

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

21 de maio de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS inaugura jornada com foco no futuro da Saúde Suplementar](#) - Fonte: Saúde Business

[Justiça valida ato da ANS e mantém sandbox regulatório](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Empresas revisam estratégias de benefícios de saúde em resposta a custos crescentes](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde miram cursos que ensinam a processar operadoras](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Brasil registra aumento 200 mil beneficiários de planos odontológicos em apenas um mês, aponta ANS](#) - Fonte: Revista Seguro Total

[Planos de saúde investem menos em cuidados de prevenção; pequenas operadoras são exceção](#) - Fonte: O Globo

[ANS atualiza base de dados do painel D-TISS](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Planos de saúde batem recorde histórico com 52,1 milhões de beneficiários](#) - Fonte: Saúde Business

[Texto que aguarda decisão de Motta para ir a plenário prevê mudanças para planos de saúde; entenda](#) - Fonte: Exame

ANS INAUGURA JORNADA COM FOCO NO FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 20/05/2025

Durante a Hospitalar 2025, evento marca aproximação estratégica da agência com operadoras, prestadores e instituições em um dos maiores encontros de saúde da América Latina.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deu início na manhã desta terça-feira (20) à sua Jornada de Saúde Suplementar. A cerimônia de abertura contou com a presença de autoridades, especialistas e representantes do setor, que acompanham uma extensa agenda de debates ao longo do dia.

Waleska dos Santos, presidente e fundadora da Feira Hospitalar, celebrou a retomada da parceria com a ANS. “É um momento de muita gratificação poder retomar essa proximidade com a ANS, que é nossa parceira. É uma honra contar com sua presença institucional, com estande próprio e diretores acessíveis ao público. São dias de negócios, mas principalmente de muito conteúdo e inovação, sempre com o objetivo de oferecer um atendimento melhor ao paciente, seja em hospitais públicos ou privados”

Em seguida Juliana Vicente, Head do portfólio de saúde da Informa Markets, destacou a relevância da aproximação entre a agência e o setor: “A atuação da ANS tem sido fundamental para promover o alinhamento entre todos os elos da cadeia da saúde suplementar. Com iniciativas como essa da Jornada, conseguimos estreitar o relacionamento com a agência, o que fortalece a transparência, a previsibilidade regulatória e o desenvolvimento do setor como um todo.”

Mauricio Nunes, diretor da ANS, destacou o propósito da Jornada como uma ponte entre a regulação e o setor suplementar, promovendo engajamento e transparência.

“Esse é um momento especial de conexão com o setor. A Jornada foi pensada para abrir espaço ao diálogo, ao compartilhamento de experiências e à valorização das iniciativas que estão moldando o futuro da saúde suplementar no país”, afirmou Nunes.

Ele reforçou que a participação da ANS na Hospitalar é estratégica para ampliar o alcance das ações da agência e

fomentar uma cultura de melhoria contínua. “Estar aqui, neste ambiente plural e altamente representativo, é uma oportunidade valiosa para fortalecer vínculos e reafirmar nosso compromisso com uma regulação cada vez mais colaborativa”, completou.

A presidente interina da ANS, Carla Soares, destacou que a presença da agência na Hospitalar 2025 é mais do que simbólica — é um marco de reafirmação do papel da regulação na construção de um setor sustentável e centrado no cidadão.

“A ANS nasceu, há mais de duas décadas, com a missão de organizar, fiscalizar e promover o equilíbrio no setor de saúde suplementar, garantindo que o acesso à saúde ocorra com qualidade, segurança e responsabilidade. Estar aqui na Hospitalar 2025, com uma agenda própria, interagindo com operadoras, prestadores, gestores e usuários, reafirma nosso compromisso com uma regulação cada vez mais moderna, aberta e colaborativa. Este é um espaço privilegiado de escuta, inovação e parceria. Nosso objetivo é seguir construindo, juntos, um sistema suplementar mais justo, eficiente e centrado no cuidado com as pessoas.”

Também estiveram presentes, os diretores, Jorge Aquino, Alexandre Fioranelli e Eliane Medeiros.

Ao longo do dia, a Jornada contará com painéis temáticos e palestras magnas, que abordarão assuntos estratégicos da agenda regulatória, reforçando o compromisso da ANS com a qualidade, a transparência e a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira.

A expectativa da organização é receber mais de 90 mil visitantes ao longo dos quatro dias de evento, consolidando a Hospitalar como um dos principais pontos de encontro da cadeia da saúde mundial.

A programação se estende até sexta-feira (23), com uma ampla agenda de palestras, exposições e networking voltada a profissionais, gestores e empresas do setor de saúde.

JUSTIÇA VALIDA ATO DA ANS E MANTÉM SANDBOX REGULATÓRIO

(Gov) ANS – 20/05/2025

Decisão do TRF-1 reafirma compromisso da Agência com a legalidade e segurança jurídica.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que obteve uma importante decisão judicial que valida a

continuidade do Sandbox Regulatório objeto da consulta pública nº 151, bem como reconhece a conformidade jurídica da Resolução Normativa ANS nº 621/2024, que regulamenta o tema no âmbito da ANS. A decisão proferida pelo Juízo da 19ª Vara Federal de São Paulo reafirma, em juízo preliminar,

a legalidade e a conformidade jurídica dos atos praticados pela ANS a respeito do sandbox regulatório, permitindo que o debate público em torno da iniciativa prossiga.

A justiça indeferiu o pedido de suspensão da resolução, reconhecendo que a ANS agiu em conformidade com os normativos legais e que a regulamentação do sandbox regulatório no âmbito da RN segue as orientações da Advocacia-Geral da União (AGU) e do Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços (MDIC).

A decisão confirma, portanto, o compromisso da ANS com a transparência, legalidade e com a segurança dos consumidores.

Por fim, a ANS reforça a importância do prosseguimento dos debates acerca da iniciativa de oferecer, em ambiente experimental controlado, um produto que caiba no orçamento dos milhões de consumidores que atualmente contam com produtos e serviços de saúde suplementar sem qualquer supervisão estatal, sendo certo que, na linha do que já foi esclarecido diversas vezes pela ANS, tal proposta em nada alterará a regulação dos planos de saúde tradicionais.

EMPRESAS REVISAM ESTRATÉGIAS DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE EM RESPOSTA A CUSTOS CRESCENTES

Saúde Business – 20/05/2025

Pesquisa com 573 organizações revela aumento da coparticipação para 79% e adoção de elegibilidade por cargo em 63% das empresas.

Em um cenário de crescente pressão sobre os custos assistenciais, um terço das empresas brasileiras implementou alterações em seus planos de saúde corporativos no último ano, visando mitigar o impacto dos reajustes. Este é um dos principais insights da 4ª edição da Pesquisa de Benefícios de Saúde e Bem-Estar da Pipo Saúde, que analisou práticas de 573 organizações de 26 segmentos diferentes, abrangendo aproximadamente 900 mil colaboradores.

O estudo identificou tendências claras nas estratégias de gestão de benefícios de saúde:

- **Revisão de reembolsos:** 23% das empresas reduziram ou revisaram seus processos de reembolso
- **Aumento da coparticipação:** A adoção de modelos de coparticipação cresceu expressivamente, saltando de 52% em 2023 para 79% em 2025
- **Elegibilidade estratificada:** A prática de oferecer planos diferenciados por nível hierárquico aumentou 7% no último ano, atingindo 63% das organizações
- **Compartilhamento de custos:** A contribuição direta dos colaboradores na mensalidade dos planos subiu de 40% em 2023 para 58% em 2025

Sinistralidade: Um Desafio Crítico

Um dado preocupante revelado pela pesquisa é que 50% das empresas estão operando com índices de sinistralidade acima do esperado, o que pressiona diretamente os custos dos benefícios de saúde. Mais alarmante ainda, 14% das organizações desconhecem os índices de sinistralidade de

suas apólices, indicando uma lacuna significativa na gestão de dados assistenciais.

Apesar do cenário de contenção de custos, a pesquisa identificou mudanças relevantes na composição dos pacotes de benefícios:

- **Planos de saúde:** Mantêm-se como o benefício mais oferecido, presente em 93% das empresas
- **Saúde mental:** Houve crescimento de 20% na oferta destes benefícios, com 73% das grandes empresas disponibilizando este suporte
- **Telemedicina:** Consolidou-se no pós-pandemia, sendo oferecida por 81% das organizações
- **Benefícios flexíveis:** Crescimento de 22%, atingindo 44% das empresas
- **Plano odontológico e seguro de vida:** Presentes em 78% e 71% das empresas, respectivamente

Novas Prioridades

“Mesmo com o controle de custos, as empresas estão reconhecendo a importância de investir em saúde mental e bem-estar de forma preventiva, também por serem práticas que impactam diretamente a produtividade e o engajamento dos colaboradores”, analisa Marcela Ziliotto, CHRO da Pipo Saúde.

O auxílio-educação aparece pela primeira vez entre os benefícios mais bem avaliados pelos profissionais de RH, enquanto o home office caiu para a oitava posição. Apenas 67% das empresas incluem benefícios de bem-estar físico em seus pacotes, indicando uma oportunidade de desenvolvimento nesta área.

PLANOS DE SAÚDE MIRAM CURSOS QUE ENSINAM A PROCESSAR OPERADORAS

Folha de São Paulo – 19/05/2025

Associação tenta barrar atuação de escritórios de advocacia especializados.

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) acionará a OAB-SP e o Conselho Federal de Medicina, exigindo providências contra a proliferação de cursos promovidos por escritórios de advocacia que ensinam estratégias para acionar judicialmente operadoras.

Um dos focos é o "Formação Estratégica em Direito da Saúde", do advogado Elton Fernandes, que orienta

profissionais interessados em atuar contra o setor, incluindo aulas sobre captação de clientes por Instagram e TikTok.

Na avaliação da entidade, iniciativas como essa incentivam a judicialização predatória da saúde suplementar.

Apesar de representar apenas 1,6% das queixas registradas no Consumidor.gov.br, o setor está entre os mais judicializados do país.

Segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde), os custos com ações judiciais somaram R\$ 6,8 bilhões em 2024 —alta de 183% em relação a 2019.

BRASIL REGISTRA AUMENTO 200 MIL BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS EM APENAS UM MÊS, APONTA ANS

Revista Seguro Total – 19/05/2025

Em ritmo acelerado de crescimento, Setor recebeu 2,02 milhões de novos Beneficiários em apenas um ano.

O mercado de Planos exclusivamente Odontológicos segue em expansão no Brasil. Segundo dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no dia 5 de Maio, o Setor ultrapassou a marca de 34,6 milhões de Beneficiários em Março de 2025, representando um acréscimo de mais 199 mil usuários em apenas um mês.

Na comparação com o mesmo período do ano anterior, o crescimento foi ainda mais expressivo: mais de 2,02 milhões de novos Beneficiários entre março de 2024 e Março de 2025. Ao todo, 27 estados registraram alta no número de usuários, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais os com maior crescimento em números absolutos – 517 mil, 237 mil e 190 mil, respectivamente.

A modalidade empresarial, que pode ser mais vantajosa em termos de custo e cobertura, dependendo do tamanho da empresa e do número de funcionários cobertos, segue como a mais representativa entre os brasileiros, passando de 24,70 milhões para 24,90 milhões de Beneficiários em um ano. Já os Planos individuais ou familiarestambém apresentaram avanço, saltando de 6,22 milhões para 6,65 milhões no mesmo período. Essa modalidade representa os Planos que cobrem uma variedade de procedimentos, desde consultas e limpezas até tratamentos mais complexos incluídos no rol de procedimentos da ANS com opção de coberturas adicionais "O crescimento no número de Beneficiários dos Planos Odontológicos demonstra que as pessoas estão cada vez mais conscientes e que a prevenção é o método mais eficiente para a manutenção da Saúde Bucal. A boca é uma porta de entrada para microrganismos nocivos a nossa saúde -, manter a boca bem cuidada é essencial para sua saúde geral. Os Planos Odontológicos são uma excelente alternativa que garantem o acesso a tratamentos de qualidade com

profissionais em todas as especialidades, com custos médios de apenas 20 reais por mês, garantindo saúde e bem-estar a longo prazo", avalia Roberto Seme Cury, Presidente da SINOG – Associação Brasileira de Planos Odontológicos, que representa 72% do mercado de Planos Odontológicos.

Diante deste cenário Dr. Cury explica algumas das principais dúvidas:

O que são Planos Odontológicos?

Os Planos Odontológicos são serviços de assistência à Saúde Bucal oferecidos por Operadoras especializadas com devido registro nos Conselhos Regionais de Odontologia e inscritas na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Eles proporcionam aos Beneficiários acesso a diversos tratamentos e procedimentos odontológicos mediante o pagamento de uma mensalidade, com um ticket médio de aproximadamente R\$ 20. Esses planos são semelhantes aos planos de saúde tradicionais, mas focados exclusivamente na área odontológica, garantindo tratamentos preventivos e curativos de forma ágil, com qualidade e eficiência através de rede credenciada de profissionais ou de rede de consultórios e clínicas próprias da Operadora.

Todo Plano de Saúde cobre também atendimento Odontológico?

Não. A cobertura odontológica depende do tipo de Plano contratado. Existem Planos de Saúde que oferecem a opção de incluir serviços Odontológicos, mas isso envolve um custo adicional. É importante verificar as condições específicas do seu contrato de Plano de Saúde ou entrar em contato com a Operadora para obter informações detalhadas sobre a cobertura Odontológica.

Quais os tipos de Planos Odontológicos disponíveis no mercado?

No mercado, existem diversos tipos de Planos Odontológicos para atender diferentes necessidades e orçamentos. Os Planos Individuais/Familiares, cobrem uma variedade de procedimentos, desde consultas e limpezas até tratamentos mais complexos incluídos no rol de procedimentos da ANS com opção de coberturas adicionais. Os Empresariais podem ser mais vantajosos em termos de custo e cobertura, dependendo do tamanho da empresa e do número de funcionários cobertos. Já os Planos Coletivos por Adesão estão disponíveis para grupos de pessoas que pertencem a uma mesma categoria Profissional ou Associação.

Quais procedimentos e tratamentos ele cobre?

A cobertura oferecida por Planos Odontológicos pode variar bastante conforme a Operadora e o Plano escolhido. A categoria do rol da ANS é mais acessível, inclui consultas, limpezas, radiografias, extrações, cirurgias realizadas em consultório, tratamentos periodontais, endodontia (tratamento de canal) e próteses mais simples. Também cobre os atendimentos de urgência e emergências Odontológicas como alívio de dor, extrações de emergência e tratamento de infecções. Há também os planos com coberturas adicionais para atender a tratamentos específicos como próteses, implantes e ortodontia (instalação e manutenção dos aparelhos para o perfeito alinhamento dos dentes).

O que o Plano Odontológico não cobre?

Os Planos Odontológicos não cobrem procedimentos com objetivos estéticos, como a aplicação de toxina botulínica (botox) e o preenchimento facial, lentes para clareamento dos dentes, por exemplo. Estes tratamentos são considerados exclusivamente estéticos e não são reconhecidos como parte dos cuidados odontológicos essenciais, que geralmente se concentram em serviços como consultas, limpezas, restaurações e extrações. Portanto, para pacientes interessados em melhorias estéticas específicas, é comum que precisem buscar alternativas fora da cobertura do Plano

Odontológico, muitas vezes por meio de profissionais especializados em harmonização facial (dentistas), dermatologistas ou cirurgões plásticos (médicos).

Quais as vantagens de contratá-lo?

Com a facilidade de acesso a consultas regulares e limpezas periódicas, os Beneficiários de Planos Odontológicos podem manter uma rotina de cuidados preventivos, evitando problemas mais graves e despesas maiores no futuro. Pagando uma mensalidade fixa, os usuários podem se planejar financeiramente e evitar surpresas com gastos elevados em tratamentos emergenciais. Além disso, muitos dos Planos oferecem descontos em procedimentos não cobertos integralmente.

Assim como os Planos de Saúde, existe portabilidade, reembolso e carência?

Sim, os Planos Odontológicos seguem regras semelhantes aos Planos de Saúde em relação à portabilidade, reembolso e carência. A portabilidade é um direito dos Beneficiários que podem trocar de Plano sem precisar cumprir novos períodos de carência, desde que esteja no atual por pelo menos dois anos; adimplente com o Plano Odontológico atual e escolha um novo com cobertura equivalente ou superior ao atual. Em relação ao reembolso, alguns desses Planos oferecem a opção que permite ao Beneficiário ser atendido por um Profissional fora da rede credenciada e, posteriormente, solicitar o reembolso de parte ou do total do valor pago pelo atendimento, conforme as regras do Plano. Os períodos de carência variam de acordo com o procedimento e o plano contratado. Procedimentos mais simples, como consultas, urgências/emergências e limpezas, geralmente têm carências menores, enquanto procedimentos mais complexos, como tratamentos ortodônticos ou cirurgias, podem ter carências mais longas. É importante sempre ler com atenção o contrato do Plano Odontológico para entender todas as regras específicas de portabilidade, reembolso e carências aplicáveis.

PLANOS DE SAÚDE INVESTEM MENOS EM CUIDADOS DE PREVENÇÃO; PEQUENAS OPERADORAS SÃO EXCEÇÃO

O Globo – 19/05/2025

Levantamento de associação de hospitais indica que percentual aplicado em ações preventivas atingiu o menor patamar em 2024. Mas operadoras menores usam prevenção para conter custos.

Prevenir doenças reduzindo fatores de risco no dia a dia e monitorando o histórico familiar pode ser tão bom para qualquer pessoa quanto identificar uma enfermidade logo nos primeiros sintomas, mas as duas coisas são igualmente favoráveis à saúde financeira dos sistemas de saúde, reduzindo atendimentos e internações.

Apesar de isso não ser nenhum segredo, investimentos em políticas de prevenção ainda representam uma fatia muito baixa do faturamento dos planos de saúde. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam que, dos quase R\$ 350 bilhões arrecadados pelas operadoras no ano passado, só 0,25% foi investido em iniciativas de prevenção e promoção da saúde.

É o menor patamar desde 2018, segundo levantamento da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e a consultoria Arquitetos da Saúde, mas os planos nunca

investiram muito mais que isso em prevenção. Esse percentual não superou 0,5% no período analisado. No entanto, pequenas operadoras de saúde privada desafiam o modelo das mais antigas diferenciando-se neste ponto para reduzir custos, entre outras inovações.

Na visão de Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp, os dados sugerem a necessidade de reformas no setor. Ele

calcula que operadoras que oferecem planos coletivos empresariais (72% do mercado) perdem, em média, 1/3 dos usuários por ano, com empregadores migrando para outros planos para fugir dos altos reajustes.

— Esse indicador não deve ser usado para apontar o dedo para a operadora. É uma brutal falha regulatória — diz Britto.



Para a ANS, um programa para promoção da saúde e prevenção de doenças deve conter estratégias organizadas em linhas temáticas de cuidado, como prevenção de diabetes, hipertensão ou câncer. A agência monitora essas iniciativas, mas a adesão das operadoras é voluntária. Quem participa, porém, ganha um bônus nas avaliações de desempenho do órgão. Neste ano, 221 operadoras têm 420 programas do tipo em curso.

Setorialmente, os investimentos nestas iniciativas estão num patamar baixo, mas em algumas operadoras os valores são ainda inferiores à média. Dados financeiros da SulAmérica, por exemplo, indicam R\$ 2,9 milhões investidos em programas de prevenção no ano passado, 23,5% a mais que o total aplicado nas iniciativas em 2023, mas isso representa só 0,008% das receitas apuradas pela operadora de saúde em 2024.

Cifras diluídas

Diretora de Gestão de Saúde da SulAmérica, Raquel Imbassahy alega que há dificuldades para medir essas despesas, já que diferentes setores da companhia contribuem com ações de prevenção e muitos programas são feitos com parceiros, como startups. Dessa forma, as cifras acabam diluídas, argumenta.

Algumas das iniciativas são oferecidas a todos os usuários da SulAmérica, como linhas de cuidado voltadas especificamente para idosos, doenças crônicas ou rastreio de câncer de mama e de colo de útero. Em outra frente, a operadora investe em iniciativas sob medida para as necessidades da empresa que a contrata para a assistência de seus empregados, um movimento que acaba ajudando a atrair ou reter clientes na carteira nas negociações de reajusta, diz Imbassahy.

Ela cita, por exemplo, uma ação com uma escola onde havia uma prevalência maior de questões ortopédicas entre seus funcionários. Em 2024, após um programa de prevenção, com consultas com especialistas e encaminhamentos para fisioterapia e acupuntura, as indicações de cirurgias caíram 47% entre os segurados da instituição de ensino.

— É um investimento de longo prazo e que vai além da queda na sinistralidade, ajudando a controlar o absenteísmo e aumentando a produtividade dos trabalhadores — analisa a executiva.

Na Bradesco Saúde, foram R\$ 12 milhões investidos em programas de atenção à saúde no ano passado, só 0,03% das receitas da operadora, mas 11% mais que os R\$ 10,8 milhões aplicados nessas iniciativas em 2023.

A operadora diz oferecer atenção primária aos usuários nas clínicas Meu Doutor Novamed e também num programa voltado especificamente para empresas que são suas clientes. A iniciativa cobre 1,2 milhão de funcionários de 160 companhias com ações direcionadas a doenças crônicas, gestantes e saúde emocional, por exemplo. A operadora calcula uma redução de 47% na frequência de internações nas carteiras envolvidas na ação, além de diminuição do absenteísmo.

Entre os gargalos para acelerar os investimentos em prevenção na saúde privada, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) aponta o engajamento dos beneficiários, que “muitas vezes demonstram desinteresse ou não mantêm participação contínua nos programas”. A entidade também aponta que as trocas constantes de operadoras pelos empregadores “compromete o histórico assistencial” e gera perda dos investimentos realizados em saúde preventiva.

Remédio para os custos

Britto, da Anahp, soma a isso o fato de corretores de planos só serem remunerados na assinatura do contrato, o que estimula o movimento de empregadores “pulando de plano em plano” na tentativa de reduzir o custo da assistência que oferecem a seus funcionários.

No entanto, incentivos para acelerar investimentos em prevenção pode justamente ser o antídoto para a alta rotatividade das carteiras, avalia Rudi Rocha, diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) e professor da FGV EAESP:

— Os incentivos estão totalmente à deriva. É preciso um redesenho do sistema para estimular a permanência dos contratos. E isso vai desde metas da ANS para que uma fração das carteiras esteja sob programas preventivos até exigências para as empresas empregadoras.

Professora da FGV Saúde, Ana Maria Malik faz críticas ao modelo de saúde suplementar, “com ênfase no contrato e no preço” em vez de “no relacionamento entre as pessoas,

empresas e operadoras”. A pesquisadora também observa que poucos planos acompanham a rotina de seus usuários, como a ida às emergências:

— Essa análise de atendimentos recorrentes pode ajudar a detectar problemas precocemente ou tratar doenças de forma ambulatorial, o que é mais cômodo para o usuário e mais barato para a operadora.

Operadoras menores apostam nisso. Com 84 mil usuários em contratos individuais e para pequenas empresas (PMEs), a carioca Leve Saúde investiu cerca de R\$ 4,5 milhões no ano passado em programas de prevenção, cerca de 1,5% das receitas.

Além de ações voltadas para grupos específicos, como gestantes e puérperas, e a desospitalização de pacientes internados, uma equipe de 60 enfermeiros liga para os usuários após o registro de uma ida ao pronto-socorro para acompanhar tratamentos e mapear possíveis quadros mais complexos. Nas 12 clínicas próprias da operadora, médicos de família também cuidam da atenção primária.

— O mercado de saúde tem uma inflação alta, mas há anos isso se sustenta só com reajuste. As empresas precisam fazer ajuste de custo, mas acabam reduzindo cobertura ou aumentando a coparticipação, então a qualidade cai. Nossa ideia é tomar um outro caminho — diz Sandro Silva, diretor de Operações da Leve.

Autorizada pela ANS em 2018, a mineira Aurora faz um check-up com consulta e exames de novos segurados logo após a assinatura do contrato com a empresa contratante. Segundo as fundadoras Marcela Matos e Liliâne Freiras, ex-executivas da Unimed, a metodologia rastreia 24 doenças que correspondem, em média, a 25% do custo assistencial de uma operadora. Entre os clientes, estão siderúrgicas de Minas Gerais e os Supermercados BH, quarta maior rede supermercadista do país.

— Os programas de atenção e prevenção viraram “produtos de prateleira” para estreitar relação com RH. E esse era o nosso incômodo — explica Marcela. — São doenças que, se diagnosticadas previamente, têm uma grande probabilidade de não evoluir para problemas mais graves e de alto custo. Não estamos falando de barrar a entrada do beneficiário, mas trazer um modelo operacional eficiente, sem ser apenas reajuste, com compartilhamento de responsabilidade com as empresas.

Mais produtividade

Na outra ponta, empresas empregadoras também recorrem a meios próprios para estimular os cuidados de prevenção e atenção primária em saúde. O Hospital Sírio-Libanês, por exemplo, tem um programa customizado de acordo com as características do negócio do cliente. São atendidos 400 mil trabalhadores de 12 empresas, incluído indústrias e bancos.

— O resultado não é só na melhora da saúde e na produtividade dos usuários, mas também na redução do sinistro. E naturalmente isso influencia também na negociação dos reajustes com as operadoras — diz Daniel Greca, diretor de Saúde Populacional do hospital.

Fundador e CEO da operadora paulistana Alice, hoje com 50 mil usuários, André Florence diz que as ações preventivas reduzem internações, atendimentos em emergências ou consultas com especialistas, o que pesa nos custos dos planos e impacta na definição dos reajustes. No ano passado, o percentual médio de aumento aplicado pela operadora nos contratos PMEs foi de 10,54%, enquanto a média do setor segundo a ANS foi de 14,77%.

A Graded, Escola Americana de São Paulo, contratou a Alice numa tentativa de reduzir as despesas com o plano de saúde dos funcionários, que vinham crescendo. A principal mudança veio com as consultas semanais da médica de família Amanda Schaffner, que atende os profissionais da escola e também seus familiares dependentes na própria unidade de ensino.

— Os planos de saúde repassam custos para as empresas contratantes, mas uma gestão puramente baseada em despesas não é suficiente. Ela (a médica) conhece a história das pessoas, entende os principais riscos de cada colaborador e seus familiares, orienta sobre quais rotas seguir, que especialistas ou tratamentos buscar, e assim o custo automaticamente reduz — diz Renata Romanich, diretora de Recursos Humanos da Graded.

ANS ATUALIZA BASE DE DADOS DO PAINEL D-TISS

(Gov) Ans – 15/05/2025

Ferramenta permite consultas sobre valores e números de procedimentos realizados pelos planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de atualizar o painel dinâmico D-TISS, ferramenta que possibilita pesquisas sobre a quantidade e o valor médio de honorários praticados em procedimentos (consultas, exames, cirurgias e terapias) realizados pelos usuários de planos de saúde. Os interessados já podem consultar os dados relativos ao ano de 2024, além de atualizações nos anos de 2022 e 2023. As informações apresentadas no painel são recebidas pela ANS por meio da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS).

O painel possui mais de 4 mil dados de procedimentos realizados na saúde suplementar, desde 2015. As pesquisas podem ser feitas tanto pelo código, quanto pelo nome do procedimento. Para refinar a busca, estão disponíveis seis filtros: tipo de segmentação (ambulatorial ou hospitalar), unidade da federação (UF), faixa etária, sexo, porte da operadora e período de competência. A exploração e a

tabulação desses dados permitem gerar informações que promovem a transparência, fortalecem a qualidade da atenção à saúde e estimulam a concorrência no setor.

Sobre o Padrão TISS

A Troca de Informação de Saúde Suplementar foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados assistenciais dos beneficiários de planos de saúde entre os agentes da saúde suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Saiba mais sobre o TISS

Além do painel, a ANS disponibiliza arquivos com outros dados do TISS no [Portal de Dados Abertos da Agência](#).

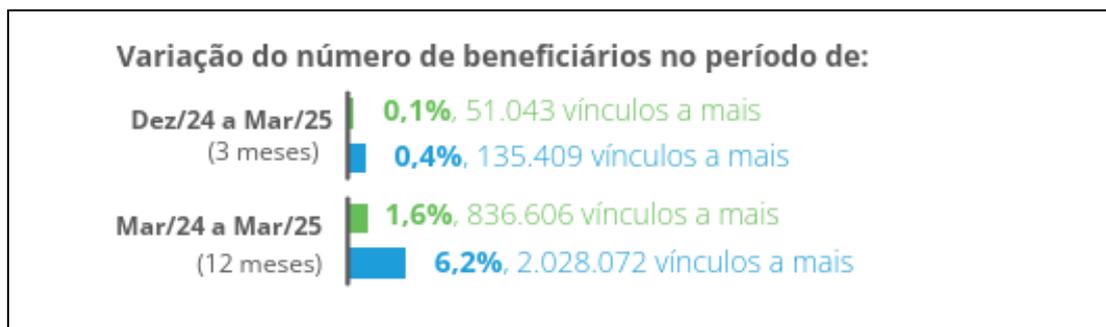
PLANOS DE SAÚDE BATEM RECORDE HISTÓRICO COM 52,1 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

Saúde Business – 15/05/2025

Alta é puxada por crescimento do emprego formal e reforça papel dos contratos empresariais na saúde suplementar.

O número de brasileiros com planos de saúde médico-hospitalares alcançou, em março deste ano, o maior patamar já registrado: 52,1 milhões de beneficiários. O dado consta da 105ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), e reflete diretamente a recuperação do emprego formal no país.

Nos 12 meses encerrados em março, o Brasil criou 1,6 milhão de empregos com carteira assinada, segundo o Novo Caged. No mesmo período, os planos coletivos empresariais – vinculados ao mercado formal – cresceram 3,5%, com a adesão de 1,27 milhão de novos beneficiários. Atualmente, 72% dos usuários de planos de saúde estão nessa modalidade.



“Há uma correlação direta e significativa entre o avanço do emprego formal e o aumento da cobertura dos planos empresariais. Isso reforça a importância do vínculo empregatício como porta de entrada para a saúde suplementar no Brasil”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Cechin também destaca que o mercado de trabalho passa por transformações profundas, com o crescimento do empreendedorismo e mudanças nas relações laborais. “Será cada vez mais necessário repensar como a saúde suplementar pode se adaptar a essa nova dinâmica”, pondera.



Crescimento histórico e desafios regulatórios

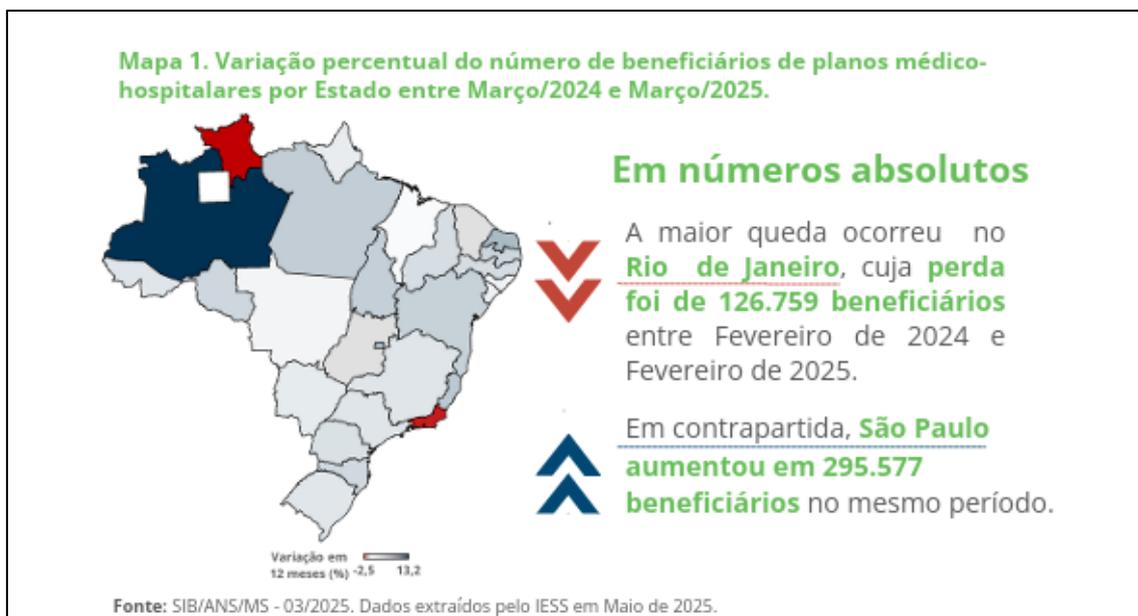
A análise especial da NAB mostra que, em 2000, os planos empresariais somavam cerca de 6 milhões de beneficiários. Hoje, esse número ultrapassa os 37,6 milhões – um salto de 520% em 25 anos. Em contrapartida, os planos individuais ou familiares, embora tenham crescido em números absolutos, perderam participação relativa no mercado e registraram queda de 1,3% no último ano, reflexo das restrições regulatórias que limitam sua expansão.

“O crescimento recente concentrou-se exclusivamente nos contratos empresariais. Planos por adesão e individuais

apresentaram retração. Isso evidencia a urgência de discutir a sustentabilidade e a ampliação do acesso a outras modalidades de contratação”, analisa Cechin.

Panorama regional: São Paulo avança, Rio de Janeiro recua

Entre os estados, São Paulo liderou a expansão, com 295 mil novos beneficiários em planos médico-hospitalares e mais de 517 mil em planos exclusivamente odontológicos. Já o Rio de Janeiro apresentou a maior retração, com perda de 126,7 mil vínculos médico-hospitalares.



O segmento odontológico também registrou crescimento expressivo: foram 2 milhões de novos vínculos em 12 meses, totalizando 34,6 milhões de beneficiários – um avanço anual de 6,2%.

“Os dados indicam não apenas uma recuperação pós-pandemia, mas a consolidação dos planos empresariais

como principal via de acesso à saúde suplementar. A formulação de políticas públicas que ampliem e diversifiquem esse acesso segue sendo estratégica”, conclui Cechin

TEXTO QUE AGUARDA DECISÃO DE MOTTA PARA IR A PLENÁRIO PREVÊ MUDANÇAS PARA PLANOS DE SAÚDE; ENTENDA

Exame – 14/05/2025

Documento deve servir como novo marco na relação entre empresas operadoras e usuários.

Em tramitação desde 2006, o projeto conhecido como “PL dos Planos de Saúde” está pronto para ser levado ao plenário da Câmara dos Deputados. Segundo o relator, deputado Duarte Júnior, o texto — que leva em consideração aspectos de outros 279 projetos sobre saúde suplementar — deve servir como um novo marco na relação entre operadoras de planos de saúde e usuários.

“O projeto traz respostas a temas como a rescisão unilateral de contrato, principalmente quando envolve idosos, pessoas com deficiência e pacientes com doenças crônicas, além de possibilitar o barateamento de medicamentos e a implementação do prontuário eletrônico unificado, com troca de informações entre o setor público e o privado”, afirma o parlamentar em entrevista à Esfera Brasil. Ele assumiu a relatoria do tema em 2023.

Disponível para consulta no site da Câmara dos Deputados, o documento que incluiu o parecer de plenário e a matéria em si conta com 115 páginas e depende de uma decisão do presidente da Casa, Hugo Motta, para ser analisado pelos 513 parlamentares. Entre outros pontos previstos, o texto recomenda que seja fixado em lei o direito ilimitado a consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas

ocupacionais e fisioterapeutas, conforme resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Urgências

A lógica de reajuste dos planos coletivos pequenos é contestada pelo texto, uma vez que mudanças de preço em alguns casos são mais altas do que os patamares firmados como limite pela ANS a planos individuais. A matéria ainda destaca que, segundo o Estatuto da Pessoa Idosa, é vedada a discriminação pela cobrança de valores diferenciados de planos de saúde em razão da idade.

“O artigo 15 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor somente poderá ocorrer se estiverem previstos as faixas etárias e os percentuais de ajuste no contrato, com a ressalva dos contratos feitos antes da vigência da Lei”, explica Duarte Júnior no relatório.

Ainda de acordo com o texto, nos planos hospitalares sem obstetrícia, para as urgências decorrentes de complicações na gravidez, as pacientes terão assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 horas, ou em prazo menor se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia.

Em relação a emergências ocorridas quando o prazo de carência não foi totalmente cumprido, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, há garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas ou em

prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou caso exista a necessidade a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

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)