

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

07 de maio de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde sem pronto-socorro pode sobrecarregar SUS e reduzir cobertura de trabalhadores, diz MPF](#) – Fonte: Jornal de Brasília

[ANS alerta para fim do prazo de inscrições para o PM-Qualiss Hospitalar](#) – Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga o relatório anual de gestão e de atividades 2024](#) – Fonte: (Gov) ANS

[Planos de Saúde: Proposta da ANS prevê reajuste extra e menos tempo para comunicar consumidor](#) – Fonte: Estadão

[Parceria entre Abramge e Arvo reforça combate a fraudes na saúde suplementar](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde simplificados podem ampliar cobertura? Veja o que dizem operadoras e especialistas](#) – Fonte: O Globo

[ANS divulga dados de beneficiários referentes a março de 2025](#) – Fonte: (Gov) ANS

[Número de beneficiários de planos de saúde cresce 1,8%; taxa de cobertura nacional chega a 24,4%](#) – Fonte: Saúde Debate

[Governo Federal não vai criar plano de saúde obrigatório](#) – Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga plano periódico de Monitoramento do Risco Assistencial 2025](#) – Fonte: (Gov) ANS

[Mudanças na lei dos planos de saúde em 2025 surpreendem Brasileiros](#) – Fonte: Correio Brasiliense

PLANO DE SAÚDE SEM PRONTO-SOCORRO PODE SOBRECARRREGAR SUS E REDUZIR COBERTURA DE TRABALHADORES, DIZ MPF

Jornal de Brasília – 07/05/2025

O MPF (Ministério Público Federal), por meio da Comissão de Saúde da Câmara do Consumidor e da Ordem Econômica, publicou uma nota técnica com críticas à proposta da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de criação de um novo modelo de plano de saúde.

A ideia é permitir a oferta de planos com cobertura restrita a consultas eletivas e exames, excluindo internações, atendimentos de urgência e terapias. Segundo o MPF, a proposta apresenta falhas significativas que precisam ser corrigidas antes que o produto seja disponibilizado no mercado.

A comissão do MPF aponta que não há estudos para dimensionar o impacto dos planos populares para aqueles que já têm planos de saúde tradicionais. É possível, segundo o órgão, que algumas pessoas migrem dos convênios completos para os restritos, sobrecarregando ainda mais o SUS (Sistema Único de Saúde) em casos de necessidade de atendimento mais complexo.

A procuradoria avalia ainda a possibilidade de que as empresas passem a oferecer modalidades populares para seus funcionários em razão do custo menor. “Esse movimento pode levar a um rebaixamento geral da qualidade dos serviços no sistema de saúde como um todo”, aponta a nota técnica.

Em nota, a ANS informou que recebeu a nota técnica do MPF na última quinta-feira (1º). “O documento foi encaminhado para análise interna da ANS, sem haver, neste momento, previsão para possíveis deliberações pela reguladora”, informa a agência em nota.

A agência diz que segue com as análises das contribuições recebidas pela consulta e pela audiência pública e que a tomada de decisão da diretoria colegiada levará em consideração todas as manifestações recebidas.

COMO DEVE FUNCIONAR?

Os novos planos devem ser vendidos por menos de R\$ 100, mas, em casos de emergência, o consumidor continuará dependente do SUS. Pela proposta, a ANS não definirá um limite para o reajuste dos preços desse tipo de plano de saúde, como ocorre hoje com os convênios individuais e familiares.

Segundo a agência, a nova modalidade deve ampliar o acesso dos brasileiros aos planos de saúde, especialmente aqueles que não conseguem arcar com os custos dos convênios tradicionais.

A modalidade passará por um período experimental de dois anos. De acordo com a ANS, os dados dos consumidores do plano estarão integrados ao SUS Digital para que as informações do paciente possam ser concentradas em uma única plataforma. Os consumidores também terão acesso a exames de baixa complexidade.

Com o fim do período de experimentação, a ANS deverá definir se o modelo será mantido ou encerrado.

FALTA DE ESTUDOS?

Segundo o MPF, entre os principais problemas da modalidade proposta está a ausência de uma Análise de Impacto Regulatório para avaliar as repercussões e o alcance do experimento. A procuradoria destaca que, sem essa análise, não seria possível mensurar adequadamente os efeitos da medida, o que compromete a proteção dos direitos dos consumidores.

O MPF avalia que a operação desses planos implicaria flexibilizar regras relativas a temas sensíveis, como cobertura assistencial, reajustes de mensalidades, coparticipação, portabilidade, entre outros.

Segundo a nota técnica, a modalidade não está prevista na lei que regulamenta os planos de saúde e, por isso, não deveria ser comercializada como tal. Nesse contexto, o MPF sugere que a ANS elabore um regimento distinto e provisório para tratar dos agentes regulados, dos regimes de oferta e contratação, das coberturas oferecidas, das garantias e do capital regulatório, das nomenclaturas a serem utilizadas no mercado e demais componentes dos novos planos.

E O SUS?

Por meio da nota técnica, a comissão também criticou a falta de participação de representantes do Ministério da Saúde e do SUS nas discussões. A proposta da ANS prevê que a modalidade deve beneficiar cerca de 8 milhões de brasileiros, o que desafogaria os setores de atenção primária e secundária do SUS.

Contudo, especialistas avaliam que o novo plano pode comprometer a coordenação e a integralidade do cuidado para os pacientes, que transitariam entre o setor privado com cobertura limitada e o SUS para atendimento de necessidades não cobertas pelo plano, gerando novas filas para serviços de média e alta complexidade.

De acordo com o MPF, um estudo técnico adequado poderia mapear também os possíveis riscos para a concorrência na criação do produto. Atualmente, o mercado de saúde suplementar no Brasil atende a 52 milhões de pessoas. Para o ministério, a proposta da ANS deve, portanto, prever regras claras para as empresas que participarão do experimento, incluindo possibilidades de saída e os impactos para os consumidores que aderirem à modalidade experimental.

“O (re)estudo aprofundado poderá conferir uma proteção mais adequada aos 52 milhões de brasileiros que atualmente possuem planos de saúde, bem como demonstrará como a interconexão com o SUS atenderá ao interesse público e à eficiência”, afirma o documento.

rafiás, por exemplo, quando os resultados indicam câncer, os médicos solicitantes dos exames são prontamente informados, o que resultou em uma redução de 36% no tempo para o início do tratamento das pacientes, que costumam demorar para retirar seus exames.

ANS ALERTA PARA FIM DO PRAZO DE INSCRIÇÕES PARA O PM-QUALISS HOSPITALAR

(Gov) ANS- 06/05/2025

Hospitais interessados em participar da iniciativa têm até 30/5 para se inscreverem.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que termina em 30/05 o prazo para as inscrições de hospitais no ciclo avaliativo de 2025 do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-Qualiss Hospitalar). A iniciativa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção hospitalar por meio de um Painel de Indicadores de saúde e visa induzir melhorias na qualidade dos serviços prestados no setor.

O programa é destinado aos hospitais vinculados a planos de saúde e classificados como “hospital geral”, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e que possuam Certificado de Acreditação ou Certificação de qualidade em saúde, emitidos por entidades acreditadoras em saúde participantes do QUALISS e reconhecidas pela The International Society for Quality in Health Care (ISQua), conforme os critérios estabelecidos no edital.

Para este ciclo, são convidados os hospitais elegíveis que ainda não haviam ingressado no PM-Qualiss Hospitalar. Aqueles que já participam não precisam refazer a inscrição.

[Clique aqui para acessar o edital.](#)

[Clique aqui para realizar a inscrição.](#)

Sobre o PM-Qualiss

O Monitoramento da Qualidade Hospitalar faz parte do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss) e foi efetivamente iniciado em janeiro de 2022. Atualmente, estão inscritos no programa 216 hospitais gerais que possuem Certificado de Acreditação ou Certificação de qualidade em saúde. Sua metodologia é baseada em um conjunto de indicadores e parâmetros padronizados que têm o objetivo de fornecer uma avaliação do desempenho da qualidade hospitalar para todo o setor. Os dados também geram subsídios para a tomada de decisões gerenciais dos gestores hospitalares por meio dos resultados de avaliação e trazem transparência e confiabilidade, contribuindo para o ganho em reputação e credibilidade do hospital junto aos usuários, operadoras e sociedade em geral.

Os hospitais participantes submetem os dados mensalmente para o cálculo dos indicadores por meio do Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp). Esta ferramenta processa os resultados dos indicadores e permite o benchmarking com os demais hospitais participantes do Programa e os hospitais de excelência.

Os resultados do programa serão divulgados, considerando os ciclos anuais, de acordo com [metodologia de classificação de desempenho](#) indicada por faixa de cores.

Aos participantes, são oferecidos eventos, oficinas e seminários técnicos, realizados pela ANS, que permitem o desenvolvimento do setor e a troca de experiências.

Vale destacar que a utilização dos beneficiários de planos de saúde em hospitais que participam efetivamente do PM-Qualiss Hospitalar é considerada no cálculo do IDSS. O Indicador 2.10 mede a frequência de uso de hospitais com qualidade monitorada, avaliando a proporção de utilização de hospitais gerais que participam do PM-Qualiss Hospitalar. As operadoras que tiverem pelo menos 30% de utilizações em hospitais participantes do PM-Qualiss Hospitalar receberão um bônus na pontuação do Índice de Garantia de Acesso (IDGA), variando de 5% a 20%, dependendo da frequência de utilização. A participação efetiva corresponde ao envio dos dados de todos os indicadores do painel geral em todos os meses do ciclo avaliativo.

[Saiba mais sobre o Programa de Qualificação de Operadoras.](#)

Sobre o Qualiss

O Qualiss é um programa que visa a estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço. O objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

Para o consumidor, a ANS disponibiliza em seu portal o Buscador Qualiss, ferramenta que possibilita a pesquisa dos atributos de qualificação dos estabelecimentos de saúde. A busca pode ser feita pelo nome e tipo de estabelecimento, município, unidade da federação. Os hospitais que participam do PM-Qualiss Hospitalar contam com o atributo Qualidade Monitorada, identificados pelo ícone “Q”.

[Clique aqui](#) para acessar o buscador.

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a divulgar os atributos de qualificação de cada prestador que faz parte da sua rede assistencial, devendo manter atualizadas as informações contidas nos materiais impressos e eletrônicos, ações fundamentais para a transparência do setor e para a tomada de decisão do consumidor.

ANS DIVULGA O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E DE ATIVIDADES 2024

(Gov) ANS- 06/05/2025

Documento dá transparência às ações da reguladora para toda a sociedade.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal a edição do Relatório Anual de Gestão e de Atividades (RAG) referente ao exercício de 2024. O documento reúne todas as ações executadas no ano passado, nos termos do art. 70 da Constituição Federal, atendendo às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU) e da Controladoria-Geral da União (CGU), responsáveis por julgar e auditar as contas dos órgãos da Administração Pública Federal.

O objetivo do relatório é prestar contas à sociedade, de forma integrada, sobre as realizações administrativas, operacionais, financeiras e orçamentárias da Agência, seguindo as melhores práticas adotadas pelas organizações, sejam públicas ou privadas. Para isso, ele conta com a participação de todas as áreas da ANS em sua elaboração, conforme as premissas da Agência de prezar pela transparência e pela lisura em suas ações cotidianas.

Em sua mensagem no documento, a presidente interina da ANS, Carla Soares, destaca que o relatório reflete o conjunto de resultados alcançados pelo órgão em 2024, em consonância com o Planejamento Estratégico e a Agenda Regulatória. “Trata-se de um relevante instrumento, com vistas a garantir a transparência e o controle social, pilares importantes para assegurar o interesse público”, pontua.

A ANS ressalta que, desde 2021, passou a apresentar de forma integrada os relatórios de Gestão e de Atividades, destacando o cumprimento do plano estratégico e do plano de gestão anual, encaminhando o documento ao Ministério da Saúde, ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados e ao TCU. Dessa forma, em um único relatório, a Agência atende também à Lei 13.848/2019.

[Acesse aqui](#) o Relatório Anual de Gestão e de Atividades - Exercício 2024 da ANS.

PLANOS DE SAÚDE: PROPOSTA DA ANS PREVÊ REAJUSTE EXTRA E MENOS TEMPO PARA COMUNICAR CONSUMIDOR

Estadão – 06/05/2025

Sugestões serão analisadas pela área jurídica antes de serem votadas na agência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) discute um conjunto de medidas regulatórias que pode, entre outros pontos, permitir reajustes extras em planos individuais, superando o teto fixado pela própria agência.

Uma nova proposta foi apresentada no fim de abril, após as primeiras sugestões de mudança na norma, divulgadas no ano passado, serem submetidas a uma consulta pública.

Para especialistas em defesa do consumidor, as alterações feitas na proposta inicial beneficiam o setor privado em detrimento dos usuários.

“Essas mudanças pontuais sugeridas pela agência se alinham muito mais a interesses do mercado e a pleitos que as operadoras vêm apresentando ao longo dos anos do que às regras do Código de Defesa do Consumidor”, critica Marina Paulelli, advogada do programa de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores (Idec).

Representante das maiores operadoras de planos de saúde do País, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) classificou as mudanças como uma “minirreforma regulatória” e defendeu maior debate (leia mais abaixo).

A ANS submeteu a proposta à área jurídica e, posteriormente, voltará a analisar o texto na diretoria colegiada. Ao Estadão, a agência afirmou que a proposta está acompanhando o fluxo dos processos e que não há um prazo determinado para cumprimento das etapas.

Nesta quarta-feira (7), a Comissão de Assuntos Sociais do Senado realizará uma audiência pública para debater recentes decisões da agência e discutir eventuais impactos sobre os usuários de planos de saúde.

Planos individuais

A possibilidade de aplicação de reajustes extras em planos individuais é um dos principais alvos da mudança regulatória em debate. Atualmente, o aumento de mensalidade é limitado a um índice fixado pela ANS. Há uma demanda antiga das empresas para que haja a possibilidade de reajustar preços acima desse teto.

A proposta mais recente, apresentada em reunião no fim de abril, flexibiliza critérios e contrapartidas para a revisão técnica, como é chamada a aplicação de reajuste nos planos dessa modalidade. Caso ela seja aprovada, as medidas passariam a valer em 2026.

mudança pode colocar o consumidor numa posição de desvantagem e em uma situação financeira preocupante.

Um dos pontos mais criticados é a redução dos prazos para que as empresas avisem os consumidores que aplicarão o reajuste. No projeto inicial, a previsão era de que isso fosse feito em 90 dias. Agora, a ANS baixou o período para 60 dias.

Os critérios para que empresas estejam aptas a aplicar o reajuste também foram modificados. Antes, elas deveriam apresentar as seguintes características:

Desequilíbrio econômico-financeiro da carteira total há três anos;

Desequilíbrio na carteira individual no mesmo período;

Venda ativa de planos individuais.

Na versão atualizada, a agência retirou a primeira exigência, deixando apenas as duas últimas.

A proposta mais recente incluiu ainda medidas que não tinham sido abordadas pela agência, como a periodicidade do reajuste e o percentual máximo:

Reajuste limitado a 20% ao ano, considerando o impacto do percentual já fixado pela ANS e do aumento extra;

Valores maiores do que 20% devem ser diluídos ao longo de três ou cinco anos;

A revisão técnica só pode ser aplicada de cinco em cinco anos;

Clientes com plano há menos de cinco anos da data da concessão da revisão não serão submetidos ao reajuste.

Segundo Marina, a diluição do valor de reajuste não diminui o problema. “Medida semelhante de diluição dos valores já aconteceu durante a pandemia e uma pesquisa do Idec mostrou como isso foi prejudicial ao consumidor”, aponta. O estudo do instituto mostrou que, nos planos individuais, a diluição do reajuste causou um aumento médio anual de até 34,99%.

Inicialmente, a ANS trabalhava com a possibilidade de ampliar o escopo dos planos de saúde coletivos de até 29 vidas para 1.000 vidas. O aumento desse número poderia gerar uma diluição do risco ao contratar um plano, fazendo com que os reajustes fossem mais equilibrados.

Mas, após a consulta pública, a agência baixou para 400 vidas o limite de cobertura e justificou que a ideia é chegar de forma progressiva ao patamar de 1.000 vidas.

“Não fica muito clara a razão dessa mudança ou como se pretende atingir progressivamente o patamar de mil vidas”, observa Marina.

O que diz o setor

Cerca de 52 milhões de brasileiros utilizam planos de saúde. A regulamentação do setor é uma queda de braço entre empresas e órgãos de defesa do consumidor.

Atualmente, um projeto de lei que altera significativamente a regulação da saúde suplementar está parado no Congresso. Há quase 20 anos, propostas legislativas tentam alterar regras do mercado sem sucesso. Nesse contexto, as mudanças promovidas pela ANS ganham contornos ainda mais relevantes.

Em comunicado enviado à reportagem, a FenaSaúde afirmou que a agência promove uma “minirreforma regulatória” com as mudanças propostas. A entidade cita a amplitude, abrangência e profundidade das alterações sugeridas e afirma que é necessário “um debate mais detido” sobre o tema, considerando seus impactos sobre as operadoras e os beneficiários.

“Em especial, consideramos que ainda é necessário para as propostas apresentadas até aqui melhor embasamento atuarial, jurídico e econômico, com o objetivo de assegurar a sustentabilidade do setor e a garantia da assistência à saúde”, diz a FenaSaúde.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) também reiterou a necessidade de haver “as devidas e adequadas análises técnicas de cada uma das propostas comentadas pela ANS, considerando seus impactos de forma individualizada e com foco na sustentabilidade do setor”.

PARCERIA ENTRE ABRAMGE E ARVO REFORÇA COMBATE A FRAUDES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 06/05/2025

Iniciativa aposta em inteligência artificial para detectar irregularidades e aumentar a eficiência na gestão das operadoras de planos de saúde.

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) firmou uma parceria inédita com a Arvo, empresa especializada em inteligência artificial aplicada à integridade de pagamentos em saúde, com o objetivo de diagnosticar, prevenir e eliminar fraudes no setor. Estima-se que esse tipo de prática gere perdas anuais de cerca de R\$ 30 bilhões para a saúde suplementar.

Com a parceria, operadoras associadas à Abramge passam a ter acesso a uma plataforma tecnológica que permite o monitoramento de comportamentos suspeitos, favorecendo ações preventivas e mais assertivas contra irregularidades.

Desempenho financeiro exige atenção

A saúde suplementar tem enfrentado dificuldades financeiras nos últimos anos. Após três exercícios consecutivos de prejuízo operacional, o setor registrou em 2024 um resultado positivo de R\$ 5,1 bilhões, o que corresponde a uma margem

de apenas 1,5%. Fraudes, abusos e desperdícios podem representar até 13% da receita total do setor, quase nove vezes o montante de lucro operacional registrado no ano.

Plataforma promove segurança e colaboração

A nova plataforma possibilita o compartilhamento estruturado de informações entre operadoras, de forma segura e anonimizada. Os dados são criptografados e os protocolos adotados seguem os mais elevados padrões de segurança e privacidade, sem exposição de informações sensíveis.

Segundo Cássio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge, a iniciativa pode contribuir significativamente para o enfrentamento das fraudes. “É uma plataforma inovadora, que permite identificar rapidamente casos suspeitos e evita que outras operadoras sejam impactadas por esquemas semelhantes. O uso da tecnologia tem um papel essencial nesse processo”, afirma.

Adoção rápida reforça potencial da iniciativa

Desde seu lançamento, a ferramenta já contabiliza mais de 250 registros de incidentes suspeitos e a adesão de grandes operadoras como Hapvida, NotreDame Intermédica, SulAmérica e Athena Saúde — o que reforça a relevância da iniciativa e seu potencial de impacto no setor.

Para Fabricio Valadão, cofundador e CEO da Arvo, a parceria representa um avanço importante no combate ao desperdício e na construção de um ambiente mais eficiente e seguro. “O setor enfrenta uma batalha constante por sustentabilidade, com custos crescentes e dificuldade de repasse. Não é mais viável tolerar fraudes que drenam recursos destinados à assistência. Esta plataforma estabelece um novo padrão de integridade para as transações no setor”, conclui.

PLANOS DE SAÚDE SIMPLIFICADOS PODEM AMPLIAR COBERTURA? VEJA O QUE DIZEM OPERADORAS E ESPECIALISTAS

O Globo – 06/05/2025

Empresas defendem contratos só para consultas e exames, mas agentes do setor veem risco de prejuízo para usuários e para o SUS.

Operadoras de planos de saúde acreditam que o projeto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de criar um plano que cubra apenas consultas e exames pode ampliar o número de usuários no setor, o que ajudaria no equilíbrio econômico-financeiro das empresas. Hoje, 52,1 milhões de brasileiros têm planos de saúde, pouco acima das 50,5 milhões de vidas cobertas há dez anos.

O modelo simplificado — e mais barato — foi proposto pela ANS em fevereiro. Ele prevê contratos sem cobertura para emergência, internação, tratamentos e terapias. Caso alguma doença mais grave seja diagnosticada, o usuário continuaria a depender do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para as operadoras, o novo tipo de contrato é uma oportunidade de expandir o setor e disputar o espaço ocupado por cartões de benefícios. Sem regulação, esse serviço é geralmente oferecido por clínicas populares, onde o usuário paga uma mensalidade que garante descontos em consultas e exames laboratoriais.

— No fim das contas, essas empresas vendem um atendimento de baixa complexidade e depois, se for o caso, o usuário vai pro SUS. Mas isso precisa ser mais estruturado. Temos infraestrutura para ocupar esse espaço que já está tomado pelos cartões de benefícios e trazer mais segurança para o usuário — defende Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Integração com ministério

Fazer frente à expansão dos cartões de desconto também é o argumento da ANS, que estima que ao menos 50 milhões de pessoas usem esses serviços, quase o mesmo volume de usuários de planos de saúde.

“A ideia é oferecer aos brasileiros uma opção de produto regulado, com garantia de cobertura para consultas eletivas de todas as especialidades e para uma ampla lista de exames — muitos de alta complexidade —, como colonoscopia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética, por um baixo custo mensal e sem limite de quantidade”, afirma a ANS.

Ribeiro, da Abramge, defende ainda que, para dar certo, é preciso integração com o Ministério da Saúde para elaborar um mecanismo para estruturar a passagem dos usuários

desses planos simplificados ao SUS em caso de necessidade de atendimentos de média e alta complexidade, como uma biópsia de câncer ou uma cirurgia, por exemplo.

A criação de uma “central de regulação” também é citada por Luciane Infanti, CEO da Eloss, consultoria de estratégia em saúde para operadoras e empresas empregadoras. Para a especialista, já existem no país atendimentos que funcionam dessa forma, como o sistema de transplante de órgãos, cuja fila de pacientes públicos e privados é administrada pelo SUS:

— Precisa ter os mesmos protocolos de classificação de risco, independentemente da origem ou fonte de financiamento do paciente. Isso garante a condição de equidade, que é cuidar das pessoas por ordem de risco, não por ordem de prioridade ou origem de diagnóstico e encaminhamento.

Mas o projeto preocupa outros especialistas e até servidores do órgão regulador. No fim de abril, o Ministério Público Federal (MPF) encaminhou uma nota técnica à ANS pedindo novos estudos e a reformulação da proposta, destacando que a agência não realizou estudos técnicos e que falta participação de representantes do Ministério da Saúde nas discussões.

Além disso, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) levou o tema à Justiça numa ação civil pública em março, pedindo a suspensão da proposta.

Diretor de Pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) e professor da FGV, Rudi Rocha avalia que a possível oferta de planos simplificados traz riscos aos usuários e ao SUS. Ele argumenta que o produto abriria margem, entre outros pontos, para rebaixamento das coberturas, com as empresas empregadoras trocando planos tradicionais de seus funcionários pelas opções restritas.

Instituto questiona

No último dia 21, Rocha assinou — ao lado do presidente do Ieps, o economista e ex-presidente do Banco Central Arminio Fraga, e outros pesquisadores do instituto — um artigo no GLOBO abordando o tema. No texto, a entidade questiona o que aconteceria quando um usuário desse tipo cobertura precisasse retornar ao SUS para atendimentos de média e alta complexidade.

“Nos casos de câncer, o diagnóstico nem sequer será concluído, pois não há cobertura para biópsia. Ao retornar ao SUS, esse paciente (...) repetirá toda a jornada de consultas

e exames por que passou no setor privado até o diagnóstico, perdendo o tempo em que poderia já estar em tratamento?”, questionam.

— Existem vários riscos que parecem não ter sido antecipados. O acesso ao SUS já é problemático. Existe risco

de pessoas com exames e diagnósticos pela rede privada acessarem as filas do SUS mais à frente, deixando para trás quem iniciou sua jornada de tratamento no setor público, por exemplo — diz Rocha.

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A MARÇO DE 2025

(Gov) ANS – 05/05/2025

Planos exclusivamente odontológicos seguem em crescimento contínuo com 34,6 milhões de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a março de 2025. Neste período, o setor registrou 52.127.407 de usuários em assistência médica e 34.600.473 em planos exclusivamente odontológicos.

Esses e outros dados estão disponíveis na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 836.606 beneficiários em relação a março de 2024. Já no comparativo de março de 2025 com fevereiro de 2025, houve um aumento de 108.738 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.028.072 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 199.957 usuários na comparação de fevereiro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com março de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Amazonas os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, as 27 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais os estados com maior crescimento em números absolutos.

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

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

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
mar/25	37.633.955	5.830.947	225	8.636.733	25.547	52.127.407
fev/25	37.493.304	5.840.116	225	8.659.417	25.607	52.018.669
jan/25	37.464.415	5.875.404	225	8.686.223	25.691	52.051.958
dez/24	37.430.441	5.906.352	225	8.713.572	25.774	52.076.364
nov/24	37.249.195	5.911.291	226	8.723.185	25.845	51.909.742
out/24	37.248.513	5.925.153	226	8.737.630	25.923	51.937.445
set/24	37.147.986	5.914.663	226	8.754.908	26.017	51.843.800

ago/24	37.007.522	5.918.473	226	8.760.995	26.091	51.713.307
jul/24	36.863.494	5.951.181	227	8.774.671	27.085	51.616.658
jun/24	36.701.503	5.973.486	227	8.782.474	27.255	51.484.945
mai/24	36.526.390	6.117.496	227	8.769.946	27.389	51.441.448
abr/24	36.407.459	6.141.041	227	8.751.167	27.414	51.327.308
mar/24	36.363.482	6.153.908	227	8.746.613	26.571	51.290.801

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
mar/25	24.908.619	3.033.045	1.268	6.655.381	2.160	34.600.473
fev/25	24.707.252	3.027.751	1.269	6.662.077	2.167	34.400.516
jan/25	24.644.480	3.042.081	1.271	6.684.364	2.174	34.374.370
dez/24	24.662.637	3.032.680	1.275	6.765.388	3.084	34.465.064
nov/24	24.487.921	3.024.132	1.276	6.783.478	3.089	34.299.896
out/24	24.361.654	3.018.897	1.276	6.792.525	3.101	34.177.453
set/24	24.164.473	2.976.138	1.277	6.859.058	3.107	34.004.053

ago/24	23.878.650	2.963.047	1.277	6.866.808	3.108	33.712.890
jul/24	23.703.931	2.942.654	1.277	6.881.866	3.113	33.532.841
jun/24	23.588.577	2.943.072	1.278	6.830.082	3.118	33.366.127
mai/24	23.496.285	3.039.009	1.278	6.630.934	3.132	33.170.638
abr/24	23.412.203	3.056.690	1.278	6.398.576	3.133	32.871.880
mar/24	23.295.091	3.043.062	1.278	6.229.809	3.161	32.572.401

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	mar/24	mar/25	mar/24	mar/25
Acre	44.204	44.934	20.792	21.940
Alagoas	386.325	389.391	426.412	435.941
Amapá	62.411	63.170	47.273	47.773
Amazonas	602.391	682.047	561.053	600.420
Bahia	1.697.097	1.747.346	1.846.554	1.907.329
Ceará	1.436.019	1.465.161	1.341.223	1.408.273
Distrito Federal	939.592	982.889	673.794	728.077
Espírito Santo	1.293.362	1.338.051	748.078	866.252
Goiás	1.878.604	1.930.682	927.496	975.658
Maranhão	518.259	519.893	339.761	381.334
Mato Grosso	674.401	679.014	278.716	306.506
Mato Grosso do Sul	674.955	683.644	340.312	368.396
Minas Gerais	5.718.098	5.812.790	2.865.604	3.055.832
Pará	873.566	901.347	549.684	579.089
Paraíba	455.410	467.319	520.211	552.382
Paraná	3.101.184	3.161.882	1.806.198	1.967.476

Pernambuco	1.417.603	1.448.679	1.293.385	1.382.019
Piauí	399.822	408.320	202.947	237.806
Rio de Janeiro	5.619.345	5.492.586	3.628.744	3.866.060
Rio Grande do Norte	609.868	636.573	549.106	600.403
Rio Grande do Sul	2.570.180	2.611.828	1.030.492	1.114.178
Rondônia	158.734	162.799	124.795	129.733
Roraima	31.671	30.870	12.553	13.812
Santa Catarina	1.666.908	1.707.480	889.831	964.981
São Paulo	17.977.833	18.273.410	11.158.185	11.675.485
Sergipe	333.947	336.858	251.134	261.462
Tocantins	124.532	128.357	131.753	146.061

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE CRESCE 1,8%; TAXA DE COBERTURA NACIONAL CHEGA A 24,4%

Saúde Debate – 03/05/2025

Dados divulgados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), por meio da Nota de Acompanhamento de Beneficiários 104 (NAB 104), mostram que, em fevereiro deste ano, o número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares chegou a 52,1 milhões. Isso representa um aumento de 1,8% em 12 meses.

O Brasil tem uma taxa de cobertura de 24,4%. A Região Sudeste tem a maior taxa de cobertura regional, com 35,7%. Em números absolutos, o estado de São Paulo registrou aumento de 315.552 beneficiários. Por outro lado, o Rio de Janeiro teve a maior queda do país, com a perda de 101.251 usuários. A menor taxa de cobertura foi registrada na Região Norte, com 11,2%.

Para o presidente da Anadem (Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética), Raul Canal, os números refletem uma maior busca por segurança assistencial por parte da população, porém ressalta a importância de constantes melhorias no atendimento dos beneficiários e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos de saúde tiveram lucro de R\$ 11,1 bilhões em 2024. “É fundamental que esse crescimento financeiro seja acompanhado de investimentos em infraestrutura, na ampliação da rede credenciada e na melhoria no atendimento, garantindo que os direitos dos consumidores sejam plenamente respeitados. As melhorias também devem ser direcionadas aos profissionais de saúde, que muitas vezes têm rotinas extensas e baixa remuneração”, disse.

Planos odontológicos

Planos exclusivamente odontológicos também registraram crescimento, com 1.843.627 vínculos a mais, alcançando o número de 34,4 milhões de beneficiários (aumento de 5,7% entre fevereiro de 2024 e de 2025).

A taxa de cobertura nacional é de 16,2%, com destaque para as Regiões Sudeste (22,4%), Centro-Oeste (14,9%) e Sul (13,6%).

GOVERNO FEDERAL NÃO VAI CRIAR PLANO DE SAÚDE OBRIGATÓRIO

(Gov) ANS – 30/04/2025

Confira a nota conjunta da ANS e do Governo Federal.

É falso que o Governo Federal vá criar plano de saúde obrigatório. Peças de desinformação estão repercutindo de maneira equivocada [Consulta Pública 151](#) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que recebeu contribuições de toda a sociedade sobre a proposta de implementação de um ambiente regulatório experimental (sandbox regulatório) para testar um produto com cobertura para consultas estritamente eletivas e exames.

O objetivo é ampliar e simplificar o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, aumentando a oferta e a diversidade de produtos na saúde suplementar e ampliando o alcance desses produtos em todo o país. De acordo com dados do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde, a atenção primária tem capacidade de resolver até 80% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da vida. Com a criação desse novo produto, a expectativa da Agência é ampliar a quantidade de pessoas com acesso à atenção primária e secundária.

Dessa forma, os consumidores que não têm condições de pagar por um plano de saúde e que buscam atendimento em clínicas populares ou através dos cartões de desconto - que não contam com qualquer regulação ou fiscalização - poderão

ter acesso a atendimentos preventivos e primários de saúde, podendo ter diagnósticos precoces, acompanhamento em saúde e evitando o agravamento de doenças.

A realização do sandbox regulatório para testar o funcionamento desse produto permite justamente avaliar suas funcionalidades, acertos e problemas, para que se possa decidir, ao final do experimento, baseando-se em dados e informações, os ajustes necessários ou sua descontinuidade. Vale destacar que nenhuma operadora será obrigada a comercializar este produto e nem mesmo nenhum cidadão será obrigado a adquiri-lo e mantê-lo.

Assim, a ideia é oferecer aos brasileiros uma opção de produto regulado, com segurança e garantia de cobertura para consultas eletivas de todas as especialidades e para uma ampla lista de exames - muitos de alta complexidade -, como colonoscopia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética, por um baixo custo mensal e sem limite de quantidade. Nesse produto, o risco assistencial é de responsabilidade da operadora: ela tem obrigação de prestar a assistência contratada e poderá ser punida pela ANS se não cumprir o contratado. Isso não acontece com os outros tipos de produtos e serviços já mencionados e existentes, que não permitem uso ilimitado de serviços.

ANS DIVULGA PLANO PERIÓDICO DE MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL 2025

(Gov) ANS – 30/04/2025

Documento estabelece critérios para análise e adoção de medidas administrativas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira, 30/4/25, o Plano Periódico Anual de Monitoramento do Risco Assistencial 2025, conforme previsto no artigo 5º da Resolução Normativa (RN) 479/2022. O objetivo do documento é estabelecer os critérios de priorização da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) para o encaminhamento de operadoras para as áreas responsáveis pela análise e adoção das medidas administrativas previstas no art. 4º do mesmo normativo, que trata da visita técnico-assistencial, suspensão de comercialização de produtos e do regime especial de direção técnica.

O Monitoramento do Risco Assistencial consiste no acompanhamento periódico das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a partir da análise da regularidade de aspectos assistenciais, atuariais e de

estrutura e operação de seus produtos, com vistas à identificação de indícios de anormalidades e à preservação da continuidade e da qualidade do atendimento à saúde aos beneficiários do setor.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial [clique aqui](#).

O Plano Periódico de 2025 foi aprovado pela DIPRO em 28/4/2025, conforme despacho nº: 135/2025/DIPRO. Os critérios de priorização do Monitoramento do Risco Assistencial dispostos no documento serão aplicados aos resultados dos quatro trimestres de avaliação do Monitoramento do Risco Assistencial no ano-base 2025, nos termos descritos no documento.

Para consultar o Plano Periódico 2025, [clique aqui](#).

MUDANÇAS NA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE EM 2025 SURPREENDEM BRASILEIROS

Correio Brasiliense – 30/04/2025

No ano de 2025, a legislação dos planos de saúde no Brasil passou por transformações importantes, visando melhorar a experiência dos consumidores e garantir um acesso mais eficiente aos serviços de saúde. Essas mudanças foram implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que busca tornar o sistema mais justo e acessível.

As alterações abrangem a ampliação das coberturas obrigatórias, a definição de prazos máximos para atendimentos e novas diretrizes para os reajustes das mensalidades. Este artigo explora essas mudanças e como elas afetam os usuários dos planos de saúde.

Quais são as principais mudanças nos planos de saúde em 2025?

As reformas de 2025 focam em três áreas principais: ampliação do rol de procedimentos cobertos, redução dos prazos para agendamentos de consultas e exames, e atualização das regras para reajustes de preços. A ANS, que regula o setor, coordenou essas mudanças para garantir maior eficiência e transparência.

Com a ampliação do rol de coberturas, os beneficiários agora têm acesso a uma gama mais ampla de tratamentos e exames, incluindo avanços nas áreas de saúde mental, doenças raras e procedimentos minimamente invasivos. Essa atualização permite que novos procedimentos sejam incorporados de forma mais ágil, desde que tenham aprovação das autoridades competentes.

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

© 2025 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.