

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de junho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS lança nova versão do padrão TISS](#) - Fonte: Gov (ANS)

[ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 1º trimestre de 2025](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Planos de saúde: Painel da ANS mostra que lucro dobrou e que mais de 60% de custos judiciais vêm de descumprimento de contratos](#) - Fonte: O Globo

[OAB SP manifesta preocupação com descumprimento reiterado de decisões judiciais por planos de saúde](#) - Fonte: O Globo

[IESS lança série sobre o futuro da Saúde Suplementar até 2035](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde Suplementar: ANS esclarece que novas regras não se aplicam ao setor](#) - Fonte: SEGS

[Os desafios do envelhecimento populacional já batem à porta do ecossistema de saúde no Brasil](#) - Fonte: Estadão

[ANS divulga resultado preliminar da fase de testes do novo SIB](#) - Fonte: Gov (ANS)

ANS LANÇA NOVA VERSÃO DO PADRÃO TISS

Gov (ANS)– 03/06/2025

Atualização está adequada à LGPD e protege os dados dos mais de 52 milhões de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a versão atualizada (referente ao mês de maio) do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS). A atualização traz a inclusão de quase 26 mil termos na terminologia de Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) e de 334 termos na terminologia de medicamentos.

A versão 4 do Padrão TISS adequou as trocas de informações na saúde suplementar à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), garantindo proteção adequada aos dados assistenciais de mais de 52 milhões de beneficiários.

Alguns destaques da nova versão: atualização das terminologias de Materiais e OPME (tabela 19), de Medicamentos (tabela 20), de Procedimentos e Eventos em Saúde (tabela 22); do Código brasileiro de ocupação (CBO) (tabela 24), de Status da guia e do protocolo (tabela 47); da Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64), e de Versão do componente de

comunicação do padrão (tabela 69) do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS). A nova versão do Padrão TISS apresenta, ainda, a atualização dos Componentes Organizacional, de Conteúdo e Estrutura e de Comunicação.

Aprimoramento

As atualizações do Padrão TISS são fruto das discussões de aprimoramento no âmbito do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS.

Vale destacar que manter as terminologias de materiais, medicamentos e todas as demais atualizadas no Padrão TISS é fundamental para garantir a interoperabilidade e a precisão das informações trocadas entre os diferentes atores do setor de saúde suplementar.

Lembramos que o uso da versão vigente do Padrão TISS é obrigatório para todos os agentes que participam da troca de informações.

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS RELATIVOS AO 1º TRIMESTRE DE 2025

Gov (ANS)– 03/06/2025

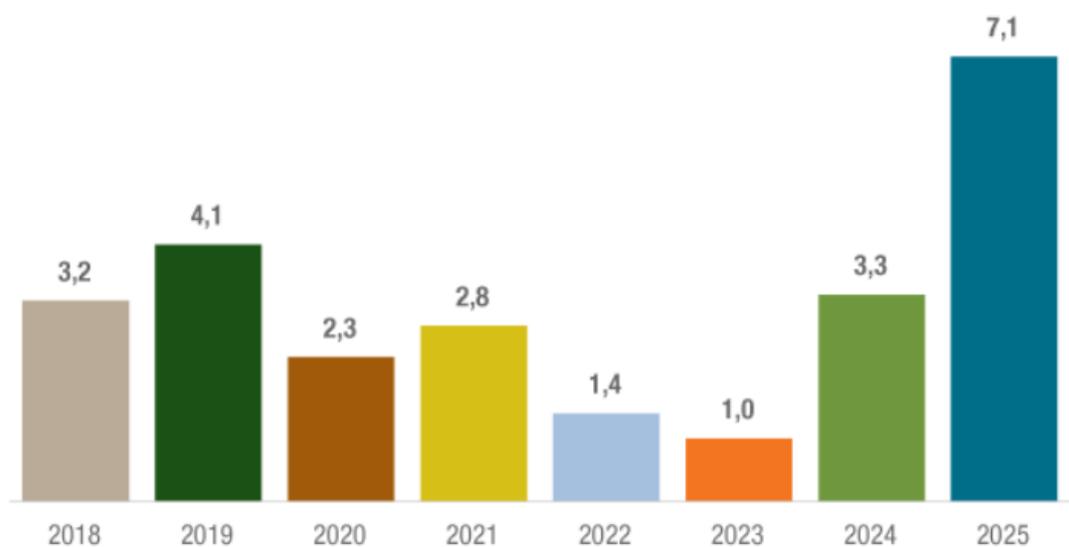
Resultados estão disponíveis e serão apresentados em webinar transmitido ao vivo nesta terça-feira, 3/6, às 14h.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira, 3/6, os dados econômico-financeiros referentes ao 1º trimestre de 2025. As informações estão disponíveis no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#), que permite a consulta por trimestre desde 2018. Na tarde desta terça-feira (3/6), a equipe da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) fará uma apresentação dos resultados em um webinar que poderá

ser acompanhado ao vivo pelo [portal da ANS](#) ou pelo [canal da Agência no YouTube](#).

As informações contábeis enviadas pelas operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios à ANS demonstram que o setor registrou, no 1º trimestre de 2025, lucro líquido de R\$ 7,1 bilhões (aumento de 114% em relação ao mesmo período do ano anterior). Esse resultado equivale a aproximadamente 7,7% da receita total do período, que foi aproximadamente R\$ 92,9 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor auferiu cerca de R\$ 7,70 de lucro ou sobra.

Resultado Líquido no 1º trimestre - em R\$ bilhões



No gráfico acima, é possível observar que o resultado líquido do setor no 1º trimestre de 2025 é o maior da série histórica, desde 2018.

Também de acordo com as informações recebidas, 78,3% das operadoras reguladas pela ANS (606 no total) terminaram o 1º trimestre com resultado líquido positivo informado (3,3 pontos percentuais acima do mesmo período do ano anterior).

Resultado das operadoras médico-hospitalares

As operadoras médico-hospitalares – que são o principal segmento do setor – somaram um lucro líquido de R\$ 6,9 bilhões.

O desempenho deste segmento consolida a recuperação do resultado operacional – ligado às suas atividades diretas – com saldo positivo de R\$ 4,4 bilhões na diferença entre as receitas e despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à saúde, maior patamar da série histórica. Esse crescimento do resultado operacional se deu de forma expressiva nas cooperativas médicas, medicinas de grupo e seguradoras especializadas em saúde. As autogestões foram a única modalidade que apresentou prejuízo operacional: quase 0,5 bilhão (55% a mais que no mesmo período do ano anterior).

A remuneração das aplicações financeiras acumuladas pelas operadoras médico-hospitalares, que totalizaram R\$ 128 bilhões no final de março de 2025, continua a contribuir fortemente com a composição do seu resultado líquido total. Num cenário de crescimento da taxa de juros básica da economia, o agregado do resultado financeiro foi positivo em

R\$ 3,6 bilhões no 1º trimestre de 2025, aumento de 58,6% em relação ao mesmo período do ano anterior - recorde da série histórica.

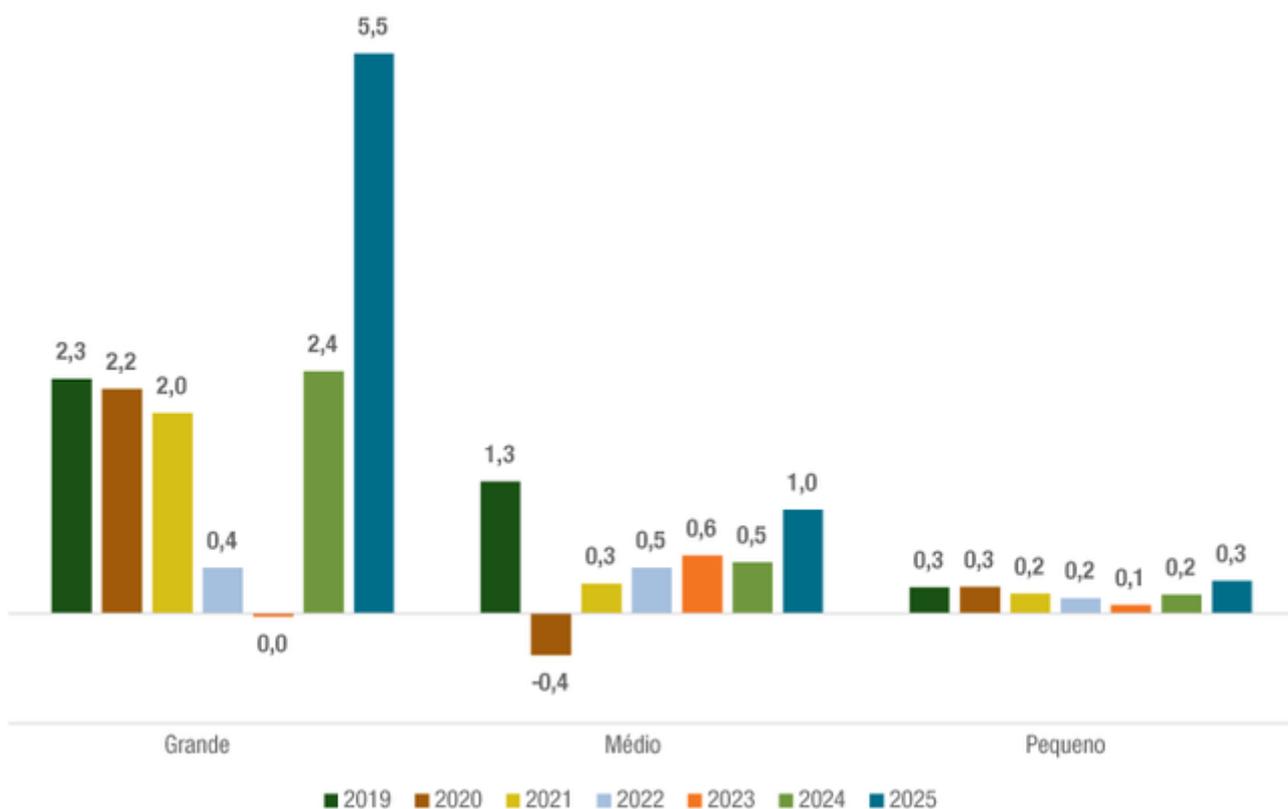
De acordo com o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino, o desempenho do setor no 1º trimestre de 2025 evidencia a consolidação da recuperação do resultado operacional. "Os dados demonstram a consolidação da recuperação do resultado operacional das operadoras, especialmente das médico-hospitalares, que atingiram o maior patamar da série histórica. Esse desempenho reflete não apenas uma recomposição de receitas, mas também um movimento importante de equilíbrio nas despesas assistenciais. Nosso compromisso segue sendo o de fornecer informações cada vez mais qualificadas e acessíveis para toda a sociedade", declarou.

Resultado por porte de operadora médico-hospitalar

O painel Econômico-Financeiro também possibilita a análise dos resultados por porte de operadora.

Nele, é possível verificar, conforme o gráfico a seguir, que as operadoras médico-hospitalares de grande porte foram responsáveis pelo melhor desempenho no setor, registrando, em números agregados, R\$ 5,5 bilhões de lucro líquido no 1º trimestre de 2025, (131% a mais que o mesmo período do ano anterior). Ainda que em proporção um pouco menor, os demais portes também tiveram crescimento expressivo.

Resultado líquido no 1º trimestre por porte (MH) - em R\$ bilhões

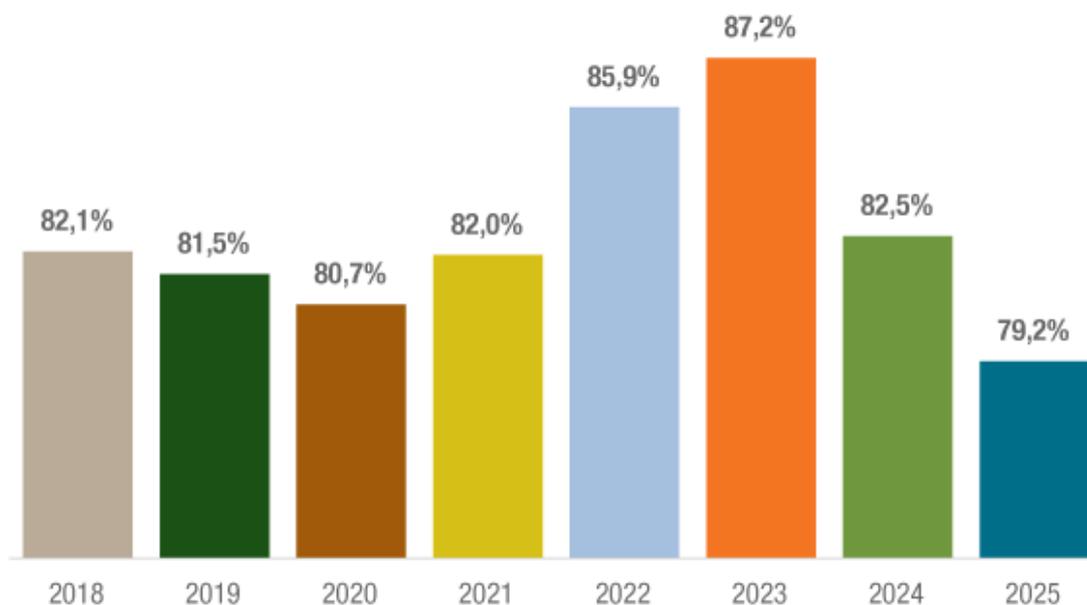


Sinistralidade

A sinistralidade, principal indicador que explica o desempenho operacional nas operadoras médico-hospitalares, registrou, somente no 1º trimestre de 2025, o índice de 79,2% (3,3 pontos percentuais abaixo do apurado

no ano anterior), conforme gráfico a seguir, o que indica que em torno de 79,2% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais. Esta é a menor sinistralidade registrada em um 1º trimestre na série histórica iniciada em 2018.

Sinistralidade no 1º trimestre (MH)



A redução da sinistralidade nos números agregados é explicada principalmente pela recomposição das mensalidades em proporção superior à variação das despesas assistenciais, movimento percebido no setor desde 2023 e mantido no período observado.

No Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar também é possível consultar o desempenho individual por operadora de plano de saúde.

Despesas judiciais entram no Painel Econômico-Financeiro do setor

Nesta edição do Painel, a ANS passa a disponibilizar um quadro específico com os valores de despesas judiciais que as operadoras informam em seus balancetes, além de um novo gráfico que traz a relação entre resultado e patrimônio líquidos, ampliando o conjunto de indicadores disponíveis para a análise contábil.

“A inclusão é uma iniciativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras com o intuito de aumentar ainda mais a transparência da ANS ao fornecer informações relevantes para os principais debates em andamento no setor. Este novo quadro no Painel certamente vai enriquecer o debate sobre a judicialização e seus impactos no setor”, destacou Jorge Aquino.

O diretor acrescentou que a possibilidade de registrar essas despesas é recente e que sua divulgação contribui para aprimorar o entendimento dessas contas e para a melhoria contínua da qualidade das informações contábeis disponíveis, tanto para as operadoras quanto para a ANS.

Para o último período analisado, é possível destacar que o total de despesas de judicialização (considerando a série de 12 meses) evoluiu de R\$ 1,2 bilhão, ou 0,65% dos eventos indenizáveis (despesas assistenciais) no 1º trimestre de 2020 para R\$ 3,9 bilhões, ou 1,49% dos eventos indenizáveis no 1º trimestre de 2025.

Além disso, é possível segregar a natureza da despesa de judicialização. Para o 1º trimestre de 2025, 62% das despesas tiveram origem em ações classificadas pelas operadoras como as que visavam procedimentos que deveriam ter sido cobertos pelos contratos de planos de saúde, enquanto 38% tiveram origem em ações relacionadas a demandas não previstas nos contratos de planos de saúde.

Entenda os conceitos

Resultado operacional: é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações/mensalidades e outras receitas operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

Resultado líquido: é a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Sinistralidade: de forma geral, representa o percentual das receitas assistenciais (advindas das contraprestações/mensalidades) que são utilizadas com o pagamento de despesas assistenciais.

PLANOS DE SAÚDE: PAINEL DA ANS MOSTRA QUE LUCRO DOBROU E QUE MAIS DE 60% DE CUSTOS JUDICIAIS VÊM DE DESCUMPRIMENTO DE CONTRATOS

O Globo – 03/06/2025

Os números do primeiro trimestre das operadoras de planos de saúde colocam em xeque o cenário que vem sendo desenhado pelas empresas de que há uma crise setorial. Os lucros das operadoras de planos médicos hospitalares mais do que dobraram em relação ao primeiro trimestre do ano passado: R\$ 6,9 bilhões contra R\$ 3,1 bilhões, mostra o Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, divulgado nesta terça-feira pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O lucro operacional, que exclui os ganhos financeiros, também mais do que dobrou, foi de R\$ 4,4 bilhões, ante a R\$ 1,87 bilhões registrados no mesmo período do ano passado. Somando o resultado de planos odontológicos e administradoras de benefícios, o setor teve um lucro de R\$ 7,1 bilhões.

Os custos dos planos de saúde com a judicialização em 12 meses, encerrados em março, foram equivalentes a 1,23% das receitas provenientes das mensalidades, totalizando R\$ 3,9 bilhões. Divulgados pela primeira vez pela ANS, os dados das despesas das operadoras com a Justiça mostram ainda que 62,4% das ações são relativas ao descumprimento do contrato. Os números compilados pela agência reguladora foram informados pelas próprias empresas e põe por terra o argumento que têm repetido à exaustão de que, ao ir à Justiça, o consumidor estaria colocando em risco a sustentabilidade do setor. Nota publicada pela Comissão de Direito Médico e de Saúde da OAB SP, nesta segunda-feira, aponta que a situação é bem diferente ao denunciar o descumprimento sistemático de decisões judiciais por operadoras de planos de saúde.

- Tudo está melhorando, resultado operacional, financeiro, lucro líquido. Os dados não apontam nenhuma crise setorial, é lógico que há empresas com problemas, mas esse percentual está caindo. A demonstração financeira mostra que as empresas estão com dinheiro em caixa, são R\$ 128 bilhões, 50% em recursos livres de exigência da ANS, o que poderia ser reduzido em caso de crise dos planos, mas tem se mantido - ressalta Jorge Aquino, diretor de normas e habilitação das operadoras da ANS.

A sinistralidade - que é a relação entre as despesas com a assistência aos usuários e a receita com mensalidades - caiu, voltando a patamar pré-pandemia. O menor percentual é registrado entre as grandes operadoras, 74,4%. Os planos de autogestão - que se caracterizam por estar ligado a uma empresa e categoria e não terem fins lucrativos - registraram o pior resultado, com uma sinistralidade de 93,3%, o que mostra o desequilíbrio na operação, provocado principalmente, diz Aquino, pelo envelhecimento da clientela.

- A redução na sinistralidade do setor é efeito dos reajustes mais altos que têm sido implementados pelas empresas nos últimos dois anos - avalia o diretor.

No entanto, o aumento das reclamações de consumidores à ANS e os dados da despesa judicial poderiam ser entendidos como uma estratégia para dificultar acesso à assistência e melhorar resultados? O diretor admite que esse é um "raciocínio que se apresenta", mas pondera:

- Pode-se incorrer em injustiça. Não acredito que as empresas estejam deliberadamente negando procedimentos previstos em contrato. Mas há problema de gestão, com certeza - afirma Aquino.

Segundo nota publicada pela OAB-SP, "advogados e advogadas que atuam na defesa dos pacientes convivem, cotidianamente, com o desrespeito às decisões que conquistam judicialmente — enfrentando, além da barreira jurídica, a perda da confiança da população no Direito e na Justiça."

- A profundidade do fosso entre operadoras e usuários está se tornando intransponível. Inclusive os dados evidenciam a existência objetiva de mecanismos abusivos de restrição de acesso por parte de empresas do setor suplementar. Essas informações acendem um sinal de alerta, já passou da hora de instituições governamentais hesitarem, se omitirem em relação a uma regulação adequada de preços e garantias de cobertura - diz a médica Lígia Bahia, do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

A OAB SP chama atenção para o crescimento das Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs), mecanismo de mediação de conflito da ANS. Dados da agência reguladora mostram que as queixas relativas a descumprimento de cobertura assistencial saltaram de 91.875, em 2019, para 301.893. Este ano, até abril, já foram registradas 86.969 queixas sobre esse tema.

Marina Paulelli, coordenadora do programa de saúde do Idec, afirma que com bastante frequência, a sustentabilidade econômica é utilizada como argumento pelas empresas para justificar o que considera práticas abusivas aos consumidores.

- Isso acontece especialmente no âmbito de planos de saúde coletivos, caracterizados por altos reajustes e rompimentos imotivados. Os dados recentes divulgados pela ANS indicam que, na prática, os supostos riscos econômicos não se verificam. O mesmo vale para a judicialização. A judicialização é reflexo de graves práticas de mercado, que merecem atenção tanto da agência reguladora, que deve superar lacunas normativas, quanto do Poder Judiciário, que deve se atentar ao descumprimento da lei pelas empresas - destaca a advogada.

Em nota a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) avalia que a recuperação do setor atestada pelos dados econômico-financeiros do primeiro trimestre de 2025 é positiva para o sistema e destaca que o lucro de R\$ 6,9 bilhões representa uma margem de lucro de 8,6% no trimestre. Nos últimos 12 meses, diz a entidade, a margem é mais estreita, de 4,4%.

A FenaSaúde ressalta ainda que desde a pandemia, o o retorno sobre o patrimônio (ROE) do setor tem sido 6,4 pontos percentuais menor do que o registrado nos cinco anos anteriores. No período pré-pandemia, informava, ficava em torno de 15%.

Em relação as despesas judiciais a FenaSaúde faz um cálculo diferente da ANS. No painel, a agência correlaciona as despesas de judicialização com as receitas obtidas pelas empresas com as mensalidades, o que resulta num percentual de 1,23%. Já a federação faz a conta comparando com o lucro líquido do setor nos últimos 12 meses. Os R\$ 3,9 bilhões com custos judiciais representam 27% do lucro líquido das operadoras no período que foi de R\$ 14 bilhões.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) ainda não respondeu ao blog.

OAB SP MANIFESTA PREOCUPAÇÃO COM DESCUMPRIMENTO REITERADO DE DECISÕES JUDICIAIS POR PLANOS DE SAÚDE

O Globo - 03/06/2025

Entidade diz que é preciso "fortalecer mecanismos de responsabilização e pensar em novos modelos coercitivos que tornem o cumprimento da decisão mais vantajoso que sua inobservância".

A Comissão de Direito Médico e de Saúde da OAB SP publicou uma nota, nesta segunda-feira no site da entidade, em que manifesta "profunda preocupação com a normalização de práticas que afrontam a efetividade da Justiça e o direito fundamental à saúde, notadamente o descumprimento sistemático de decisões judiciais por operadoras de planos de saúde." Segundo a ordem paulista, "advogados e advogadas que atuam na defesa dos pacientes convivem, cotidianamente, com o desrespeito às decisões que conquistam judicialmente — enfrentando, além da barreira jurídica, a perda da confiança da população no Direito e na Justiça."

No texto a comissão ressalta que "enquanto se debate a litigância predatória por parte de alguns consumidores, ignora-se a face estruturalmente mais perversa da judicialização da saúde, em que empresas deixam de cumprir decisões judiciais que determinam a cobertura de procedimentos, medicamentos e tratamentos, assumindo o risco de penalizações mínimas e tratando a multa judicial como custo operacional — muitas vezes, menor que o custo de cumprir a obrigação."

Assinada pelo presidente da OAB SP, Leonardo Sica, e pela presidente da comissão, Juliana Peneda Hasse, a nota defende a necessidade de "fortalecer mecanismos de responsabilização e pensar em novos modelos coercitivos que tornem o cumprimento da decisão mais vantajoso que

sua inobservância". A multa, diz o manifesto, "não pode ser apenas simbólica — ela precisa ser eficaz". E acrescenta: "o Judiciário precisa ser respeitado em sua integridade, e a advocacia não pode ser enfraquecida diante da ineficácia da execução".

A OAB SP ressalta que essa prática "foi recentemente denunciada pelo presidente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), ministro Herman Benjamin, sublinhando o risco à confiança na Justiça e a sobrecarga do sistema com execuções, múltiplos recursos e milhares de registros administrativos."

O aumento das Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs), mecanismo de mediação de conflito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), também teve destaque no texto. Dados da agência reguladora mostram que as queixas relativas a descumprimento de cobertura assistencial saltaram de 91.875, em 2019, para 301.893. Este ano, até abril, já foram registradas 86.969 queixas sobre esse tema.

Na avaliação da OAB, "as NIPs têm sido utilizadas não apenas para demandas assistenciais, mas também como tentativa de cumprimento de ordens judiciais descumpridas, revelando o desvirtuamento do sistema de regulação e a urgência de sua reestruturação."

A OAB SP afirma que "acompanhará de perto essa pauta, inclusive junto à ANS, que já sinaliza a reestruturação de seus instrumentos de fiscalização."

IESS LANÇA SÉRIE SOBRE O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ATÉ 2035

Saúde Business – 02/06/2025

Em um contexto de rápidas transformações e desafios crescentes, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) lança a série "Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035", com o objetivo de antecipar tendências, propor soluções e contribuir para um sistema de saúde mais eficiente, acessível e sustentável no Brasil.

"A saúde suplementar vive um momento decisivo. Os desafios atuais exigem um olhar atento sobre o presente e um planejamento estratégico para o futuro", afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS. "Mais do que prever o que virá, queremos mapear caminhos viáveis para que o setor evolua de forma integrada e equilibrada."

A série contará com estudos inéditos elaborados por um comitê de especialistas de referência, incluindo Nelson Teich, ex-ministro da Saúde; Paulo Chapchap, ex-presidente do Hospital Sírio-Libanês; e Antônio Britto, ex-governador do Rio Grande do Sul e atual presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). A equipe técnica do IESS também assina os conteúdos.

Destinada a operadoras de planos de saúde, gestores públicos e privados, reguladores, profissionais da saúde e à sociedade civil, a iniciativa busca estimular o debate qualificado sobre os rumos da saúde suplementar no país.

Desafios estruturais em foco: envelhecimento, tecnologia e modelos de cuidado

O ponto de partida é a publicação do “Preâmbulo”, documento que destaca pressões crescentes sobre o sistema, como o envelhecimento populacional, a incorporação de tecnologias de alto custo, o aumento dos gastos per capita, a fragmentação entre os setores público e privado, além de gargalos operacionais, judicialização, desigualdade de acesso e entraves regulatórios.

Entre os temas que serão abordados ao longo da série estão: Open Health, novos modelos de pagamento e cuidado,

promoção de estilos de vida saudáveis, reorganização empresarial e a proposta de criação de uma agência única para avaliação de tecnologias em saúde.

Os estudos serão divulgados periodicamente pelo IESS. [Clique aqui para acessar a íntegra do Preâmbulo](#), que marca o início da série.

SAÚDE SUPLEMENTAR: ANS ESCLARECE QUE NOVAS REGRAS NÃO SE APLICAM AO SETOR

SEGS – 02/06/2025

O Conselho Federal de Medicina (CFM) ampliou os critérios para a cirurgia bariátrica, permitindo o procedimento a partir de IMC 30 com comorbidades. Adolescentes desde os 14 anos poderão ser operados em casos graves, e novas técnicas cirúrgicas foram reconhecidas para permitir abordagens mais individualizadas. No entanto, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essas novas regras ainda não são aplicadas à cobertura do procedimento na saúde suplementar.

Agora, pacientes com IMC entre 30 e 35 já podem ser operados, desde que apresentem comorbidades como diabetes tipo 2, apneia do sono grave, doenças cardiovasculares ou hepáticas, entre outras. Também foram eliminados os limites de idade e o tempo mínimo de diagnóstico para doenças como o diabetes, facilitando o acesso ao tratamento.

Outra mudança importante é a autorização do procedimento para adolescentes a partir de 14 anos, em casos graves de obesidade com complicações à saúde — antes, a idade mínima era de 16 anos. Além disso, o CFM passou a reconhecer oficialmente novas técnicas cirúrgicas, como o duodenal switch com gastrectomia vertical e o bypass gástrico com anastomose única, permitindo abordagens mais personalizadas, conforme o perfil de cada paciente.

Em nota, a ANS explica que as novas regras não se aplicam à cobertura do procedimento na saúde suplementar, pois essa cobertura segue diretrizes próprias chamadas DUTs. “Para alterá-las, conforme as regras recém-aprovadas pelo CFM, é necessário seguir o rito da Resolução Normativa (RN)

555/2022”, explica. “A ANS informa que não recebeu, até o momento, proposta de atualização do Rol nos mesmos parâmetros das recomendações do CFM”, acrescenta.

Técnicos da ANS analisam outra ampliação

Está em análise técnica uma proposta para ampliar a cobertura da cirurgia bariátrica, incluindo a colocação de balão intragástrico para adultos com obesidade graus I e II (IMC entre 30 e 40 kg/m²) que não tiveram sucesso na perda de peso após intervenções convencionais.

“A Agência esclarece que, após a análise técnica, a proposta em questão passará por discussões preliminares na Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde)”, destaca a ANS. Após a análise técnica, a proposta passa por etapas de participação social, como consulta pública e, se necessário, audiência pública, antes de retornar para discussões finais na Cosaúde. Em seguida, é submetida à aprovação da Diretoria Colegiada. Se aprovada, a proposta é incorporada ao Rol de procedimentos, respeitando os prazos legais de até 180 dias, prorrogáveis por 90.

Em nota, a ANS destaca ainda que é responsável por atualizar o Rol de Procedimentos com base nas melhores evidências científicas, avaliando os impactos clínicos e econômicos das novas tecnologias. O objetivo é garantir tratamentos eficazes para os beneficiários da saúde suplementar, ao mesmo tempo em que preserva a sustentabilidade financeira do setor.

OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL JÁ BATEM À PORTA DO ECOSISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Estadão – 31/05/2025

É hora de darmos o próximo passo, rumo a um futuro em que todos nós possamos viver com mais qualidade, autonomia e dignidade.

Impulsionado por transformações socioculturais e econômicas, o Brasil atravessa uma transição demográfica sem precedentes e, em 2030, de acordo com projeções do IBGE, o País terá um número maior de cidadãos com 60 anos ou mais do que de jovens com até 14 anos. Até 2060, o que

se espera é um aprofundamento da curva de inversão da pirâmide etária, com a faixa populacional de idosos representando aproximadamente 30% do total de brasileiros. O fato é que estamos falando de uma transformação em curso acelerado, cujas implicações alcançam um natural aumento da demanda por serviços médicos, exames e tratamentos de qualidade para o sistema de saúde nacional público e privado. Afinal de contas, não se trata apenas de viver mais, mas de ter acesso a cuidados adequados para que a qualidade de vida caminhe em conjunto com uma população longeva.

Alguns desafios já se impõem enquanto a curva se altera. O envelhecimento está diretamente associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e doenças neurodegenerativas – condições muitas vezes silenciosas e que precisam de acompanhamento médico e o diagnóstico prévio e preciso.

Os dados mais recentes ilustram essa realidade com clareza quando observamos a frequência de exames por habitante, cujo crescimento é exponencial a partir dos 50 anos, atingindo seu ápice nas faixas entre 70 e 79 anos.

Outro indicador que reforça esse cenário envolve o expressivo crescimento no número de exames de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa), que se expandiu 117% entre 2016 e 2023 na saúde suplementar. É importante salientar que esse crescimento da demanda por exames é somente parte de uma realidade multifacetada. A tendência é que haja uma necessidade cada vez maior por profissionais especializados em geriatria e gerontologia, capazes de lidar com múltiplas comorbidades de forma integrada. Soma-se a isso o aumento na busca por serviços de cuidados de longa duração — como lares para idosos, centros de atendimento diurno e suporte domiciliar.

Outro ponto sensível é a saúde mental. O avanço da idade, aliado a fatores como isolamento social, perdas funcionais e luto, pode levar a um aumento significativo de quadros de depressão, ansiedade e demência – já em 2019, os idosos lideraram o ranking dos mais afetados pela depressão, segundo o IBGE.

Transformação tecnológica na rota da inversão etária. O aumento da demanda pelo acompanhamento da população exigirá mais integração, eficiência e inovação de todo o

sistema de saúde, com a evolução tecnológica cumprindo um papel decisivo.

Nesse sentido, foi positivo observar que, em 2023, cerca de 27% dos investimentos realizados pelas principais empresas do setor de medicina diagnóstica foram direcionados à inovação. Houve um crescimento de 54% no número de exames ou laudos acessados digitalmente em relação ao ano anterior — e, na comparação com 2021, o índice dobrou.

Além disso, o crescente uso de inteligência artificial, algoritmos de apoio à decisão clínica, soluções de big data e plataformas digitais já tem sido determinante para que o setor seja capaz de oferecer diagnósticos mais ágeis e precisos, facilitando ainda a integração com os demais elos do ecossistema assistencial.

Finalmente, a tecnologia será fundamental para que o setor de saúde como um todo encontre caminhos para a sustentabilidade financeira - projeções apontam que, até 2060, as despesas assistenciais da saúde suplementar crescerão 28,9% e segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as despesas médias por diária de internação alcançam uma média de R\$ 14 mil a partir dos 59 anos (até os 18, a média é R\$ 6 mil).

Ou seja: investir na transformação digital, mais do que uma escolha, é uma necessidade, enquanto que a medicina diagnóstica deve ser vista como investimento, pois se coloca como uma ferramenta de prevenção para quadros mais críticos – estudos apontam que o investimento em atenção primária pode reduzir em até R\$ 400 milhões os custos do sistema de saúde.

Essa é uma mudança de mentalidade que precisa ser incorporada com urgência no Brasil.

Sim, o envelhecimento populacional é uma realidade, fruto da conquista de uma maior expectativa de vida, que traduz os avanços nos sistemas assistenciais e na própria medicina diagnóstica. É hora de darmos o próximo passo, rumo a um futuro em que todos nós possamos viver com mais qualidade, autonomia e dignidade.

Opinião por Milva Pagano

É diretora-executiva da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed).

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DA FASE DE TESTES DO NOVO SIB

GOV (ANS) – 30/05/2025

Seleção inclui 18 operadoras de diferentes portes e modalidades.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa o resultado preliminar das operadoras selecionadas para participar da fase de testes do novo Sistema de Informações de Beneficiários – SIB. De 82 operadoras inscritas, 18 foram selecionadas e distribuídas entre as categorias de testes via API e Interface Gráfica.

A seleção seguiu os critérios estabelecidos no edital, priorizando operadoras com maior nota no indicador 4.1 do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) mais recente. Em caso de empate, foram considerados os menores percentuais de registros sem informação de plano, registros com informação de plano irregular, e registros de titular ou dependente maior de idade sem CPF.

Foram desclassificadas as operadoras que não possuíam envio regular do SIB nos últimos 12 meses e/ou preencheram o formulário de inscrição com dados divergentes aos que constam no Cadastro de Operadoras (CADOP).

O prazo para apresentação dos recursos é de 2 a 6/6/2025 através de peticionamento eletrônico pelo site da Agência. [Clique aqui para mais informações.](#)

O resultado preliminar apresenta a lista das operadoras com detalhes como razão social, número de registro na ANS, modalidade, porte, nota no IDSS, regularidade no envio do SIB e percentuais de registros com inconsistências.

Confira abaixo a classificação das operadoras selecionadas.

ID da Inscrição	Razão Social	Número de registro na ANS	Modalidade	Porte	NOTA IDSS (INDICADOR 4.1) 2023	regularidade envio últimos 12 meses	% sem informação de plano	% contendo informação de plano irregular	% de titular e dependente maior sem CPF
TESTES VIA API									
99	ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA ESTADUAL DE SÃO PAULO	317632	Autogestão	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
58	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA	346926	Autogestão	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
66	Saúde BRB - Caixa de Assistência	414310	Autogestão	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
50	UNISAUDENS - Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Ma	421341	Autogestão	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
80	UNIODONTO ESPÍRITO SANTO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	370711	Cooperativa Odontológica	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,2104%
84	UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FED. EST. DAS COOP. MÉD.	355691	Cooperativas Médicas	Grande Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
88	Unimed de Bebedouro Coop de Trabalho Médico	331341	Cooperativas Médicas	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
83	UNIMED EXTREMO OESTE CATARINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	340251	Cooperativas Médicas	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
16	SAMEDIL SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A	335614	Medicina de Grupo	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
89	BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS S.A	419419	Odontologia de Grupo	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,2750%
43	PORTO SEGURO - SEGURO SAUDE S/A	582	Seguradoras	Grande Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,2328%
TESTES VIA INTERFACE GRÁFICA									
79	Apas Associação Pol Ass a Saude SJ Boa Vista	408263	Autogestão	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
105	Unimed Assis Cooperativa de Trabalho Médico	300713	Cooperativas Médicas	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
57	UNIMED DE JABOTICABAL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	329886	Cooperativas Médicas	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
87	Unimed Corvelo Cooperativa de Trabalho Médico Ltda	330108	Cooperativas Médicas	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
46	UNIMED DE CAPIVARI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	366340	Cooperativas Médicas	Pequeno Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0000%
18	SULMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA	338346	Medicina de Grupo	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,1184%
61	Associação Evangélica Beneficente de Londrina	326755	Filantropia	Médio Porte		1 regular	0,0000%	0,0000%	0,0267%

A ANS reforça que está na etapa de Participação Social Dirigida, cujo objetivo é aprimorar o sistema do Novo SIB que está em desenvolvimento, por meio de testes com os usuários finais. Após a finalização do desenvolvimento, a nova Resolução Normativa, em que constará a data para início da obrigatoriedade de uso do Novo SIB, deverá ainda ser

apreciada e aprovada pela Diretoria Colegiada da Agência, com vistas a melhorar os processos de envio de informações, garantindo maior qualidade e confiabilidade aos dados do setor.

[Confira aqui](#) a classificação geral das operadoras inscritas.

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.br.

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)