar sinais claros de recuperação. De acordo com dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor encerrou 2024 com R\$2,5 bilhões em lucro operacional, representando um salto significativo em relação aos anos anteriores, especialmente considerando os prejuízos acumulados durante e após a pandemia da Covid-19.

Entre 2020 e 2022, as operadoras enfrentaram uma combinação crítica de aumento exponencial de sinistralidade, adiamento de cirurgias eletivas e crescimento dos custos assistenciais, que comprometeu severamente os resultados financeiros. Foi um período marcado por instabilidade, readequações e uma corrida por eficiência para preservar a sustentabilidade dos serviços.

Segundo análise da SulAmérica, uma das maiores operadoras do país, os ajustes implementados foram fundamentais para a reversão desse quadro. Entre eles, destacam-se a adoção de modelos mais sustentáveis de remuneração médica, o incentivo à atenção primária, o uso de tecnologia e telemedicina e a gestão mais rigorosa dos recursos assistenciais.

Para a Innoa Seguros, corretora especializada em planos corporativos, o momento exige não apenas a celebração dos resultados positivos, mas principalmente um olhar estratégico sobre o futuro do setor. "A pandemia foi um divisor de águas. Tivemos que rever tudo: modelos de contratação, entendimento do perfil epidemiológico das carteiras, jornada do cliente e o próprio papel das corretoras no processo de

A Agência ressalta ainda que segue com as análises das contribuições recebidas pela Consulta Pública 151 e na Audiência Pública 52 e que todas as questões serão analisadas juntamente com as demais contribuições. "Dessa forma, a tomada de decisão da diretoria colegiada levará em consideração todas as manifestações recebidas pela ANS", afirmou.

A ANS informou ainda que, no momento, não há como fazer previsão de data para a divulgação dos resultados das participações sociais.

educação em saúde", afirma Rodrigo Pedroni, CEO da empresa.

Segundo o executivo, a recuperação financeira deve ser entendida como um reflexo de medidas estruturais, mas também de um maior engajamento de empresas e beneficiários na gestão de saúde. "Hoje, é nítido que quem investe em prevenção, acompanhamento clínico e gestão populacional reduz custos e melhora a experiência dos usuários. As empresas estão mais conscientes disso, e as operadoras, mais abertas à inovação", reforça Pedroni.

A Innoa tem apostado em programas de bem-estar corporativo, gestão de sinistralidade e consultoria ativa na escolha dos planos para seus clientes. Para a corretora, a transparência nos reajustes, o equilíbrio dos contratos e a personalização das soluções serão os diferenciais de quem deseja crescer de forma sustentável nesse novo ciclo do setor.

"O lucro é um indicativo importante, mas não pode ser o fim. Nosso foco deve continuar sendo o cuidado com as pessoas, de forma eficiente e acessível. O setor está amadurecendo e é preciso aproveitar esse momento para consolidar um sistema mais inteligente, integrado e centrado na saúde do beneficiário", conclui Pedroni.

A diretora comercial São Paulo e Sul da SulAmérica, Adriana Lins, explica que tem percebido um aumento de demanda por atendimento e produtos personalizados. "É uma tendência que temos observado e investimos em inovação e segmentação do portfólio. Visamos oferecer soluções que acompanhem essas mudanças, com qualidade e eficiência nos produtos, além de um excelente custo-benefício para brasileiras e brasileiros", diz.

SP GANHA MAIS DE 300 MIL USUÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE, RJ PERDE 100 MIL

Saúde Business – 25/04/2025

Estudo do IESS revela disparidade entre os dois maiores estados do País; crescimento é impulsionado por planos empresariais, mas planos individuais seguem em queda.

O mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta realidades opostas nas duas principais economias do País. Segundo a 104ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), publicada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), São Paulo liderou o crescimento do setor em fevereiro de 2025, com a adesão de 315,5 mil novos beneficiários em planos médico-hospitalares – um avanço de 1,8% em relação ao mesmo período do ano anterior.

Na contramão, o Rio de Janeiro registrou a maior retração do País: foram 101,2 mil vínculos a menos na comparação anual, uma queda de 1,8%.

Os dados reforçam o contraste entre os dois estados mais ricos do Brasil. “A comparação entre Rio e São Paulo evidencia um cenário de contrastes marcantes dentro da região mais desenvolvida do País. Enquanto um estado atrai beneficiários, o outro perde participação”, analisa José Cechin, superintendente executivo do IESS. “Isso representa um desafio para o planejamento do setor.”

Planos coletivos empresariais impulsionam crescimento nacional

No cenário nacional, o número total de beneficiários chegou a 52,1 milhões em fevereiro, um acréscimo de 912,7 mil vínculos em 12 meses – alta de 1,8%. A taxa de cobertura nacional estimada é de 24,4%.

O crescimento foi puxado, principalmente, pelos planos coletivos empresariais, que somam atualmente 37,7 milhões de beneficiários, com expansão de 3,7% no período. Esse modelo já representa 72,1% dos vínculos médico-hospitalares. Por outro lado, os planos individuais ou familiares continuam em queda, com redução de 89,5 mil beneficiários no último ano, retração de 1%.

Perspectivas para o setor ainda são incertas

Apesar do avanço, o futuro ainda inspira cautela. “O crescimento dos vínculos é positivo, mas ainda não é possível garantir que esse comportamento vai se manter”, pondera Cechin. “Vai depender muito do ritmo de crescimento da economia nos próximos meses.”

[A íntegra da NAB 104 está disponível no site do IESS.](#)

HOSPITAIS MELHORAM EFICIÊNCIA, MAS ENFRENTAM ALTA DE GLOSAS E ROTATIVIDADE, APONTA ANAHP

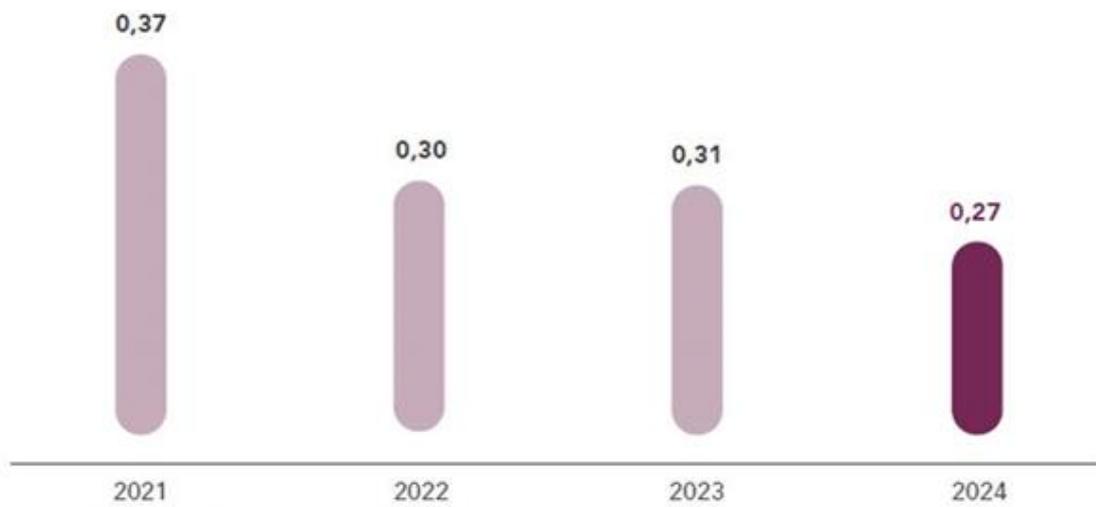
Saúde Business – 24/04/2025

Nova edição do Observatório Anahp revela queda na mortalidade e no tempo de internação, mas destaca desafios financeiros e de gestão de pessoas na saúde suplementar.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) acaba de lançar a edição 2025 do Observatório Anahp, publicação que reúne dados e análises sobre a qualidade e a eficiência hospitalar no Brasil. A nova edição apresenta indicadores de desempenho de hospitais privados e destaca avanços, desafios e tendências que impactam a gestão hospitalar no contexto da saúde suplementar.

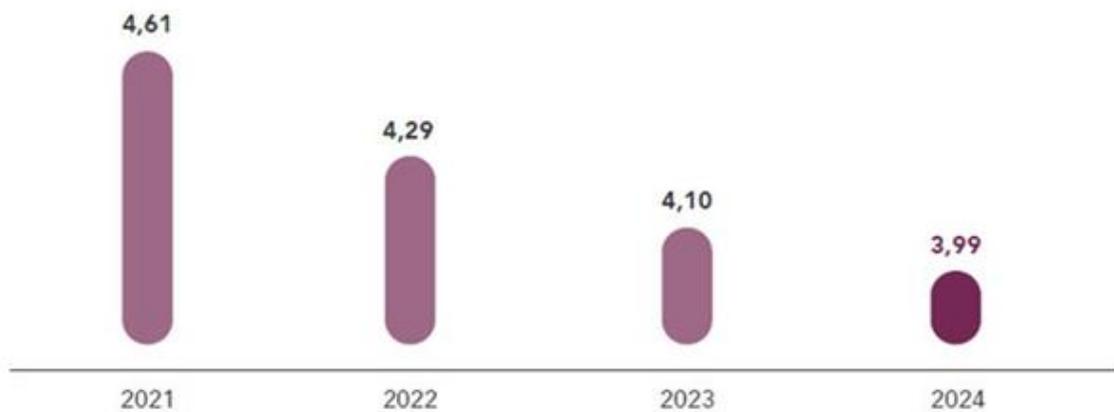
Disponível gratuitamente no site da entidade, o relatório destaca tendências que exigem respostas estratégicas e maior articulação entre os diferentes agentes do sistema de saúde. Entre os avanços registrados estão a redução da mortalidade operatória e a queda no tempo de internação – os menores índices dos últimos anos, com 0,27% e 3,99 dias, respectivamente. Também se observa maior adesão a protocolos clínicos e aumento da taxa de ocupação hospitalar, que chegou a 78,97%, refletindo uma busca contínua por mais eficiência e melhores resultados assistenciais.

Mortalidade operatória (%)



Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

Média de permanência nos hospitais Anahp (dias)



Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.



Sinais de alerta: glosas, inadimplência e rotatividade

Apesar dos avanços, o estudo acende o alerta para desafios que impactam diretamente a sustentabilidade financeira e a gestão de pessoas nas instituições de saúde. Um dos principais problemas é o crescimento das glosas, que

representam valores recusados ou não pagos pelas operadoras de saúde. A média de glosa inicial gerencial saltou de 11,89% em 2023 para 15,89% em 2024 entre os hospitais associados à Anahp. Já o índice de recebimento gerencial caiu de 91,27% para 88,61%, e a inadimplência das operadoras cresceu de 49,96% para 61,53%.

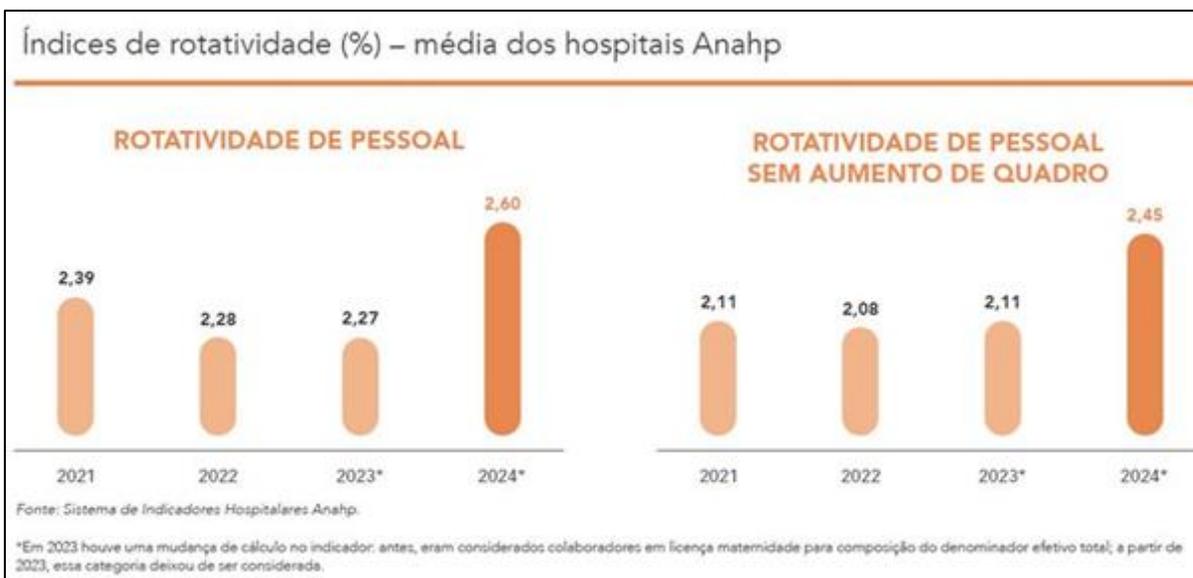
Indicadores gerenciais (%) – média dos hospitais Anahp

| Indicador | 2023 | 2024 |
|---|-------|-------|
| Glosa inicial das operadoras de planos de saúde (indicador gerencial) | 11,89 | 15,89 |
| Índice de recebimento (indicador gerencial) | 91,27 | 88,61 |
| Inadimplência das operadoras de planos de saúde (indicador gerencial) | 49,96 | 61,53 |

Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

Outro ponto de atenção é a rotatividade de pessoal, que passou de 2,27% para 2,60% no período. O aumento das admissões e desligamentos impacta diretamente a integração

de equipes, o desenvolvimento de talentos, a gestão do conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado ao paciente.



Plataforma se consolida como ferramenta estratégica nacional

Além de servir como base para decisões mais assertivas e políticas públicas mais eficazes, a nova edição do Observatório traz uma reportagem especial sobre a expansão do Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp. Nos últimos meses, a plataforma passou a integrar novos parceiros institucionais por meio de acordos com o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, o Hospital das Clínicas da USP e a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB).

Com essa ampliação, o sistema se consolida como uma ferramenta de gestão compartilhada entre diferentes segmentos do setor, promovendo integração e qualificação da assistência em escala nacional. “Saúde se faz com vários fatores – incluindo bons médicos, bons colaboradores e boa gestão. A Anahp tem atuado para levar os avanços da saúde suplementar a todo o sistema, beneficiando todos os

brasileiros”, destaca Antônio Britto, diretor-executivo da entidade.

Ferramenta para aprimorar a gestão

Criado há 17 anos, o Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp reúne atualmente 265 indicadores organizados em quatro grandes eixos: assistência, gestão de pessoas, desempenho econômico-financeiro e sustentabilidade. Os hospitais participantes têm acesso a relatórios individualizados, com segmentações por porte, localização, número de leitos e outras categorias – uma base essencial para o aprimoramento da gestão e a análise comparativa.

Com 176 hospitais associados em 25 estados, a Anahp reforça, com esta nova edição, seu papel como articuladora de dados confiáveis, promotora do diálogo interinstitucional e proponente de soluções para o fortalecimento do setor hospitalar brasileiro.

[Acesse o relatório completo no site da Anahp.](#)

ACREDITAÇÃO: UM MARCO PARA A QUALIDADE E EXCELÊNCIA NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

SEGS – 24/04/2025

No dia 31/03, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou uma importante atualização na Resolução Normativa nº 507/2022, adequando o Programa de Acreditação para as Operadoras exclusivamente Odontológicas. Esta mudança representa um marco no segmento, trazendo tanto oportunidades quanto desafios para as Operadoras dessa modalidade.

Criado em 2011, o Programa de Acreditação da ANS certifica boas práticas em quatro dimensões: gestão organizacional, gestão da rede prestadora de serviços, gestão de saúde e

experiência do Beneficiário. Em 2020, o Setor Odontológico passou a integrar esse programa com a publicação da RN nº 452. Agora, a ANS avançou ainda mais com atualização na Resolução Normativa nº 507/2022 sobre Acreditação. Essa iniciativa é fundamental para garantir transparência e qualidade nos serviços oferecidos.

Embora o programa de Acreditação tenha sido originariamente desenvolvido para o segmento dos planos Médico-Hospitalares, na resolução de 2022 foi incluída a possibilidade da Acreditação das Odontológicas e agora com

estas novas adequações aprovadas na última reunião da Diretoria Colegiada da ANS, a certificação ficou mais aderente as Operadoras Odontológicas. Atualmente temos 240 Operadoras ativas no país que ainda não possuem esta certificação, a SINOG estima que três Associadas deverão se submeter a certificação ainda neste ano.

O processo de Acreditação requer a contratação de consultorias especializadas, revisões nos processos e uma reestruturação organizacional. Embora não seja obrigatória, a Acreditação estabelece padrões rigorosos de gestão e atendimento, diferenciando as Operadoras no mercado. Isso inclui a documentação detalhada de processos, garantindo alinhamento com normas internas e padrões internacionais de qualidade.

Desde a regulamentação dos Planos de Saúde, em 1998, as Operadoras exclusivamente Odontológicas enfrentam desafios específicos. Nosso Setor possui características próprias, como previsibilidade de custos, sinistralidade controlada e uma taxa reduzida de reclamações. No entanto, os indicadores utilizados para mensurar desempenho nem sempre refletiam essa realidade.

A Acreditação também traz vantagens estratégicas. Uma Operadora acreditada tem melhor avaliação de risco e pode

reduzir seus custos de subscrição em até 25%. Isso ocorre porque a ANS passa a considerar essas empresas mais seguras e confiáveis.

Para os Beneficiários, a Acreditação é um indicativo de que a Operadora segue padrões elevados de qualidade e segurança, fortalecendo a confiança no Setor. Mais do que um selo, é um compromisso com a melhoria contínua e a sustentabilidade do Segmento Odontológico.

O futuro da Acreditação no Setor Odontológico dependerá de ajustes regulatórios e incentivos da ANS. Ainda que voluntária, medidas como benefícios financeiros ou fiscais podem estimular uma maior adesão.

Acreditamos que a Acreditação seja um diferencial competitivo e um passo essencial para consolidar a qualidade dos Planos Odontológicos no Brasil. Operadoras acreditadas colocam o Beneficiário no centro da jornada, garantindo um serviço mais ágil, eficiente e transparente. Seguimos comprometidos com a evolução do Setor e com a busca por um padrão cada vez mais elevado de excelência em Saúde Bucal.

AVANÇOS E DESAFIOS NO CUIDADO AO TEA: O PAPEL DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM FOCO

IESS – 22/04/2025

Nosso novo estudo “Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Saúde Suplementar”, realizado em parceria com a clínica Genial Care, oferece uma análise robusta e atualizada sobre um tema que cresce em relevância: o atendimento a pessoas com TEA no sistema de saúde suplementar brasileiro. Em um cenário de crescente prevalência e demanda por serviços especializados, o estudo se propõe a mapear não apenas os desafios clínicos e operacionais, mas também a urgência de um modelo assistencial mais sustentável e baseado em evidências.

A partir da estimativa global de que uma em cada 36 crianças seja afetada pelo TEA, o relatório aponta que, no Brasil, o número de diagnósticos cresceu 37% entre 2014 e 2019. Contudo, a oferta de serviços especializados não acompanhou esse ritmo. As filas de espera aumentam e as famílias enfrentam dificuldades para garantir um tratamento adequado, o que tem impulsionado a judicialização da saúde suplementar.

Um dos pontos centrais do estudo é observar impactos da Resolução Normativa 539/2022 da ANS, que amplia a cobertura para qualquer técnica prescrita pelo médico assistente, independentemente de comprovação científica. Embora essa medida busque garantir o acesso, ela também

abre espaço para práticas sem eficácia comprovada, gerando sobrecarga financeira e incerteza terapêutica.

O estudo reforça a importância das Práticas Baseadas em Evidências (PBEs). São 28 intervenções reconhecidas por sua eficácia, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e estratégias educacionais individualizadas. A personalização do atendimento, aliás, é outro ponto destacado: mais horas de terapia não significam, necessariamente, melhores resultados. O cuidado deve ser centrado nas necessidades específicas da criança e na realidade da família.

A pesquisa também chama atenção para a escassez de profissionais capacitados, especialmente terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. O desequilíbrio na formação acadêmica e a falta de regulamentação mínima para atuação com TEA comprometem a qualidade do cuidado e exigem investimento contínuo em formação técnica e certificações.

Por fim, o estudo propõe soluções inovadoras, como o uso de tecnologias para diagnóstico precoce, monitoramento terapêutico e até realidade virtual para treino de habilidades sociais. Ainda que promissoras, essas ferramentas precisam estar integradas a um ecossistema regulado, ético e centrado no bem-estar da pessoa autista.

Ao reunir dados, análises e recomendações técnicas, o estudo não apenas amplia o conhecimento sobre o TEA, como também propõe caminhos mais eficientes e humanos para sua abordagem. Trata-se de uma contribuição essencial para aprimorar políticas públicas, qualificar o debate

regulatório e, sobretudo, garantir um cuidado mais justo, responsável e baseado na ciência.

[Clique aqui e acesse](#) a íntegra do estudo.

A COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE NAS MÃOS DO STF

Estado de Minas – 17/04/2025

O debate envolve princípios de direitos humanos, sustentabilidade econômica e inovação médica.

O Supremo Tribunal Federal (STF) iniciou um julgamento de extrema importância para a saúde suplementar no Brasil. A controvérsia envolve a obrigatoriedade de os planos de saúde cobrirem tratamentos que não constam no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma decisão que pode redefinir o acesso a tratamentos inovadores e impactar profundamente a vida de milhares de pacientes.

O debate sobre a cobertura de procedimentos fora do rol da ANS não é apenas uma questão técnica, mas envolve princípios fundamentais de direitos humanos, sustentabilidade econômica e inovação médica. O julgamento refletirá nos principais stakeholders envolvidos: pacientes, operadoras de planos de saúde e o próprio sistema de saúde público. Além disso, essa decisão pode influenciar a adoção de novas tecnologias e a pesquisa clínica no país.

Importante lembrar que a Lei nº 9.656/1998 foi a primeira a regulamentar os planos de saúde no Brasil, estabelecendo um padrão de cobertura e responsabilidade. Com a evolução do setor e o surgimento de novas tecnologias, a necessidade de revisão e atualização das normas tornou-se evidente, culminando na Lei nº 14.454/2022. Esta nova legislação redefiniu as regras do jogo ao transformar o rol da ANS em exemplificativo, permitindo a inclusão de tratamentos não listados, desde que sejam respaldados por evidências científicas e recomendados por órgãos de saúde renomados.

Um exemplo prático dessa mudança é a cobertura de terapias-alvo para câncer. Antes da Lei nº 14.454/2022, muitos pacientes precisavam recorrer à Justiça para obter acesso a esses medicamentos, mesmo com evidências claras de sua eficácia. Agora, com o rol exemplificativo, a cobertura desses tratamentos pode ser mais facilmente garantida, desde que cumpram os critérios estabelecidos.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu anteriormente que o rol da ANS era taxativo. Esta determinação significava que os planos de saúde não tinham obrigação de cobrir procedimentos não listados, exceto em casos excepcionais. O entendimento do STJ tinha como objetivo garantir previsibilidade e controlar os custos para as operadoras, mas foi alvo de críticas por parte de pacientes e especialistas em saúde que consideravam a medida restritiva e insuficiente diante das necessidades reais dos pacientes.

Essa decisão gerou uma série de litígios judiciais, nos quais pacientes buscavam, por meio de liminares, o acesso a tratamentos não cobertos. A judicialização da saúde suplementar tornou-se um problema crescente, onerando tanto o sistema judiciário quanto as operadoras de planos de saúde.

O cerne da discussão reside na Lei nº 14.454/2022, que promoveu alterações significativas na Lei dos Planos Privados de Saúde (Lei nº 9.656/1998). Essa nova legislação permite a cobertura de tratamentos que estão fora do rol da ANS, desde que haja evidências científicas robustas que comprovem a eficácia e segurança do tratamento. Essa exigência de comprovação científica é crucial para evitar a cobertura de terapias experimentais sem validação.

As operadoras, entretanto, argumentam que o rol taxativo é essencial para a manutenção de um equilíbrio econômico, garantindo que os custos dos planos permaneçam acessíveis. Isso porque, segundo as empresas, ter um rol exclusivo fornece um guia claro tanto para as operadoras quanto para os beneficiários, reduzindo disputas judiciais e incertezas em torno da cobertura.

Já na perspectiva de quem defende os pacientes resta claro que o direito à saúde é um direito fundamental. Os pacientes argumentam que devem ter acesso a tratamentos eficazes independentemente de estarem listados no rol da ANS. Negar um tratamento com potencial de cura ou melhora da qualidade de vida é visto como uma violação desse direito. Isso porque a medicina evolui rapidamente, e muitas terapias emergentes oferecem esperança para condições complexas e raras que não estão cobertas pelo rol. A aprovação de novas drogas e terapias muitas vezes leva tempo, e a restrição do rol pode impedir que pacientes tenham acesso a esses avanços.

O julgamento do STF tem potencial para modificar significativamente o cenário da saúde suplementar brasileira. Se o STF decidir por um rol exemplificativo, é provável que haja uma ampliação no acesso a tratamentos, embora tal decisão venha acompanhada de desafios econômicos e administrativos. Assim, médicos terão mais liberdade para prescrever tratamentos inovadores, enquanto pesquisadores poderão ver suas inovações terapêuticas aceitas mais rapidamente. A aprovação de um rol exemplificativo pode incentivar a pesquisa clínica no Brasil, uma vez que novas terapias terão maior chance de serem incorporadas ao sistema de saúde.

E uma decisão pelo rol exemplificativo possivelmente forçará as operadoras a repensar seus modelos de negócios, considerando o aumento dos custos com novos tratamentos. Será fundamental desenvolver estratégias para mitigar esses impactos, possivelmente através de parcerias com governos e acordos com fabricantes de medicamentos. As operadoras podem considerar a implementação de programas de gestão de saúde, que visam a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis, reduzindo a necessidade de tratamentos mais caros.

O julgamento do STF não apenas decidirá sobre o destino imediato das coberturas dos planos de saúde, mas também sinalizará o caminho para a inovação, acessibilidade e equidade em saúde no Brasil. Será crucial acompanhar as implicações dessa decisão e promover um diálogo contínuo entre legisladores, profissionais de saúde, operadoras e pacientes para construir um sistema que equilibre a viabilidade econômica com o compromisso de atender plenamente às necessidades de saúde da população.

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](https://www.milliman.com)