

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de julho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS alerta: Não houve mudanças nos prazos máximos de atendimento dos planos de saúde](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Plataforma do SUS vai integrar dados dos planos de saúde para garantir mais eficiência e continuidade do tratamento](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Planos de Saúde atenderão pacientes do SUS em troca de abatimento de dívida com o Governo Federal](#) - Fonte: Estadão

[Saúde Suplementar retoma rentabilidade após três anos de prejuízos, aponta estudo do IESS](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde e cuidados pessoais sobem 0,21% no IPCA-15 de julho, afirma IBGE](#) - Fonte: Jornal de Brasília

[SVAS: Seguradoras apostam em bem-estar e rotina para fidelizar](#) - Fonte: Revista Apólice

[Novas regras obrigam planos de saúde a responder pedidos em até 10 dias, mas especialista aponta lacunas](#) - Fonte: G1

[Ciberataques ameaçam saúde Brasileira e revelam vulnerabilidades do setor](#) - Fonte: Saúde Business

[Caso Preta Gil evidencia avanços e custos no tratamento do câncer](#) - Fonte: Saúde Business

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.

ANS ALERTA: NÃO HOUE MUDANÇAS NOS PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

(Gov) ANS – 28/07/2025

Informações equivocadas têm circulado nas redes sociais; ANS esclarece o que mudou com a RN 623/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) alerta os beneficiários de planos de saúde sobre informações incorretas que têm circulado, principalmente nas redes sociais, a respeito de supostas mudanças nos prazos máximos para a realização de atendimentos. Não houve qualquer alteração nesses prazos, que continuam a ser regulamentados pela ANS por meio da Resolução Normativa 566/2022.

As mudanças que entraram em vigor em 1º de julho de 2025, com a vigência da Resolução Normativa 623/2024, referem-se às regras de relacionamento entre operadoras e beneficiários, com o objetivo de promover mais agilidade,

rastreabilidade e resolutividade nas respostas às solicitações feitas pelos consumidores.

A nova norma estabelece prazos para que as operadoras apresentem respostas conclusivas às demandas dos beneficiários, como autorizações de procedimentos e outras solicitações. Esses prazos de resposta são diferentes dos prazos máximos para a realização de atendimentos assistenciais, que continuam os mesmos.

A garantia de atendimento diz respeito ao tempo máximo para que o procedimento seja efetivamente realizado, conforme previsto na RN 566/2022. Assim, prazos como consulta com clínico geral em até 7 dias úteis ou procedimentos de alta complexidade (PAC) em até 21 dias úteis permanecem inalterados.

Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta/ sessão com enfermeiro obstetra ou obstetrix	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes	10 (dez) cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo
Tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar	10 (dez), cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo
Urgência e emergência	Imediato

• Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato, conforme o tipo do procedimento

• Esses prazos valem para atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, e não para atendimento por um profissional ou estabelecimento específico de preferência do consumidor.

• O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

Prazos Máximos de Atendimento – ANS

Confira, na íntegra, a matéria completa sobre a RN 623/2024: [ANS tem novas regras para o relacionamento entre operadoras e beneficiários](#)

PLATAFORMA DO SUS VAI INTEGRAR DADOS DOS PLANOS DE SAÚDE PARA GARANTIR MAIS EFICIÊNCIA E CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

(Gov) ANS – 28/07/2025

Saúde suplementar vai enviar dados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) do SUS. Em outubro, usuários, profissionais e gestores da rede pública poderão acessar o histórico clínico dos pacientes.

O programa Agora Tem Especialistas dá um passo histórico na transformação digital do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Pela primeira vez, os dados dos atendimentos realizados pela rede pública e pela rede de saúde suplementar estarão integrados em uma única plataforma, a **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)**. Isso significa que, em outubro, os cidadãos brasileiros terão mais autonomia e facilidade para acessar o seu histórico clínico. No mesmo lugar, estão disponíveis, por exemplo, exames, prescrições médicas, diagnósticos e tratamentos realizados no SUS e nos hospitais, clínicas e laboratórios conveniados aos planos de saúde.

Além da população, os gestores do SUS e os profissionais que atendem os pacientes na rede pública terão acesso seguro e unificado aos dados de saúde. A medida é viabilizada por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde (ANS). Somadas aos atendimentos da rede pública já disponibilizados nessa plataforma do **SUS Digital**, as informações da rede suplementar evitarão, por exemplo, a repetição de exames, reduzindo custos e melhorando diagnósticos e tratamentos.

Anunciada nesta segunda-feira (28/7) pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e pela diretora-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Carla de Figueiredo Soares, a iniciativa do **Agora Tem Especialistas** fortalecerá a continuidade do cuidado, independentemente da rede, do município ou do momento em que tenha começado. A ação confere, ainda, um novo patamar à governança digital na saúde pública, já que o Brasil se consolidará como referência em saúde digital.

Segundo Alexandre Padilha, a integração dos dados dos planos de saúde com a RNDS vai possibilitar mais qualidade no cuidado, transparência no uso dos recursos e acesso direto do cidadão às informações de sua saúde, seja no SUS ou no plano. “Essa medida representa um avanço importante e estruturante. Dado é vida e, cada vez mais, será essencial para organizar o SUS, além de consolidar o Brasil como um território fértil para pesquisa clínica, inovação e desenvolvimento científico”, observou o ministro da Saúde.

Já Carla de Figueiredo Soares afirmou ser histórico para a Agência Nacional de Saúde Suplementar participar do programa Agora Tem Especialistas. “Percebemos a possibilidade de, por meio da integração e da interoperabilidade dos dados, construirmos uma visão unívoca da saúde da população brasileira. Também é importante reforçar a missão institucional da agência, que é

promover essa integração público-privado, porque estamos falando de um único sistema de saúde brasileiro”, enfatizou a diretora-presidente da ANS.

Envio de dados da saúde suplementar será gradativo

Com uma visão integral do histórico clínico das pessoas atendidas, os médicos e profissionais do SUS poderão ofertar um tratamento mais assertivo. Já a gestão do SUS ganhará mais transparência, resolatividade e eficiência na formulação de políticas públicas, de acordo com as necessidades dos estados e municípios. Isso possibilitará tomadas de decisão mais embasadas e com maior clareza a partir do uso combinado de informações dos sistemas público e suplementar.

A interoperabilidade entre os sistemas da rede de saúde suplementar e a RNDS - ou seja, a integração com a plataforma do SUS - ocorrerá em etapas. Entre 1º de agosto e 30 de setembro, a RNDS receberá dados da população referentes ao período de 2020 a 2025. Já a partir de outubro, a transferência passará a ser automática, ocorrendo na medida em que os atendimentos forem realizados.

De forma gradativa, os dados dos planos de saúde serão visualizados pela população brasileira no aplicativo Meu SUS Digital. Para isso, deverão se cadastrar usando seu CPF. Já os profissionais e gestores do SUS poderão acessá-los nas plataformas SUS Digital Profissional e SUS Digital Gestor, respectivamente.

Volume de dados da RNDS deve dobrar com a saúde suplementar

A expectativa é que o volume na RNDS dobre, saltando dos atuais 2,8 bilhões de registros para mais de 5,3 bilhões. Atualmente, a plataforma do SUS já conta com informações referentes a atendimentos públicos: mais de 80% dos estados e 68% dos municípios brasileiros utilizam a rede para organizar atendimentos e planejar ações.

O envio de dados pela rede pública será automatizado na medida que os modelos, como os prontuários eletrônicos, forem padronizados e se tornem interoperáveis com a RNDS. Hospitais da Rede Ebserrh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), por exemplo, já enviam dados de forma automática.

É importante destacar que a interoperabilidade ocorre em sentido único, ou seja, a rede suplementar envia os dados dos pacientes para a RNDS, do SUS. Contudo, o Sistema Único de Saúde não enviará os dados públicos de atendimento para as operadoras de saúde, garantindo a segurança, a privacidade e o sigilo das informações dos cidadãos brasileiros.

PLANOS DE SAÚDE ATENDERÃO PACIENTES DO SUS EM TROCA DE ABATIMENTO DE DÍVIDA COM O GOVERNO FEDERAL

Estadão – 28/07/2025

Iniciativa do Ministério da Saúde tem como objetivo reduzir filas de espera na rede pública; portaria que regulamenta ação foi assinada nesta segunda.

Em mais uma ação do Agora Tem Especialistas, programa federal que tenta diminuir as longas filas de espera do SUS, o governo federal anunciou nesta segunda-feira, 28, que pacientes que aguardam algum procedimento especializado no sistema público poderão ser atendidos por planos de saúde de forma gratuita.

A ideia é que as operadoras ofereçam aos pacientes do SUS cirurgias, exames e consultas com especialistas em troca de abatimento de suas dívidas com o Ministério da Saúde.

A portaria que regulamenta a ação foi assinada na tarde desta segunda pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e pelo ministro da Advocacia Geral da União (AGU), Jorge Messias. De acordo com a pasta, a meta para este ano é que R\$ 750 milhões devidos pelas operadoras sejam convertidos em mais atendimentos. Isso representa cerca de 58% do valor de R\$ 1,3 bilhão que os planos de saúde devem atualmente de ressarcimento ao governo federal por terem tido clientes seus atendidos na rede pública.

De acordo com Padilha, embora esse ressarcimento seja obrigatório, o recebimento desses valores é demorado e nem sempre pode ser usado para custear ações prioritárias do ministério.

“As dívidas, pela lei, têm que ser ressarcidas ao Fundo Nacional de Saúde. A gente tem muita dificuldade de recuperar essas dívidas e, mesmo quando elas voltam, não significam mais atendimento porque você tem regras de limitação da expansão dos investimentos na área da saúde. Estamos transformando essas dívidas em mais cirurgias, mais exames, mais consultas especializadas e menos tempo de espera pra quem está aguardando”, disse o ministro, durante entrevista coletiva a jornalistas.

Segundo o ministério, três dias após a publicação da portaria, será aberto um edital para adesão voluntária das operadoras que queiram participar do programa.

Elas terão de comprovar capacidade técnica e operacional e ofertar procedimentos do rol do programa Agora Tem Especialistas, que prioriza seis especialidades médicas com maior demanda: oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e ginecologia. “Também será considerada a demanda dos Estados e municípios, que vão apresentar as suas necessidades”, destacou o órgão federal, em nota.

O ministério promete que os pacientes do SUS poderão ser atendidos nas redes dos planos de saúde já em agosto, mas algumas etapas ainda serão necessárias antes de a iniciativa se concretizar. De acordo com a pasta, após a publicação do edital, as operadoras terão que solicitar a adesão via plataforma InvestSUS e preencher uma matriz de oferta, com o número e tipos de procedimentos que podem oferecer.

Em seguida, essa matriz é analisada pelo ministério, enviada aos Estados e municípios, analisada e aprovada pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) e, só depois disso, é publicada a distribuição territorial dos serviços prestados e formalizada a contratualização com as operadoras.

De acordo com Padilha, os procedimentos ofertados pelos convênios médicos ficarão à disposição das secretarias municipais e estaduais da Saúde para que os gestores locais encaminhem seus pacientes.

Dessa forma, os usuários do SUS não precisam fazer nenhuma inscrição nem devem procurar um plano de saúde diretamente. São as unidades do SUS de referência que informarão o paciente onde ele será atendido.

O ministério informou ainda que o serviço a ser prestado pelas operadoras deverá ser distribuído de forma a não ficar concentrado nos grandes centros ou em apenas algumas regiões do País.

Disse ainda que, para evitar a pulverização exagerada dos serviços prestados, as operadoras participantes deverão oferecer atendimentos que representem um gasto/abatimento da dívida de R\$ 100 mil por mês, valor que pode ser flexibilizado para R\$ 50 mil por mês no caso de regiões que têm menos estabelecimentos de saúde e grande demanda.

Para o ministério, além de regularizar a situação fiscal ao ter as dívidas abatidas, as operadoras se beneficiam ao usar a capacidade ociosa de atendimentos nos hospitais conveniados e ao “diminuir litígios administrativos e judiciais”. Procurada pelo Estadão, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que “vê com grande entusiasmo a portaria” e declarou que “tal medida representa um passo importante na construção de soluções conjuntas entre os setores público e privado da saúde, promovendo maior integração, cooperação e, sobretudo, agilidade no acesso da população a consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade”.

“Essa decisão mostra uma evolução significativa na integração entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil. É uma medida que fortalece o nosso sistema e que, acima de tudo, beneficia milhões de brasileiros que aguardam

atendimento na rede pública”, afirmou, em nota, Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge.

A entidade disse ainda que “o caminho para um sistema mais sustentável e resolutivo passa, necessariamente, por

parcerias colaborativas e por uma visão integrada do cuidado com o cidadão”.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também foi procurada, mas não se posicionou até a conclusão desta reportagem.

SAÚDE SUPLEMENTAR RETOMA RENTABILIDADE APÓS TRÊS ANOS DE PREJUÍZOS, APONTA ESTUDO DO IESS

Saúde Business– 28/07/2025

Lucro líquido das operadoras alcança R\$ 6,9 bilhões no primeiro trimestre de 2025, sinalizando recuperação que abre caminho para reestruturação do setor.

Após enfrentar um período de severos desequilíbrios operacionais entre 2021 e 2023, o setor de saúde suplementar brasileiro apresenta sinais consistentes de recuperação financeira, criando uma janela de oportunidade para repensar o equilíbrio e a sustentabilidade de todo o sistema. A constatação vem do estudo “Evolução Econômico-Financeira da Saúde Suplementar no Brasil”, recentemente divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Após enfrentar um período de severos desequilíbrios operacionais entre 2021 e 2023, o setor de saúde suplementar brasileiro apresenta sinais consistentes de recuperação financeira, criando uma janela de oportunidade para repensar o equilíbrio e a sustentabilidade de todo o sistema. A constatação vem do estudo “Evolução Econômico-Financeira da Saúde Suplementar no Brasil”, recentemente divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A pesquisa, que examina o desempenho econômico do setor desde 2018, abrangendo os períodos durante e pós-pandemia da Covid-19, revela que o lucro líquido das operadoras de planos médico-hospitalares atingiu R\$ 6,9 bilhões no primeiro trimestre de 2025, com crescimento significativo em relação ao período anterior. O resultado operacional, indicador que reflete diretamente a atividade-fim do setor, somou R\$ 4,4 bilhões. Todos os valores foram corrigidos pela inflação até março de 2025, garantindo uma análise temporal consistente.

A recuperação financeira foi impulsionada por um rigoroso processo de gestão operacional implementado pelas operadoras, com destaque para iniciativas de controle de desperdícios e combate às fraudes. O cenário macroeconômico também contribuiu positivamente, com a elevação da taxa Selic favorecendo os rendimentos financeiros das operadoras, que são legalmente obrigadas a manter níveis elevados de reservas técnicas.

“O setor atravessou um período extremamente crítico, mas a reversão dos indicadores financeiros não pode ser interpretada como solução definitiva. Persistem distorções

relevantes na cadeia de valor que precisam ser enfrentadas com diálogo e responsabilidade”, alerta José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Indicadores confirmam tendência de recuperação

A melhora nos principais indicadores do setor confirma a tendência de recuperação:

- A sinistralidade recuou para 79,2%, após ter atingido picos de até 91,7% em 2022
- A margem de lucro líquido subiu para 8,6%, representando o melhor desempenho desde o início da pandemia
- 78,8% das operadoras registraram resultado positivo no período analisado

O estudo revela ainda que as operadoras de grande porte demonstraram maior eficiência, com sinistralidade de 79% no primeiro trimestre de 2025. Operadoras pequenas e médias, embora também tenham apresentado melhora em comparação a 2024, continuam com níveis mais elevados de comprometimento de receitas com despesas assistenciais.

Desafios persistentes exigem atenção

Apesar dos resultados positivos no agregado, o estudo aponta para tensões que ainda persistem no setor: 21,2% das operadoras continuam apresentando resultado negativo, evidenciando uma recuperação heterogênea. Outro ponto crítico é a elevada judicialização, que pressiona tanto os custos operacionais quanto a previsibilidade contratual.

“Sem segurança jurídica e regras claras, não há como planejar investimentos duradouros nem garantir a sustentabilidade do sistema”, enfatiza Cechin, que considera o momento atual propício para discutir mudanças estruturais: “É preciso utilizar esse respiro financeiro como ponto de partida para uma reconfiguração das práticas do setor. A busca por eficiência não pode se limitar ao resultado contábil, mas deve se traduzir em acesso, qualidade e resolutividade para os 52 milhões de beneficiários”.

O superintendente do IESS conclui alertando que “essa combinação de fatores conjunturais não é sustentável no longo prazo. Por isso, é fundamental que o setor avance em modelos de remuneração mais alinhados ao valor assistencial, ao desempenho e à transparência”.

SAÚDE E CUIDADOS PESSOAIS SOBEM 0,21% NO IPCA-15 DE JULHO, AFIRMA IBGE

Jornal de Brasília – 28/07/2025

O destaque no grupo Saúde ficou por conta da variação do subitem plano de saúde (0,35%), que reflete a incorporação dos reajustes autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O grupo Saúde e cuidados pessoais subiu 0,21% em julho (impacto de 0,03 pp), desacelerando a alta, que em junho foi de 0,29% no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – 15 (IPCA-15), do IBGE.

O destaque no grupo Saúde ficou por conta da variação do subitem plano de saúde (0,35%), que reflete a incorporação dos reajustes autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para os planos contratados após a Lei nº 9.656/98, o percentual é de até 6,06%, com vigência a partir de maio de 2025 e cujo ciclo se encerra em abril de 2026. Para os planos contratados antes da Lei nº 9.656/98, os percentuais autorizados foram de 6,47% e 7,16%, a depender do plano.

Despesas pessoais, por sua vez, tiveram alta de 0,25%, com impacto de 0,03 pp. No grupo, se destacou o reajuste de jogos de azar (3,34%). No mês de junho, o incremento do grupo foi de 0,19%.

Também foi registrada alta no grupo Comunicação, de 0,11%, com impacto zero, de acordo com o IBGE. O grupo oscilou 0,02% em junho.

O grupo de Educação teve variação zero, e o de vestuário caiu 0,10% (impacto zero), após subir 0,51% em junho. Também houve oscilação negativa (0,02%, impacto zero) em Artigos de residência, após avanço de 0,11% no mês passado.

SVAS: SEGURADORAS APOSTAM EM BEM-ESTAR E ROTINA PARA FIDELIZAR

Revista Apólice – 25/07/2025

Serviços de valor agregado como check-ups digitais, orientação nutricional e acesso a academias ganham protagonismo no setor de seguros; expectativa é de que apólices se tornem plataformas de cuidado contínuo.

Ao contratar um seguro, o que o cliente final espera em troca? Durante muito tempo, a resposta se restringia a um modelo reativo: proteção financeira diante de um imprevisto, sendo um acidente, uma doença ou um sinistro. Porém observa-se que essa lógica está mudando. Pressionadas por um consumidor mais exigente e menos fiel a marcas, seguradoras têm buscado novas formas de engajamento contínuo, com propostas que vão além da cobertura tradicional. Nesse contexto, os Serviços de Valor Agregado (SVAs) ganharam protagonismo como estratégia de fidelização — e também de diferenciação em um mercado onde o preço já não é o único fator de decisão.

Segundo uma pesquisa global da Accenture, 80% dos consumidores esperam que as empresas ofereçam serviços complementares ao produto principal. Já um estudo da McKinsey aponta que três em cada quatro seguradoras no mundo já utilizam ou estão implementando SVAs como parte de suas estratégias de relacionamento com o cliente. No Brasil, esse movimento tem ganhado força com iniciativas focadas em saúde, bem-estar e prevenção, muitas delas conectadas a um público mais jovem e digitalizado.

Uma das empresas que têm surfado nessa onda é a Namu, plataforma de bem-estar corporativo que se tornou fornecedora de serviços para seguradoras e operadoras de saúde. A companhia, que já impacta 1,4 milhão de vidas e projeta chegar a 3,2 milhões até o final de 2025, oferece soluções como check-ups de saúde digital, orientação remota em 11 frentes de bem-estar e acesso a academias com pagamento por uso. “A lógica do seguro tradicional exige que o cliente passe por um problema para usar o serviço. Já os SVAs permitem que ele interaja com a marca de forma contínua e positiva”, explica Deuk Soo Yeo, CEO da Namu. “Essa mudança no modelo de relacionamento reforça o vínculo entre empresa e consumidor, o que aumenta a retenção e reduz a sensibilidade ao preço na hora da renovação”, complementa.

A mudança de perfil do consumidor tem sido um dos principais catalisadores dessa transformação. Com maior acesso à informação e experiência digital, as gerações mais jovens demandam jornadas mais completas, com foco em conveniência, personalização e custo-benefício. De acordo com Deuk, os millennials (nascidas entre aproximadamente 1981 e 1996) já estão influenciando o comportamento de outras faixas etárias, inclusive na forma como se relacionam com produtos financeiros e de saúde. “Essa geração cresceu experimentando serviços sob demanda, pagamentos flexíveis e plataformas intuitivas. Por isso, ela espera que qualquer empresa entregue mais do que o básico. No caso do seguro,

isso significa entregar valor mesmo quando o cliente não está em situação de risco”, analisa.

Como exemplo de cases, a Namu estruturou seu portfólio de soluções para atender justamente a essa lógica de uso frequente. Entre elas, Deuk compartilha alguns desses serviços oferecidos, o VitalScan que permite a medição de sinais vitais como pressão arterial, batimentos cardíacos e nível de estresse em tempo real, usando apenas a câmera do celular. Já o Namu Orienta conecta o usuário a profissionais de nutrição, enfermagem, psicologia, saúde da mulher, assistência financeira e até orientação pet, com agendamento rápido e custo acessível. O Namu Pass, por sua vez, permite o acesso flexível a academias, aulas de yoga e pilates, com pagamento por diária — uma alternativa para quem evita planos mensais fixos.

“O objetivo é estar presente na rotina das pessoas com soluções práticas e integradas. Quanto mais o cliente usa, mais ele percebe valor na marca que está por trás daquela experiência”, resume Deuk.

Além de fortalecer o vínculo com o cliente, os SVAs também podem gerar ganhos concretos para as seguradoras. No caso das operadoras de saúde, por exemplo, soluções voltadas à prevenção e bem-estar contribuem diretamente para a redução da sinistralidade, um dos principais indicadores de custo do setor. “O incentivo à adoção de hábitos saudáveis tem impacto direto na frequência e na gravidade de sinistros. A lógica é simples: prevenir sai mais barato do que remediar”, afirma Deuk

Essa lógica também pode se aplicar a seguros de vida e até ao ramo automotivo, com iniciativas de SVAs voltadas à saúde mental, orientação financeira e bem-estar do motorista. No entanto, para que essas soluções sejam efetivas, é preciso garantir adesão por parte dos usuários. E esse continua sendo um dos maiores desafios do setor.

Segundo o Deuk, o engajamento depende diretamente do esforço de comunicação das seguradoras com sua base de clientes. “Nossos dados mostram que carteiras com boa

estratégia de divulgação chegam a ter um índice de usuários ativos mensais (MAU) acima de 30%. É um número alto para serviços de bem-estar, mas que só acontece quando há comunicação frequente e clara sobre os benefícios.”

Outro obstáculo para a expansão dos SVAs é a integração tecnológica com os sistemas das seguradoras. Embora soluções como a da Namu possam ser acessadas de forma independente, uma experiência mais fluida ainda exige conexão com aplicativos, plataformas e bases de dados das companhias parceiras. “É importante investir e foco em criar uma arquitetura flexível, mas sabemos que o ideal é caminhar para integrações mais profundas. Isso ainda depende do nível de maturidade digital de cada seguradora e, em alguns casos, também da regulação vigente”, pontua o executivo.

Apesar desses desafios, o otimismo com o futuro é evidente. Para os próximos anos, a Namu pretende consolidar sua posição no mercado local, especialmente no segmento de seguros massificados, antes de iniciar uma expansão internacional prevista para 2027.

A aposta em SVAs revela uma mudança mais ampla na forma como o setor de seguros se posiciona diante da sociedade. De reativo a proativo, de transacional a relacional, o seguro caminha para se tornar parte da rotina e não apenas uma salvaguarda em momentos críticos.

“A relação do consumidor com o seguro será cada vez mais focada no cuidado personalizado, no dia a dia, e não apenas em eventos extremos”, projeta Deuk. “Estamos entrando na era da hiperpersonalização. O cliente quer ser chamado pelo nome, receber ofertas que façam sentido para sua vida e perceber que a empresa realmente o conhece. Esse será o diferencial nos próximos cinco anos.”

Se o futuro do seguro passa por mais tecnologia, mais personalização e mais relacionamento, os SVAs podem ser o elo que faltava para conectar empresas e consumidores em uma jornada contínua de valor — e no caso do setor de seguros, muito além da apólice.

NOVAS REGRAS OBRIGAM PLANOS DE SAÚDE A RESPONDER PEDIDOS EM ATÉ 10 DIAS, MAS ESPECIALISTA APONTA LACUNAS

G1 – 25/07/2025

Norma busca dar mais transparência e agilidade a 52 milhões de usuários; especialista alerta para lacunas que ainda podem prejudicar consumidores.

A partir deste mês, operadoras de planos de saúde têm prazo máximo para responder a solicitações de atendimento e não podem mais deixar o consumidor sem resposta. A mudança é resultado de uma nova norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que também prevê atendimento online 24 horas e resposta obrigatória, por escrito, a negativas de cobertura.

A advogada Ana Carolina Navarred, especialista em saúde suplementar, analisou os impactos da resolução [em entrevista ao podcast Bem-Estar](#).

Resposta obrigatória e prazos definidos

A Resolução Normativa nº 623/2024, da ANS, determina que todas as operadoras devem fornecer uma resposta conclusiva para solicitações de atendimento médico, respeitando os seguintes prazos:

- Imediatamente, em casos de urgência ou emergência;
- Em até 10 dias úteis, para procedimentos mais complexos e internações eletivas;
- Em até 5 dias úteis, para os demais casos.

Segundo a advogada Ana Carolina Navarred, a mudança é significativa para os consumidores que enfrentam longas esperas e tentativas frustradas de obter autorização.

“A operadora dizia que o pedido estava ‘em análise’ como forma de postergar a realização do serviço. Agora, com as novas regras, ela tem que dar uma resposta conclusiva”, afirmou no podcast Bem-Estar.

Negativas precisam ser formais e justificadas

Outra exigência importante da nova resolução é que, caso a solicitação seja negada, a operadora deve apresentar a justificativa por escrito, mesmo que o consumidor não solicite esse registro.

“Se é para negar, negue por escrito. Isso abre para o consumidor uma possibilidade de questionar, inclusive na Justiça”, explicou Navarred.

Antes da norma, muitas negativas não eram formalizadas, o que dificultava o recurso junto à ANS, Procons ou o Judiciário. A partir de agora, a operadora precisa explicar quais cláusulas contratuais ou regras da ANS motivaram a recusa. Atendimento ampliado e canais digitais 24h

A norma também estabelece melhorias no atendimento ao consumidor. As operadoras devem manter canais de atendimento online, com funcionamento 24 horas, além do atendimento presencial e telefônico já exigido anteriormente. Esses canais agora devem atender não apenas solicitações de procedimentos de saúde, mas também questões contratuais, como cancelamento, reajuste de mensalidade e dúvidas sobre rede credenciada.

“O consumidor pode usar esses canais também para reclamar ou pedir informações sobre reajuste, cancelamento, mensalidade, rede credenciada”, destacou Navarred.

Essas solicitações também deverão ser respondidas em até 7 dias úteis.

Lacunas na norma

Apesar dos avanços, Ana Carolina Navarred alerta que a resolução trata apenas do relacionamento entre operadoras e usuários. Questões estruturais do setor seguem sem solução.

Entre os pontos que ficaram de fora da nova resolução, a especialista destaca:

- Falta de regras claras para alteração de rede credenciada, especialmente em clínicas e laboratórios;

- Ausência de regulação específica para planos coletivos, deixando milhões de pessoas mais vulneráveis;
- Incentivo à criação de planos “populares”, com cobertura limitada, que acabam comprometendo a saúde do consumidor no momento em que ele mais precisa.

“Você colocar no mercado produtos que se propõem a garantir saúde só até a página dois [...] no limite acaba sendo um modelo de negócio que vai captar recurso das famílias, mas não vai entregar o serviço na integralidade necessária.” A especialista detalha ainda a questão dos reajustes como um ponto frágil: a ANS fixou em 6,06% o teto de reajuste para planos individuais em 2024. Mesmo assim, esses valores ficam abaixo dos reajustes praticados nos planos coletivos, que não são regulados e muitas vezes superam os dois dígitos.

Navarred defende que a regulação se estenda aos planos coletivos, responsáveis por 80% do mercado. “É importante você regular reajustes, cancelamentos de planos coletivos também, para ter um padrão mais justo, inclusive mais transparência.”

A ausência de planos individuais no mercado também agrava a situação, especialmente entre idosos que perdem o plano empresarial após a aposentadoria. Embora sejam proibidas práticas discriminatórias na contratação, a advogada explica que provar a recusa por idade ou condição de saúde é difícil. Com isso, muitos consumidores têm sido levados à contratação de planos coletivos com CNPJ fictício — prática conhecida como “falsa coletivização”.

“Nesse caso, quando um grupo familiar se organiza em torno de um CNPJ para contratar um plano coletivo, a gente está, na verdade, diante de um plano que, na sua essência, é individual.”

Embora essa forma de acesso pareça mais barata no início, os reajustes posteriores são mais altos. “Nos coletivos, a pessoa é induzida a contratar porque ele tem um preço de entrada mais barato, mas a operadora sabe que pode colocar esse preço mais baixo porque vai reajustar sem limites depois.”

Reembolsos continuam garantidos em urgência

A advogada lembra que, em casos de urgência e emergência, o usuário tem direito a atendimento imediato, mesmo fora da rede credenciada, e deve ser reembolsado integralmente, inclusive com despesas de deslocamento.

Para isso, o consumidor precisa comprovar que tentou o contato com a operadora e que ela não indicou um serviço adequado dentro da rede.

“Nesse caso, o direito ao reembolso é indiscutível”, afirmou.

Reclamações precisam ser formais

Outro ponto enfatizado por Ana Carolina é que reclamações feitas nas redes sociais não têm valor regulatório.

“O desabafo que você faz aí nas redes, ele não conta. O que conta é a reclamação oficial no canal da ANS.”

A ANS avalia o desempenho das operadoras com base no número de reclamações formais. Índices altos podem levar à suspensão da venda de planos, por exemplo. A agência

disponibiliza o telefone 0800 701 9656 e uma plataforma digital para receber as denúncias: https://www.ans.gov.br/nip_solicitante/.

CIBERATAQUES AMEAÇAM SAÚDE BRASILEIRA E REVELAM VULNERABILIDADES DO SETOR

Saúde Business – 24/07/2025

Com 12% dos incidentes globais e movimentando R\$ 980 bilhões anuais, setor enfrenta desafios para proteger dados sensíveis enquanto acelera sua transformação digital.

O setor de saúde se tornou o principal alvo de ataques cibernéticos no mundo, ultrapassando empresas do setor financeiro e de consumo, segundo a pesquisa Digital Trust Insights 2025, da PwC. O estudo, que ouviu mais de 4 mil executivos de negócios e tecnologia em 77 países, incluindo o Brasil, revela que hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde estão no centro da mira dos criminosos digitais devido ao vasto volume de dados sensíveis que armazenam.

No Brasil, o cenário é ainda mais crítico. O país está entre os mais vulneráveis a ataques cibernéticos na área da saúde, com 12% dos incidentes globais registrados no setor apenas no primeiro semestre de 2023, de acordo com dados globais. Paralelamente, o segmento representa cerca de 10% do PIB brasileiro e deve movimentar R\$ 980,3 bilhões até o final de 2024, conforme o relatório Panorama e Perspectivas da Cadeia de Saúde do Brasil 2024.

Esse crescimento exponencial é impulsionado por investimentos globais no setor de cibersegurança, que movimentaram US\$ 12,2 bilhões em 2023, com expectativa de atingir US\$ 34,7 bilhões até 2029, segundo a National Library of Medicine. No Brasil, essa transformação é facilmente identificada pelo aumento da oferta de serviços online aos pacientes: entre 2022 e 2023, o agendamento de consultas pela internet subiu de 13% para 34%, e a visualização de prontuários eletrônicos dobrou no mesmo período, conforme levantamento do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br). Além disso, a telemedicina se consolidou como uma ferramenta essencial para ampliar o acesso à saúde, com um salto de 172% nas consultas remotas entre 2020 e 2023, atingindo a marca de 30 milhões de atendimentos virtuais, segundo a Fenasaúde.

Paradoxo da digitalização e vulnerabilidades

A revolução digital na saúde apresenta um paradoxo preocupante: ao mesmo tempo em que melhora a eficiência dos

serviços médicos, amplia a superfície de ataque para cibercriminosos. Informações médicas não são apenas confidenciais; podem ser utilizadas para extorsão, fraudes e até manipulação de diagnósticos. Um vazamento dessa magnitude não afeta apenas a reputação das instituições, mas coloca em risco a vida de pacientes.

Além dos ataques externos, as fragilidades internas do setor agravam o problema. Muitas instituições ainda enfrentam desafios estruturais, como a falta de profissionais especializados em cibersegurança, dificuldades para acompanhar a evolução das ameaças e o alto custo das soluções de proteção digital. Frequentemente, a cibersegurança é tratada como questão secundária, quando deveria estar no centro das decisões estratégicas. A falta de investimento e de cultura em segurança abre brechas que tornam os sistemas vulneráveis.

Impactos além da privacidade

O impacto dos ataques vai além da privacidade dos dados. A interrupção de sistemas pode significar cancelamento de cirurgias, perda de acesso a históricos médicos e falhas críticas no atendimento. O problema não se limita apenas ao cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que estabelece diretrizes para a segurança de informações pessoais no Brasil, mas representa uma questão de infraestrutura essencial para a sociedade. Um hospital com sistema paralisado por um ataque pode ter seu atendimento comprometido, afetando centenas de pessoas em questão de minutos e por tempo indeterminado.

Diante dessa realidade, a segurança cibernética precisa ser encarada como prioridade estratégica na área de saúde. Com o avanço da tecnologia, a proteção digital não pode ficar em segundo plano. Sem planejamento robusto e investimentos contínuos em segurança, o setor de saúde corre o risco de se tornar um dos mais impactados por ataques cibernéticos nos próximos anos, comprometendo não apenas dados, mas também a qualidade e continuidade dos serviços prestados à população.

CASO PRETA GIL EVIDENCIA AVANÇOS E CUSTOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Saúde Business – 23/07/2025

A jornada da cantora escancara oportunidades e entraves na luta contra o câncer, reforçando a urgência de conciliar tecnologia, custo e acesso ao cuidado oncológico.

A morte da cantora Preta Gil, aos 50 anos, após dois anos e meio de enfrentamento contra o câncer colorretal, traz luz a questões fundamentais para o setor da saúde.

Os avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento do câncer, os desafios na incorporação dessas inovações à prática clínica e os impactos crescentes nos custos assistenciais.

Nos últimos anos, a oncologia tem vivido uma transformação profunda, impulsionada por terapias personalizadas, exames genéticos de alta complexidade e cirurgias de alta precisão.

De um lado, essas inovações ampliam as chances de controle da doença e reduzem efeitos adversos. De outro, impõem um dilema à gestão da saúde: como garantir sustentabilidade financeira diante de terapias cada vez mais caras?

Avanços no diagnóstico e tratamento

“O diagnóstico precoce segue sendo a estratégia mais custo-efetiva, mas, mesmo nos casos avançados, temos incorporado recursos como o sequenciamento genético e terapias-alvo, que mudam o prognóstico dos pacientes”, explica Luiza Dib, oncologista clínica do Hospital Sírio-Libanês Brasília.

Exames como o NGS (sequenciamento de nova geração), de acordo com Luiza, permitem identificar mutações com impacto direto na escolha do tratamento, personalizando a abordagem terapêutica.

A medicina de precisão representa uma guinada na lógica da oncologia. Segundo Tomás Mansur, cirurgião do Centro de Referência de Tumores Colorretais do A.C.Camargo Cancer Center, terapias celulares como o CAR-T já vêm mostrando respostas expressivas.

“São tratamentos que utilizam as próprias células do paciente, modificadas em laboratório, para destruir o câncer. O custo é elevado, mas os resultados podem ser transformadores”, aponta.

No caso do câncer colorretal, a imunoterapia já começa a mostrar resultados promissores.

“Um estudo publicado na New England Journal of Medicine mostrou 100% de resposta em um grupo específico de pacientes. Os resultados chamam muita atenção pelo potencial transformador, embora seja um estudo pequeno”, afirma Mansur.

O desafio dos custos e de ampliar o acesso

Esses avanços, no entanto, têm impacto direto nos custos assistenciais. “Testes moleculares e novas terapias são muito mais caros do que os tratamentos convencionais. Mas, quando analisamos o custo-efetividade, vemos que podem reduzir internações, complicações e até aumentar a sobrevida dos pacientes”, explica Luiza.

“Quanto mais avançado o tratamento, maior é o custo agregado a ele. Tecnologias de ponta carregam consigo todo o investimento em pesquisa, desenvolvimento e implementação, o que naturalmente eleva o valor final”, complementa Mansur.

O desafio está em ampliar o acesso de forma sustentável. Para isso, instituições como o Hospital Sírio-Libanês apostam na participação em ensaios clínicos e no diálogo com operadoras e indústria para modelos de remuneração baseados em valor.

“A ideia é oferecer o melhor tratamento possível com equilíbrio entre qualidade e custo, alinhando os interesses de todos os agentes do sistema”, ressalta a oncologista.

O futuro do tratamento oncológico

Outras tecnologias também ganham espaço, como a cirurgia robótica. Um estudo recente com mais de mil pacientes demonstrou melhores desfechos oncológicos em cirurgias de reto com o uso de robôs, mostrando que inovação também pode significar mais segurança e eficácia.

A adoção de novas tecnologias, no entanto, exige critérios claros. “É essencial que qualquer inovação traga benefícios comprovados frente ao tratamento padrão. Só assim podemos justificar os investimentos”, destaca o cirurgião.

Caso Preta Gil, a complexidade do cuidado oncológico

O caso clínico da cantora, marcado por diferentes abordagens terapêuticas, ilustra tanto os progressos quanto os desafios ainda enfrentados no cuidado oncológico.

Diagnosticada com câncer intestinal em janeiro de 2023, a Preta passou por um protocolo terapêutico que incluiu cirurgia para remoção do tumor primário e do útero, complementado por sessões de quimioterapia e radioterapia.

Em dezembro de 2023, houve anúncio de conclusão do tratamento inicial, porém exames de rotina detectaram a recidiva da doença em 2024. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico no Hospital Sírio-Libanês de São Paulo, quando recebeu uma bolsa de colostomia definitiva.

Durante os três meses que antecederam seu falecimento, a cantora participou de um protocolo experimental nos Estados Unidos. Neste período, foi acompanhada por especialistas do Virginia Cancer Institute, em Washington, e do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York.

Na fase avançada da doença, o tratamento buscava combater quatro focos tumorais: dois nos linfonodos, um no peritônio (com metástase) e outro no ureter.

A jornada de Preta e de muitos pacientes que enfrentam o câncer reflete, de forma dolorosa, os limites e as promessas da medicina oncológica atual — e reforça a urgência de ampliar o debate sobre acesso, inovação e sustentabilidade.

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)