

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

09 de julho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS revoga obrigatoriedade de envio do SIP a partir de 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

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

[Reajuste de plano de saúde acumula alta de até 383% na década e crescimento desacelera](#) - Fonte: Valor Econômico

[Mais de 20 milhões de beneficiários do sistema de saúde brasileiro são atendidos por cooperativas](#) - Fonte: O Globo

[O que muda nos planos de saúde para idosos a partir de 2025](#) - Fonte: Estado de Minas

[Estudo aponta riscos e oportunidades da criação de agência única de avaliação de tecnologias em saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Mudança de regras da ANS transforma relação entre corretores e operadoras](#) - Fonte: Revista Apólice

ANS REVOGA OBRIGATORIEDADE DE ENVIO DO SIP A PARTIR DE 2026

(Gov) ANS – 08/07/2025

Calendário de 2025 permanece o mesmo. No próximo ano, informações anteriormente enviadas pelo sistema serão consolidadas pelo Padrão TISS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, na **9ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada**, a revogação da **Resolução Normativa nº 551/2022**, responsável por regulamentar o envio de informações ao Sistema de Informações de Produtos (SIP), a partir de 2 de março de 2026.

Com a mudança, as operadoras de planos de saúde deixam de ter, a partir a competência do primeiro trimestre de 2026, a obrigação regulatória de envio desses dados por meio do SIP. A iniciativa visa unificar e qualificar a coleta de informações sobre os serviços de saúde prestados aos

beneficiários, promovendo a padronização dos dados assistenciais da saúde suplementar.

As informações anteriormente enviadas via SIP passarão a ser consolidadas por meio do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar), já utilizado pelas operadoras com a ANS. A medida representa um avanço na modernização dos processos de coleta de dados e na redução da carga administrativa para as operadoras.

Informamos que o calendário de envio do SIP para o ano de 2025 permanecerá o mesmo e não haverá prejuízo à publicação do Mapa Assistencial, que seguirá seu cronograma de divulgação sem alterações.

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A MAIO DE 2025

(Gov) ANS – 08/07/2025

Setor registrou 52,6 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 34,8 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a maio de 2025. Neste período, o setor registrou 52.593.934 de usuários em assistência médica e 34.760.194 em planos exclusivamente odontológicos.

Esses e outros dados estão disponíveis na **Sala de Situação**. Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 1.137.467 beneficiários em relação a maio de 2024. Já no comparativo de maio de 2025 com abril de 2025, houve um aumento de 287.235 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 1.592.767 beneficiários em um ano, tendo uma redução de 7.099 usuários na comparação de maio deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com maio de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Amazonas e Minas Gerais os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, as 24 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			
mai/25	38.095.651	5.844.936	234	8.627.508	25.605	52.593.934
abr/25	37.823.637	5.830.444	234	8.626.794	25.590	52.306.699
mar/25	37.680.364	5.822.341	235	8.633.750	25.658	52.162.348
fev/25	37.495.223	5.830.485	235	8.658.857	25.729	52.010.529
jan/25	37.466.967	5.863.418	235	8.685.417	25.813	52.041.850
dez/24	37.435.132	5.894.096	235	8.712.710	25.897	52.068.070
nov/24	37.251.013	5.898.993	236	8.722.452	25.969	51.898.663
out/24	37.254.089	5.913.515	236	8.736.976	26.046	51.930.862
set/24	37.159.440	5.908.502	236	8.754.684	26.140	51.849.002
ago/24	37.019.496	5.912.526	236	8.761.090	26.214	51.719.562
jul/24	36.876.544	5.946.113	237	8.775.096	27.208	51.625.198
jun/24	36.717.280	5.969.612	237	8.783.719	27.378	51.498.226
mai/24	36.543.528	6.113.935	237	8.771.254	27.513	51.456.467

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
mai/25	25.355.477	3.075.924	1.265	6.325.374	2.154	34.760.194
abr/25	25.051.208	3.028.726	1.266	6.683.937	2.156	34.767.293
mar/25	24.869.274	3.037.008	1.266	6.661.608	2.161	34.571.317
fev/25	24.722.491	3.030.546	1.267	6.665.578	2.170	34.422.052
jan/25	24.655.584	3.044.600	1.269	6.686.181	2.177	34.389.811
dez/24	24.672.125	3.034.905	1.273	6.766.544	3.087	34.477.934
nov/24	24.495.114	3.026.013	1.274	6.784.395	3.092	34.309.888
out/24	24.365.397	3.020.618	1.274	6.793.301	3.104	34.183.694
set/24	24.167.978	2.977.844	1.275	6.859.711	3.110	34.009.918
ago/24	23.881.599	2.964.771	1.275	6.867.391	3.111	33.718.147
jul/24	23.703.907	2.944.451	1.275	6.882.370	3.116	33.535.119
jun/24	23.587.270	2.944.263	1.276	6.830.280	3.121	33.366.210
mai/24	23.492.111	3.039.802	1.276	6.631.103	3.135	33.167.427

Número de beneficiários por UF

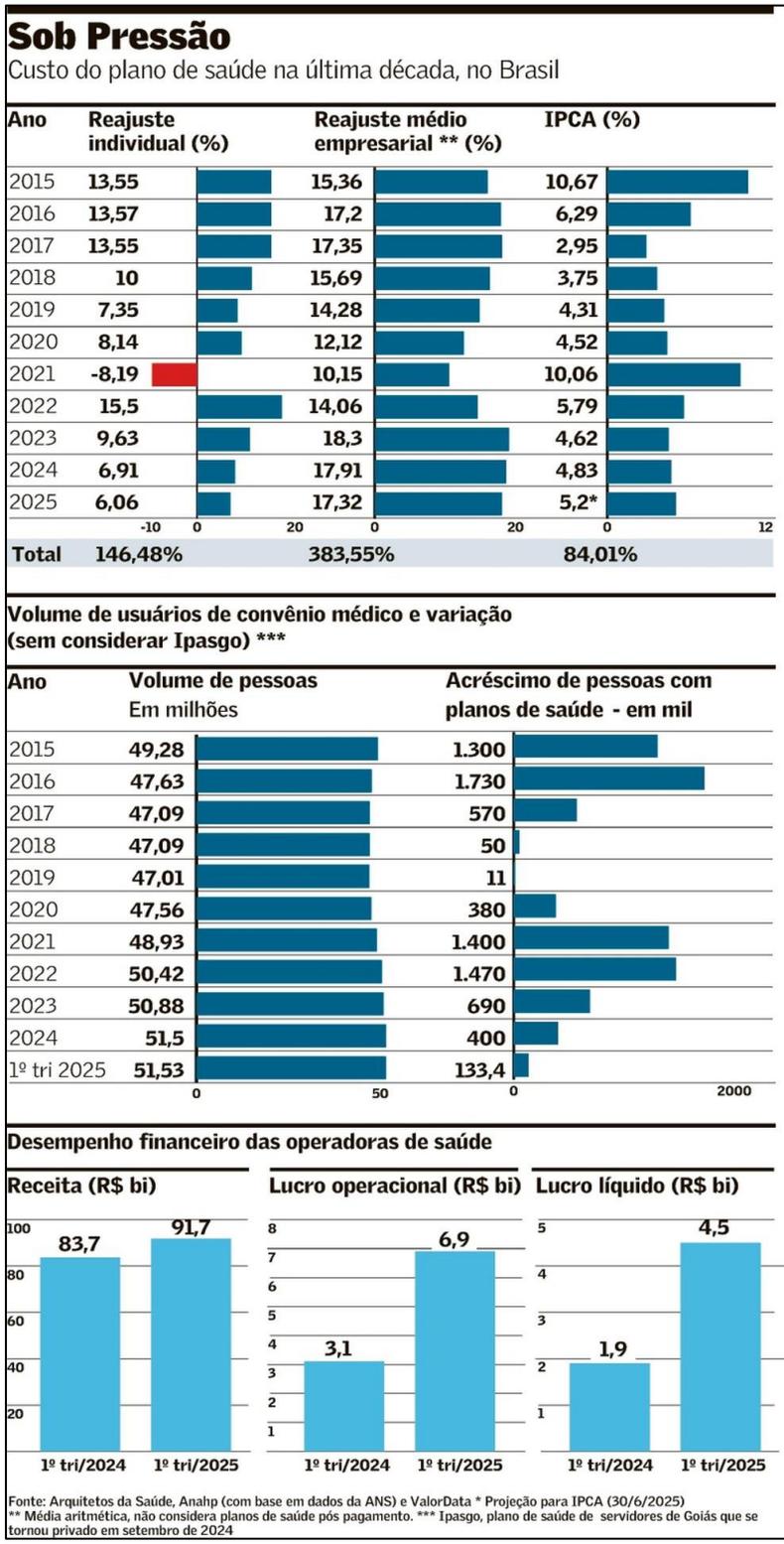
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	mai/24	mai/25	mai/24	mai/25
Acre	44.469	45.389	21.474	21.554
Alagoas	385.852	389.967	428.361	428.144
Amapá	62.914	64.601	47.705	47.935
Amazonas	606.146	693.120	571.805	605.865
Bahia	1.697.006	1.760.988	1.872.444	1.901.464
Ceará	1.443.116	1.474.217	1.363.683	1.409.663
Distrito Federal	936.228	1.002.731	682.109	750.793
Espírito Santo	1.295.646	1.344.497	770.056	856.255
Goiás	1.901.557	1.950.406	947.127	970.982
Maranhão	521.676	526.185	357.452	376.834

Mato Grosso	675.416	679.262	286.456	306.500
Mato Grosso do Sul	678.749	688.943	348.674	366.353
Minas Gerais	5.749.980	5.832.777	2.920.307	3.064.777
Pará	881.116	917.244	563.294	580.459
Paraíba	455.469	473.268	530.981	553.042
Paraná	3.117.543	3.182.393	1.849.081	1.981.733
Pernambuco	1.417.829	1.457.622	1.310.961	1.377.524
Piauí	406.149	413.265	216.759	237.516
Rio de Janeiro	5.634.816	5.618.936	3.679.797	3.948.791
Rio Grande do Norte	612.815	634.691	565.326	603.662
Rio Grande do Sul	2.589.086	2.623.023	1.067.555	1.109.191
Rondônia	161.399	166.043	129.883	128.262
Roraima	31.590	31.394	13.023	14.653
Santa Catarina	1.672.426	1.721.011	904.785	972.657
São Paulo	17.998.929	18.414.045	11.318.875	11.733.638
Sergipe	335.360	341.626	257.106	259.498
Tocantins	123.935	130.564	136.145	146.801

REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE ACUMULA ALTA DE ATÉ 383% NA DÉCADA E CRESCIMENTO DESACELERA

Valor Econômico – 08/07/2025

Inflação médica chega a ser mais de quatro vezes superior ao IPCA, que sobe 84% no período de 2015 a 2025.



Uma das principais despesas das empresas e famílias, os convênios médicos acumulam aumento de preço que chega a ser mais de quatro vezes superior à inflação geral, no acumulado de 2015 a 2025. Nesse período, o reajuste do plano de saúde coletivo, modalidade que abarca 43,6 milhões de pessoas, acumulado atingiu 383,5% e no plano individual, a variação é de 146,48%. Já o IPCA sobe 84% (com projeção de 5,2% para este ano).

Esses reajustes, em especial a partir de 2022 - quando as operadoras amargaram prejuízo operacional de R\$ 10 bilhões e, com isso, passaram a elevar o preço das mensalidades para compensar as perdas - podem estar impactando o crescimento de clientes de planos de saúde. Nos últimos três anos há uma desaceleração do crescimento de novos contratos.

Em 2021, houve incremento de 1,4 milhão de clientes e, no ano seguinte, subiu para quase 1,5 milhão. Já em 2023, houve a entrada de 690 mil contratos. Em 2024 foram 400 mil novos usuários. Nos primeiros quatro meses de 2025, o setor registrou o incremento de 133,4 mil vidas, puxado pelas operadoras Amil e SulAmérica. Considerando apenas os primeiros três meses de 2025, o setor tinha queda de 70 mil usuários.

O levantamento é da consultoria Arquitetos da Saúde e difere dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso porque o órgão regulador considera uma carteira de 580 mil usuários da Ipasgo, uma operadora pública de plano de saúde que atende aos servidores públicos e militares de Goiás desde 1962. Essa operadora passou a ser regulada pela ANS apenas em outubro de 2024. Houve inclusão retroativa, de 2019, e não a partir de 2024 quando efetivamente a Ipasgo tornou-se uma operadora regulada. [\(leia mais em Base de dados da ANS tem ajuste de 580 mil vidas\)](#)

Atualmente, 52,3 milhões de pessoas têm planos de saúde no Brasil, cerca de 25% da população do país. Esse é o mesmo patamar de dez anos atrás, mesmo com a inclusão de cerca de 4 milhões de contratos de convênio médico desde 2020. Antes da pandemia, o setor vinha perdendo clientes.

Nos últimos anos, o crescimento veio basicamente dos planos de saúde PME, em especial daquelas pequenas e médias empresas com até cinco usuários. Uma demanda que cresceu devido à falta de convênio médico individual, cujo reajuste é menor e controlado pela ANS. Hoje, já há 5,4 milhões de pessoas com esse produto, quase o mesmo volume dos planos de saúde por adesão (adquiridos por meio de entidades de classe) que, por sua vez, vêm perdendo mercado diante dos altos reajustes - em média, acima de 20%.

Muitos trocaram o adesão para o PME, mas os planos para pequenos empresários também passaram a ter aumentos elevados nos últimos anos. “O plano PME, que puxou a expansão do setor, parou de crescer. Os reajustes agora

estão menores, mas lá atrás tiveram aumento forte”, disse Luiz Feitoza, sócio da Arquitetos da Saúde.

A desaceleração do crescimento é vista com preocupação, uma vez que há operadoras com práticas comerciais agressivas. O Bank of America (BofA) destacou em seu relatório que a “Amil tem adotado, desde dezembro de 2024, abordagem agressiva de crescimento, com descontos de até 40%, levantando preocupações sobre o crescimento e a lucratividade de seus concorrentes, especialmente, em São Paulo e Rio de Janeiro, onde detém 82% da base de beneficiários.”

Segundo fontes, a Amil tem ofertado novos planos de saúde com valores semelhantes ao da Hapvida, convênio médico que tem o menor preço do mercado devido a sua estrutura verticalizada.

“Custo do convênio médico representa 15,8% da folha de pagamento das empresas” – Rosimeire Muricy

A Amil informou por meio de comunicado que sua “eficiência no controle da sinistralidade com aumento da qualidade ao cliente, resultado do foco no cuidado médico efetivo, no combate à fraude e do alinhamento com sua rede médica credenciada, tem permitido à empresa proporcionar preços mais acessíveis ao consumidor e, onsequentemente, um expressivo aumento da sua base de clientes.” Hapvida não retornou até o fechamento da reportagem.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) informou que “um dos principais fatores a pressionar o reajuste das mensalidades de planos de saúde é a variação dos custos médicos, historicamente superior à inflação geral. Fatores estruturais explicam a aceleração dos preços da saúde suplementar, aqui e em todo o mundo: novas tecnologias cada vez mais caras, envelhecimento da população e predominância de doenças crônicas. No Brasil, porém, há fatores conjunturais, como o aumento contínuo do rol de cobertura obrigatória e a excessiva judicialização, muitas vezes voltada à obtenção de coberturas não previstas nos contratos.” A Abramge, associação das operadoras de planos de saúde, não vai se pronunciar.

Após reajustes elevados entre 2022 e 2024, as operadoras estão apresentando taxas pouco menor. No plano empresarial, a estimativa para este ano é de aumento médio de 17,32% contra 18,32% em 2023. No plano PME, as maiores operadoras estão aplicando majoração na casa de 15%, sendo que, em 2022, muitos contratos tiveram alta de 25%. No individual, a ANS estabeleceu índice de 6,06%, queda de 3,57 pontos percentuais em relação ao indicador de há dois anos.

Do total de usuários de planos de saúde no Brasil, 37,8 milhões, o equivalente a 72% do total, são funcionários de alguma empresa que concede o convênio médico como benefício. Em 2015, o gasto com plano de saúde equivalia a 11,5% do custo da folha de pagamento e, neste ano de 2025, esse percentual deve chegar a 15,8%, segundo a consultoria

Mercer Marsh, que administra carteira com 5 milhões de usuários.

Em média, as empresas que são clientes da Mercer Marsh gastam R\$ 709,50 com plano de saúde de cada funcionário. Há dez anos, esse valor era de R\$ 225,23. “Os custos de saúde têm subido em forte velocidade o que têm sido um desafio às companhias”, disse Rosimeire Muricy, superintendente da Mercer Marsh Benefícios.

Com os reajustes elevados a partir de 2022, aumentou o número de empresas compartilhando a mensalidade do convênio médico com os funcionários. Há dez anos, 51% das empresas cobravam fatia do custo do convênio médico e esse percentual vinha em queda até 2021, quando atingiu 36%. No entanto, em 2023, subiu para 47% e atingiu 55% neste ano. “Estamos alertando as empresas, nossos clientes, que ao cobrar o plano de saúde do funcionário, do titular do plano, há um passivo sendo gerado. Em casos de demissão e aposentadoria, esses funcionários que contribuíram com uma parcela do plano tem direito a permanecer com o convênio”, disse Muricy.

Nos casos de contribuição por dez anos ou mais, o aposentado tem direito a permanecer com o convênio por prazo indeterminado, pagando do seu bolso o valor integral. Já aqueles que foram demitidos, podem manter o produto por seis meses a dois anos.

Essa regra vale apenas para as situações em que o titular paga uma fatia. Por isso, muitas empresas estão concentrando as cobranças nos dependentes dos funcionários. Em 2024, o custo médio de um plano de saúde para aposentado era de R\$ 1,9 mil, sendo que para o funcionário ficava em R\$ 642.

Historicamente, a inflação médica cresce acima do IPCA e vem se acentuando no mundo todo. Neste ano, a inflação médica no Brasil esperada é de 12,7% - acima da média global que é de 10,9%, segundo estudo da Mercer Marsh. No país, pesam nessa conta o envelhecimento da população, mudanças nas regras de cobertura dos planos de saúde que passou a permitir sessões em número ilimitado de terapias para pacientes TEA (transtorno do espectro autista) e judicialização.

MAIS DE 20 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO SÃO ATENDIDOS POR COOPERATIVAS

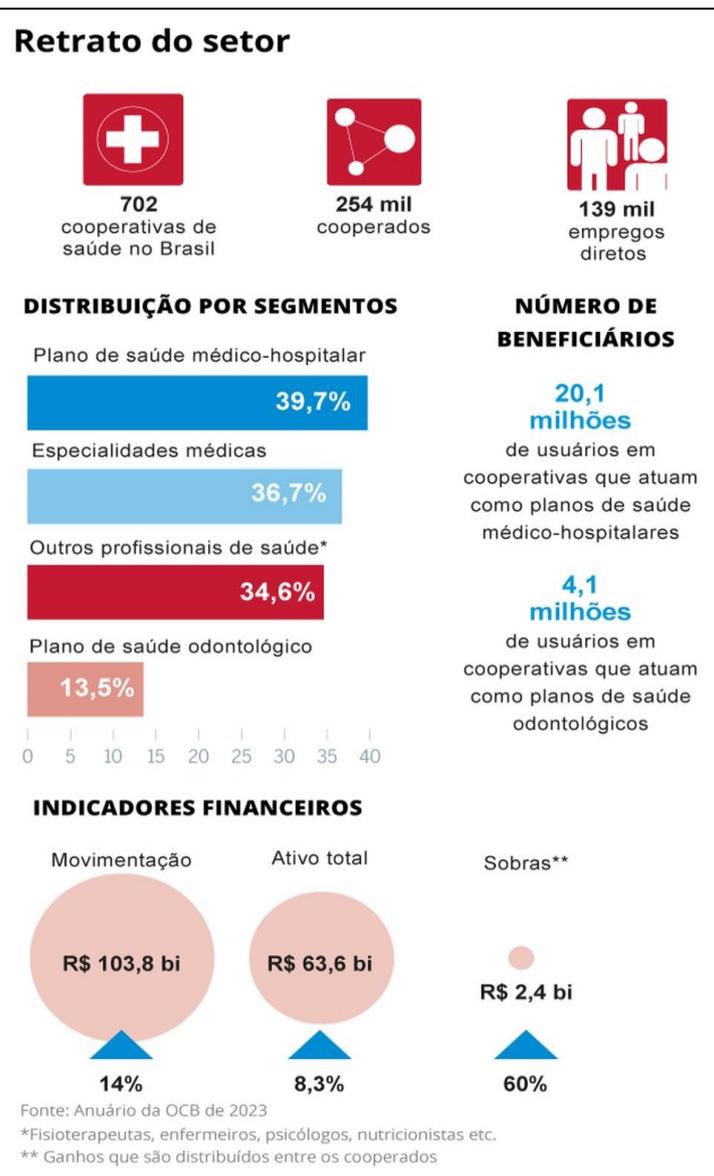
O Globo – 04/07/2025

Há também organizações formadas por profissionais como fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas.

Números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dão conta de que, de 52,3 milhões de pessoas com planos de saúde no Brasil, mais de 20 milhões estão em cooperativas. O Sistema Unimed responde pela maior parte dessa fatia, mas o cooperativismo na saúde vai além, alcançando outros braços do atendimento assistencial.

Coordenador de Ramos da Organização das Cooperativas do Brasil (OCB), Hugo Andrade observa que o país também se destaca no cenário global com a Central Nacional de Cooperativas Odontológicas (Uniodonto), no segmento de planos odontológicos, dona de 17% do mercado e considerada a maior do mundo.

O sistema nasceu em 1972, com a criação de duas cooperativas odontológicas: uma em Santos (SP) e outra no Vale do Taquari (RS). Hoje, são 117 cooperativas em todos os estados, com 20 mil dentistas e 3,3 milhões de pacientes.



Citando dados da ANS, o presidente da Uniodonto, José Alves de Souza Neto, diz que operadoras de planos odontológicos têm uma sinistralidade de 45%.

A cada R\$ 100 pagos pelos usuários, R\$ 45 vão para o custeio dos atendimentos — principalmente honorários dos profissionais — e o restante vai para despesas e resultados da operadora. Nas cooperativas, 60% vão para os profissionais.

— As empresas miram o lucro e acabam sacrificando a rede prestadora e o cliente. Na cooperativa, procuramos manter um tripé equilibrado, dando sustentabilidade ao coletivo e remunerando melhor o profissional.

Outro segmento relevante são as cooperativas de especialidades médicas e de profissionais: fisioterapeutas,

psicólogos e nutricionistas. A Federação Nacional das Cooperativas Médicas (Fencom) reúne 38 entidades do país, somando 20 mil médicos.

Comum em algumas especialidades, como a de anesthesiologia, o modelo de atuação via cooperativa é recorrente em regiões como Fortaleza (CE) e Belo Horizonte (MG), onde boa parte dos hospitais contrata cooperados.

Diretor-presidente da federação, Sérgio Murta lembra que as primeiras cooperativas profissionais nasceram na década de 1990.

— O médico atendia num hospital, mas às vezes o pagamento demorava a sair. Quando o valor chegava, era menor do que o previsto. A cooperativa veio como uma solução, unindo a categoria — afirma.

O QUE MUDA NOS PLANOS DE SAÚDE PARA IDOSOS A PARTIR DE 2025

Estado de Minas – 04/07/2025

As regras para planos de saúde vêm passando por mudanças significativas, especialmente no que diz respeito aos beneficiários com mais de 60 anos. A medida visa adequar-se às demandas de uma população envelhecida que busca cada vez mais por serviços de saúde personalizados e acessíveis. As operadoras estão ajustando políticas, coberturas e custos para atender melhor a este segmento da população.

Os ajustes na estrutura de cobrança e nos pacotes de serviços são uma resposta às necessidades específicas dos idosos, considerando que essa faixa etária possui particularidades relacionadas à saúde. Além disso, o envelhecimento populacional vem pressionando o sistema de saúde, demandando modificações que garantam tanto a sustentabilidade dos planos quanto atendimento de qualidade. Destaca-se que cidades maiores, como Rio de Janeiro e São Paulo, estão experimentando essas mudanças de maneira ainda mais intensa, devido à alta concentração de idosos nessas regiões e à busca crescente por atendimento de qualidade.

O que muda nos planos de saúde para idosos?

Com a meta de assegurar a viabilidade financeira e a qualidade do atendimento, os planos de saúde estão adotando novas medidas como a revisão das cláusulas contratuais e das coberturas. Um dos principais focos é a redução da sinistralidade, que é a relação entre os custos com despesas médicas e o que é arrecadado com as mensalidades. Para isso, muitas empresas estão investindo em programas de prevenção e promoção da saúde. Além disso, empresas notórias como Unimed têm desenvolvido soluções tecnológicas e pacotes exclusivos para esse público.

Além disso, algumas operadoras estão criando pacotes voltados exclusivamente para os idosos, com características e preços adaptados às suas necessidades. Essas mudanças visam oferecer acesso a tratamentos e tecnologias médicas que correspondam ao perfil e às expectativas desse público específico, tentando balancear a relação custo-benefício para ambos os lados.

Prevenção é a chave para qualidade de vida

Para reduzir os custos e melhorar a qualidade de vida dos beneficiários, os planos de saúde estão incentivando a prevenção. Programas de saúde preventiva, como exames regulares e acompanhamento contínuo de condições crônicas, são ferramentas implementadas para minimizar o surgimento de complicações mais graves. Essas políticas têm mostrado um resultado positivo, contribuindo para a redução de internações e a melhoria da saúde geral da população idosa.

Cada vez mais se observa a integração dos serviços de cuidados em saúde à tecnologia, usando aplicativos e plataformas digitais para monitorar a saúde dos beneficiários. Aplicativos como o Meu Plano Saúde, por exemplo, estão sendo difundidos entre esse público para facilitar agendamentos, consultas e acompanhamento de exames. Esse tipo de inovação auxilia na gestão da saúde e no controle das condições crônicas, tornando o processo mais dinâmico e eficiente.

Como a regulamentação influencia as mudanças?

A regulamentação dos planos de saúde no Brasil, promovida por órgãos como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), exerce papel crucial nas mudanças de regras. Normativas que incentivam a transparência e o cumprimento de contratos são impulsionadoras de um mercado mais seguro e justo. Recentemente, regulamentações passaram a exigir que as operadoras especificassem detalhadamente a cobertura para idosos, garantindo mais clareza e evitando surpresas desagradáveis para os consumidores.

Com as diretrizes claras, os beneficiários têm maior controle sobre seus direitos e obrigações, resultando em um mercado mais competitivo, onde o consumidor pode escolher a operadora ou o tipo de plano que melhor se adapta às suas necessidades específicas.

As mudanças são benéficas para os idosos?

A readequação dos planos de saúde voltados para idosos traz, sem dúvida, impactos positivos. O foco em atendimento personalizado, a melhoria na comunicação entre beneficiários e operadoras, e a ênfase em cuidados preventivos simbolizam um avanço na qualidade dos serviços. Contudo, há desafios a serem superados, incluindo o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e a adaptação contínua às regulações do setor.

As empresas precisam buscar formas de manter o equilíbrio financeiro sem sobrecarregar os consumidores, especialmente em um cenário econômico desafiador. Para os idosos, as mudanças oferecem acesso a serviços mais alinhados com suas necessidades, mas cabe a cada beneficiário estar atento às ofertas e condições contratuais. Perguntas e respostas

1. Quais são as principais mudanças nos planos de saúde para idosos?

Revisão das cláusulas contratuais, foco maior em prevenção e promoção de saúde, e adaptação das coberturas às necessidades específicas dos idosos.

2. Como os planos de saúde estão incentivando a prevenção?

Através de programas de saúde preventiva, monitoramento contínuo e uso de tecnologias digitais para controle de condições de saúde, como o aplicativo Meu Plano Saúde.

3. Qual o papel da ANS nessas mudanças?

A ANS regula o setor, exigindo transparência nas informações e cobrindo cláusulas específicas para a proteção dos idosos.

ESTUDO APONTA RISCOS E OPORTUNIDADES DA CRIAÇÃO DE AGÊNCIA ÚNICA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Saúde Business – 03/07/2025

Publicação do IESS aponta benefícios da centralização para operadoras de planos de saúde, mas alerta para riscos como burocratização e perda de autonomia regulatória.

A proposta de criar uma Agência Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ANATS) tem ganhado espaço no debate sobre a regulação da saúde no Brasil. Um novo estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), parte da série Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035, analisa os potenciais efeitos da centralização das decisões sobre medicamentos, tratamentos e dispositivos médicos — especialmente no setor suplementar.

Atualmente, o processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é fragmentado entre diferentes órgãos federais:

- Conitec, que avalia novas tecnologias para o SUS;
- Cossaúde, da ANS, que atualiza o rol da saúde suplementar;
- Anvisa, responsável por liberar medicamentos e dispositivos;
- CMED, que regula os preços de medicamentos.

Essa estrutura dispersa gera sobreposição de funções e decisões descoordenadas. A proposta da ANATS busca unificar esses processos, oferecendo mais agilidade, previsibilidade e eficiência.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, a medida pode trazer ganhos para as operadoras: “A centralização pode oferecer mais clareza e critérios uniformes, o que facilita a gestão de custos e a negociação com fornecedores.” Ao mesmo tempo, ele alerta para riscos

4. As mudanças afetam o custo do plano?

As mudanças podem afetar os custos, mas em geral visam melhorar a relação custo-benefício, oferecendo serviços mais adequados às necessidades dos idosos.

como burocratização, perda de autonomia do setor suplementar e foco excessivo nas demandas do SUS.

Desafios de integração entre sistemas

O estudo destaca que alinhar os sistemas público e privado exige cautela. Um exemplo é a Lei nº 14.307/2022, que determinou a incorporação automática na saúde suplementar de tecnologias já aprovadas para o SUS. A medida expôs as dificuldades de integrar dois sistemas com estruturas e lógicas distintas.

Segundo especialistas que participaram das discussões promovidas pelo IESS, como o ex-ministro da Saúde Nelson Teich, a ANATS deve funcionar como um centro de inteligência em saúde — e não apenas como um órgão de incorporação tecnológica. A agência precisa refletir as prioridades da população, respeitar as diferenças entre os setores e avaliar a viabilidade prática de cada decisão.

Referências internacionais e caminhos possíveis

Modelos adotados em países como Canadá, Reino Unido e Austrália mostram que uma estrutura centralizada pode funcionar bem, desde que conte com autonomia técnica, financiamento estável e diálogo contínuo entre os setores público e privado.

“A saúde suplementar precisa de segurança regulatória, mas também de capacidade de inovar. Uma agência única só será bem-sucedida se conseguir equilibrar esses objetivos”, conclui Cechin.

O estudo completo está disponível no [site do IESS](#).

MUDANÇA DE REGRAS DA ANS TRANSFORMA RELAÇÃO ENTRE CORRETORES E OPERADORAS

Revista Apólice – 02/07/2025

Mudanças em reajustes, portabilidade e sinistralidade exigem atuação mais técnica de corretores e atenção redobrada de empresas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou mudanças significativas que devem transformar o funcionamento do mercado de planos de saúde no Brasil a partir de 1º de julho. As novas normas afetam regras de reajuste, agrupamento de contratos e portabilidade, com

impactos diretos para operadoras, empresas contratantes e, especialmente, corretores.

Entre as alterações está o novo teto de reajuste para planos individuais e familiares, fixado em 6,06% para o período de maio de 2025 a abril de 2026. Embora não se aplique diretamente aos planos coletivos – que representam cerca de 80% do setor, com mais de 50 milhões de beneficiários – a medida pressiona o mercado a adotar práticas mais transparentes. Em 2024, os reajustes nos coletivos chegaram a 13,8%, gerando insatisfação generalizada.

Outro ponto central é a ampliação do agrupamento para cálculo de reajuste nos contratos coletivos. A partir de agora, planos com até 400 vidas devem ser agrupados, número bem superior ao limite anterior de 29 vidas. Isso pode afetar diretamente os preços pagos por pequenas e médias empresas, a depender da sinistralidade do grupo em que forem inseridas.

A ANS também reduziu a meta de sinistralidade de 75% para 72%, o que diminui a margem das operadoras para justificar aumentos. Além disso, foi ampliada a possibilidade de portabilidade: os beneficiários poderão trocar de plano mesmo fora do prazo, caso haja exclusão de hospitais relevantes da rede credenciada.

Segundo Dyla De Toledo, CEO da YIA Broker, consultoria especializada em planos corporativos, as novas exigências reforçam o papel técnico dos corretores. “O corretor precisa dominar a legislação, entender os riscos e atuar como consultor estratégico das empresas. A venda por si só já não sustenta uma operação de saúde corporativa”, afirma.

Ela ressalta que as empresas também precisarão adotar uma gestão mais ativa dos contratos. “A transparência agora exigida das operadoras também precisa ser adotada pelas empresas. Não basta renovar contratos automaticamente. É preciso avaliar reajustes e sinistralidade com base em dados e critérios técnicos”, completa.

A YIA tem reforçado sua atuação em auditoria de contratos, revisão de cláusulas antigas e apoio a empresas na criação de programas de saúde corporativa que contribuam com a previsibilidade dos custos. A consultoria também acompanha a evolução da legislação para manter seus clientes atualizados e protegidos.

Com as novas medidas, o setor de saúde suplementar caminha para um modelo mais regulado e técnico. Corretores bem preparados e empresas com visão estratégica estarão mais aptos a enfrentar o novo ambiente regulatório e garantir a sustentabilidade dos seus contratos.

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)