

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

22 de outubro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Especialistas dizem esperar cumprimento das leis que garantem tratamento integral a neurodivergentes](#) -

Fonte: Câmara dos Deputados

[Saúde mental ganha protagonismo na escolha de planos de saúde](#) - Fonte: SEGS

[Nova dinâmica do setor exige mudança de mentalidade para acesso à inovação](#) - Fonte: Futuro da Saúde

[Provisão cresce e pode levar a reajuste maior de planos de saúde](#) - Fonte: Valor Econômico

[Comissão aprova projeto que obriga planos de saúde a cobrir exames pedidos por nutricionistas](#) - Fonte:

Câmara dos Deputados

[ANS divulga resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Entre o público e o privado, o Brasil busca um novo pacto pela saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Como a IA está transformando a saúde suplementar no Brasil](#) - Fonte: Medicina S.A

[Planos de saúde gastaram R\\$ 90 bilhões com medicamentos desde 2019](#) - Fonte: Fenasaúde

ESPECIALISTAS DIZEM ESPERAR CUMPRIMENTO DAS LEIS QUE GARANTEM TRATAMENTO INTEGRAL A NEURODIVERGENTES

Câmara dos deputados – 21/10/2025

STJ vai decidir, no próximo mês, se seguradoras de saúde podem ou não limitar tratamento; assunto foi debatido na Câmara

Em audiência pública na Câmara dos Deputados, defensores de pessoas com neurodivergência disseram esperar que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) cumpra seu papel de assegurar o cumprimento das leis sobre direitos das pessoas com deficiência no julgamento sobre tratamentos ofertados pelos planos de saúde. No dia 6 de novembro, o tribunal julga o processo que vai decidir se as seguradoras de saúde podem ou não limitar tratamento de neurodivergentes no país.

Como explicou o ministro do STJ Sérgio Kukina, a decisão será vinculante. Isso significa que todos os juízes de primeiro grau, assim como os tribunais de segunda instância, terão seguir o mesmo entendimento quando julgarem processos relacionados ao assunto.

De acordo com Sérgio Kukina, o relator do processo, ministro Antonio Carlos Ferreira, já considerou que a jurisprudência atual aponta no sentido de que os planos de saúde não podem recusar a cobertura das terapias multidisciplinares para pessoas com neurodivergência.

O diretor do Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos dos Autistas (IBDTEA), Robson Menezes, citou uma extensa lista de leis brasileiras que garantem os direitos das pessoas com deficiência. Ele disse esperar que o julgamento respeite essas leis.

“O STJ tem o poder de defender a interpretação da legislação federal, e a gente vai para a Constituição Federal, que fala sobre saúde e dignidade da pessoa humana, sobre direito à vida. Tem a Lei Berenice Viana e a Lei Brasileira de Inclusão, que garantem atendimento multidisciplinar; a Lei do Rol Exemplificativo, que recentemente foi julgada pelo STF; o Código de Defesa do Consumidor, quando fala de cláusulas abusivas; e o Estatuto da Criança e do Adolescente. E não podemos esquecer o que determinam as próprias resoluções da ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]”, disse.

Diretrizes

Já os representantes dos planos de saúde defenderam que o mais importante, inclusive para evitar novos processos judiciais, é criar diretrizes nacionais para o atendimento de pessoas neurodivergentes.

De acordo com o diretor-médico da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Cássio Alves, é papel do

Congresso criar essa norma. “A gente procura seguir diretrizes internacionais, temos iniciativas de alguns conselhos profissionais, diretrizes do conselho da Associação de Pediatras, agora apareceu o manual de neurologia infantil, tem recentemente o manual de psicologia. A gente precisa que isso seja integrado”, defendeu. “É muito difícil você juntar todos esses conselhos profissionais e fazer uma orientação única, isso tem que partir do nosso órgão regulador.”

Para Cássio Alves, o protocolo de tratamento de pessoas neurodivergentes deve ter regras, como reavaliação periódica e, acima de tudo, utilizar terapias cientificamente comprovadas. Segundo o diretor da Abramge, existem clínicas oferecendo terapias reconhecidamente ineficazes para tratar esses pacientes.

O presidente da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, deputado Duarte Jr. (PSB-MA), no entanto, argumentou que muitas vezes a alegação de que não há comprovação científica das terapias é utilizada simplesmente para negar o tratamento.

“A grande problemática aqui é que quem é consumidor, quem busca esse tratamento, quem busca essa terapia, não é contra evidência científica. O grande problema é o prazo para ter acesso à evidência científica. O problema é que muitos se valem da burocracia, da solenidade, da formalidade para impedir o acesso a direitos. Infelizmente, é isso que acontece”, rebateu o deputado.

Questão financeira

Para o advogado especialista em direitos das pessoas com deficiência e membro do Comitê de Pessoas com Deficiência no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) Hebert Batista Alves, a questão é financeira. Segundo ele, os planos de saúde alegam que o excesso de terapias desequilibra as finanças do setor.

Na opinião de Hebert Alves, no entanto, falta transparência tanto dos planos de saúde quanto da Agência Nacional de Saúde Suplementar quanto à real situação financeira das seguradoras.

O diretor do Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos dos Autistas, Robson Menezes, concorda que não há justificativa para o argumento financeiro das empresas. O advogado afirma que, no primeiro semestre desse ano, o setor teve lucro de R\$ 11 bilhões.

SAÚDE MENTAL GANHA PROTAGONISMO NA ESCOLHA DE PLANOS DE SAÚDE

SEGS – 21/10/2025

O cuidado com a saúde mental passou a ocupar um espaço central na vida dos brasileiros e, cada vez mais, influencia a escolha dos planos de saúde. A ampliação das coberturas obrigatórias pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em vigor desde 2022, garantiu mais previsibilidade e segurança para quem necessita de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico contínuo. A medida reforçou a importância do tema e contribuiu para que beneficiários e empresas passassem a valorizar operadoras com rede credenciada próxima e acesso facilitado a terapias.

Segundo o Mapa Assistencial da ANS, os planos de saúde realizaram 1,94 bilhão de procedimentos em 2024, incluindo consultas, exames e terapias, um reflexo da demanda crescente por atenção integral e pela valorização do bem-estar emocional. O avanço acompanha o alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo vivam com algum transtorno mental, sendo ansiedade e depressão as condições mais recorrentes. No Brasil, o Ministério da Saúde aponta que esses quadros estão entre as principais causas de afastamento do trabalho, reforçando a importância de políticas de cuidado contínuo.

Para o diretor comercial da GoCare Saúde, Gustavo Normanha, o tema passou a ser decisivo também na relação entre empresas, operadoras e beneficiários. “A cobertura psicológica mudou a percepção do usuário sobre o que é um bom plano”, afirma Gustavo. “Hoje, ele quer saber se o atendimento é próximo, se a autorização é rápida e se o tratamento tem continuidade garantida. O benefício está no uso efetivo, não apenas no contrato”, reforça o executivo. Ele destaca que, na Baixada Santista, onde a GoCare concentra uma boa parte de sua base de clientes, a busca por terapias e acompanhamento influencia a forma como os planos são estruturados.

Com sede em Campinas e forte atuação regional, a GoCare Saúde comercializa planos coletivos empresariais e por adesão e tem reforçado a presença de clínicas e parceiros especializados em saúde mental na Baixada. “O bem-estar emocional se tornou parte da rotina de cuidados. Nosso papel é facilitar esse acesso, com rede próxima e processos mais ágeis, para que o beneficiário encontre suporte real no momento em que mais precisa”, finaliza Normanha.

NOVA DINÂMICA DO SETOR EXIGE MUDANÇA DE MENTALIDADE PARA ACESSO À INOVAÇÃO

Futuro da Saúde – 21/10/2025

Consolidação, redes integradas e poder de decisão concentrado redesenham o jogo — e obrigam a indústria a atuar desde o início da jornada assistencial, com soluções completas, não apenas com foco na disponibilização de produtos inovadores

O acesso a tecnologias em saúde no Brasil — tanto no SUS quanto no setor suplementar — vem se tornando um campo de disputa cada vez mais sofisticado e estratégico. A leitura aprofundada e integrada do cenário, aliando inteligência de mercado, análise política e entendimento dos movimentos corporativos e regulatórios que, cada vez mais, determinam o “quando”, “como” e “se” uma tecnologia será de fato incorporada.

O mercado de saúde suplementar brasileiro está atravessando uma transformação silenciosa que vai muito além de balanços e números trimestrais. A combinação entre movimentos de consolidação — via joint ventures, alianças estratégicas e parcerias operacionais entre operadoras e hospitais — e os resultados econômicos positivos registrados nos últimos dois trimestres de 2025 pelas operadoras, não é apenas uma mudança estrutural do setor, é uma reestruturação que trará impactos na lógica de acesso a tecnologias de saúde a saúde suplementar, mudando a

perspectiva de como serão avaliados e adotados medicamentos, terapias de alto custo e soluções diagnósticas no ecossistema privado nos próximos anos.

Nesse novo contexto, as estratégias de incorporação de tecnologias precisam levar em consideração dinâmicas executivas, os incentivos econômicos, os posicionamentos estratégicos e a agenda política do ecossistema, sem isso, as empresas correm o risco de entrar de maneira despreparada em um jogo com regras já definidas o que pode reduzir consideravelmente as chances de incorporação.

Um novo equilíbrio de forças no sistema

Os dados mais recentes do Painel Econômico-Financeiro da ANS, referentes ao primeiro segundo trimestre de 2025, mostram que as operadoras vivem um momento de forte recuperação frente ao mesmo período de 2024. O setor registrou um lucro líquido do primeiro semestre de cerca de R\$ 12,9 bilhões, revertendo perdas anteriores crescimento de 131% sobre o primeiro semestre de 2024. A sinistralidade apurada em torno de 79% — a mais baixa em mais de uma década — ([ANS – Painel Econômico-Financeiro](#)).

Essa melhora de performance financeira, é resultado de olhar mais apurado em busca de controle operacional eficiente, e vem acompanhado de modelos de crescimento mais moderados, especialmente relevante em tempos de juros altos e instabilidade econômica. Grandes grupos passam a apostar em modelos de expansão menos intensivos em capital, como joint ventures e parcerias operacionais. Exemplos recentes incluem a formação de uma nova empresa entre Rede D'Or São Luiz e Atlântica Hospitais, avaliada em aproximadamente R\$ 1,1 bilhão, e alianças estratégicas entre grupos hospitalares e laboratórios para operar linhas de cuidado específicas. Esses arranjos não são pontuais: representam uma mudança deliberada na estrutura do ecossistema da saúde suplementar no modelo de tomada de decisão custos e abordagens terapêuticas, especialmente em casos de terapias de alto custo. Isso quer dizer uma mudança sobre como, quando e em que condições tecnologias específicas serão incorporadas ao sistema.

Impactos imediatos: protocolos integrados e controle da jornada do paciente

No curto prazo, a integração entre operadoras e hospitais tende a aumentar a previsibilidade assistencial e a padronização de fluxos clínicos. Com maior controle sobre a jornada do paciente, essas redes integradas devem direcionar de maneira mais objetiva protocolos e abordagens terapêuticas.

Isso significa que a porta de entrada para medicamentos inovadores — especialmente de alto custo — pode se estreitar, já que decisões que antes dependiam de negociações fragmentadas entre prestadores passam a ser tomadas por estruturas unificadas, mais focadas em custo-efetividade e impacto populacional. Ao mesmo tempo, essa integração cria oportunidades de escalonamento: terapias e diagnósticos que comprovem valor clínico e econômico poderão ser incorporados de maneira mais ágil e difundir-se em várias unidades do mesmo grupo, algo que antes era inviável em um ecossistema pulverizado.

Para as empresas farmacêuticas e de diagnóstico, isso implica uma mudança fundamental na estratégia de acesso: vender tecnologia não será mais suficiente. Será preciso construir estratégias de incorporação que foquem no valor para o paciente e que estejam intimamente conectadas à jornada assistencial, trabalhando ofertas e modelos colaborativos que vão além do fornecimento de produto — incluindo codesenvolvimento de protocolos, apoio a programas de evidência em vida real (real-world evidence) e até participação em acordos de compartilhamento de risco.

Efeitos de médio prazo: gatekeepers tecnológicos e pressão sobre inovação

O impacto mais profundo dessas transformações, porém, será sentido no médio prazo. A consolidação de operadoras e hospitais tende a criar gatekeepers tecnológicos com enorme poder de negociação — capazes de ditar padrões de prescrição, desenhar guidelines clínicos e condicionar a

entrada de terapias ao cumprimento de critérios cada vez mais rigorosos de valor. Isso pode reduzir o espaço de manobra de empresas menores, biotecnologia e startups de diagnóstico, que enfrentarão barreiras mais altas para acessar redes integradas, e pressionar farmacêuticas a repensarem suas abordagens comerciais.

Por outro lado, o aumento da escala e da previsibilidade assistencial também pode abrir espaço para novas formas de parceria. Redes verticalizadas têm maior capacidade de investir em programas piloto, estudos clínicos pragmáticos e estruturas de evidência do mundo real — ferramentas fundamentais para acelerar a adoção de medicamentos de alta complexidade, terapias gênicas e diagnósticos avançados. O desafio para a indústria será transformar esses conglomerados em aliados estratégicos, e não apenas em compradores foçados em custo.

A agenda estratégica da indústria: agir antes que o jogo feche

O novo ciclo de consolidação exige uma mudança de mentalidade na indústria farmacêutica e de diagnósticos. A abordagem tradicional — baseada em negociações transacionais e modelos comerciais centrados em produto — se tornará rapidamente insuficiente. Será crítico para empresas terem um posicionamento e um engajamento mais cedo no processo decisório, aproximando-se das operadoras e dos hospitais antes mesmo da definição dos protocolos clínicos.

Isso envolve propor soluções conjuntas de gestão do risco financeiro associado a medicamentos de alto custo, explorar modelos de value-based agreements, apoiar a produção de dados em vida real e participar de iniciativas de co-inovação focadas em linhas de cuidado prioritárias. Mais do que transacionar tecnologias, será necessário co-desenhar soluções assistenciais.

Essa transição também traz implicações estratégicas para o setor público e para a regulação. Declarações recentes do diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, reforçam que a agência está atenta ao potencial de práticas abusivas no contexto de concentração e integração vertical. A autoridade reguladora tem enfatizado a importância de garantir que o movimento de consolidação não restrinja o acesso a terapias inovadoras nem crie barreiras injustificadas à entrada de novos players no mercado — um sinal de que a agenda regulatória acompanhará de perto esse redesenho do setor.

Um novo jogo de acesso em formação

O Brasil está testemunhando o surgimento de um novo desenho de governança na saúde suplementar. O eixo decisório sobre quais tecnologias serão incorporadas — e em que velocidade — está migrando do hospital isolado para a rede integrada, verticalizada e financeiramente robusta. Nesse cenário, a indústria que insistir em estratégias de acesso baseadas apenas na negociação de preço e produto ficará para trás.

A próxima década será definida não apenas por quem tem o melhor portfólio, mas por quem souber transformar sua tecnologia em solução assistencial integrada e se posicionar como parceiro estratégico das redes que, cada vez mais, comandam o fluxo de pacientes e recursos no sistema. Em

um mercado que passa a funcionar por escala, previsibilidade e valor, a provocação que se impõe à indústria é clara: quem não estiver na mesa desde a concepção dos protocolos, corre o risco de não estar em lugar nenhum.

PROVISÃO CRESCE E PODE LEVAR A REAJUSTE MAIOR DE PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 20/10/2025

Para ANS, prazo de pagamento alongado entre hospitais e operadoras explica alta de provisões

O mercado de saúde vem assistindo a uma queda na taxa de sinistralidade dos convênios médicos desde o fim de 2024, que tem se traduzido em reajustes menores neste ano. Mas chama a atenção o aumento das reservas para cobertura de contas médicas a serem quitadas no futuro - o que pode ser uma sinalização de custos médicos maiores e, consequentemente, de retomada de reajustes mais elevados nos próximos ciclos de revisão das mensalidades dos planos.

No primeiro semestre, as reservas para cobrir atendimentos médicos realizados, mas ainda não cobrados das operadoras (a chamada Peona), somaram R\$ 28,6 bilhões. É comum a conta médica levar meses para ser notificada, porque há, por exemplo, casos de tratamentos mais longos.

Já a provisão para procedimentos que os hospitais já notificaram (PESL) aos planos de saúde ficou em R\$ 27,5 bilhões nos seis primeiros meses do ano. Historicamente, essa provisão é maior do que o atendimento não cobrado, mas, nos últimos três trimestres, houve inversão. Ou seja, atualmente, há mais dinheiro guardado para cobrir despesas médicas futuras dos planos de saúde, o que vem gerando questionamentos sobre essa alta puxada pelas seguradoras.

Marcio Coriolano, consultor da Capitolio Comunicações Estratégicas e ex-presidente da Confederação Nacional das Seguradoras (CNSeg), diz que “o custo médico continua subindo”. “Essa queda na taxa de sinistralidade que se vê desde dezembro se deve aos reajustes de anos anteriores e menor uso do plano, não a queda do custo médico.”

Em 2024, a receita do setor (vinda das mensalidades dos planos) somou R\$ 292 bilhões, com alta de 10% sobre 2023. No mesmo período, as despesas médicas aumentaram 6,4%, para R\$ 240 bilhões, mostram dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS diz que “não é correto afirmar que os custos médicos estão subindo, analisando-se isoladamente a Peona”. Na visão do regulador, o aumento dessas reservas ocorre porque os hospitais estão levando mais tempo para notificar as grandes operadoras sobre os atendimentos realizados. “A conta médico-hospitalar de algumas grandes operadoras parece estar demorando mais a ser notificada pelos prestadores a algumas grandes operadoras do que

costumava ocorrer no passado, não estando claro, a partir dos números, a razão - que pode se dar desde adequação de sistemas a reorganizações de fluxos operacionais e administrativos entre operadoras e prestadores”, afirmou.

Coriolano diz que o cálculo de reservas futuras é feito com base nas despesas atuais e não tem relação com prazos de notificação entre hospitais e operadoras. A atuária Raquel Marimon, especializada em planos de saúde, explica que “a Peona é estimada com base no histórico de procedimentos que estão sendo realizados, notificados e pagos.”

A Anahp, associação dos hospitais, tem reclamado com frequência que as operadoras estão alongando o prazo de pagamento, não o contrário, como cita a ANS. Em agosto, os hospitais estavam levando em média 83,5 dias para receber. Um ano antes, esse prazo era de 63,7 dias. Considerando o prazo médio de recebimento nos últimos 12 meses, esse indicador ficou em 74,3 contra 72,44 dias no período anterior (2023-2024).

Segundo Leandro Bastos, analista do Citi, ainda faltam explicações sobre o avanço nas reservas, mas ele acredita que pode ser uma combinação dos dois fatores. “O nível de provisões técnicas entre as operadoras de saúde está escalando num ritmo acelerado, refletindo não apenas premissas atuariais piores, como por exemplo, pico de autismo, lista expandida de procedimentos da ANS, etc, mas ciclo de contas a pagar estendido.”

Entre empresas de planos de saúde, as seguradoras são as que menos esticam prazos para pagar

Esse aumento na linha de provisões futuras é puxado pelas seguradoras de saúde. Dos R\$ 56 bilhões de reservas totais do setor no primeiro semestre, 21,5% são da Bradesco Saúde e 16,5%, da SulAmérica. “As seguradoras historicamente têm mais reservas, já é parte do DNA delas, elas são mais conservadoras”, diz Coriolano.

Vale ponderar que, entre as empresas de planos de saúde, as seguradoras são as que menos esticam os prazos para pagar. Portanto, não é possível fazer uma ligação direta entre a alta das provisões das seguradoras com o aumento no prazo de pagamento do setor. Apesar de muitas operadoras reclamarem da obrigatoriedade de se guardar esse dinheiro, as provisões geram receita financeira relevante, em especial com taxa de juros em torno de 15%.

Para Raquel Marimon, atuária especializada no setor de saúde, as regras de provisão são distintas entre seguradoras, medicina de grupo (operadora que pode ter rede própria), cooperativas médicas e autogestão (empresa que administra o próprio convênio médico). “Há operadoras verticalizadas que conseguem controlar mais seus custos porque o hospital é próprio. Então, isso pode se refletir nos cálculos.”

No setor de planos de saúde, há oito tipos de reservas, que juntas totalizaram R\$ 79,2 bilhões no primeiro semestre. As duas mais relevantes são Peona e PESL, que cobrem despesas médicas e somaram R\$ 56 bilhões, alta de 12% sobre o mesmo período de 2024.

Essas reservas são relevantes porque o recurso é sacado quando uma operadora entra em liquidação extrajudicial. Esse dinheiro pagará as contas de hospitais e médicos, permitindo que os usuários dos planos continuem sendo atendidos até que seja efetivada a transferência para outra operadora.

Há casos no mercado como o da Unimed-Ferj, que atravessa situação financeira complexa há cerca de dez anos e já sacou suas reservas. É um problema caso a cooperativa médica encerre as atividades e não consiga recompor provisões para pagar as contas. Ainda no Rio, há reclamações dos prestadores de serviço de que a Golden Cross, com liquidação extrajudicial decretada, deve cerca de R\$ 200 milhões para hospitais.

Procuradas, a Bradesco Saúde disse que “segue a regulamentação e adota práticas consistentes de gestão técnica. Considerada essencial para garantir o equilíbrio financeiro e o compromisso futuro com segurados e prestadores, a Peona tem se mantido em patamares estáveis nos últimos períodos, sendo compatível com o porte, quantidade de vidas e com os riscos assumidos pela companhia.” A SulAmérica disse que “realiza provisões necessárias em conformidade com as normas da ANS.” A Fenasaúde, que representa as operadoras, não se pronunciou.

COMISSÃO APROVA PROJETO QUE OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A COBRIR EXAMES PEDIDOS POR NUTRICIONISTAS

Câmara dos deputados – 20/10/2025

A proposta segue em análise na Câmara dos Deputados

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que obriga operadoras de planos de saúde a cobrirem exames laboratoriais solicitados por nutricionistas. O texto aprovado altera a Lei dos Planos de Saúde.

Pela proposta, a cobertura deverá ser assegurada quando os exames forem indicados para “avaliação e acompanhamento nutricional” do paciente e estiverem de acordo com diretrizes e limites legais de atuação do profissional. A ampliação dessa competência por meios infralegais é expressamente proibida pelo projeto.

A comissão aprovou o substitutivo da relatora, deputada Carla Dickson (União-RN), ao Projeto de Lei 539/25, da deputada Clarissa Tércio (PP-PE). Originalmente, o projeto alterava a lei que regulamenta a profissão de nutricionista (Lei 8.234/91) para autorizar os pedidos de exames. O objetivo, segundo a autora, é impedir que operadoras de planos de saúde

dificultem ou impeçam a solicitação desses exames pelos nutricionistas.

A relatora, no entanto, lembrou que a lei atual já permite que o nutricionista solicite exames laboratoriais e propôs incluir a previsão diretamente na lei dos planos de saúde. Dickson ressaltou que a solicitação de exames por nutricionistas não se confunde com o diagnóstico médico.

“O substitutivo garante a inclusão da cobertura dos exames laboratoriais solicitados pelo nutricionista, quando indicados para avaliação e acompanhamento nutricional, respeitados os limites da atuação profissional”, destacou.

Próximas etapas

A proposta será analisada, em caráter conclusivo, pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, o texto deve ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(Gov) ANS – 17/10/2025

Informações relativas ao 2º trimestre de 2025 estão disponíveis para consulta

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 2º trimestre de 2025. A

operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento Prontuário de Resultados - Mapeamento do Risco Assistencial, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos Resolução Normativa (RN) 479/2022 e Instrução Normativa (IN) DIPRO 58/2022. As fichas técnicas atualizadas dos indicadores podem ser acessadas na página do [Programa](#).

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, imprerivelmente, até o dia 3/11/2025, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da IN DIPRO 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Além disso, uma pesquisa conduzida pelo SESI e FIESP revelou que 41% das indústrias não adotam estratégias para reduzir a sinistralidade, evidenciando a necessidade de ações mais eficazes na gestão dos custos assistenciais.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática.

Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO, O BRASIL BUSCA UM NOVO PACTO PELA SAÚDE

Saúde Business – 16/10/2025

Com o SUS pressionado e o início de novos mandatos nas agências reguladoras, diálogo, regulação inteligente e cooperação são essenciais para um sistema mais eficiente e sustentável.

O sistema de saúde brasileiro vive um ponto de inflexão. Diante de desafios como o subfinanciamento do SUS, o aumento dos custos assistenciais e a rápida incorporação de tecnologias, cresce o consenso de que o país precisa redesenhar sua lógica de funcionamento — com novas pontes entre o público e o privado, modelos de cuidado mais integrados e preventivos e uma regulação ágil, transparente e centrada nas pessoas.

Essa visão guiou as discussões entre representantes do Ministério da Saúde, Anvisa e ANS — que acabam de ter novos dirigentes empossados — e gestores hospitalares sobre a necessidade de alinhar políticas públicas, inovação e regulação eficiente.

SUS como eixo central e o desafio da atenção especializada

Adriano Massuda, secretário-executivo do Ministério da Saúde, defendeu que fortalecer o Sistema Único de Saúde é condição indispensável para qualquer avanço estrutural. “A

primeira prioridade na transição foi fortalecer o SUS. Recuperar o SUS”, afirmou no Congresso Nacional de Hospitais Privados (Conahp).

Segundo Massuda, o governo federal trabalha em três frentes principais: ampliação do acesso à atenção especializada, formação de profissionais e preparação para emergências sanitárias e climáticas.

O programa Agora Tem Especialistas é o eixo mais visível dessa estratégia, e busca utilizar a capacidade ociosa de hospitais públicos, filantrópicos e privados para reduzir filas e desigualdades regionais.

“O setor privado pode ajudar compreendendo as novas lógicas que estão colocadas. A inovação não é só para medicamento e vacina. É inovação no jeito de desenhar o cuidado, no jeito de organizar o sistema e no jeito de financiar”, explicou.

A proposta também prevê financiamento baseado em pacotes de cuidado, em vez de pagamento por procedimentos isolados, e a criação de estruturas móveis de atendimento. “O SUS não é uma usina de produção de procedimentos, é uma usina de produção de cuidado”, reforçou.

Massuda anunciou ainda o projeto de um hospital inteligente, desenvolvido em parceria com a USP e o governo paulista, que contará com 800 leitos e integração digital completa. A iniciativa, segundo ele, simboliza a aposta em tecnologia e sustentabilidade na saúde pública.

ANS aposta em escuta e prevenção

Recém-empossado na presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o ex-deputado e advogado Wadih Damous destacou que a nova gestão pretende fortalecer o diálogo com o setor e com os beneficiários. “A vida toda eu fui treinado para ouvir. E agora, na ANS, nada mais necessário é do que ouvir — ouvir muito”, disse.

Assumindo o comando da agência em meio a desafios urgentes, como interrupções de atendimentos oncológicos por impasses contratuais no Rio de Janeiro, Damous enfatizou que a prioridade é garantir a continuidade do cuidado e a proteção do paciente. “Ver pessoas tendo seu tratamento interrompido é algo que não pode nos deixar alheios. A ANS não pode ficar indiferente”, ressaltou.

Damous também apontou as linhas de cuidado e a saúde preventiva como eixos estruturantes da agenda regulatória. “Acho que isso racionaliza o sistema e espero que se reflita nos custos dos planos de saúde”, afirmou.

O novo presidente reforçou ainda a necessidade de reduzir a distância entre o sistema público e o suplementar, que, segundo ele, devem atuar de forma complementar. “Eu não vim para acirrar conflitos. Vim para ajudar a construir pontes — pontes com todos os setores que participam do sistema de saúde brasileiro.”

Damous afirmou que sua gestão buscará reposicionar a ANS como uma agência reguladora de caráter cidadão, atenta aos direitos dos beneficiários e aberta à escuta de prestadores e operadoras. “Nós exercemos a regulação para seres humanos, com carências e vulnerabilidades. É para eles que nós existimos.”

Anvisa mira eficiência e inovação

Leandro Safatle, diretor-presidente da Anvisa, se concentrou em dois desafios centrais: destravar as filas de análise e preparar a agência para uma nova era de inovação tecnológica em saúde.

Segundo ele, o passivo acumulado durante a pandemia representa mais de R\$ 20 bilhões em investimentos parados. “Resolver ou mitigar as filas é a prioridade absoluta da Anvisa”, afirmou.

Safatle destacou a carência histórica de pessoal e comemorou a chegada de 150 novos servidores, com expectativa de mais 250 nomeações. Ele comparou o quadro atual da Anvisa — com cerca de 1.400 servidores — ao de agências internacionais como a FDA, nos Estados Unidos, que tem 17 mil profissionais, e a EMA, na Europa, com pouco

mais de 5 mil. “O que a Anvisa faz com esse quadro já é impressionante”, afirmou.

Entre as medidas de modernização, Safatle defendeu o uso de inteligência artificial na triagem de processos e a revisão de fluxos internos, sem abrir mão do rigor técnico. “A agência precisa estar pronta para a inovação — tanto a que vem de fora quanto a que está sendo feita no país.”

Ele também ressaltou a importância da coordenação institucional em crises sanitárias, lembrando a atuação durante o surto de contaminação por metanol. “Em menos de uma semana, autorizamos a produção de etanol farmacêutico e o produto estava disponível no país. É um exemplo de como o alinhamento entre setor público e privado pode salvar vidas.”

Safatle encerrou reafirmando os cinco princípios que devem nortear a nova fase da Anvisa: “Diálogo, transparência, ciência, inovação e eficiência.”

Gestores cobram sustentabilidade e integração

José Antônio Rodrigues, provedor da Santa Casa da Bahia, alertou para o subfinanciamento crônico do SUS e a falta de previsibilidade dos programas públicos. “Nós não podemos mais correr o risco de termos programas com começo, meio e fim. No final, o subfinanciamento nos fragiliza”, afirmou.

Rodrigues lembrou que boa parte dos serviços prestados pela rede filantrópica tem valores congelados há mais de uma década, o que compromete a sustentabilidade das instituições. “Os novos programas trazem desafios, e nós temos que adaptar nossa capacidade instalada, mas eles precisam vir com sustentabilidade. Não podemos dar três passos à frente e dois atrás.”

Para Antônio José Pereira, superintendente do Hospital das Clínicas da USP, é necessário romper as barreiras entre o público e o privado e criar um ambiente de aprendizado mútuo. “O público e o privado têm que caminhar juntos. Falta disseminar o que cada um faz de melhor”, observou. Ele citou avanços em telemedicina e gestão de leitos como exemplos de eficiência que poderiam ser replicados nacionalmente.

Prevenção, tecnologia e o protagonismo do paciente

O médico e executivo Paulo Chapchap, diretor de Estratégia Corporativa do Grupo Santa Joana, defendeu que o futuro da saúde passa pela prevenção e pelo engajamento do paciente. “A prevenção primária é não ficar doente, e a secundária é não ter agravamento das doenças crônicas. Não há outra forma de fazer isso que não seja ativando e educando o paciente”, destacou.

Chapchap sugeriu que a regulação cobre programas de prevenção baseados em resultados, com métricas de impacto. Ele destacou o SUS como referência na mensuração

de desempenho, citando as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária.

O executivo também apresentou um exemplo prático de inovação: o uso de inteligência artificial nas maternidades do Grupo Santa Joana, que permitiu detectar precocemente 79 casos de sepse e reduzir internações neonatais. “Quando se quer e há coordenação entre o público e o privado, é possível fazer muito mais com o mesmo valor”, concluiu.

Um futuro colaborativo

Os executivos convergiram em um ponto: a integração entre setores, a modernização regulatória e a sustentabilidade

financeira são condições para um sistema de saúde mais eficiente.

Enquanto o Ministério da Saúde aposta em novos modelos de cuidado e financiamento, as agências reforçam a escuta ativa, a transparência e o uso de tecnologia para aproximar regulação e prática assistencial.

“Não é um aumento paliativo de financiamento — é uma transformação”, resumiu Massuda. E, nas palavras de Wadih Damous, “saúde, vida e morte dizem respeito a todos nós. A regulação deve ser instrumento de cidadania”, concluiu.

COMO A IA ESTÁ TRANSFORMANDO A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Medicina S.A – 16/10/2025

A saúde suplementar atravessa um momento decisivo. O equilíbrio entre sustentabilidade financeira, exigências regulatórias, controle da sinistralidade e experiência do beneficiário nunca esteve tão pressionado. Nesse cenário, a inteligência artificial (IA) se torna instrumento central na transformação digital das operadoras e administradoras. A provocação é clara: quem ainda enxerga a IA como algo distante está, na prática, atrasado diante de uma revolução em curso.

A aplicação mais evidente está na eficiência operacional. Processos tradicionalmente lentos e burocráticos, como análise de sinistros, autorizações e auditorias, ganham velocidade e precisão quando automatizados com suporte de IA. Erros humanos são minimizados, inconsistências passam a ser identificadas em tempo real e fluxos críticos deixam de travar a operação. Isso libera equipes para pensar de forma estratégica, reduz custos e cria espaço para que a gestão se volte ao cuidado do paciente.

Outro impacto decisivo está na personalização do relacionamento com o beneficiário. A IA permite gerar alertas de risco, acompanhar programas preventivos e interpretar padrões de comportamento assistencial que sinalizam sinistralidade. Essa capacidade de antecipar movimentos não só melhora indicadores como NPS (Net Promoter Score) — métrica que mede a lealdade e a satisfação dos clientes — e tempo de resposta, como fortalece a relação de confiança entre usuário e operadora, criando jornadas mais humanas e efetivas.

A gestão de dados estratégicos é outro pilar que ganha nova dimensão. O setor lida diariamente com volumes imensos de informações, muitas vezes dispersas e subutilizadas. A inteligência artificial organiza esse universo, cruza fontes

diversas, revela padrões invisíveis e oferece insumos para decisões mais rápidas e assertivas. Com isso, o que antes era apenas um dado armazenado se transforma em conhecimento aplicado.

As tendências já desenham o futuro imediato da saúde suplementar. Plataformas de predição de sinistralidade avançam na identificação de grupos de risco com base em dados demográficos e assistenciais, abrindo caminho para ações preventivas mais concretas. Soluções de automação para autorizações, glosas e auditorias ganham robustez, reduzindo gargalos históricos. Até análises complexas, como leitura de exames radiográficos ou apoio à decisão médica, já encontram suporte em agentes de IA capazes de interpretar protocolos e sugerir caminhos com alta precisão.

A grande barreira, no entanto, continua sendo a natureza híbrida do setor. Parte dos processos pode ser 100% digital e automatizada, mas há sempre uma camada crítica em que o fator humano ainda é indispensável, especialmente em decisões médicas complexas. É justamente aí que a IA deve ser vista não como substituta, mas como aliada, ampliando a capacidade de análise, reduzindo vieses e sustentando profissionais na tomada de decisão.

O que se anuncia não é uma substituição do humano pela máquina, mas uma nova era em que operadoras e administradoras que souberem integrar inteligência artificial aos seus fluxos estarão em posição privilegiada. Aquelas que insistirem em modelos manuais ou na digitalização limitada correm o risco de perder relevância em um mercado cada vez mais competitivo e regulado.

O futuro da saúde suplementar não é digital apenas, mas inteligente. E a preparação precisa começar agora

PLANOS DE SAÚDE GASTARAM R\$ 90 BILHÕES COM MEDICAMENTOS DESDE 2019

Fenasaúde – 15/10/2025

Dados divulgados pela ANS revelam que as despesas das operadoras de planos de saúde com medicamentos chegaram, no último ano, a R\$ 22,6 bilhões, montante que equivale a 10,2% das despesas assistenciais da saúde suplementar. Esse percentual era de 7,3% em 2019 e, desde então, o valor acumulado chega a R\$ 90,6 bilhões. É a primeira vez que a agência calcula o peso desses itens nas despesas da saúde suplementar.

Desde 2021, os gastos com medicamentos cresceram 61% - descontada a inflação do período, a alta foi de 39,8%. A escalada dessas despesas foi impulsionada por mudanças regulatórias como a aprovação da Lei 14.307, de 2022, que acelerou o processo de incorporação de tecnologias ao chamado Rol do ANS. Entre 2022 e 2024, os medicamentos responderam por 81% das inovações incorporadas às coberturas obrigatórias pelos planos.

“Medicamentos inovadores que tragam benefícios aos pacientes são sempre bem-vindos. No entanto, o cenário revelado pela ANS e os valores exorbitantes cobrados por medicamentos com pouca ou nenhuma evidência de ganhos reais para o paciente reforçam a importância de transparência, previsibilidade e rigor técnico na avaliação de novas tecnologias, garantindo o equilíbrio entre acesso, inovação e sustentabilidade. A incorporação acelerada e sem ordenamento tem impacto significativo nos custos do setor, prejudicando, em última instância, os beneficiários”, diz Bruno Sobral, Diretor-Executivo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Sobral defende a alteração do fluxo regulatório de precificação e avaliação de medicamentos. Esses procedimentos ocorrem de forma sequencial e independente: a Anvisa faz o registro sanitário; depois a CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) estabelece a precificação; e, por fim, a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias) avalia sua adoção pelo SUS e a ANS, pelos planos de saúde. “É preciso sincronizar essas etapas. Não faz sentido termos registro para produtos que não possam ser incorporados aos sistemas de saúde públicos ou privado”, defende o executivo.

Outra mudança necessária é o compartilhamento de risco entre o sistema de saúde e a indústria farmacêutica, no caso de medicamentos inovadores de alto custo, como ocorre em países com sistemas de saúde mais avançados. A incorporação desses tratamentos - ainda em fases intermediárias de seus desenvolvimentos científicos - hoje é bancada exclusivamente pelo orçamento público, no caso do SUS, ou pelas mensalidades pagas pelos usuários de planos, no caso da saúde suplementar.

Os novos dados sobre o custo das despesas com medicamentos integram o Mapa Assistencial 2024 da ANS, que também mostrou que os planos de saúde viabilizaram a realização de 1,94 bilhão de procedimentos e eventos de saúde no ano passado, com alta de 0,3% em relação a 2023. Entre os grupos de procedimentos, exames continuam liderando, com 61% do total.

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.