

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

25 de junho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS amplia acesso a tratamento e diagnóstico na saúde suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Falta de limite da ANS impacta famílias com planos coletivos](#) - Fonte: Valor Econômico

[Hospitais privados poderão trocar até 50% das dívidas ao atender pelo SUS](#) - Fonte: InfoMoney

[Judicialização e Regulação desafiam saúde suplementar](#) - Fonte: Valor Econômico

[O papel das operadoras de saúde frente à crise climática](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS altera prazo para plano de saúde liberar cirurgia](#) - Fonte: Terra

[Idoso não pode ter portabilidade recusada](#) - Fonte: Valor Econômico

[Fenasaúde se posiciona sobre reajuste dos planos de saúde individuais](#) - Fonte: Segs

[ANS define teto de 6,06% para reajuste de planos individuais e familiares](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Setor de saúde privada começa a testar compartilhamento de dados de pacientes](#) - Fonte: O Globo

[Setor da saúde gerou mais de 34 mil novos empregos no primeiro trimestre de 2025](#) - Fonte: Correio Braziliense

ANS AMPLIA ACESSO A TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 25/06/2025

Medicamento para púrpura e teste para insuficiência pancreática terão maior cobertura pelos planos de saúde.

Em reunião no dia 23/6, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a atualização de diretrizes de utilização (DUTs) de tratamento para púrpura e de teste para insuficiência pancreática que já contavam com cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ampliando o acesso dos beneficiários. Assim, após a revisão das DUTs, a cobertura passa a ser da seguinte forma:

- Romiplostim, medicamento para tratar púrpura trombocitopênica idiopática refratária (doença autoimune), crônica ou dependente de corticosteroide em crianças e adolescentes, por meio da atualização da DUT 158 do procedimento “Terapia medicamentosa injetável ambulatorial (com diretriz de utilização)”; e

- Teste da elastase-1 fecal, para o diagnóstico de insuficiência pancreática exócrina (doença em que o pâncreas não produz enzimas digestivas suficientes para a digestão adequada dos alimentos), por meio da atualização

da DUT 151, contemplando o diagnóstico da doença em indivíduos de quaisquer condições de saúde.

As atualizações seguiram a Lei 14.307/2022, que determina que, após a recomendação positiva pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) para inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS), as tecnologias devem ser incluídas no Rol da Agência. Como o Romiplostim e o teste da elastase-1 fecal já constavam da lista de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, a ANS adequou os critérios estabelecidos pela Conitec para a saúde suplementar. Assim, eles passam a ter cobertura obrigatória, de acordo com suas diretrizes de utilização, a partir de 14/7. Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conta com tecnologias disponíveis aos beneficiários entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias, atendendo às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

FALTA DE LIMITE DA ANS IMPACTA FAMÍLIAS COM PLANOS COLETIVOS

Valor Econômico – 25/06/2025

Enquanto planos individuais seguem o índice da ANS, contratos coletivos não têm teto de reajuste, gerando aumentos elevados e ações judiciais. Um estudo da FGV e USP revela que 60% das decisões do TJ-SP favorecem consumidores, aplicando índices regulados pela ANS e determinando a devolução de valores pagos a mais.

Os planos de saúde coletivos, que representam a maioria dos contratos no Brasil, não possuem um teto de reajuste definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao contrário dos planos individuais, que seguem índices regulados anualmente. Essa diferença tem levado a aumentos elevados nesses contratos que, muitas vezes, geram contestações judiciais por parte dos beneficiários.

“Contratos coletivos empresariais firmados por pessoas jurídicas sem vínculos empregatícios reais, como aqueles utilizados exclusivamente por núcleos familiares, assim como planos coletivos por adesão, vêm sendo objeto de análise judicial quanto aos critérios de reajuste aplicados. Em diversas decisões, observa-se que, diante da ausência de demonstração técnica suficiente por parte das operadoras, o Judiciário tem aplicado os parâmetros de reajuste definidos pela ANS para planos individuais como referência”, afirma o professor da pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar da USP de Ribeirão Preto e advogado especialista em ação contra planos de saúde, Elton Fernandes.

Um estudo realizado por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e da Universidade de São Paulo (USP) apontou que, nestes casos, cerca de 60% das ações que contestam reajustes em planos de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo resultam em decisões favoráveis aos consumidores, com a aplicação dos índices da ANS para planos familiares e a devolução de valores pagos a mais.

A pesquisa, intitulada “Revisão judicial dos Reajustes de Planos de Saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo” e publicada na revista Direito Público, revelou que o principal motivo para a revisão dos aumentos é justamente a falta de transparência ou de justificativa adequada por parte das operadoras no cálculo dos reajustes.

Contestação dos reajustes

Elton Fernandes, que também é diretor do Summit Direito da Saúde, explica que é necessário haver uma justificativa para o percentual de reajuste aplicado. “Quando as empresas não apresentam justificativas claras, a Justiça frequentemente determina a aplicação dos índices da ANS e a devolução dos valores pagos a mais”, afirma.

Dados do Tribunal de Justiça de São Paulo indicam que, em 2024, houve 21.334 novos processos relacionados a planos de saúde, com muitos casos envolvendo reajustes.

Reajustes dos planos de saúde em 2025

A ANS ainda não anunciou o percentual máximo de reajuste para planos individuais em 2025, mas especialistas estimam que o índice deve ser de 6,8%, com base nos custos médicos e no uso dos planos.

Para planos de saúde coletivos, os reajustes podem ser maiores, pois não há um teto regulatório. Estimativas apontam aumentos com percentuais acima dos dois dígitos para as principais operadoras de planos de saúde do Brasil.

Além disso, um estudo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), publicado em agosto de 2023, revelou que, entre 2017 e 2022, os reajustes dos planos de saúde coletivos foram até duas vezes maiores que os dos individuais. Enquanto os planos individuais registraram aumento de 35,41%, os coletivos empresariais com até 29 vidas subiram 82,36%, os coletivos por adesão com até 29 vidas, 74,33%, os coletivos por adesão com 30 vidas ou mais, 67,68%, e os coletivos empresariais com 30 vidas ou mais, 58,94%.

Índice ANS aplicável a planos coletivos

O advogado especialista em planos de saúde, Elton Fernandes, explica que o índice da ANS serve como um

termômetro para aferir se os reajustes aplicados podem ser considerados ilegais pela Justiça.

“A lei não determina que o índice da ANS seja automaticamente aplicável a planos coletivos, sejam esses contratos feitos através de um CNPJ ou mesmo via associações e entidades de classe, mas a Justiça usa esse índice como um termômetro do setor”, completa.

O professor de Direito Médico e Hospitalar afirma que, nos últimos anos, cresceu o número de famílias que contratam planos de saúde através de um CNPJ, dada a ausência de planos individuais e familiares no mercado, o que tem levado ao reenquadramento do contrato pela Justiça.

Dados da Universidade de São Paulo (USP) apontam que, entre 2014 e 2020, o número de beneficiários em planos falsos coletivos aumentou 58%, passando de 3,3 milhões para 5,2 milhões, representando 11% dos contratos de planos de saúde no país. Em contrapartida, a contratação de planos individuais e familiares recuou 18,7% somente no ano de 2023 em comparação com 2022.

“Plano de saúde empresarial é aquele que está inserido dentro da atividade produtiva de uma empresa. Se há uma família no contrato, a regra a ser aplicada é a dos planos familiares, inclusive para fins de reajuste”, explica Fernandes.

HOSPITAIS PRIVADOS PODERÃO TROCAR ATÉ 50% DAS DÍVIDAS AO ATENDER PELO SUS

Jota Info – 25/06/2025

Os hospitais que aderirem à ação deverão ofertar no mínimo R\$ 100 mil por mês em procedimentos.

Hospitais privados e filantrópicos que queiram aderir ao programa “Agora tem Especialistas” e trocar dívidas por atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) poderão abater até 50% dos débitos com a União, anunciaram ontem os ministros Fernando Haddad (Fazenda) e Alexandre Padilha (Saúde).

A estimativa do Ministério da Saúde é de que a adesão gere até R\$ 2 bilhões em créditos por ano para essas instituições. O programa foi relançado em maio pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva na tentativa de criar uma marca para o governo na área da saúde, faltando um ano e meio para as eleições. “Vamos trabalhar para que entrem R\$ 2 bilhões em atendimentos, cirurgias e consultas especializadas realizadas neste segundo semestre, porque oferta o limite de crédito nesse mecanismo”, disse Padilha.

De acordo com o ministro, os hospitais que aderirem à ação deverão ofertar no mínimo R\$ 100 mil por mês em procedimentos. No caso de hospitais localizados em regiões com menos instituições aptas a oferecer exames e cirurgias, o valor poderá ser flexibilizado para R\$ 50 mil.

Nos próximos dias, Padilha ainda deve anunciar as condições para que o ressarcimento por planos de saúde ao sistema público seja incorporado ao programa. Serão sete áreas prioritárias: oncologia, ginecologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e saúde da mulher. Esta última foi incluída após o lançamento e vai incluir a oferta de exames como ultrassonografia, ressonância magnética e biópsia.

Avaliação política

Havia uma avaliação de que, sob a gestão da ex-ministra Nísia Trindade, a iniciativa, que ainda se chamava “Mais Acesso a Especialistas”, não havia decolado. A falta de força do programa, que era uma prioridade de Lula desde a campanha eleitoral, foi um dos motivos citados nos bastidores para justificar a demissão de Nísia da pasta.

Como o Estadão mostrou, antes de definir a saída da ministra, Lula escalou o ministro da Secretaria de Comunicação da Presidência, Sidônio Palmeira, para melhorar a comunicação do programa e transformá-lo numa marca do governo. Ao relançar a iniciativa, em maio, o ministro da Saúde liderou ao lado de Lula um megaevento no Palácio do Planalto, com lançamento simultâneo do novo formato em quatro Estados

(São Paulo, Rio, Piauí e Paraná) com a participação de outros ministros.

Nos bastidores, a análise é de que o novo formato do programa trará resultados mais rápidos do que a versão apresentada por Nísia. Assim, o governo teria mais entregas para mostrar em 2026. Ontem, Padilha anunciou ainda a inclusão da “saúde da mulher” como uma das áreas prioritárias do programa. O público feminino foi um dos principais ativos de Lula na eleição, e um eleitorado considerado prioritário pelo petista.

“(As mulheres) são a maioria da população, são a maioria das usuárias do SUS, a maioria das trabalhadoras, a maioria de quem acompanha (um paciente)”, disse Padilha. “Para nós, faz todo sentido a saúde da mulher ser uma prioridade absoluta para o Ministério da Saúde.”

Troca de dívidas

Haddad afirmou que há 3.537 instituições de saúde endividadas no País, o que representa uma dívida total de R\$ 34,1 bilhões. Segundo o governo, cada hospital poderá trocar parte dos débitos com a União. “Nosso foco não é o número de instituições que participam, é o número de cirurgias, consultas especializadas e exames ofertados”, declarou Padilha. “Nosso foco não é atingir todas as instituições, até porque algumas não têm nem capacidade operacional de oferecer cirurgias, exames, aquilo que a gente precisa.”

A troca de dívidas será distribuída proporcionalmente entre as cinco regiões do País: Sudeste, com 36,5% dos créditos; Nordeste, com 24%; Sul, 11,5%; Centro-Oeste, 10%; e Norte, 8% dos créditos

Os hospitais privados e entidades filantrópicas que aderirem contarão com uma série de incentivos financeiros. Entre os principais benefícios, estão um período inicial de seis meses sem a incidência de juros e multas, além de uma redução de 70% no valor total desses encargos sobre a dívida. A adesão também permite a regularização fiscal das instituições.

Para Haddad, a iniciativa é um misto de ProUni (programa voltado para concessão de bolsas de estudo em

universidades privadas) com Desenrola (programa para auxiliar na negociação de dívidas). “É uma coisa que acelera o processo de saneamento (de dívidas) de uma entidade que o governo precisa apoiar, mas, ao mesmo tempo, oferece condições para que uma pessoa do SUS tenha seu atendimento priorizado”, disse o ministro da Fazenda.

Hospitais sem dívidas com a União também poderão participar do programa. Nesse caso, o governo estima uma redução de receita de até R\$ 750 milhões para financiar os serviços prestados. O valor está previsto na medida provisória que deve ir ao Congresso, com prazo de 120 dias para a aprovação.

Obsessão

Ao assumir a pasta, em março, Padilha afirmou que sua “obsessão” seria reduzir o tempo de espera para quem busca atendimento especializado. Ontem, o ministro afirmou que o governo enxerga a demora no atendimento especializado como uma questão urgente e trabalhará para resolvê-la.

“Estamos aqui transformando em realidade o que é um sonho do presidente Lula”, disse. Questionado sobre a opção de perdoar dívidas da iniciativa privada em vez de ampliar investimentos no SUS, o ministro afirmou que outras medidas de fortalecimento da saúde pública estão em curso no âmbito do programa. “Temos várias ações que significam utilização do orçamento direto do Ministério da Saúde em parceria com Estados e municípios. A maior parte do volume de recursos é do orçamento do ministério.”

“Criar um mecanismo como esse não é renunciar a aumentar o orçamento na área da saúde. A questão não é só orçamento, a questão é onde estão os especialistas. Estamos vivendo uma situação que consideramos uma situação de urgência”, argumentou ele, sem detalhar o tamanho da fila. “Estamos utilizando um mecanismo rápido para atender a pessoas que estão há meses esperando por uma cirurgia, por um atendimento. Em algumas situações, o tempo é vida.”

As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

JUDICIALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DESAFIAM SAÚDE SUPLEMENTAR

Valor Econômico – 25/06/2025

Summit Academia M3BS debate regulação, judicialização, desafios assistenciais e oportunidades fiscais para operadoras de planos de saúde no Brasil.

Em meio à crescente pressão sobre o sistema de saúde suplementar, especialistas reunidos no Summit Academia M3BS alertam para a urgência de repensar os modelos de regulação, financiamento e relacionamento com o consumidor. O avanço da judicialização e a defasagem regulatória figuram entre os principais temas debatidos no setor, que atualmente atende mais de 52 milhões de

brasileiros. Promovido pelo M3BS Advogados, o evento propôs soluções colaborativas para construir um ecossistema mais eficiente e inovador.

Carla Soares, diretora-presidente interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), abriu o evento e destacou a evolução da postura da agência. “Avançamos para um modelo mais próximo, que ouve os entes regulados”, afirmou. Para ela, a fiscalização responsiva e a atuação baseada em dados são essenciais para uma saúde melhor e mais acessível.

Regulação em transformação

No painel Saúde Suplementar em Transformação: O que Esperar dos Próximos Anos, Rogério Scarabel, sócio do M3BS e ex-presidente da ANS, destacou o descompasso entre a regulação vigente e o novo perfil do consumidor: "Ainda usamos uma lógica da década de 40 para regular um setor complexo. O consumidor de hoje é digital, exigente, conhece seus direitos e tem múltiplos canais para reclamar. A regulação precisa acompanhar essa mudança".

O alerta foi reforçado por Eliane Medeiros, diretora da ANS, que defende uma regulação mais preditiva, baseada em dados e centrada no beneficiário. Segundo ela, "a nova Resolução Normativa 623/24 já representa um passo nessa direção ao exigir métricas de resolutividade, respostas mais ágeis e maior rastreabilidade das demandas", disse.

Amanda Bassan, gerente executiva da UNIDAS, falou sobre a importância de empoderar o beneficiário: "Precisamos levar informação qualificada aos beneficiários e aproximar os planos da população. A autogestão tem um DNA mais colaborativo e é um modelo que pode inspirar essa mudança".

Para Breno Monteiro, presidente da CNSaúde, a falta de coordenação entre operadoras, hospitais e prestadores pode abrir caminho para regulamentações desarticuladas no Congresso. "Não podemos mais pensar de forma isolada. É preciso unir forças para evitar retrocessos".

Judicialização: impacto e responsabilidade

No painel Saúde em Conflito: Como a Judicialização Ameaça a Sustentabilidade Setorial, Fernando Bianchi, sócio fundador do M3BS Advogados, afirmou que há um esvaziamento da competência do regulador na judicialização que pode causar insegurança jurídica. "Precisamos preservar o funcionamento de um sistema que atende milhões. As operadoras não são pagadoras de contas, são provedoras de saúde."

Lucas Miglioli, sócio fundador do M3BS, destacou que pequenas condutas cotidianas causam grandes prejuízos. "Pequenos delitos, como a divisão de recibos, também comprometem seriamente o sistema. Eles são mais difíceis de identificar e coibir, o que os torna especialmente danosos — muitas vezes, mais do que as grandes fraudes", disse.

Daniel Tostes, Procurador Federal da ANS, afirmou que o modelo atual de resposta não é eficiente. "Precisamos coordenar ações e criar soluções que reduzam desperdícios e fortaleçam a racionalidade no setor", pontuou. Já Juan Biazevic, Juiz de Direito no Tribunal de Justiça de SP, disse que a judicialização é um mecanismo legítimo de correção,

mas se torna problemática quando usada como estratégia para obter vantagens indevidas. "Isso desequilibra o sistema e compromete os bons usuários."

A professora da USP, Juliana Domingues, destacou o papel dos consumidores na preservação do sistema: "Fraudes impactam diretamente a sustentabilidade. Precisamos enfrentar a cultura da judicialização com educação e conscientização", defendeu.

TEA e assistência responsável

Na oficina Judicialização do TEA: Quando a Proteção sem Controle Gera Desassistência, Alessandra Castro, especialista do M3BS, falou sobre o aumento preocupante de prescrições e liminares nos casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), que impõem coberturas sem análise técnica. "Não se trata de negar atendimento, mas de garantir que o tratamento seja adequado, necessário e eficaz", disse. Felipe Gomes, também especialista do M3BS, alertou que é necessário ter reavaliações periódicas e rigor técnico na definição dos planos terapêuticos. "Precisamos ficar atentos a tratamentos prescritos sem respaldo científico, clínicas não credenciadas faturando indevidamente e liminares que impõem cobertura sem análise técnica", comentou.

Oportunidades fiscais e a RN 623/24

Na oficina Gestão Tributária e de Créditos na Saúde, Lucas Bianchi, coordenador do consultivo tributário do M3BS, apresentou alternativas para recuperação de créditos e redução de passivos. "Planejamento fiscal é uma ferramenta estratégica. A reforma tributária trará novas regras e é preciso se antecipar".

Encerrando o evento, a oficina RN 623/24 Descomplicada foi conduzida por Marina Modelski e Pamela Sposito, do time regulatório do M3BS. Ambas destacaram que a nova norma exige uma mudança profunda de cultura e processos.

"A RN 623 coloca o beneficiário no centro, exige métricas de resolutividade, rastreabilidade das demandas e atendimento eletrônico com opção humana. É um divisor de águas", disse Pamela. Marina completou: "A norma traz desafios operacionais, mas também oportunidades de fortalecer a relação com o beneficiário e com a ANS. É a chance de evoluirmos para uma regulação mais inteligente e colaborativa".

A Academia M3BS é um projeto institucional que visa promover o aprimoramento técnico e estratégico dos profissionais atuantes na saúde suplementar, criando espaços de diálogo qualificado e construção coletiva de soluções para os desafios jurídicos e regulatórios do setor.

O PAPEL DAS OPERADORAS DE SAÚDE FRENTE À CRISE CLIMÁTICA

Saúde Business – 25/06/2025

Mudanças climáticas exigem que planos de saúde incorporem estratégias de mitigação de riscos, adaptação e modelos assistenciais alinhados à responsabilidade ambiental.

As operadoras de planos de saúde têm um papel estratégico na promoção da saúde da população, mas também podem — e devem — ampliar sua atuação para cuidar da saúde do planeta diante das mudanças climáticas e da crescente preocupação com a sustentabilidade.

Recentemente, o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) publicou o estudo “Mudanças climáticas e efeitos na saúde: desafios e oportunidades para a saúde suplementar no Brasil”, no qual apresenta os principais efeitos das mudanças climáticas na saúde, analisando desafios e oportunidades para o setor de saúde suplementar, com foco em estratégias de adaptação e mitigação de riscos.

O estudo aponta, por exemplo, que as inovações no setor, quando orientadas para o enfrentamento das mudanças climáticas, envolvem não apenas a adoção de tecnologias avançadas, mas também a reestruturação de processos e a integração de diferentes áreas do conhecimento.

Também vislumbra a evolução de modelos de negócios e de gestão voltados à sustentabilidade, que incentivem a redução de resíduos, o uso racional de recursos naturais e a neutralização de emissões de carbono. Operadoras de saúde que adotam práticas ESG podem se beneficiar de incentivos fiscais e atrair investimentos responsáveis.

O relatório ainda ressalta a necessidade de parcerias entre operadoras, prestadores, órgãos reguladores e o Sistema Único de Saúde (SUS) para criar políticas de adaptação e mitigação eficazes. Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, as operadoras precisam atuar em várias frentes para se antecipar ao aumento da demanda assistencial provocada por doenças associadas ao clima.

“Primeiro, devem se envolver nos debates conduzidos pela gestão da saúde da população – um processo que necessariamente deve ser liderado por entes públicos (União, Estados e Municípios) – para estarem alinhadas aos planos de macrogestão de saúde do Brasil e participar da projeção de cenários e onde é possível integrar as atuações público e privadas.”

O uso de tecnologias preditivas, agrupamentos de beneficiários por perfil de risco ou doenças crônicas, além de iniciativas de acompanhamento da saúde mental, são alguns dos temas da agenda das operadoras. “A telemedicina, que se mostrou tão eficaz durante crises recentes, deve ser cada vez mais incorporada à estratégia assistencial, ampliando o acesso e reduzindo deslocamentos desnecessários”, diz Cechin.

O executivo destaca os principais pontos de atenção para enfrentar as emergências climáticas, como a necessidade de investir em infraestrutura resiliente, planos de contingência e formação profissional. “Esses três elementos são pilares de uma resposta eficaz. A infraestrutura precisa ser planejada para resistir a condições adversas e continuar operando com segurança. Além disso, é indispensável contar com planos de contingência bem definidos, com protocolos claros de ação e logística adequada para situações críticas”, explica.

Cechin comenta ainda sobre a importância da formação dos profissionais de saúde, destacando que estes precisam estar capacitados para atuar em contextos de emergência, inclusive com conhecimento sobre doenças emergentes ou agravadas pelo clima. “O monitoramento climático e o uso de sistemas de alerta precoce também são ferramentas importantes para antecipar impactos e orientar beneficiários e prestadores de forma eficiente.”

Carolina Muga, gerente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), lembra que, além da necessidade de reforço da estrutura física de unidades de atendimento, investimentos em sistemas sustentáveis de energia e água e a gestão adequada de resíduos, também é preciso desenvolver capacidade de análise de dados em saúde para a elaboração de planos de contingência, com mapeamento de riscos provocados pelas mudanças climáticas e de grupos de pacientes vulneráveis.

Como operadoras integram saúde planetária à assistência e prevenção

A incorporação da saúde planetária passa, necessariamente, por um alinhamento com práticas sustentáveis. Isso significa, por exemplo, adotar metas ambientais nas estruturas de operação das operadoras — como uso de energia limpa, redução de resíduos e eficiência energética.

Para Carolina, incorporar os princípios da saúde planetária às políticas assistenciais e preventivas é mais que uma tendência – é uma necessidade. “Operadoras já têm incluído temas ambientais em suas ações, mas o momento exige ir além, promovendo campanhas sobre poluição, desmatamento e consumo consciente, e estimulando práticas sustentáveis entre seus prestadores de serviço”, opina.

Para a especialista, o setor pode promover a descarbonização na sua cadeia produtiva através de seus prestadores de suprimentos e estimular inovações e pesquisas que ajudem ainda mais na compreensão da relação entre clima e saúde.

Na Unimed CNU, o compromisso com a saúde planetária se materializa em iniciativas como a gestão responsável de recursos naturais, a redução da pegada de carbono e a incorporação de critérios ambientais nas decisões

estratégicas. “Valorizamos fornecedores com práticas sustentáveis, promovemos programas de descarte seletivo e buscamos constantemente a eficiência energética em nossas unidades”, conta Luiz Otávio de Andrade, presidente da operadora.

Algumas das práticas adotadas incluem:

- Digitalização de processos assistenciais e administrativos, como receituário eletrônico, autocheck-in, autorização digital e assinatura eletrônica, que reduziram significativamente o consumo de papel;
- Gestão de resíduos em unidades próprias, com foco em descarte seletivo seguro e uso racional de insumos hospitalares;
- Neutralização das emissões de gases de efeito estufa, com compensações das emissões mensuradas em inventário por meio da aquisição de créditos de carbono;
- Criação de programas internos de sensibilização ambiental, voltados à formação contínua de colaboradores e parceiros sobre consumo consciente e descarte correto.

Crise climática exige novos modelos de cuidado e financiamento

Na opinião de Cechin, os modelos tradicionais de financiamento, baseados em volume de procedimentos, não estão preparados para lidar com os riscos e as incertezas trazidos pelas mudanças climáticas.

“Precisamos avançar para modelos que valorizem a prevenção, a sustentabilidade e a capacidade de adaptação. Isso inclui protocolos clínicos flexíveis, voltados para respostas rápidas a surtos e emergências, além de uma atenção primária mais robusta. Também é fundamental incorporar os riscos climáticos nas análises atuariais e criar incentivos para operadoras que investem em resiliência. Dessa forma, protegemos o sistema financeiramente e, ao mesmo tempo, entregamos mais valor em saúde para a população.”

Carolina compartilha a opinião de Cechin, e ressalta que, para alcançar um modelo de cuidado preventivo, é indispensável fortalecer a atenção primária com recursos e infraestrutura para identificação precoce e manejo das condições agravadas pelo clima, vigilância epidemiológica ativa dessas condições e campanhas de promoção de saúde e educação ambiental.

Andrade acredita que os modelos de cuidado precisam evoluir continuamente. “Nossos recursos próprios já incorporam práticas de vigilância, prevenção e cuidado integrado, com protocolos atualizados conforme evidências científicas. Estamos atentos à necessidade de reforçar o monitoramento de doenças sensíveis ao clima, especialmente em regiões mais vulneráveis. No aspecto do financiamento, seguimos atentos às distorções entre receita

e custo, especialmente em função de novas demandas epidemiológicas. Buscamos soluções que combinem sustentabilidade financeira com responsabilidade assistencial.”

Regulação e parcerias público-privadas

As mudanças climáticas exigem respostas coordenadas entre governo, setor privado, universidades e sociedade civil. Na opinião de Cechin, ao se engajarem nas discussões regulatórias e em parcerias público-privadas, as operadoras contribuem para políticas públicas mais robustas, integradas e eficazes.

“Além disso, podem acessar novas fontes de financiamento, fomentar inovação e reforçar seu compromisso com a responsabilidade socioambiental. Em um cenário de crise climática, essa postura não é só desejável, é estratégica para a sustentabilidade do setor e a proteção da saúde da população.”

Já Andrade acredita que ampliar a discussão sobre saúde planetária no setor suplementar é urgente — e isso passa pela produção de evidências, defesa de marcos regulatórios sensíveis ao meio ambiente e promoção de ações integradas entre todo o ecossistema de saúde.

“O debate sobre saúde planetária e mudanças climáticas ainda está em processo de amadurecimento no setor de saúde suplementar, mas temos atuado de forma ativa para ampliar essa agenda, por meio da produção de evidências e do compartilhamento de boas práticas”, diz Andrade.

O executivo destaca que a Unimed CNU tem experiências positivas com secretarias municipais e estaduais de saúde em campanhas de vacinação, ações de saúde do trabalhador, prevenção de doenças e atenção ao idoso.

Andrade segue dizendo que, ao lado de gestores públicos, universidades e organizações da sociedade civil, torna-se possível ampliar o impacto positivo e contribuir com a construção de um sistema de saúde mais resiliente e preparado para os desafios climáticos.

As operadoras compreendem os desafios operacionais, assistenciais e financeiros impostos pela situação. Seus dados epidemiológicos podem contribuir para identificar padrões importantes, como frequência, custo e impacto dos tratamentos de doenças relacionadas ao clima e subsidiar regulamentações baseadas em evidências.

“O setor privado também pode propor soluções inovadoras, que alterem os modelos de atendimento e incentivem a sustentabilidade. A parceria entre a saúde pública e a privada aumenta os recursos necessários para o enfrentamento de situações complexas, permite o compartilhamento dos riscos e amplia o acesso e a qualidade dos serviços”, ressalta Carolina.

Incorporar a saúde planetária às políticas assistenciais e preventivas não é apenas uma escolha estratégica para as

operadoras de saúde — é uma necessidade diante dos desafios impostos pelas mudanças climáticas.

ANS ALTERA PRAZO PARA PLANO DE SAÚDE LIBERAR CIRURGIA

Terra – 25/06/2025

Nova norma da ANS reduz prazo para planos de saúde liberarem cirurgias de alta complexidade e internações eletivas de 21 para 10 dias úteis a partir de julho de 2025. Advogado especialista explica como agir em caso de descumprimento do novo prazo.

A partir de 1º de julho de 2025, entra em vigor a Resolução Normativa nº 623/2024 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que reduz o prazo para operadoras de planos de saúde autorizarem cirurgias de alta complexidade e internações eletivas de 21 para 10 dias úteis.

A norma, que revoga a Resolução Normativa nº 395/2016, busca agilizar o acesso a procedimentos essenciais para beneficiários e aprimorar o atendimento no setor de saúde suplementar. Além disso, a resolução estabelece que, se os prazos de atendimento definidos pela RN nº 566/2022, que regula tempos de espera para consultas, exames e procedimentos forem inferiores a 10 dias úteis, esses prazos menores devem ser seguidos.

O que muda com a nova resolução?

A principal alteração trazida pela RN nº 623/2024 é a redução do prazo para autorização de procedimentos de alta complexidade (PAC), como cirurgias oncológicas, cardiovasculares e ortopédicas, e internações eletivas.

Antes, a RN nº 395/2016 estipulava até 21 dias úteis para que as operadoras respondessem às solicitações de liberação de cirurgia. A partir de julho de 2025, esse prazo será de 10 dias úteis, conforme disposto no artigo 12, inciso II, alínea b, da nova norma.

A norma também reforça a transparência nas respostas das operadoras. Em caso de negativa de cobertura, elas devem fornecer justificativa por escrito, em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou dispositivo legal que fundamenta a decisão, dentro do mesmo prazo de 10 dias úteis. O documento deve ser disponibilizado em formato que o beneficiário possa imprimir ou baixar.

"A atualização da regra é essencial ao consumidor e o atendimento precisa ser integral, o que significa que entre a solicitação e a autorização, o prazo é de 10 dias úteis. Considerando o cenário atual, há desafios significativos para o cumprimento do prazo estipulado, o que pode resultar em aumento do número de registros na ANS", afirma o professor da pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar da USP de Ribeirão Preto e advogado especialista em ação contra planos de saúde, Elton Fernandes.

Um levantamento da ANS, feito em 2024, mostrou que as reclamações contra os planos de saúde por não cumprimento de prazos quadruplicaram nos últimos cinco anos.

Como funciona o novo prazo?

O prazo de 10 dias úteis para a resposta sobre a liberação de cirurgias de alta complexidade e internações eletivas é contado a partir do registro da solicitação pelo beneficiário. Respostas como "em análise" ou "em auditoria" são proibidas, sendo exigidas explicações detalhadas e compreensíveis. As negativas devem ser justificadas por escrito, com base em cláusulas contratuais ou dispositivos legais, e entregues no prazo estipulado.

A norma também prevê que beneficiários podem solicitar reanálise de negativas à ouvidoria da operadora, que deve responder em até sete dias úteis. Essa medida facilita a revisão de decisões, oferecendo maior segurança aos usuários.

O que fazer se o plano descumprir o prazo

Elton Fernandes, que também é diretor do Summit Direito da Saúde, afirma que, caso a operadora de plano de saúde descumpra o prazo de 10 dias úteis estabelecido pela nova norma, o beneficiário pode tomar algumas medidas.

Primeiramente, é possível registrar uma reclamação na ANS para denunciar o descumprimento. O advogado explica que, embora a agência reguladora não possa obrigar diretamente a operadora a liberar o procedimento, ela pode aplicar penalidades, pressionando a empresa a agir.

Caso o descumprimento persista ou a cirurgia seja negada, Fernandes recomenda ao beneficiário procurar orientação jurídica. Segundo ele, um advogado especialista em planos de saúde pode analisar o caso, avaliar a resposta da operadora e orientar sobre ações judiciais, especialmente em situações de liberações parciais, como quando a cirurgia é autorizada, mas materiais cirúrgicos, como órteses ou próteses, são negados, por exemplo.

"No modelo atual das Juntas Médicas, a operadora pode indicar dois profissionais e o paciente, apenas um. Significa que o voto de desempate não foi dado por um terceiro. O ideal seria a indicação por um terceiro, como o Conselho Regional de Medicina (CRM) ou o Conselho Regional de Odontologia (CRO), por exemplo, a fim de garantir maior imparcialidade e uma análise técnica segura", pondera Elton Fernandes.

Contexto da mudança

Além de reduzir o prazo para autorizações de cirurgias de alta complexidade e internações eletivas, a RN nº 623/2024 introduz medidas para aprimorar o atendimento no setor de saúde suplementar. Entre elas, está a obrigatoriedade de fornecer um número de protocolo no início de qualquer solicitação, facilitando o acompanhamento pelo beneficiário.

As operadoras também devem disponibilizar canais de atendimento presencial, telefônico e virtual, seguindo requisitos específicos de funcionamento. A norma estabelece prazos diferenciados, com respostas imediatas para urgências e emergências e até cinco dias úteis para procedimentos gerais.

IDOSO NÃO PODE TER PORTABILIDADE RECUSADA

Valor Econômico – 25/06/2025

Portabilidade não pode ser recusada a idoso, em função da idade, uma vez que a lei e as normas da Saúde Suplementar vetam a discriminação etária e a seleção de risco.

O beneficiário idoso não pode ter a portabilidade de plano de saúde recusada pela operadora com base na idade, explica o professor da pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar da USP de Ribeirão Preto e advogado especialista em ação contra planos de saúde, Elton Fernandes.

Segundo o especialista, decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) têm confirmado esse entendimento, de proteção aos direitos dos beneficiários, especialmente idosos, que muitas vezes enfrentam barreiras ao tentar exercer a portabilidade.

“O exercício da portabilidade de carências é um direito do consumidor, qualquer que seja a idade. Nenhum plano de saúde tem a prerrogativa de não aceitar idosos. A portabilidade, por si, já é dificultada em razão da escassez de planos individuais e familiares. O idoso não pode ser discriminado”, explica Elton Fernandes, que também é diretor do Summit Direito da Saúde.

O que é a portabilidade de carências?

A portabilidade de carências é um direito regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Resolução Normativa nº 438/2018. Ela permite que o beneficiário de um plano de saúde mude de operadora sem precisar cumprir novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária, desde que o novo plano seja compatível com o anterior.

A carência é o período que o beneficiário deve esperar para acessar certos serviços ou procedimentos cobertos, como internações, cirurgias ou exames complexos. Com a portabilidade, o tempo de carência já cumprido no plano atual é transferido para o novo plano, garantindo continuidade no acesso aos serviços.

Além disso, o Índice Geral de Reclamações (IGR) será apurado trimestralmente, com metas que influenciam sanções ou descontos em multas para operadoras com um bom desempenho. Essas medidas, segundo a ANS, buscam padronizar o atendimento, reduzir o número de reclamações e fortalecer a proteção aos direitos dos consumidores de planos de saúde.

“A aplicação consistente das normas é essencial para garantir segurança jurídica e previsibilidade nas relações entre operadoras e beneficiários. Cabe à ANS fiscalizar atentamente o cumprimento das regras”, conclui o advogado Elton Fernandes.

Elton Fernandes esclarece que a portabilidade de carências pode ser voluntária ou involuntária. Na voluntária, o beneficiário escolhe mudar de plano de saúde por motivos como melhores condições ou preços. Na involuntária, ou portabilidade especial, a mudança ocorre quando a operadora encerra atividades, transfere sua carteira ou enfrenta problemas que afetem o serviço, por exemplo, permitindo a migração sem novas carências, independentemente de idade ou tempo de vínculo, conforme garantia da ANS.

Para realizar a portabilidade voluntária, o beneficiário precisa atender a requisitos como: estar com o contrato ativo e adimplente; ter pelo menos dois anos de vínculo com o plano atual (ou três para doenças preexistentes) e verificar um plano de destino na mesma faixa de preço ou inferior. Na portabilidade involuntária, o beneficiário tem 60 dias a partir do encerramento do contrato anterior, que não precisa estar ativo, para solicitar a portabilidade, sem exigência de que o plano de destino tenha a mesma faixa de preço.

Regras contra discriminação por idade

O advogado especialista em portabilidade explica a Justiça reconhece um princípio fundamental: a proibição de práticas discriminatórias no setor de saúde suplementar.

Fernandes destaca que a Lei nº 9.656/1998, que regula os planos de saúde no Brasil, determina que as operadoras não podem adotar critérios que restrinjam o acesso ao plano com base em idade, condição de saúde ou qualquer outro fator que configure discriminação.

Além disso, a ANS estabelece que a portabilidade de carências deve ser oferecida a todos os beneficiários, sem distinção de idade ou estado de saúde. Desse modo, a negativa com base na idade viola tanto a legislação quanto as normas da agência reguladora, completa o advogado especialista em portabilidade.

“Não é permitido no sistema brasileiro a seleção de risco. Nenhum plano de saúde pode selecionar os beneficiários que deseja ter, muito menos impedir a portabilidade. O sistema de saúde privado deve estar aberto àqueles que se dispõem a pagar o valor na respectiva faixa etária e, claro, é direito das operadoras imporem carência, exceto na portabilidade. O objetivo da portabilidade de carências é justamente eliminar as barreiras de manutenção dos beneficiários no sistema”, descreve Elton Fernandes.

O advogado afirma, ainda, que a Justiça tem reforçado que as operadoras devem avaliar apenas os critérios técnicos previstos na regulamentação, como a compatibilidade entre os planos e o cumprimento dos prazos de carência, sem considerar fatores como a idade do beneficiário.

Como solicitar a portabilidade de carências

Para solicitar a portabilidade de carências, seja na modalidade comum ou especial, o beneficiário deve seguir passos específicos. Na portabilidade comum, o primeiro passo é verificar a compatibilidade entre o plano atual e o desejado, considerando a segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar ou odontológica) e a faixa de preço. Na portabilidade especial, exigida em casos como encerramento da operadora ou transferência de carteira, a compatibilidade de preço não é obrigatória.

A ANS oferece o Guia ANS de Planos de Saúde, uma ferramenta on-line para comparar planos e confirmar a compatibilidade. Após selecionar o novo plano, o beneficiário deve contatar a operadora de destino e apresentar os documentos necessários.

Para a portabilidade comum, isso inclui comprovantes de pagamento das mensalidades do plano atual e um relatório de compatibilidade emitido pela ANS. Na portabilidade especial, podem ser exigidos documentos adicionais, conforme orientação da ANS.

A operadora tem até dez dias para avaliar o pedido e comunicar a decisão. Em caso de recusa, o beneficiário pode questionar os motivos, buscar orientação jurídica ou registrar uma reclamação na ANS, através do site da agência ou do Disque ANS (0800 701 9656).

“Decorrido o prazo de dez dias, ou a operadora recusa com base em critérios objetivos que demonstrem que o beneficiário não cumpriu os requisitos da regra, ou então a portabilidade estará tacitamente aceita. O fato de alguém ser idoso ou ter doença preexistente não configura motivo justo para impedir a portabilidade, afinal, essa modalidade de mudança foi pensada, sobretudo, para esses públicos”, explica o advogado especialista em portabilidade de plano de saúde, Elton Fernandes.

FENASAÚDE SE POSICIONA SOBRE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

Segs – 23/06/2025

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) avalia que o novo índice de reajuste dos planos médicos individuais e familiares – o menor dos últimos 17 anos, com exceção de 2021, quando o índice foi negativo (-8,19%) em decorrência da pandemia de Covid-19 – reflete, em grande medida, os esforços contínuos de gestão adotados pelas empresas do setor.

Nos últimos dois anos, as operadoras intensificaram ações para controle de custos, negociação de preços, revisão de contratos, redução de desperdícios e combate às fraudes. Essas iniciativas contribuíram para mitigar o desequilíbrio financeiro do setor, com impacto positivo sobre o índice agora

definido. A entidade destaca, no entanto, a importância de se revisar a metodologia de cálculo dos reajustes.

“É preciso que o índice definido não fique descolado das reais necessidades financeiras, especialmente em contratos antigos e carteiras com defasagens acumuladas. Persiste a necessidade de se equilibrar os reajustes com uma pressão de custos assistenciais que é crescente e oriunda de um fluxo contínuo de incorporação de tecnologias e terapias caríssimas e da própria judicialização”, afirma Bruno Sobral, diretor executivo da FenaSaúde.

ANS DEFINE TETO DE 6,06% PARA REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

(Gov) ANS – 23/06/2025

Percentual anunciado pela Agência é o máximo que pode ser aplicado para o reajuste anual no período de maio de 2025 a abril de 2026.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) limitou a 6,06% o percentual de reajuste anual que poderá ser aplicado

aos planos de saúde de assistência médica individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98).

O percentual é o teto válido para o período entre maio de 2025 e abril de 2026 para os contratos de aproximadamente 8,6

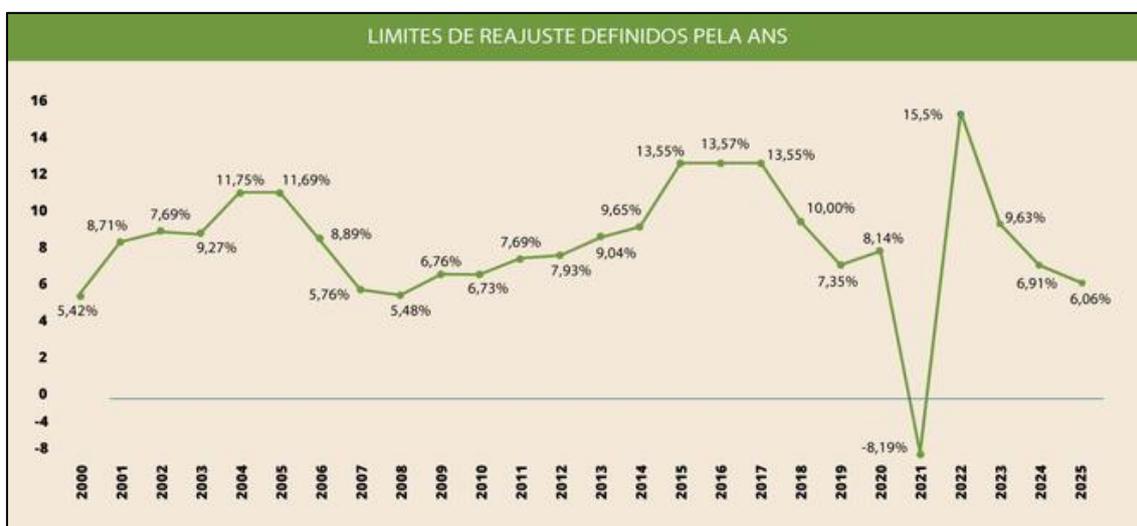
milhões de beneficiários, o que representa 16,4% dos 52 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil (dados de abril de 2025).

“O reajuste definido pela ANS leva em conta o aumento das despesas assistenciais das operadoras em relação aos atendimentos realizados em 2024. Isso inclui tanto o custo dos procedimentos quanto a frequência com que os beneficiários utilizaram os serviços. Nosso objetivo é garantir equilíbrio ao sistema: proteger o consumidor de aumentos abusivos e, ao mesmo tempo, assegurar a sustentabilidade do setor”, afirmou a diretora-presidente interina e diretora interina de Normas e Habilitação dos Produtos, Carla Soares.

O índice de 6,06% foi definido pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, apreciado pelo Ministério

da Fazenda e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada da Agência na manhã desta segunda-feira, 23/6/2025. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e o reajuste poderá ser aplicado pela operadora no mês de aniversário do contrato, ou seja, no mês da data de contratação do plano. Para os contratos que aniversariam em maio e junho, a cobrança poderá ser iniciada em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato.

Para chegar ao percentual de 2025, a ANS utilizou a metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019, que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.



Despesas assistenciais em 2024 e 2023 – Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.



As despesas assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 9,35% em 2024 comparado a 2023. Essa variação observada nos custos

assistenciais reflete o aumento dos preços dos serviços e insumos de saúde, bem como aumento no padrão de

consumo de serviços de saúde associado a incorporações no rol de procedimentos da saúde suplementar.

Por que não é correto comparar índice de reajuste com índice de inflação?

Os índices de inflação medem a variação de preços de produtos e serviços. Já os índices de reajuste de planos de

saúde são “índices de valor”, pois medem a variação combinada não somente de preços, mas também de quantidades consumidas. Dessa forma, o percentual calculado pela ANS considera aspectos como as mudanças nos preços dos produtos e serviços em saúde, bem como as mudanças na frequência de utilização dos serviços de saúde.



Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais/familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (6,06%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir do mês de aniversário de cada contrato. Para os contratos com data de aniversário em maio e junho, a cobrança deverá ser iniciada em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato.

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE NOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

No exemplo abaixo, foi considerado o valor de R\$ 100 para a mensalidade de um plano de saúde com aniversário em maio. Para saber a data de aniversário do seu plano, verifique no contrato o mês em que ele foi assinado.

2025 - 2026

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consumidor recebeu em Maio boleto ainda sem reajuste. | MAI | R\$ 100,00 (mensalidade) = R\$ 100,00 (total) |
| Consumidor recebeu em Junho boleto ainda sem reajuste. | JUN | R\$ 100,00 (mensalidade) = R\$ 100,00 (total) |
| Consumidor provavelmente receberá em Julho boleto ainda sem reajuste | JUL | R\$ 100,00 (mensalidade) = R\$ 100,00 (total) |
| Consumidor receberá em Agosto a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a Maio . | AGO | R\$ 106,06 (mensalidade reajustada) + R\$ 6,06 (retroativo Maio) = R\$ 112,12 (total) |
| Consumidor receberá em Setembro a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a Junho . | SET | R\$ 106,06 (mensalidade reajustada) + R\$ 6,06 (retroativo Junho) = R\$ 112,12 (total) |
| Consumidor receberá em Outubro a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a Julho . | OUT | R\$ 106,06 (mensalidade reajustada) + R\$ 6,06 (retroativo Julho) = R\$ 112,12 (total) |
| Consumidor receberá em Novembro a nova mensalidade reajustada. | NOV | R\$ 106,06 (mensalidade reajustada) = R\$ 106,06 (total) |

Para os contratos com aniversário a partir de julho, as operadoras podem iniciar a cobrança em até, no máximo, dois meses após o aniversário do contrato, retroagindo até o mês de aniversário.

Metodologia reflete utilização

Resultado de estudos efetuados pela Agência, discutido com o setor e a sociedade, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá

peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os

consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

Assista ao vídeo sobre a metodologia de planos individuais ou familiares

https://youtu.be/J5KZx5_7ce8

[Perguntas e respostas sobre o reajuste 2025.](#)

[Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares](#)

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o Guia ANS, no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas regras trazidas pela RN nº 438/18, [confira aqui](#).

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS - 0800 701 9656: atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais.
- Formulário eletrônico Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor.
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105.

Núcleos da ANS existentes nas cinco regiões do país. [Confira como agendar seu atendimento.](#)

SETOR DE SAÚDE PRIVADA COMEÇA A TESTAR COMPARTILHAMENTO DE DADOS DE PACIENTES

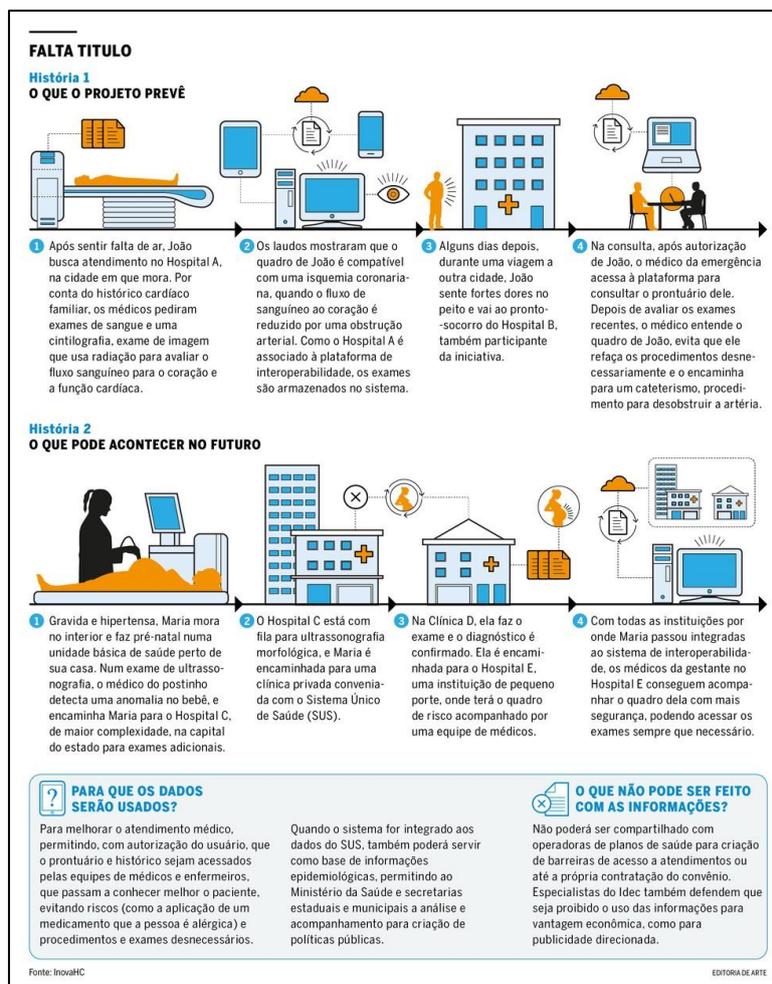
O Globo – 22/06/2025

Projeto liderado pelo InovaHC busca colocar em prática a integração de informações, a partir do aval do usuário, para facilitar atendimento em diferentes instituições.

Imagine passar por uma emergência médica durante uma viagem a outro estado, longe de casa. No pronto-socorro, em vez de precisar avisar sobre alergias, medicamentos de uso contínuo ou o histórico — como uma cirurgia recente ou um tratamento em curso —, você autoriza e o médico consulta seu prontuário completo, agilizando o atendimento. Esse é o cenário que se desenha num projeto que reúne diferentes hospitais privados, laboratórios e operadoras de planos de saúde, sob liderança do InovaHC, núcleo de inovação tecnológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP).

Hoje, a maior parte dos hospitais e laboratórios particulares é digitalizada, com toda a jornada do paciente alimentando um sistema interno de informações. Agora, a ideia é testar a interoperabilidade, ou seja, uma integração dos dados de saúde que permita o acesso de profissionais de diferentes instituições, a partir da autorização prévia do usuário.

Para isso, as informações precisam seguir os mesmos protocolos e padrões, explica o diretor executivo do InovaHC, Marco Bego. A iniciativa se inspira na experiência do open finance, que permitiu a padronização e compartilhamento de dados entre bancos e instituições financeiras, com o aval do consumidor.



Prontuário compartilhado

Por enquanto, hospitais como Sírio-Libanês, Beneficência Portuguesa de São Paulo e Oswaldo Cruz e as redes diagnósticas Dasa, Fleury e Sabin estão em fase final de negociação para o primeiro teste do projeto, previsto para ser colocado no ar em até 120 dias. Também há conversas com outras empresas.

Bego argumenta que a interoperabilidade na saúde, com a ideia de um prontuário compartilhado, “é uma pauta do setor há anos”.

Ele lembra que o HC levou para comunidades indígenas do Alto Xingu, na região amazônica, um projeto de atendimento remoto a partir de aparelhos de ultrassonografia portáteis, mas a iniciativa se deparou com entraves de compartilhamento dos laudos: quando algo era diagnosticado, o paciente tinha que entrar de novo na fila do SUS porque os dados não se comunicavam.

— Queremos que os hospitais tenham acesso às informações para oferecer um atendimento melhor. Você vai a um pronto-socorro hoje e os médicos não sabem quem você é. Com a interoperabilidade, vão saber se você tem alergias, se há algum histórico que se ligue ao problema atual, exames que foram feitos recentemente... Mais bem informado sobre o

paciente, a conduta a ser adotada pelo profissional é escolhida de maneira mais eficiente — justifica Bego.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) também participa das discussões. Antônio Britto, diretor executivo da entidade, defende que os sistemas público e privado de saúde no país estão atrasados no tema e que grande parte dos desperdícios acontece por falta de melhor uso dos dados, “que existem, mas não são integrados”:

— Não há cenário em que se melhore a assistência e que se reduzam as despesas que não parta de avaliar o histórico das pessoas. Toda vez que alguém vai ao médico, tudo começa de novo. Isso faz o paciente e o profissional perderem tempo e o hospital e a operadora de plano de saúde desperdiçarem recursos.

Sus já tem plataforma

Diretor de Inovação e Saúde Populacional do Sírio-Libanês, Daniel Greca, acredita que o projeto pode ampliar a eficiência dos atendimentos e do sistema de saúde, auxiliando na redução de custos, mas que o teste do projeto-piloto será fundamental para validar esses objetivos e “criar modelo de negócio escalável” para diferentes perfis de instituições:

— Se os players não se conversam, se o dado não trafega, há muita dificuldade em trabalhar como um sistema. Com

dados devidamente protegidos, a interoperabilidade permite entender a jornada do paciente, fazer intervenções corretas, evitar redundâncias. Isso não vale apenas para os hospitais, mas para todos os níveis assistenciais. Traz eficiência e, conseqüentemente, reduz custos.

O projeto é acompanhado de perto pelo Ministério da Saúde. A secretária de Informação e Saúde Digital da pasta, Ana Estela Haddad, destaca que o SUS já tem uma plataforma de interoperabilidade. Dados de municípios, estados e instituições federais são compartilhados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que os armazena no padrão recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a troca de dados em saúde.

Ela afirma que vê na iniciativa do Hospital das Clínicas da USP uma espécie de hub do que pode se tornar, no futuro, uma ponte para a troca de dados entre a saúde pública e privada do país.

— Se pudermos adotar uma plataforma comum, todo o setor vai ganhar muito, mas principalmente o paciente, que vai ter seu prontuário e histórico à disposição para acompanhar a própria saúde e tomar decisões. E ganha também o profissional de saúde no contexto de atendimento desse paciente — diz Ana Estela.

Além dos hospitais, a rede de farmácias RD, dos selos Raia e Drogasil, e a Bradesco Saúde, também estão em reta final de negociação para participar do piloto. Conselheira do InovaHC, Marcia Ogawa argumenta que as drogarias compartilhariam dados como testes rápidos e vacinas aplicadas nas lojas.

Já no caso das operadoras, ela defende que o projeto pode agilizar autorizações de procedimentos e facilitar o calendário de pagamentos aos hospitais, reduzindo as chamadas glosas — quando o pagamento é retido por divergência entre o prestador e o plano de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que, na saúde suplementar, os dados assistenciais são enviados pelas operadoras para a ANS, por meio do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão Tiss). Segundo a agência, a “interoperabilidade de dados e informações é elemento essencial no ecossistema da saúde, pois contribui para o uso mais eficiente de recursos e redução de desperdícios”.

Risco e proteção de dados

Coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Marina Paullelli, avalia que o projeto pode potencializar a gestão e o acesso à saúde, mas que se cuidados com o uso dos dados não forem respeitados, há riscos de práticas abusivas e discriminatórias.

Ela defende que as informações sejam usadas estritamente no contexto do atendimento médico, sempre sob autorização do paciente, ou por interesse público, como pelos gestores municipais, estaduais e federais para a elaboração de políticas públicas.

— As informações não podem ser usadas para a criação de publicidade personalizada, nem para seleção de risco. Nenhum consumidor pode ser impedido, por exemplo, de contratar um plano de saúde ou acessar um atendimento por causa do seu histórico de saúde — afirma. — Há de se ter sempre consentimento qualificado da pessoa, que precisa entender as razões para o acesso aos dados.

A possibilidade de uso de dados para barreira de acesso aos planos de saúde é também uma preocupação da secretária Ana Estela. Ela defende que, em qualquer cenário, os donos das informações são os usuários, que precisam entender de maneira clara o que será acessado, para quem e por quem:

— Quem vai acessar os dados é o usuário e o profissional na hora do atendimento. Esse é o princípio a ser respeitado. O propósito do uso das informações é o cuidado e a qualidade do atendimento.

Professora do FGVSaúde, Ana Maria Malik também pondera que é preciso cautela.

— A ideia é fenomenal porque integra diferentes atores do setor privado, e não apenas operadoras de planos de saúde. O ponto de atenção, porém, é o cuidado para que os dados das pessoas não sejam usados para bloquear o acesso aos convênios nem que sejam acessados pelas empresas empregadoras, que podem evitar contratações pelo histórico de saúde — analisa.

Marina, do Idec, destaca que a regulamentação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) sobre uso de informações privadas em saúde não avançou. Ela defende que um sistema de interoperabilidade armazene dados pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS), como forma de resguardar a triangulação do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) com outras bases. Além disso, ela defende que sejam respeitadas garantias da LGPD, permitindo que a edição, correção ou exclusão de dados possa ser solicitada a qualquer momento.

SETOR DA SAÚDE GEROU MAIS DE 34 MIL NOVOS EMPREGOS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2025

Correio Braziliense – 20/06/2025

Relatório do IESS aponta resiliência e crescimento contínuo no setor, com hospitais e clínicas a geração de empregos; enfermagem é a especialidade mais demandada.

O mercado de trabalho na área da saúde no Brasil demonstrou forte dinamismo e capacidade de geração de empregos, mostrou o Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva de Saúde, divulgado na semana passada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O levantamento, feito entre dezembro do ano passado e março deste ano, mostrou que os setores público e privado de saúde geraram 34.811 novos postos de trabalho formais no primeiro trimestre de 2025.

O Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva de Saúde utilizou dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) para medir empregos gerados no setor privado e informações de portais da transparência de municípios, entes federativos e da União para contabilizar oportunidades preenchidas no setor público. "Ao todo, o relatório mostrou que a cadeia da saúde empregou um total de mais de 5 milhões (5.188,268 milhões) de pessoas no país. Esse número representa 10,8% do total de empregados no país", afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Ele destaca que, entre dezembro de 2024 e março de 2025, o emprego na cadeia aumentou 0,7%. Nesse período, o Produto Interno Bruto (PIB) avançou 1,4%. "Na cadeia da saúde, o crescimento foi em um ritmo mais moderado que o da economia geral, mas que ainda assim demonstra a estabilidade e a resiliência do setor", observa Cechin.

Setor privado

O relatório do IESS mostra que, dos 5,2 milhões de vínculos formais na área da, cerca de 4,2 milhões estão no setor privado. O superintendente também ressalta a diferença no desempenho entre os setores público e privado. "Neste primeiro trimestre de 2025, no setor privado, houve crescimento do emprego em todas as regiões do Brasil. Cresceu 1,1% no primeiro trimestre deste ano. Já no setor público aconteceu o oposto. Houve diminuição do emprego no setor público nesse primeiro trimestre do ano", com uma retração nacional de 1,2%", detalha.

De acordo com Antônio Britto, diretor executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), a resiliência e o avanço nas contratações no setor privado de saúde não são novidades. Segundo ele, há uma demanda constante pelos seus serviços oferecidos por hospitais e clínicas. "Essa demanda por serviços de saúde é mantida independentemente da situação econômica", disse.

José Cechin, por outro lado, aponta uma mudança no comportamento da sociedade brasileira, acentuada pela pandemia de covid-19. "As pessoas prezam por saúde, querem se cuidar mais, além de ter mais consciência em relação aos cuidados de saúde do que havia 15 anos atrás", opinou José.

Essa maior valorização da saúde, continua o superintendente do IESS, leva as pessoas a buscarem "mais consultas médicas, mais tratamentos, mais exames e mais serviços de internação", explica. O aumento na procura por serviços, por sua vez, exige que o setor de saúde tenha de contratar profissionais para suprir essa demanda. "A demanda explica o fato de haver esse impulso nas contratações", conclui.

Envelhecimento

O último Censo do IBGE (2022) mostrou que o número de pessoas com 65 anos ou mais cresceu 57,4% em 12 anos. Sob a perspectiva de envelhecimento populacional no Brasil, as pessoas tendem a procurar por mais serviços de saúde, argumenta Antônio Britto. "Essa tendência vem fortalecendo um horizonte de que serviços hospitalares precisam ter mais equipes médicas, mais equipamentos e mais instalações", aponta.

A economista Jéssica Maia, consultora da GO Associados, corrobora a ideia de que o "envelhecimento populacional aumenta a demanda por cuidados crônicos (de saúde) e também gera incentivos para o aumento de contratações" na área médica.

Além disso, sobretudo no setor privado, considerou José Cohin, "tem a dinâmica de responder às demandas. Se a demanda cresce, o setor vai empregar". O mesmo raciocínio, porém, não é aplicado no setor público.

Prestadores de serviço

O relatório produzido pelo IESS também destaca que as maiores gerações de empregos abrangem os "prestadores de serviços" na área de saúde. Essa lista inclui hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios médicos, entre outros. A economista Jéssica Maia frisa que "os prestadores de serviço responderam por 127.372 vagas nesse período, concentrando quase 75% do total de empregos" criados na cadeia privada.

Segundo Antônio Britto, "56% dos hospitais da ANAHP estão conseguindo executar os seus projetos de expansão no ano de 2025". Isso implica na construção de "mais leitos, com mais serviços e com mais funcionários".

Enfermagem

Antônio Britto destaca que as áreas que mais demandam contratações em clínicas e hospitais são as profissões de técnico e graduados em enfermagem. "Cada cada leito novo, acima e antes de tudo exige equipes de enfermagem", classificou. Embora outras áreas de apoio hospitalar também demandem contratações, a enfermagem é a primeira e maior necessidade.

A economista Jéssica Maia complementa que o Brasil ainda possui um número de médicos e enfermeiros por habitante

abaixo da média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o que "reforça a necessidade de expansão da força de trabalho".

"Em 2019, o Brasil apresentava cerca de 2,3 médicos e de 7,4 enfermeiros por mil habitantes, respectivamente, abaixo da média dos países membros da OCDE (3,6 e 8,8, respectivamente), reforçando a necessidade de expansão da força de trabalho para a melhoria dos serviços assistenciais prestados", comenta.

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