

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

23 de julho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Abertas as inscrições para o 15º prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar](#) - Fonte: Saúde Business

[Crescimento de idosos e queda de crianças nos planos de saúde](#) - Fonte: Revista Cobertura

[ANS lança novo conjunto de dados sobre classificação Prudencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Suficiência dos reajustes de planos de saúde individuais](#) - Fonte: Saúde Business

[Judicialização é parte relevante de gastos da saúde, diz Raquel Reis](#) - Fonte: Conjur

[Envio de informações pelo sistema de informações de produtos segue obrigatória em 2025](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS abre consulta pública para implementação da política de preços e reajustes de planos de saúde](#) - Fonte: Valor Econômico

ABERTAS AS INSCRIÇÕES PARA O 15º PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 23/07/2025

Premiação reconhece pesquisas acadêmicas com aplicação prática nas áreas de Economia, Direito e Promoção da Saúde, com inscrições gratuitas abertas até 16 de outubro.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) lançou oficialmente as inscrições para a 15ª edição do Prêmio de Produção Científica.

A premiação, que se tornou referência no setor, busca destacar trabalhos científicos que ofereçam contribuições concretas para os desafios da saúde suplementar brasileira. Assim, conforme destaca José Cechin, superintendente executivo do IESS: “O Prêmio IESS é um reconhecimento àqueles que se dedicam a produzir conhecimento técnico relevante para os desafios reais do setor. Ao valorizar essas pesquisas, ajudamos a construir um sistema de saúde suplementar mais eficiente, sustentável e inovador”.

Categorias e elegibilidade

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar ([IESS](#)) lançou oficialmente as inscrições para a [15ª edição do Prêmio de Produção Científica](#).

A premiação, que se tornou referência no setor, busca destacar trabalhos científicos que ofereçam contribuições concretas para os desafios da [saúde suplementar brasileira](#). Assim, conforme destaca José Cechin, superintendente executivo do IESS: “O Prêmio IESS é um reconhecimento àqueles que se dedicam a produzir conhecimento técnico relevante para os desafios reais do setor. Ao valorizar essas pesquisas, ajudamos a construir um sistema de saúde suplementar mais eficiente, sustentável e inovador”.

Categorias e elegibilidade

O prêmio contempla três áreas fundamentais:

- Economia
- Direito
- Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Gestão em Saúde

São elegíveis artigos científicos já publicados (ou aceitos para publicação) e trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduação, incluindo especializações, MBAs, mestrados e doutorados. Sobretudo, os trabalhos devem ter sido

produzidos entre 1º de janeiro de 2021 e 31 de agosto de 2025, redigidos em português e serem inéditos em premiações.

Temas abrangentes e contemporâneos

A premiação abarca temas essenciais para o desenvolvimento do setor, como:

- Precificação e regulação de planos de saúde
- Impactos da tecnologia e envelhecimento populacional
- Sustentabilidade e ESG
- Governança
- Judicialização
- Inteligência artificial
- Promoção da saúde
- Gestão de desfechos
- Qualidade da assistência

Processo de inscrição e premiação

As inscrições são gratuitas e podem ser realizadas até 16 de outubro exclusivamente pelo site do IESS, na aba Eventos > Prêmio IESS. Cada candidato pode submeter apenas um trabalho.

O vencedor de cada categoria receberá um dispositivo Kindle 16GB. Além disso, todos os trabalhos premiados terão ampla divulgação nos canais oficiais do IESS e convite para submissão à Revista Brasileira de Saúde Suplementar (RBSS). A comissão julgadora também poderá identificar outros trabalhos merecedores de menções honrosas.

Legado e impacto

Ao longo de suas 15 edições, o Prêmio IESS tem demonstrado seu valor para além do reconhecimento acadêmico. “Vimos pesquisas premiadas ganharem destaque em políticas públicas, decisões judiciais e até mesmo na gestão de operadoras. Isso mostra o quanto a ciência pode contribuir com impacto direto para a sociedade”, ressalta Cechin.

Enfim, a divulgação dos vencedores ocorrerá em dezembro de 2025, durante evento especial promovido pelo IESS.

CRESCIMENTO DE IDOSOS E QUEDA DE CRIANÇAS NOS PLANOS DE SAÚDE

Revista Cobertura – 22/07/2025

NAB revela que as faixas etárias a partir de 65 anos registraram um crescimento de aproximadamente 142 mil beneficiários em um ano, enquanto de 0 a 4 anos houve queda de 99 mil vínculos

O perfil etário da saúde suplementar está se transformando, com crescimento mais acentuado entre adultos de meia-idade e idosos, enquanto o número de beneficiários infantis diminui — movimento que expressa o processo de envelhecimento da população brasileira.

Dados da 107ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), mostram que, somadas, as faixas etárias a partir de 65 anos registraram um crescimento de aproximadamente 142 mil beneficiários em um ano, na base comparativa de maio de 2025 ante o mesmo mês do ano passado. Por outro lado, foi verificada uma redução de beneficiários nos primeiros anos de vida: entre os beneficiários de 0 a até 4 anos de idade, houve uma queda de cerca de 99 mil vínculos. Os resultados reforçam a tendência de envelhecimento da base da saúde suplementar. Clique aqui e acesse a íntegra da NAB.

O maior crescimento em maio de 2025 ante maio de 2024 ocorreu nas faixas de 45 a 49 anos (7%, equivalendo a 274,9 mil vínculos), 60 a 64 anos (2,7%, ou 59,3 mil beneficiários), 75 a 79 anos (4,3%, alta de 43,9 mil vínculos) e 80 anos ou mais (2,9%, ou 40,1 mil pessoas). Em contrapartida, houve queda entre crianças: até 1 ano, redução de 4,2%, ou 23,7 mil vínculos; de 1 a 4 anos, a diminuição foi de 2,8%, equivalendo a 75,7 mil beneficiários.

Para o superintendente executivo do IESS, José Cechin, o comportamento das carteiras de beneficiários expressa a transformação demográfica em curso no Brasil. “É importante destacar que esse crescimento nas faixas etárias mais avançadas significa a combinação entre novos beneficiários e a migração etária dos próprios beneficiários dentro das carteiras ao longo do tempo”, explica. “A cada ano um conjunto de pessoas muda de faixa etária. O aumento no número e na proporção de idosos (60 ou mais anos) se deve na maior parte ao conjunto de beneficiários que completou 60 anos. A esse conjunto deve-se somar as novas contratações por pessoas idosas e subtrair as que deixaram os planos (a maioria por falecimento). Tudo isso é o reflexo do aumento da longevidade e da permanência no sistema”, analisa Cechin.

Ele acrescenta que a mudança em curso exige atenção do sistema de saúde suplementar para se adequar às necessidades de atendimento e promoção de saúde desse perfil de beneficiários. E significa, também, a compreensão dos beneficiários sobre a responsabilidade de cuidar da

saúde ao longo da vida, para avançar na idade com saúde e reduzir o período final de vida com incapacidades.

“Viver mais é uma vitória da humanidade e da ciência. Mas é fundamental que esse ganho em anos de vida venha acompanhado de saúde e autonomia, até o mais próximo possível do falecimento. Isso exige cuidar da saúde desde cedo, ao longo de toda a vida”, pondera.

Mercado

O relatório do IESS indica que o setor manteve crescimento no número total de beneficiários. Em 12 meses, os planos médico-hospitalares somaram 52,6 milhões de vínculos em maio de 2025, alta de 2,2%, equivalente a 1,1 milhão de novos beneficiários em relação ao mesmo mês do ano anterior. Somente no último trimestre ante o anterior, o avanço foi de 1,1%, com acréscimo de 583,4 mil vínculos.

Esse desempenho foi impulsionado, principalmente, pelo aumento dos planos coletivos empresariais, que cresceram 4,2% no ano (1,6 milhão de beneficiários), atingindo 38,1 milhões de vínculos. Eles representam 72% do total de contratos médico-hospitalares e foram a única modalidade a apresentar crescimento consistente em praticamente todas as faixas etárias.

A expansão dessa modalidade acompanha o avanço do emprego formal no país. Segundo o Novo Caged, o Brasil gerou 1,6 milhão de postos de trabalho com carteira assinada entre maio de 2024 e maio de 2025 – alta de 3,5%, passando de 46,6 para 48,3 milhões de celetistas. Portanto, há uma correlação entre emprego formal e acesso à saúde suplementar.

Na contramão, os planos coletivos por adesão apresentaram queda de 4,4% em 12 meses, o que significa 269 mil vínculos a menos, passando de 6,1 milhões para 5,8 milhões de beneficiários. A retração foi generalizada e atingiu todas as faixas etárias.

Já os planos individuais ou familiares registraram retração de 1,6% no ano, o que representa perda de 143,7 mil vínculos, totalizando 8,6 milhões de beneficiários em maio de 2025. Nesse grupo, chama a atenção, novamente, o crescimento entre os idosos, com alta de 4,2% (cerca de 28,5 mil vínculos) para a faixa de 80 anos ou mais.

Segundo José Cechin, essa expansão entre os mais velhos em planos individuais também reflete uma movimentação de mercado, especialmente nas grandes cidades. “Temos observado um esforço comercial de operadoras que passaram a ofertar planos voltados à população idosa, sobretudo nas capitais. Trata-se de um nicho de mercado que está sendo atendido com maior intencionalidade”, observa.

ANS LANÇA NOVO CONJUNTO DE DADOS SOBRE CLASSIFICAÇÃO PRUDENCIAL

(Gov) ANS – 21/07/2025

Objetivo é ajustar obrigações e custos regulatórios ao perfil de risco de cada operadora.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança um novo conjunto de dados denominado Classificação Prudencial das Operadoras de Planos de saúde no Portal de Dados Abertos. O conjunto apresenta as informações referentes à classificação prudencial em vigor, por trimestre, das operadoras de planos de saúde, conforme [Resolução Normativa 475, de 23 de dezembro de 2021](#).

A regulação prudencial tem como objetivo adaptar regras e medidas às instituições reguladas, e a classificação prudencial é o primeiro passo para aplicar essa regulação de forma proporcional, ou seja, ajustando as obrigações e os custos regulatórios de acordo com o perfil de risco de cada operadora.

Saiba mais

[Acesse aqui](#) o Manual de Classificação de Operadoras para fins de Aplicação Proporcional da Regulação Prudencial

[Confira aqui](#) o conjunto de dados Classificação Prudencial das Operadoras de Planos de saúde

Sobre os Dados Abertos

Os dados são abertos quando qualquer indivíduo pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma licença. O Open Government Working Group (Grupo de Trabalho de Governo Aberto) estabeleceu oito princípios técnicos para dados abertos: são eles completos, primários (com o maior nível de granularidade e sem agregação ou modificação), atuais, acessíveis, processáveis por máquina (processamento automatizado), não-discriminatórios (disponíveis para todos), não-proprietários e livres de licença (livres de direito autoral, patente, propriedade intelectual ou segredo industrial). Restrições relacionadas à privacidade e segurança são permitidas.

SUFICIÊNCIA DOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

Saúde Business – 18/07/2025

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixa anualmente o índice máximo de reajuste para os planos médico-hospitalares individuais e familiares. Para as datas de aniversário do período de maio de 2025 a abril de 2026, esse índice foi fixado em 6,06%. Esse valor resulta da aplicação da fórmula de cálculo fixada pela ANS na Resolução Normativa 441, de dezembro de 2018. Com essa resolução, passou-se a ter norma escrita, clara e transparente, para a fixação do índice máximo de reajuste.

Regra de reajuste escrita e publicada é um notável avanço da ANS, há que se reconhecer. No entanto, permanecem questionamentos, especialmente quanto a se o índice assim definido será suficiente para a sustentabilidade das carteiras de planos individuais/familiares.

O índice é único e aplicável a todas as operadoras de todas as regiões do País, mesmo sabendo das enormes diferenças entre elas, tanto relativamente à infraestrutura de serviços de atenção à saúde, disponibilidade de profissionais e equipamentos, quanto às diferenças de custos dos serviços. Diferenças essas, lembre-se, reiteradamente mencionadas nos fóruns de debate da ANS em diversas ocasiões.

Essas últimas observações apontam para a conveniência de se diferenciar os reajustes por esses aspectos. Não vou insistir nessa demanda, já bastante conhecida e argumentada. Abordo, agora, outro aspecto, o da suficiência desse índice de reajuste, definido em fórmula matemática, para que essas carteiras de planos individuais não carreguem ônus demasiadamente pesado sobre as finanças das operadoras.

Parâmetros do cálculo e limitações do controle das operadoras

A própria nota de esclarecimento da ANS, que acompanha a divulgação do índice, traz informações que permitem uma primeira avaliação dessa questão. O cálculo pondera as despesas com assistência à saúde per capita das carteiras de planos individuais (peso de 80%) e o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do IBGE), expurgado de seu componente planos de saúde (peso de 20% na composição do reajuste). Consta da Nota Técnica da ANS que a variação da despesa per capita de 2023 para 2024 foi de 9,35%. Entenda-se bem: o beneficiário gastou em 2024, em média, 9,35% mais do que em 2023.

Para chegar ao índice de reajuste, esse percentual é deduzido da variação da receita por mudança de faixa etária, que neste ano, segundo a ANS, foi de 1,90% – percentual mais alto do que nos anos anteriores (sem explicação para esse aumento). Além desse, incide outro desconto, a título de promover a produtividade na prestação dos serviços de assistência à saúde, calculado por média da dispersão da variação de despesas per capita das operadoras que se situaram no quarto quartil. O cálculo é feito para janela fixa de quatro anos – 2019 a 2022 –, recalculado a cada quatro anos. O índice de produtividade para os reajustes de 2023 a 2026 ficou em 0,9%.

Independentemente se a fórmula de cálculo para se chegar a 0,9% de fato expressa produtividade, cabem duas importantes observações. Primeira, a ideia de desconto por produtividade veio da privatização dos monopólios naturais da gestão de Margaret Thatcher, a primeira-ministra do Reino Unido nos anos 1980. Monopólios privatizados precisam de controle de preços e a regra estabelecida foi de reajuste pelo índice de inflação descontado por um índice de ganhos de produtividade – índice esse que, factível, expresse a realidade e ao alcance da gestão das empresas.

Ocorre que operadoras de planos de saúde (não inteiramente verticalizadas) têm pouca ou nenhuma gestão sobre as despesas com assistência à saúde – afinal, elas não conseguem intervir nas práticas administrativas de prestadores como hospitais, clínicas, laboratórios, profissionais etc. Portanto, a maioria das operadoras tem que conseguir produtividade sem ter a gestão para isso. Bem, pode-se argumentar que elas sejam capazes de convencer os prestadores a conseguirem e compartilharem esses aumentos de produtividade. Aceito esse argumento, ainda cabe verificar a plausibilidade de aumentos de produtividade de 0,9% ao ano, no setor da assistência à saúde, que notoriamente tem grande dificuldade de aumentar a produtividade.

Produtividade no setor de saúde: desafios e perspectivas

A taxa de crescimento da produtividade tem alta variabilidade, pois está sujeita aos ciclos econômicos e depende do setor de atividade – no agronegócio brasileiro, por exemplo, cresceu mais de 5% ao ano por mais de uma década. O Observatório da Produtividade Regis Bonelli traz dados da economia brasileira desde 1981. Entre 1981 e 1990, a produtividade total dos fatores caiu à taxa média anual de 0,6%; na década seguinte aumentou à taxa média anual de 0,2%; na primeira década do século 21 aumentou 1,5% ao ano; entre 2010 e 2019 caiu 0,1% ao ano; e entre 2019 e 2024 caiu 0,03% ao ano. Claro que houve anos com crescimento expressivo, mas predominou a queda na produtividade total dos fatores. Isso para a economia como um todo. Agora, é notório que a produtividade total dos fatores evolui bem menos rapidamente nos serviços, especialmente na assistência à saúde, do que na economia como um todo.

As operadoras vêm aplicando volumosos recursos para reduzir perdas e desperdícios de todos os tipos, inclusive com fraudes e abusos. As áreas de autorização examinam a pertinência técnica dos procedimentos prescritos e solicitam ao profissional assistente as justificativas. Em caso de divergência sempre resta a possibilidade de submissão à junta médica. Também cresce a utilização da IA como forma de detecção e inibição de práticas irregulares ou abusivas. Espera-se que, no tempo, essas medidas tenham impacto positivo na produtividade.

A ideia de repassar às mensalidades a variação da despesa per capita com algum redutor a título de ganhos de produtividade é útil e diria que até mesmo necessária para forçar a busca por produtividade. Porém, o índice de ganho de produtividade utilizado deve corresponder ao que se observa no setor correspondente da economia. Parece conveniente que se desenvolvam projetos para medir/estimar a produtividade no setor de saúde. Medições adequadas da produtividade permitem melhores avaliações dos efeitos de medidas adotadas no setor e melhor desenho de políticas (entendidas em sentido amplo).

José Cechin é superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

JUDICIALIZAÇÃO É PARTE RELEVANTE DE GASTOS DA SAÚDE, DIZ RAQUEL REIS

Conjur – 18/07/2025

A litigância abusiva e a judicialização em geral preocupam os planos de saúde, que apostam no poder da informação para mostrar que o setor tem limitações e que a liberação de tratamentos pela via judicial requer a satisfação de determinados requisitos, afirma a CEO de Saúde e Odonto da SulAmérica Seguros, Raquel Reis

Ela falou sobre o assunto em entrevista à série Grandes Temas, Grandes Nomes do Direito, em que a revista eletrônica Consultor Jurídico ouve alguns dos nomes mais

importantes do Direito e do empresariado sobre as questões mais relevantes da atualidade.

“A litigância abusiva é um ponto que nos preocupa muito, porque a judicialização como um todo afeta demais a saúde suplementar. Então, invariavelmente nós vemos advogados e pessoas mal-intencionadas entrando com ações em massa, sobre questões nas quais elas não têm direito perante o contrato”, disse Raquel em entrevista durante o XIII Fórum de Lisboa, promovido neste mês na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (FDUL).

A executiva disse que, somente em 2024, o volume de processos judiciais referentes ao setor atingiu 680 mil pedidos. “E quando abrimos isso entre os setores público e privado, praticamente metade diz respeito ao privado. Esse é um ponto que preocupa muito”, disse Raquel.

A CEO destacou que 25% dos brasileiros têm acesso à saúde suplementar. Contudo, esse percentual representa quase 65% de todo o volume de gastos com saúde.

“Ou seja, os outros 75% da população representam mais ou menos 35% de todo o gasto. Então, existe uma desproporção clara nessa relação. E a judicialização é uma parte muito relevante disso.”

Comunicação

Para mudar esse quadro, explica a executiva, as operadoras buscam informar os magistrados e os beneficiários da saúde suplementar sobre a situação do setor.

“Nós estamos cada vez mais próximos de todos os ministros e juízes, tentando levar a informação para mostrar que na

saúde não existe um limite máximo indenizável, mas existe contrato. E para as liberações ocorrerem, é preciso haver evidências técnicas e médicas. Não podemos sair autorizando procedimentos e medicações sem que tenhamos esse amparo. É também pela questão financeira, mas é principalmente pela saúde do beneficiário, pela saúde do paciente.”

A CEO, que preside a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), disse que atua para ampliar o acesso aos planos e fortalecer esse mercado, que gera riqueza para o país e desafoga o SUS. Por isso, segundo ela, é preciso que a saúde seja vista como um todo, sem distinção entre os sistemas público e privado.

“Os sistemas têm que coexistir, pois o privado vai desonerar o público. Agora, sem falar de judicialização, sem falar de litigância abusiva, não conseguiremos dar os próximos passos.”

Clique [aqui](#) para assistir à entrevista.

ENVIO DE INFORMAÇÕES PELO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE PRODUTOS SEGUE OBRIGATÓRIA EM 2025

(Gov) ANS – 17/07/2025

Monitoramento do risco assistencial continuará sendo realizado com base nos dados coletados pelo SIP este ano.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comunica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que permanece vigente, ao longo do ano de 2025, a obrigatoriedade do envio das informações assistenciais por meio do Sistema de Informações de Produtos (SIP).

O monitoramento do risco assistencial continuará sendo realizado com base nos dados coletados pelo SIP, o que torna imprescindível o envio regular e dentro dos prazos estabelecidos, em conformidade com a regulamentação vigente.

O monitoramento do risco assistencial é um instrumento utilizado pela ANS para acompanhar o desempenho assistencial das operadoras, identificar potenciais riscos à continuidade e à qualidade dos serviços prestados aos

beneficiários, e adotar medidas administrativas quando necessário.

A ANS destaca que, conforme a RN nº 639, publicada em 7/7/2025 e que entrará em vigor em 2 de março de 2026, deixará de existir a obrigação regulatória de envio desses dados por meio do SIP. A mudança faz parte do processo de unificação e melhoria na coleta das informações assistenciais do setor, com foco na padronização e na qualidade dos dados.

Até que a mudança entre em vigor, o envio pelo SIP permanece obrigatório, sendo fundamental para apoiar as ações de monitoramento da Agência, sempre com foco na proteção dos beneficiários e na sustentabilidade do setor.

ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE PREÇOS E REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 17/07/2025

O prazo da consulta pública é de 90 dias, no período 21 de julho a 19 de outubro de 2025.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abriu consulta pública com o prazo de 90 dias, no período 21 de julho a 19 de outubro de 2025, para que sejam apresentadas críticas e sugestões acerca da efetiva implementação da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde.

A decisão foi publicada nesta quinta-feira (17) no "Diário Oficial da União".

Segundo a ANS, os documentos correspondentes estarão disponíveis na íntegra, durante o período de consulta, na página da ANS, em "Acesso à informação", no item "Participação Social", no subitem "Consultas Públicas".

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.br.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2025 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.