

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

11 de junho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[CAS vai debater fim de carência para gestantes em planos de saúde](#) - Fonte: Senado Notícias

[Após lucro recorde, operadoras de planos de saúde sofrem pressão por reajuste](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde para idosos crescem 16,1% em cinco anos, destacando a importância da saúde suplementar no Brasil](#) - Fonte: SEGS

[Julho marca início de mudanças nos contratos de planos de saúde](#) - Fonte: Seu Crédito Digital

[Maioria das ações judiciais contra planos de saúde envolve coberturas contratuais](#) - Fonte: SEGS

[ANS pode minimizar 'oportunismo' na judicialização, diz procurador-geral da Agência](#) - Fonte: CQCS

[Brasil registra aumento de quase 2 milhões de beneficiários de planos odontológicos em um ano, aponta ANS](#) - Fonte: Revista Seguro Total

[Experiências Internacionais em Open Health podem apoiar a Saúde Suplementar no Brasil](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Promoprev: Análises dos programas serão concluídas até agosto de 2025](#) - Fonte: (Gov) ANS

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

[Avaliação cega: O novo risco regulatório dos planos de saúde](#) - Fonte: Poder360

CAS VAI DEBATER FIM DE CARÊNCIA PARA GESTANTES EM PLANOS DE SAÚDE

Senado Notícias – 11/06/2025

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) vai promover uma audiência pública — em data a ser agendada — sobre o fim da carência para gestantes que contratam planos de saúde. A medida está prevista no PL 6.040/2019, projeto de lei que está em análise nessa comissão.

O projeto estava na pauta da CAS desta quarta-feira (11), mas teve a votação adiada porque o senador Fernando Dueire (MDB-PE) solicitou a audiência — por meio do requerimento REQ 55/2025 - CAS.

Dueire sugere que o debate conte com a participação de representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), da Federação Nacional de Saúde Suplementar

(Fenasaúde), do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e da Unimed.

O PL 6.040/2019 foi proposto pelo senador Veneziano Vital do Rêgo (MDB-PB). De acordo com essa proposta, mulheres até a 18ª semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica teriam direito a atendimento integral. Elas teriam, inclusive, cobertura para cirurgias em situações de urgência decorrente da gravidez.

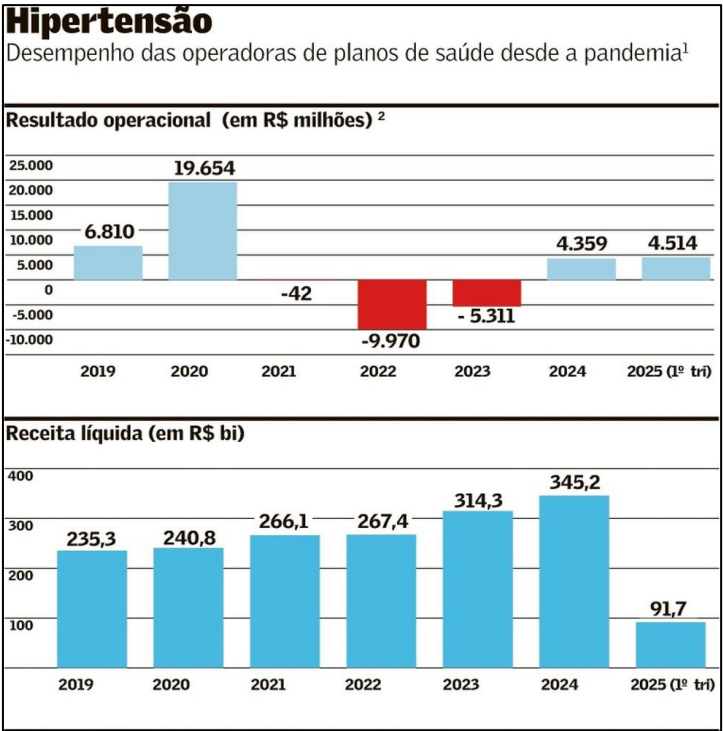
Antes de chegar à CAS, o projeto recebeu parecer favorável na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), onde a relatora da matéria foi a senadora Augusta Brito (PT-CE).

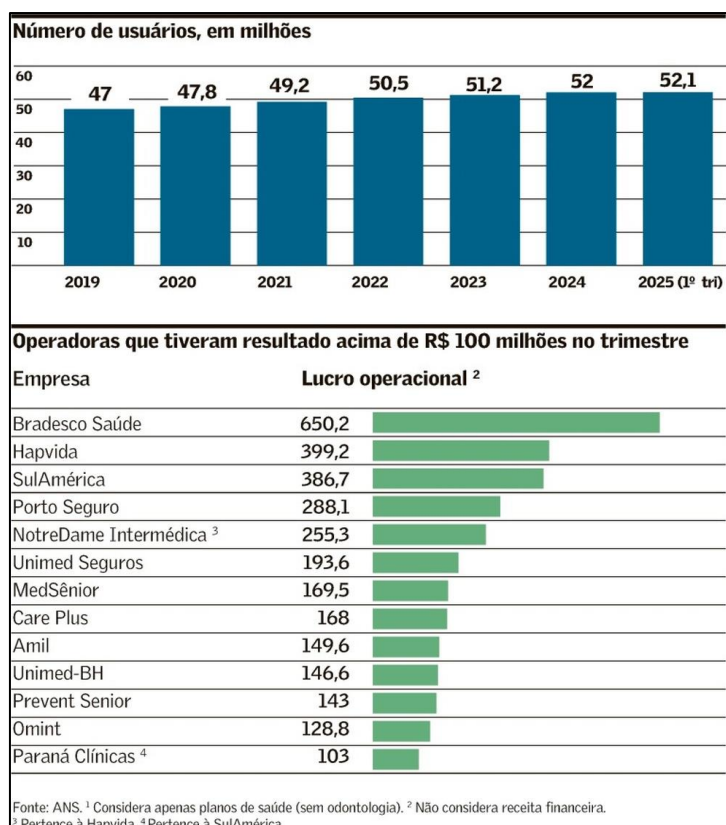
Na CAS, a relatora da proposição é a senadora Ana Paula Lobato (PDT-MA).

APÓS LUCRO RECORDE, OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SOFREM PRESSÃO POR REAJUSTE

Valor Econômico – 10/06/2025

Lucro operacional das empresas de convênio médico, no primeiro trimestre, foi superior ao resultado de todo o ano de 2024.





Após as operadoras de planos de saúde registrarem, no primeiro trimestre, um lucro operacional de R\$ 4,5 bilhões - o que representa mais do que o resultado apurado em todo o ano passado, de R\$ 4,3 bilhões -, os hospitais, farmacêuticas, distribuidores de medicamentos e empresas que contratam convênio médico aos seus funcionários devem elevar a pressão por melhores reajustes. Agora, na metade do ano, ocorrem negociações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, e muitos contratos empresariais de convênio médico têm renovação nesse período.

Esse “contra-ataque” ocorre após uma forte pressão das operadoras de planos de saúde, que entre 2021 e 2023 acumularam prejuízo de R\$ 15 bilhões. Diante desses números negativos, elas passaram a apertar as margens dos prestadores de serviços de saúde com tabelas de preços defasadas e adiamento de prazos de pagamento. Além disso, na ponta do cliente, as operadoras aplicaram reajustes elevados, uma média de 25% por ano, equivalente a cerca de quatro vezes a inflação geral, nos planos de saúde corporativos a fim de equiparar seus custos médicos que subiram após a pandemia.

“Estamos felizes com o resultado das operadoras, mas esperamos que essa melhora chegue até nós, com uma melhor política de pagamento e prazos”, disse Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp, associação que reúne os maiores hospitais do país. Em 2024, os estabelecimentos hospitalares ligados à entidade aguardaram em média 70 dias para receber das operadoras.

Uma das maiores queixas dos prestadores de serviços de saúde é a retenção de pagamentos. Em 2024, as operadoras

seguraram R\$ 5,8 bilhões em pagamentos para hospitais ligados à Anahp. A retenção ocorre quando as operadoras questionam se determinados procedimentos foram realizados dentro das condições contratadas.

Essa prática, conhecida no setor como glosa, cresce em período de crise e escancara a assimetria de interesses dos interlocutores na área da saúde. Hoje, ainda prevalece a premissa de que para uma operadora ganhar é preciso que o hospital tenha uma margem menor e vice-versa. Ao atrasar o pagamento, há melhora no fluxo de caixa das operadoras. Mas há também casos de hospitais que realizam procedimentos desnecessários quando a receita está baixa.

“A melhora no setor de saúde não é homogênea. As farmas sofrem com o câmbio, os hospitais ainda relatam pressão, as distribuidoras sentem os atrasos de pagamento, dólar e concorrência com os chineses”, disse Rafael Freixo, da consultoria inglesa L.E.K.

As distribuidoras de materiais e medicamentos, a última ponta da cadeia de saúde, reclamam que, além do aumento no prazo de recebimento, as operadoras postergam a emissão de notas de procedimentos já realizados, dificultando a cobrança. “Temos R\$ 2,2 bilhões referentes a procedimentos médicos realizados, mas não faturados. Após a emissão da fatura, o pagamento leva mais 90 a 120 dias”, disse Sergio Rocha, presidente da Abraid, entidade das distribuidoras e importadores.

A FenaSaúde, entidade das seguradoras, disse que “quando ocorrem, as glosas refletem, na maioria dos casos, cuidados que as operadoras precisam ter na gestão dos recursos do

sistema, sempre em prol do controle de custos e de seus beneficiários, e jamais praticadas de forma discricionária.”

Até a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-SP) entrou na discussão. Isso porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou, juntamente com o balanço do primeiro trimestre, que 62,4% das despesas judiciais das operadoras referem-se ao não cumprimento de atendimentos cobertos pelos planos de saúde. A OAB-SP disse estar profundamente preocupada “sobre a normalização do descumprimento sistemático de decisões judiciais por operadoras de planos de saúde.”

A Abramge, entidade do setor, informa que esse percentual não representa a realidade de suas associadas. “É essencial destacar que nesta parcela, possivelmente, estão situações de demandas indevidas, como pedidos de liberação de tratamentos previstos em contrato, porém antes do cumprimento do período de carência, fora da rede credenciada ou da área geográfica e outros.”

Nos últimos anos, o setor vem reclamando do aumento da judicialização e já há repasses do custo dos processos jurídicos no reajuste do convênio médico. No primeiro trimestre de 2020, os gastos judiciais representavam 0,65% das despesas médicas das operadoras. No mesmo período deste ano, esse percentual subiu para 1,45% o equivalente a R\$ 3,9 bilhões. Para o advogado Rafael Robba, esse percentual é baixo.

Entre janeiro e março, o setor de planos de saúde apurou uma receita de R\$ 91 bilhões, o que representa um incremento de 9,6% sobre o mesmo período do ano passado. O lucro operacional, que não considera a receita financeira, subiu de R\$ 1,8 bilhão para R\$ 4,4 bilhões na comparação anual.

Essa melhora trimestral vem na sequência de um balanço anual de 2024 com lucro, após três anos de prejuízos. Com isso, entre os argumentos que as empresas contratantes de planos de saúde podem vir a usar em suas negociações, é que os reajustes aplicados em anos anteriores - em média anual de 25% - já foram suficientes para recompor a alta dos custos médicos.

A taxa de sinistralidade, indicador que mede os gastos médicos sobre a receita, ficou em 79,2% entre janeiro e março, o que representa uma queda de 3,3 pontos percentuais sobre um ano antes. A redução no indicador foi impactada por um volume menor de casos de dengue neste ano e, principalmente, porque o valor das mensalidades dos planos patamares acima dos custos médicos.

“Uma inflação médica mais baixa tem de refletir um reajuste menor. Com o resultado das operadoras crescendo, vai gerar maior pressão para entrega de valor do setor”, disse Luiz Feitoza, sócio da consultoria Arquitetos da Saúde.

Os reajustes dos convênios, negociados no primeiro semestre, já ocorreram em patamares inferiores ao praticado em 2024, uma vez que o setor voltou a apurar lucro.

Nos contratos de planos de saúde para pequenas e médias empresas (PME), modalidade que abarca 8,8 milhões de usuários, o aumento ficou na casa dos 15%, cerca de cinco pontos percentuais abaixo do praticado em 2024. A Qualicorp, líder no mercado de planos de saúde por adesão, também espera reajustes menores neste ano.

Na Mercer Marsh, consultoria que administra uma carteira com 5 milhões de usuários de planos corporativos, o aumento médio neste ano está entre 10% e 15%. Em 2024, foi de 15%. “As negociações de reajuste de plano de saúde são sempre difíceis. É a segunda maior despesa, atrás apenas da folha de pagamento. É natural que as empresas busquem reajustes menores. As operadoras tendem a estar mais flexíveis, mas é preciso considerar que isso vale para clientes com políticas de coordenação do cuidado da saúde de seus funcionários”, disse Marcelo Borges, diretor-executivo da consultoria.

Para Raquel Marimon, atuária e consultora de saúde, é esperado que os prestadores de serviço de saúde busquem melhores condições comerciais diante das pressões nas margens em anos anteriores, mas as negociações com as empresas contratantes vai depender do índice de gastos dos convênios.

A Abramge diz ainda que, se o resultado negativo persistisse, a sustentabilidade da saúde suplementar seria comprometida.

PLANOS DE SAÚDE PARA IDOSOS CRESCEM 16,1% EM CINCO ANOS, DESTACANDO A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

SEGS – 10/06/2025

Grupo AllCross destaca a necessidade crescente por cuidados especializados e alerta: cobertura privada é cada vez mais vital diante do envelhecimento populacional.

O avanço da população idosa no Brasil tem transformado a estrutura etária do país e gerado uma reconfiguração urgente nos serviços de saúde. Entre agosto de 2019 e agosto de 2024, o número de beneficiários com 60 anos ou mais em

planos de saúde aumentou 16,1%, chegando a mais de 7,6 milhões de pessoas, segundo dados atualizados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse crescimento reflete não apenas o aumento da expectativa de vida, que hoje ultrapassa os 74 anos, conforme o IBGE, mas também a necessidade de acesso contínuo e especializado à saúde.

O cenário é ainda mais expressivo entre os brasileiros com 100 anos ou mais: o número de centenários com planos de saúde cresceu 42% no mesmo período, totalizando quase 11 mil pessoas cobertas. Quase um terço dos centenários do país dependem da saúde suplementar para garantir bem-estar e autonomia em uma etapa da vida que exige assistência constante e qualificada.

Para Rogério Moreira, superintendente comercial do Grupo AllCross – maior corretora especializada em seguros e planos de saúde do Brasil –, esses números revelam uma demanda crescente que desafia operadoras, prestadores e corretores a pensarem em soluções específicas para esse público.

“O envelhecimento saudável e digno é um grande triunfo da nossa sociedade, mas é também um dos maiores desafios que enfrentamos. Precisamos assegurar a esses idosos acesso a serviços especializados, ágeis e eficientes”, afirma Moreira.

Com mais de 50 unidades e presença nacional por meio de 14 assessorias regionais, o Grupo AllCross acompanha de perto essa transformação. Segundo a ANS, planos individuais e familiares concentram 31,2% dos contratos com pessoas acima de 60 anos, evidenciando a busca por alternativas que ofereçam mais autonomia e rapidez em diagnósticos e tratamentos.

“A contratação de planos específicos para idosos se mostra essencial, pois garante acesso rápido a exames complexos,

tratamentos domiciliares e terapias que são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida e da independência funcional dos idosos”, reforça o executivo da AllCross.

Dados do Panorama da Saúde Suplementar apontam que mais de 51 milhões de brasileiros têm algum tipo de plano de saúde privado, e os gastos com despesas assistenciais ultrapassam os R\$ 239 bilhões por ano. Com a pressão crescente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação do setor suplementar tem sido cada vez mais estratégica, especialmente para a população idosa, que demanda mais consultas especializadas, internações e reabilitações.

O crescimento dessa faixa etária no Brasil não é apenas numérico, mas também qualitativo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que até 2030 o número de idosos em muitos países supere o de crianças de até 14 anos. Essa inversão demográfica exigirá uma reestruturação nos serviços de saúde, inclusive na rede suplementar, com foco em prevenção, acompanhamento contínuo e cuidados paliativos.

“A saúde suplementar não é apenas um serviço, mas uma necessidade estratégica em uma sociedade que envelhece rapidamente”, conclui Moreira. “O setor precisa estar preparado para oferecer respostas rápidas, eficazes e humanizadas – não como um diferencial, mas como parte essencial de um sistema de saúde sustentável e inclusivo.”

JULHO MARCA INÍCIO DE MUDANÇAS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

Seu Crédito Digital – 09/06/2025

A partir de 1º de julho, entram em vigor novas regras da ANS para o atendimento de planos de saúde. Entenda os prazos, canais e mais.

A partir de julho de 2025, os consumidores de planos de saúde no Brasil contarão com um novo conjunto de regras que promete transformar a relação entre beneficiários e operadoras. Com a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 623/2024, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor passará a operar sob diretrizes mais rigorosas quanto ao atendimento, prazos de resposta e transparência nas comunicações. As mudanças buscam reforçar os direitos dos usuários, melhorar a qualidade do serviço prestado e tornar mais eficiente a fiscalização do sistema de saúde suplementar no país.

O que muda a partir de julho

Canais obrigatórios de atendimento

A nova resolução estabelece que todas as operadoras deverão manter três formas de atendimento ao beneficiário: Atendimento presencial

É obrigatório para as operadoras com atuação em capitais ou regiões de maior presença. Os endereços precisam ser divulgados de forma clara.

Atendimento telefônico

Grandes operadoras devem garantir atendimento telefônico 24h com número facilmente acessível.

Atendimento virtual

Deve permitir registro de solicitações, acompanhamento de demandas e acesso a protocolos de forma prática.

Transparência e registro das demandas

Protocolo obrigatório

Ao iniciar qualquer atendimento — seja ele presencial, telefônico ou virtual — o beneficiário deve receber um número de protocolo.

Prazos para guardar os registros

- Atendimento telefônico: gravações mantidas por 90 dias.
- Demais registros (chat, e-mails, etc.): armazenados por até 2 anos.
- Reclamações formais: documentos guardados por no mínimo cinco anos.

Prazos máximos para resposta

Atendimento assistencial

Casos de urgência e emergência

- As operadoras devem fornecer resposta imediata à solicitação.

Procedimentos de alta complexidade (PAC) ou internações eletivas

- A resposta deve ser apresentada no prazo máximo de dez dias úteis após o registro oficial da solicitação.

Atendimento não assistencial

- Pedidos de informação, reclamações ou dúvidas devem ser respondidos no prazo de até 7 dias úteis.

Respostas genéricas estão proibidas

De acordo com a Resolução 623, as operadoras não podem mais utilizar termos vagos como “em análise” ou “em auditoria” para justificar a demora ou a negativa de um procedimento. As respostas deverão ser:

- Claras
- Fundamentadas
- Com base em cláusula contratual ou norma legal

Essa exigência busca impedir que os beneficiários fiquem em um limbo burocrático, sem saber o motivo exato da negativa ou da demora no atendimento.

Direito à reanálise e atuação da ouvidoria

Caso o pedido de procedimento ou cobertura seja negado, o beneficiário terá direito à reanálise pela ouvidoria da própria operadora. Essa etapa passa a ser obrigatória antes que o usuário registre uma reclamação formal na ANS.

Acompanhamento da solicitação

A norma também garante ao beneficiário o direito de acompanhar o andamento de suas solicitações. Isso pode ser feito por qualquer canal disponível — presencial, telefônico ou online — e deve estar acessível durante todo o período de análise.

FAQ

Como posso acompanhar uma solicitação feita ao plano de saúde?

O acompanhamento pode ser feito por telefone, presencialmente ou em plataforma virtual da operadora, com uso do número de protocolo fornecido.

O que fazer se o plano negar um procedimento?

É possível pedir reanálise à ouvidoria da operadora. Caso não haja solução, o beneficiário pode registrar uma Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) na ANS.

Há penalidades para operadoras que descumprirem as regras?

Sim. O descumprimento das novas normas pode resultar em infrações, multas e outras sanções. Além disso, a ANS dará maior visibilidade pública ao desempenho das operadoras com base nos indicadores de reclamação.

Considerações finais

A partir de julho, os consumidores estarão mais amparados por normas que reforçam seus direitos, ao mesmo tempo, em que as empresas são incentivadas a aprimorar seus serviços. Para usufruir desses avanços, é fundamental que os beneficiários conheçam seus direitos, guardem os protocolos e estejam atentos ao cumprimento das novas exigências.

MAIORIA DAS AÇÕES JUDICIAIS CONTRA PLANOS DE SAÚDE ENVOLVE COBERTURAS CONTRATUAIS

SEGS – 09/06/2025

Especialista questiona por que operadoras negam procedimentos já contratados, enquanto lucros disparam e gastos com ações judiciais triplicam em cinco anos

Dados recentes da agência reguladora dos planos de saúde no Brasil apontam que as operadoras registraram lucro

líquido de R\$ 7,1 bilhões no primeiro trimestre de 2025 - um crescimento de 114% em relação ao mesmo período do ano anterior. Em paralelo, as despesas com ações judiciais também aumentaram expressivamente, passando de R\$ 1 bilhão em 2020 para quase R\$ 4 bilhões no acumulado de 12 meses até março deste ano.

Segundo a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 62% dessas despesas decorrem de procedimentos que já constam nos contratos firmados com os beneficiários, o que pode evidenciar um cenário preocupante de negação indevida de cobertura.

Diante da repercussão, o advogado Elano Figueiredo, especialista em regulação e ex-diretor da ANS, comenta: “Muitos me perguntam se o aumento dos lucros dos planos estaria associado à negativa de coberturas, mas essa conclusão é precipitada. Isso porque as despesas decorrentes de decisões judiciais - como liminares que obrigam à realização do atendimento - também impactam

diretamente o resultado das operadoras e já estão contabilizadas. Em muitos casos, essas condenações são mais onerosas, por envolverem valores de tabela particular e indenizações por dano moral”.

O dado mais preocupante está no fato de que a maioria dos processos judiciais envolve coberturas já previstas em contrato. “Por que, então, esses atendimentos foram negados? A resposta não está no lucro, porque foram deduzidas, então elas estariam sendo corretamente contabilizadas e classificadas”, questiona Figueiredo.

ANS PODE MINIMIZAR ‘OPORTUNISMO’ NA JUDICIALIZAÇÃO, DIZ PROCURADOR-GERAL DA AGÊNCIA

CQCS – 06/06/2025

Daniel Tostes e outras autoridades da saúde debateram os principais desafios do setor no Summit Academia M3BS, em São Paulo.

Daniel Tostes, procurador-geral da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), afirmou na última quinta-feira (29/5), em debate no Summit Academia M3BS, em São Paulo, que vê um momento bastante peculiar em relação às demandas judiciais que envolvem a saúde. Ele diz que a “altíssima” judicialização notada no setor de saúde suplementar decorre de uma hostilidade e de um ambiente de conflito imanente.

“A gente tem hoje um desalinhamento muito grande que provoca diversos desdobramentos, dentre eles, a massiva judicialização, que, obviamente, compromete não apenas a ação do regulador, mas a própria dinâmica do setor”, afirmou, em referência às cerca de 900 mil ações em andamento — uma ajuizada a cada 47 segundos.

O procurador afirmou ainda que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem encabeçado diversos fóruns de discussões para tentar estabelecer algumas medidas de refreamento da judicialização excessiva que ocorre na saúde, mas disse acreditar no modelo de coordenação regulatória.

Tostes anseia que as ações coordenadas pela ANS tornem menos conflituosa não apenas a relação entre operadoras de planos de saúde e seus consumidores, mas também com todos os outros agentes econômicos, para que se consiga minimizar certos espaços de “oportunismo” que são notados e que, de algum modo, maximizam os conflitos que são gerados no Poder Judiciário.

Além disso, Tostes afirmou que o setor de saúde suplementar pode estar vivendo um momento oportuno por meio dos julgamentos dos Temas 6 e 1234, pelo Supremo Tribunal Federal (STF). “A ideia ali [no julgamento] é você promover um ambiente de racionalidade em que, a partir do respeito às capacidades institucionais instaladas no Brasil, se

compreendam os problemas de lado a lado e se consigam, assim, fomentar a possibilidade de soluções adequadas, eficientes, que minimizem e, principalmente, evitem o desperdício”, destacou.

Juan Biazevic, juiz de direito do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), ressaltou que é necessário fazer uma distinção entre a judicialização estruturante e abusiva. “Nós estamos discutindo judicialização como se ela, per se, como premissa, fosse um problema”, disse o magistrado.

A estruturante, conforme ilustrou, é quando o Judiciário é acionado para corrigir algum erro de operadora ou agente de saúde. Nesse caso, destaca que não se é possível dizer que a judicialização opera de forma contrária à sustentabilidade do setor. Por outro lado, considera que o problema está na judicialização abusiva, que é quando o indivíduo aciona a Justiça para contornar um conjunto de regras já estabelecidas — tanto pela ANS quanto pela legislação federal — e obter um bem da vida, um serviço no qual não se teria o direito.

“E aqui nós temos um problema. Porque todo o cálculo mutualista, toda a lógica de funcionamento do setor pressupõe o cumprimento das regras do jogo. Se eu consigo, através do órgão estatal responsável por dizer as regras do jogo, mudar as regras do jogo, eu tenho um problema regulatório”, ponderou o magistrado.

Já na avaliação de Fernando Bianchi, sócio-fundador do M3BS, há uma espécie de esvaziamento da competência do regulador na judicialização que pode causar insegurança jurídica. Para Bianchi, a excessiva judicialização da saúde pode beneficiar poucos a custos de muitos.

Regulação da IA

Em outro painel do Summit Academia M3BS, Breno Monteiro, presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), defendeu que é um risco deixar com que o Congresso Nacional faça a regulação do Marco Legal da Inteligência

Artificial (IA) sem que haja um debate em conjunto com operadoras, prestadoras e agências reguladoras. Em sua fala, Monteiro fez referência ao projeto de lei que busca regular o desenvolvimento e o uso de Inteligência Artificial (PL 2.338/2023) no país, atualmente em tramitação no Congresso.

Na avaliação do presidente da CNSaúde, há uma necessidade de se construir uma regulamentação robusta por meio da união do setor. Para Monteiro, mesmo com todas as falhas e com uma demora no processo, o setor precisa trabalhar para que a regulação esteja a cargo da agência reguladora. Ao contrário, de acordo com o presidente da confederação, o “Congresso Nacional vai mexer com tudo”.

“Qual é o papel do setor? Como é que nós vamos trabalhar? A gente precisa deixar ela [a regulamentação] ser a mais aberta possível, para não atrapalhar a inovação, ou a gente

precisa já nela trabalhar limites, que o setor saúde, por ela, é visto como de alto risco?”, indagou Monteiro.

De acordo com ele, se não houver uma operação entre os agentes, o setor da saúde estará imobilizado. Durante sua fala, Monteiro comentou que já foram instalados em Brasília (DF) grupos de trabalho para discussão da temática, com previsão de duração até novembro deste ano. A expectativa, segundo ele, é que até ao final de 2025 já se tenha essa regulamentação mais detalhada.

“Será que nós não somos capazes de avançar com união, entendendo que o livre mercado, com menos regulamentação, é melhor? Ou será que a gente não consegue, trabalhando nessa falta de volume, conviver com esse campo de papel que surgiu no Brasil e tentar unir isso?”, questionou.

BRASIL REGISTRA AUMENTO DE QUASE 2 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS EM UM ANO, APONTA ANS

Revista Seguro Total – 06/06/2025

Em apenas um mês, foram mais de 250 mil novos usuários.

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 Junho, o Setor ultrapassou a marca de 34,8 milhões de Beneficiários em Abril de 2025, o que representa um acréscimo de mais de 250 mil novos usuários em apenas um mês.

Na comparação com o mesmo período do ano anterior, o crescimento foi ainda mais expressivo: aderiram a Planos Odontológicos mais de 1,9 milhões de novos Beneficiários, entre Abril de 2024 e Abril de 2025. Ao todo, todos os estados do país registraram alta no comparativo anual, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais os com maior crescimento em números absolutos no período – 510 mil, 239 mil e 186 mil, respectivamente.

Os Planos Odontológicos Empresariais são os que representam a maior fatia desse mercado. Dos 34,8 milhões de Beneficiários, 25,1 milhões são planos empresariais, aproximadamente 72% do total. Em 1 ano, foram 1,69 milhões de Beneficiários. A modalidade empresarial pode ser mais vantajosa em termos de custo e cobertura, dependendo do tamanho da Empresa e do número de funcionários cobertos. Já os Planos individuais ou familiares também apresentaram avanço, recebendo 281 mil novos beneficiários e saltando de 6,39 milhões para 6,68 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 R\$ 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.

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM OPEN HEALTH PODEM APOIAR A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Revista Cobertura – 06/06/2025

- Modelos adotados por Estônia, Finlândia, Reino Unido e Índia são caminhos possíveis para a construção de uma gestão digital mais integrada, segura e centrada no paciente

- Estudo do IESS integra a série “Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035”

Intitulado “Open Health: Uma nova era para a Gestão Digital da Saúde Suplementar Brasileira”, um novo trabalho produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

(IESS) apresenta casos concretos de países que já implementaram modelos avançados de compartilhamento seguro e consentido de dados de saúde, promovendo maior integração entre sistemas e melhorando a experiência do paciente. O estudo completo está disponível para leitura e download gratuito em <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/caminhos-da-saude-suplementar-perspectivas-0>.

O material faz parte da série “Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035”, que reúne análises estratégicas e tendências sobre o futuro do setor no Brasil. O foco está em temas inovadores e transformadores e que estão na agenda da saúde suplementar, a partir de análises e debates desenvolvidos por alguns dos maiores especialistas do País na área de saúde.

O conteúdo apresenta uma visão abrangente sobre como experiências internacionais podem inspirar o desenvolvimento de uma gestão digital mais eficiente, conectada e centrada no paciente no contexto brasileiro.

Dentre os exemplos destacados estão:

- Estônia, com uma plataforma nacional de dados baseada em blockchain, que garante segurança e controle ao cidadão;
- Reino Unido, com o uso de APIs abertas para promover um ecossistema de inovação em saúde;
- Finlândia, que oferece ao cidadão acesso digital a históricos médicos e prescrições;
- Índia, que desenvolveu uma arquitetura federada adaptada às desigualdades regionais.

Conforme destaca o estudo, o Brasil já possui iniciativas relevantes em andamento. Entre elas, o ConecteSUS, plataforma do Ministério da Saúde que centraliza informações de saúde como vacinas e exames, e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs), que viabiliza a troca segura de dados entre serviços públicos. A criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) e o avanço da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2028 (ESD28) também reforçam o compromisso com a transformação digital. Além disso, o relatório menciona um projeto-piloto em Minas Gerais, que utiliza tecnologia blockchain para integração de dados entre o governo estadual e uma operadora privada.

Essas experiências reforçam o potencial do Open Health para trazer ganhos reais ao setor brasileiro, como redução de burocracias, diagnósticos mais precisos, portabilidade entre planos sem carência, personalização do cuidado e estímulo à inovação tecnológica.

No entanto, o estudo ressalta que o sucesso dessa transformação depende da superação de desafios estruturais e regulatórios, como a interoperabilidade entre sistemas heterogêneos, a garantia de segurança e privacidade dos dados (conforme a LGPD), a resistência institucional à digitalização e as barreiras da exclusão digital em regiões com infraestrutura precária.

“O Open Health representa uma oportunidade estratégica, mas exige soluções que respeitem a realidade brasileira. As experiências internacionais devem ser vistas como inspiração, não como modelos prontos para replicação”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

PROMOPREV: ANÁLISES DOS PROGRAMAS SERÃO CONCLUÍDAS ATÉ AGOSTO DE 2025

(Gov) ANS – 06/06/2025

Atuação técnica direcionada à Consulta Pública sobre atenção oncológica impactou temporariamente o fluxo das avaliações.

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as análises das submissões dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) estão previstas para serem concluídas até 1º de agosto de 2025. Atualmente, 106 programas aguardam avaliação, além das novas solicitações, que continuam sendo recebidas diariamente.

O acúmulo de análises em aberto se deve à realocação temporária de parte da equipe técnica responsável pelo Promoprev. Os profissionais foram mobilizados para colaborar na avaliação das 63.840 contribuições recebidas por meio da Consulta Pública nº 144, voltada à Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica.

A ANS reforça seu compromisso com a transparência e com a retomada regular das análises, reconhecendo a importância dos programas Promoprev para a qualificação da atenção à saúde suplementar.

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A ABRIL DE 2025

(Gov) ANS – 05/06/2025

Setor registrou 52,3 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 34,8 milhões em planos exclusivamente odontológicos

A gência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a abril de 2025. Neste período, o setor registrou 52.331.258 de usuários em assistência médica e 34.817.005 em planos exclusivamente odontológicos.

Esses e outros dados estão disponíveis na [Sala de Situação](#).

Os planos médico-hospitalares, houve crescimento de 996.834 beneficiários em relação a abril de 2024. Já no comparativo de abril de 2025 com março de 2025, houve crescimento de 151.935 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 1.943.532 beneficiários em um ano, tendo evolução de 250.422 usuários na comparação de abril deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com abril de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Amazonas e Minas os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as 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	Adesão	Não identificado			
abr/25	37.834.523	5.840.280	224	8.630.706	25.525	52.331.258
mar/25	37.688.249	5.828.450	225	8.636.820	25.579	52.179.323
fev/25	37.497.687	5.836.285	225	8.660.013	25.649	52.019.859
jan/25	37.467.474	5.870.094	225	8.686.241	25.734	52.049.768

dez/24	37.432.061	5.901.278	225	8.713.391	25.818	52.072.773
nov/24	37.250.092	5.906.428	226	8.723.084	25.889	51.905.719
out/24	37.253.024	5.920.628	226	8.737.493	25.967	51.937.338
set/24	37.153.769	5.910.430	226	8.754.789	26.061	51.845.275
ago/24	37.013.289	5.914.284	226	8.760.924	26.135	51.714.858
jul/24	36.869.862	5.947.647	227	8.774.655	27.129	51.619.520
jun/24	36.709.327	5.970.983	227	8.782.567	27.299	51.490.403
mai/24	36.535.123	6.115.346	227	8.770.075	27.434	51.448.205
abr/24	36.415.746	6.139.578	227	8.751.414	27.459	51.334.424

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
abr/25	25.107.640	3.025.691	1.267	6.680.252	2.155	34.817.005
mar/25	24.867.550	3.036.189	1.267	6.659.417	2.160	34.566.583
fev/25	24.722.024	3.030.682	1.268	6.664.107	2.169	34.420.250
jan/25	24.654.734	3.044.835	1.270	6.685.175	2.176	34.388.190
dez/24	24.671.358	3.035.245	1.274	6.765.774	3.086	34.476.737
nov/24	24.494.646	3.026.686	1.275	6.783.706	3.091	34.309.404
out/24	24.365.580	3.021.301	1.275	6.792.672	3.103	34.183.931
set/24	24.168.397	2.978.501	1.276	6.859.136	3.109	34.010.419
ago/24	23.882.115	2.965.380	1.276	6.866.865	3.110	33.718.746
jul/24	23.707.758	2.945.017	1.276	6.881.901	3.115	33.539.067
jun/24	23.591.064	2.945.180	1.277	6.829.845	3.120	33.370.486
mai/24	23.497.259	3.040.653	1.277	6.630.689	3.134	33.173.012
abr/24	23.413.266	3.057.462	1.277	6.398.333	3.135	32.873.473

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	abr/24	abr/25	abr/24	abr/25
Acre	44.351	45.296	21.344	21.866
Alagoas	385.701	390.017	425.135	435.306
Amapá	62.594	64.167	47.356	47.864
Amazonas	596.763	681.480	568.845	602.642
Bahia	1.698.200	1.756.052	1.864.784	1.914.280

Ceará	1.434.885	1.465.624	1.358.640	1.410.732
Distrito Federal	942.450	992.407	674.921	766.104
Espírito Santo	1.288.072	1.342.012	757.195	870.367
Goiás	1.889.884	1.936.887	941.264	977.237
Maranhão	519.179	523.499	352.121	381.934
Mato Grosso	675.064	676.764	284.386	308.726
Mato Grosso do Sul	676.903	684.610	345.476	369.350

Minas Gerais	5.728.227	5.800.319	2.887.178	3.073.438
Pará	879.450	907.918	560.999	584.874
Paraíba	454.718	469.690	526.005	554.391
Paraná	3.107.884	3.173.354	1.824.595	1.982.047
Pernambuco	1.415.911	1.456.105	1.304.650	1.384.685
Piauí	401.384	408.631	211.576	238.316
Rio de Janeiro	5.638.344	5.563.568	3.665.658	3.905.332
Rio Grande do Norte	610.253	632.043	557.098	602.985

Rio Grande do Sul	2.571.364	2.614.388	1.042.998	1.120.696
Rondônia	159.569	164.857	127.824	130.447
Roraima	31.840	31.123	12.898	13.631
Santa Catarina	1.670.802	1.712.061	894.379	974.725
São Paulo	17.968.055	18.350.683	11.220.665	11.730.869
Sergipe	334.610	339.049	254.613	261.455
Tocantins	124.592	129.202	134.600	147.029

AVALIAÇÃO CEGA: O NOVO RISCO REGULATÓRIO DOS PLANOS DE SAÚDE

Poder360 – 05/06/2025

A nova regulação coloca em risco a estabilidade e a capacidade de resposta de todo o sistema e pode pressionar ainda mais o SUS.

Os planos de saúde no Brasil prestam um serviço essencial. Garantem atendimento a dezenas de milhões de brasileiros e, com isso, desafogam o já pressionado SUS (Sistema Único de Saúde).

Dada a importância do serviço prestado, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) monitora regularmente a qualidade dos planos, visando à garantia dos direitos dos usuários. No entanto, uma mudança regulatória recente ameaça a seriedade desse acompanhamento.

O monitoramento de garantia de atendimento buscava acompanhar o volume de reclamações de beneficiários sobre dificuldades de realização de procedimentos assistenciais nos prazos estipulados pela ANS. Um desempenho relativamente ruim nesse indicador pode resultar em penalidades severas para as operadoras, incluindo a suspensão da comercialização do plano de saúde.

Até o 1º trimestre de 2024, as reclamações sobre negativas de cobertura ou descumprimento de prazos máximos de atendimento eram analisadas pela ANS. Só aquelas consideradas procedentes depois da análise do mérito da agência eram utilizadas no cálculo do indicador.

Porém, com a edição da instrução normativa 36 de 2024, a ANS deixou de analisar as reclamações e passou a considerar procedente uma porcentagem fixa daquelas informadas pelos interlocutores como não resolvidas. Assim, esteja o beneficiário com razão ou não, sua demanda afeta a avaliação das operadoras.

O 1º e mais evidente problema dessa nova metodologia é que, mesmo demandas improcedentes, motivadas apenas pelo descontentamento do consumidor, mas negadas com base em exclusão contratual expressa, passaram a ser contabilizadas. Por exemplo, a demanda por procedimentos não descritos na cobertura do plano. Ou prazos de marcação de exames que desagravam beneficiários, ainda que razoáveis e dentro do prazo legalmente determinado.

O novo critério, portanto, traz um sério risco regulatório para as operadoras, pois adiciona um elemento na sua classificação perante a ANS, sobre o qual elas não têm controle. A mera manifestação de insatisfação pelos consumidores pode levar à

suspensão de comercialização de planos, perda de credibilidade e dano à imagem, mesmo que não tenha havido deterioração na qualidade ou no acesso ao atendimento.

Como são comparadas todas as operadoras com só duas estratificações, as médico-hospitalares e as exclusivamente odontológicas, a classificação ignora que serviços distintos apresentam taxas de reclamação diferentes. Por exemplo, consumidores de grandes operadoras ou daquelas que oferecem planos mais abrangentes e de alto valor, com reembolso, geralmente apresentam expectativas mais elevadas, são mais exigentes e, portanto, inclinados a formalizar reclamações.

Por outro lado, mesmo esforços efetivos das operadoras para atender às reclamações e aprimorar o atendimento podem não melhorar sua classificação pela ANS. Com isso, o indicador deixa de cumprir sua função primordial: a de monitorar e incentivar melhorias da qualidade dos serviços dos planos de saúde. Pior, pode resultar em penalidades excessivas, com amplos impactos negativos.

Como a classificação das operadoras é comparativa, mesmo empresas com um índice muito baixo de reclamações podem ser enquadradas na categoria de pior desempenho e ter a comercialização do seu plano suspensa.

Também está determinada a proibição da inclusão de novos beneficiários nos planos suspensos, mesmo em planos já contratados. Isso significa que empresas que oferecem plano de saúde para seus funcionários serão prejudicadas, pois não poderão estender o benefício a novos colaboradores.

A suspensão da comercialização de planos de saúde pode abalar a saúde financeira das operadoras. Ao serem impedidas de vender novos planos, perdem a oportunidade de renovar e ampliar sua base de clientes, o que compromete o crescimento da receita e o equilíbrio financeiro do negócio. Esse cenário pode afetar a qualidade e a eficiência do atendimento prestado, além de resultar em aumentos de preços, reduzindo a atratividade e a acessibilidade dos planos.

A retração da oferta de planos privados, a piora na qualidade ou o encarecimento dos serviços podem levar parte dos usuários a migrar para o SUS, que já opera com recursos limitados. Assim, os impactos da nova regulação não afetam só as operadoras, mas colocam em risco a estabilidade e a capacidade de resposta do sistema de saúde como um todo.

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.