

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de janeiro de 2026



ÍNDICE INTERATIVO

[Fraudes no atendimento de saúde: saiba quais são os golpes mais comuns](#) - Fonte: O Globo

[Judiciário impõe freios a tese do 'falso coletivo' nos planos de saúde empresariais](#) - Fonte: Conjur

[Estudo mostra alta de 37% em fusões e aquisições na saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS incorpora ao Rol novo medicamento para tratar câncer](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga Relatório Trimestral da Ouvidoria](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Inflação e custos da saúde: causas e impactos da crise](#) - Fonte: Saúde Business

[Tecnologia reduz tempo de espera e custos operacionais em hospitais brasileiros](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Público acima de 60 anos com planos de saúde na modalidade autogestão chegou a 28% em 2025](#) – Valor Econômico

FRAUDES NO ATENDIMENTO DE SAÚDE: SAIBA QUAIS SÃO OS GOLPES MAIS COMUNS

O Globo – 28/01/2026

Polícia Civil diz que criminosos costumam explorar o medo, a preocupação com a saúde e a confiança em instituições conhecidas; idosos são os alvos mais frequentes, mas não os únicos

Golpes no atendimento de saúde são cada vez mais frequentes. No Tribunal de Justiça do Rio, tramitam processos que apontam para quadrilhas especializadas e esquemas montados a partir do acesso fraudulento a dados de pacientes sem o conhecimento das instituições de saúde.

Segundo a Polícia Civil, as fraudes costumam explorar o medo, a preocupação com a saúde e a confiança em instituições conhecidas. Idosos são frequentemente os alvos, mas qualquer pessoa pode ser enganada.

— Esses casos são absolutamente corriqueiros. Há registros não só na especializada, mas em praticamente todas as delegacias do estado. Não é um crime restrito à condição etária da vítima — afirma o delegado Mario Luiz da Silva, da Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa da Terceira Idade (DEAPTI).

Em nota, a Associação Nacional de Hospitais Privados diz que, “diante da recorrência desse tipo de golpe, é fundamental que pacientes e familiares redobrem a atenção e adotem medidas de prevenção”.

— Esses golpes afetam diretamente os beneficiários, que sofrem perdas financeiras e emocionais, e também comprometem todo o sistema, ao elevar custos e fragilizar a relação de confiança na saúde suplementar. Por isso, precisam ser rigorosamente apurados e punidos — diz Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Veja quais são os golpes mais comuns aplicados por essas quadrilhas e fique atento:

Cobrança por exame fora do plano

Golpistas afirmam que o procedimento não foi autorizado pelo convênio e exigem pagamento imediato para não suspender o atendimento.

Taxa emergencial inexistente

Criminosos dizem que houve agravamento do quadro clínico e cobram uma taxa para acelerar exames ou cirurgias.

Medicamento ou material “especial”

Alegam falta de insumos e cobram por remédios ou materiais supostamente não cobertos.

Central financeira falsa

Os golpistas se passam por funcionários do setor financeiro do hospital ou do laboratório e enviam dados bancários para receber Pix ou transferência.

Laboratório fantasma

Usam o nome de laboratórios conhecidos para cobrar exames que realmente foram solicitados, mas são cobertos pelo plano ou ainda nem foram realizados.

Falso anestesista

Alegando necessidade de cirurgia emergencial, cobram falsos honorários de anestesista cuja despesa não seria coberta.

JUDICIÁRIO IMPÕE FREIOS A TESE DO 'FALSO COLETIVO' NOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS

Conjur – 27/01/2026

Decisões recentes do Judiciário vêm superando o entendimento anterior sobre os limites da tese do “falso coletivo” e sinalizam uma postura mais técnica e coerente na análise dos contratos de planos de saúde empresariais.

A Justiça tem afastado a pretensão de equiparação do plano coletivo de saúde às regras aplicáveis aos planos individuais, reconhecendo a validade da contratação empresarial e a impossibilidade de modificação da modalidade contratual com base exclusivamente no número reduzido de beneficiários.

O entendimento adotado parte de premissa de que o contrato foi celebrado entre a operadora de saúde e uma pessoa jurídica regularmente constituída, na condição de estipulante, não existindo contratação direta entre o beneficiário e a operadora.

O Tribunal de Justiça de São Paulo concluiu que essa circunstância é suficiente para afastar a narrativa de que se estaria diante de uma suposta transfiguração do modelo coletivo em individual, uma vez que a presença da empresa estipulante é elemento estruturante da contratação coletiva.

Amparo legal

A decisão do TJ-SP também reafirma que os planos coletivos empresariais possuem amparo legal expresso na Lei 9.656/1998 e são objeto de regulação específica pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Não há, no ordenamento jurídico, previsão que autorize a descaracterização automática dessa modalidade em razão da quantidade de vidas seguradas. A adoção da tese do “falso coletivo” como regra geral, portanto, carece de respaldo legal e regulatório.

A Resolução Normativa 565/2022 da ANS, que consolidou as normas sobre contratação de planos coletivos empresariais, prevê em seu artigo 5º que plano coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo o vínculo abranger os sócios da pessoa jurídica contratante e o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo.

O produto foi contratado por empresa regularmente constituída e ativa, onde o titular representante da empresa (sócio/administrador) incluiu seus beneficiários de grupo familiar, o que é permitido pela ANS.

Evidenciou-se, segundo o TJ-SP, a legitimidade da estipulação, afastando-se qualquer alegação de constituição da pessoa jurídica com o fito exclusivo de contratação do plano coletivo. A mera circunstância de o contrato abranger reduzido número de beneficiários pertencentes ao mesmo núcleo familiar não é suficiente, por si só, para descaracterizar a natureza coletiva empresarial do plano, entendeu a corte.

“Ainda que a contratação de plano coletivo empresarial englobasse poucos integrantes, é certo que tais fatos, por si sós, não justificariam a aplicação dos índices estabelecidos pela ANS para os planos individuais e familiares. Isso porque o reduzido número de beneficiários não tem o condão de alterar a natureza do contrato firmado, não transformando o contrato coletivo em individual ou familiar para todos os fins”, apontou o relator do caso, Paulo Guilherme Amaral Toledo.

Segundo o magistrado, essa “alteração unilateral acabaria por provar injustificado desequilíbrio contratual em detrimento da parte apelante que, ao que consta, tem cumprido o que foi contratado”.

Diferenciação entre regimes

Outro ponto de destaque é a clara diferenciação entre os regimes de reajuste dos planos coletivos e dos planos individuais, o Judiciário vem reconhecendo reiteradamente que os índices definidos pela ANS, que destinam-se exclusivamente aos contratos individuais e familiares, não podendo ser aplicados de forma automática aos contratos coletivos empresariais.

Tal distinção decorre de diferenças relevantes no modelo de custeio, na lógica do mutualismo e na precificação dos produtos, aspectos que não podem ser ignorados pela intervenção judicial.

Ao adotar esse posicionamento, a decisão alinha-se à jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, que há tempos repele a chamada “transmutação” dos planos coletivos em individuais apenas em razão do número de beneficiários. Eventuais abusividades devem ser analisadas caso a caso, à luz das normas da ANS e de critérios atuariais, sem a alteração da essência da contratação.

O caso em análise, sob o patrocínio do Escritório Conde & Siciliano Advogados, reflete uma compreensão mais madura do Judiciário sobre o tema e contribui para a segurança jurídica no setor da saúde suplementar. Ao afastar generalizações e prestigiar a regulação setorial, a decisão preserva o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e o mutualismo, pilares indispensáveis para a sustentabilidade do sistema.

Segundo o Conde & Siciliano Advogados, em um cenário de crescente judicialização, o fortalecimento desse entendimento representa importante sinal de racionalidade, ao demonstrar que a proteção do consumidor não se confunde com a desestruturação das bases jurídicas e econômicas que sustentam os planos de saúde coletivos.

Processo 4005325-05.2025.8.26.0100

ESTUDO MOSTRA ALTA DE 37% EM FUSÕES E AQUISIÇÕES NA SAÚDE

Saúde Business – 27/01/2026

Esse movimento ocorre devido à crescente necessidade de consolidação no setor de saúde.

Nos últimos anos, as fusões e aquisições de hospitais e laboratórios têm se intensificado, impulsionadas pela busca por maior eficiência operacional, redução de custos, expansão de mercado e fortalecimento da competitividade. De acordo com levantamento trimestral, realizado pela consultoria KPMG, as empresas de hospitais e laboratórios

de análises clínicas no Brasil realizaram 22 operações de fusões e aquisições, entre janeiro e setembro de 2025.

Desse total, cinco envolveram fundos de investimentos de private equity e venture capital. Trata-se de uma alta de cerca de 37% em comparação com o mesmo período de 2024, quando foram fechados 16 negócios.

Esse movimento acontece por uma necessidade de consolidação no setor de saúde, em resposta a desafios

como o aumento dos custos, a pressão por inovação tecnológica e a crescente demanda por serviços de qualidade. Além disso, essas operações proporcionam maior poder de negociação com fornecedores, otimização de recursos e ampliação da presença geográfica, gerando benefícios tanto para as empresas quanto para os pacientes. “O jogo já mudou faz tempo: velocidade e escala definem quem vai liderar. O ecossistema da saúde está em ritmo acelerado e o foco em integração e inovação, já são a regra. Quem não acompanhar, ficará para trás”, ressalta Marcos Laredo, sócio-líder de Healthcare & Life Sciences da KPMG no Brasil.

Segundo a KPMG, foram concretizadas 22 transações, sendo a maioria de natureza doméstica. Entre as operações

internacionais, quatro envolveram empresas estrangeiras adquirindo capital de empresas estabelecidas no Brasil (tipo CB1), duas foram realizadas por empresas brasileiras adquirindo, de estrangeiros, capital de empresas no exterior (tipo CB2), e uma transação foi conduzida por uma empresa de capital majoritariamente estrangeiro adquirindo, de estrangeiros, capital de uma empresa estabelecida no Brasil (tipo CB4).

Dados globais de fusões e aquisições em 43 setores da economia mostram uma queda geral de 2,6% no total de operações, mas um aumento de mais de 13% nas transações envolvendo fundos de private equity e venture capital. Sendo que o setor da saúde segue em destaque com o crescimento.

ANS INCORPORA AO ROL NOVO MEDICAMENTO PARA TRATAR CÂNCER

(Gov) ANS – 27/01/2026

Pacientes com doença rara do sangue passam a contar com mais uma opção de terapia

Em sua [primeira reunião colegiada do ano](#), a diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou nessa segunda-feira, 26/1, a inclusão ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde do Momelotinibe, para o tratamento de mielofibrose, um tipo raro de câncer, em que a medula vai sendo substituída por um tecido fibroso, o que atrapalha a produção normal do sangue.

O medicamento foi incorporado para os casos de risco intermediário e alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial em adultos com anemia.

O Momelotinibe foi submetido diretamente à ANS, tendo passado pela 45ª reunião técnica e pela 2ª reunião técnica extraordinária da Comissão de Atualização do Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), realizadas em outubro de 2025 e janeiro de 2026, respectivamente, e, também, pela Consulta Pública 163 e pela Audiência Pública 61, ambas realizadas ao longo de novembro de 2025.

O medicamento passará a integrar o grupo “Terapia Antineoplásica Oral para Tratamento do Câncer” do rol, sendo obrigatoriamente coberto pelas operadoras de planos de saúde a partir de 2/3/2026.

Sobre o rol

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

ANS DIVULGA RELATÓRIO TRIMESTRAL DA OUVIDORIA

(Gov) ANS – 27/01/2026

Acesse o levantamento referente ao período de outubro a dezembro de 2025

Está disponível para consulta no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o [Relatório Trimestral da Ouvidoria](#) referente ao quarto trimestre de 2025. Em formato de painel dinâmico, o documento traz os principais indicadores de desempenho da área, com destaque para o volume das manifestações recebidas, prazos médios de atendimento e outras atividades desenvolvidas pelo setor ao longo do trimestre.

De outubro a dezembro de 2025, 1.953 manifestações eram de competência da Agência e foram tratadas dentro do fluxo da Ouvidoria, com um tempo médio de resposta de 4,5 dias, prazo bem abaixo dos 30 dias exigidos pela Controladoria Geral da União (CGU). Resultados como este consolidam o

canal como um meio efetivo de escuta e diálogo com a sociedade.

A principal porta de entrada dessas manifestações é o Fala.BR, que se manteve como o canal mais utilizado pelos usuários, acolhendo 1.631 (83,5%) manifestações, enquanto o Disque ANS registrou 269 (13,8%) protocolos.

O assunto mais abordado pelos usuários foi “Demora na resposta da demanda/processo – Análise preliminar da demanda NIP” e o tipo de demanda mais frequente foi a “Reclamação”, com 1.743 queixas.

“Mais do que um conjunto de dados, os relatórios da Ouvidoria traduzem a voz do cidadão em insumo para a gestão e para a regulação. Seu conteúdo subsidia decisões, fortalece a governança e contribui para uma atuação cada vez mais responsiva, transparente e orientada ao interesse

público”, destacou a Ouvidora interina da ANS, Fernanda Guedes.

Atendimento das manifestações

Entre as manifestações que seguiram o fluxo de tratamento, 796 (40,8%) foram consideradas próprias de ouvidoria e 1.074 (55%) não se enquadraram nessa categoria. Outubro registrou o maior número de manifestações enviadas à Ouvidoria no ano, 846. Ato todo, em 2025 foram registradas 7.468 manifestações.

INFLAÇÃO E CUSTOS DA SAÚDE: CAUSAS E IMPACTOS DA CRISE

Saúde Business - 27/01/2026

Nos últimos dez anos, o crescimento médio dos gastos com saúde superou o IPCA em aproximadamente 8%.

O custo da saúde não é um problema exclusivo do Brasil. No entanto, nosso país possui características singulares que não se limitam apenas ao impacto econômico. Outros fatores geram alto grau de incerteza no sistema e sinalizam que a insustentabilidade dos modelos atuais está no horizonte.

A comparação entre o aumento dos custos gerais, que podem ser medidos pela variação do IPCA, e da “inflação na saúde”, que pode ser mais bem definida pelo “custo de saúde” é desproporcional. Alguns estudos mostram que, na última década, o aumento médio dos gastos com a saúde ficou cerca de 8% acima do IPCA, com uma mediana ainda mais alta.

Do total de 53 milhões de brasileiros que atualmente têm acesso à saúde suplementar, 16,2% são planos individuais ou familiares, 11% são planos por adesão e a grande maioria são de planos coletivos empresariais (72,7%), segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para reduzir ou mesmo eliminar esta tendência de alta nos gastos, é preciso compreender os reais motivos que levam a este resultado. O envelhecimento da população é uma delas. Não deixa de ser boa notícia para todos, pois estamos vivendo mais e de maneira ativa! Porém, o crescimento desta faixa etária vem acompanhado de doenças crônicas e outros episódios que requerem intervenção – o que provoca aumento natural e projetado da utilização de recursos de saúde e, portanto, dos custos. Como fator adicional a ser analisado, temos a tendência de menor capacidade financeira desta faixa da população. Temos que estimular o acesso a iniciativas de promoção de saúde que postergam e atenuam os efeitos e complicações de doenças crônicas e episódios que acometem os idosos.

As novas tecnologias – medicamentos, procedimentos e equipamentos – em sua maioria entram no mercado com custos mais elevados e muitas vezes não são substitutivas, mas aditivas às já existentes nos ambientes hospitalares. Os cálculos de valor (eficiência, sobrevida e qualidade de vida) relativos aos custos adicionais comparados com as

Parte das manifestações recebidas pela Ouvidoria da ANS trata de temas cuja competência é atribuída a outros órgãos. Nessas situações, a Ouvidoria realiza o encaminhamento da demanda à ouvidoria competente, com o Ministério da Saúde, que concentra a maior parte desses casos.

Acesse o relatório e conheça os dados completos.

Para saber mais sobre o trabalho da Ouvidoria da ANS, [clique aqui](#).

tecnologias já existentes são medidas necessárias. Devemos apoiar e aperfeiçoar os órgãos reguladores, ampliando o espectro de participantes, amparados por evidências concretas e objetiva de literatura da vida real.

Por fim, temos a questão central sobre o nosso modelo de saúde, investimos pouco em prevenção e diagnóstico precoce. Estimulamos a atenção secundária e terciária na busca de especialistas sem triagem e tratamentos superficiais feitos no pronto-socorro, com estímulo para o uso indiscriminado de recursos de saúde percebido como melhor “qualidade” para o paciente. A solicitação indiscriminada de exames diagnósticos, tratamentos ou internações desnecessários, não acarretam um melhor desfecho, pelo contrário, a jornada do paciente se mostra desintegrada e desacompanhada, funcionando em degraus isolados.

O modelo de cuidado precisa mudar. A análise feita por algumas operadoras é que a carteira de clientes gira, em média, a cada 2 anos. Isto não é motivo para não termos ações coordenadas de medicina preventiva, atenção primária, gestão de doenças crônicas, bem como integradores da jornada de saúde dos indivíduos. É preciso engajar as empresas, RHs e os setores de saúde corporativa, para participarem desta responsabilidade. Como ferramenta importante, precisamos evoluir para interoperabilidade – disponibilizando prontuários compartilhados e acessíveis para toda população. Os hospitais associados à Ahfip têm investido nestas estratégias, mesmo com utilização ainda inicial, analisando esta premente necessidade.

A parceria entre operadoras e prestadores precisa sair do discurso, pois está claro que a verticalização é uma estratégia legítima, mas não funciona sempre e nem para todos – inclusive financeiramente, como podemos acompanhar recentemente. O estímulo à utilização de recursos contrabalançado pelas estratégias de atraso ou (não) pagamento é ruim para todos e acarreta crises cíclicas e intermináveis. O foco nas melhores práticas de utilização de recursos, remuneração adequada para melhores desfechos com foco no menor custo total (e não no menor preço isolado) é o caminho a ser trilhado. É necessário fazer a diferenciação para aqueles que têm os melhores indicadores de qualidade, pertinência e eficiência, reais e auditados.

Não podemos cair na tentação de acreditar que estas iniciativas citadas são fáceis e rápidas. Mas precisamos começar. E estamos atrasados.

TECNOLOGIA REDUZ TEMPO DE ESPERA E CUSTOS OPERACIONAIS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

Revista Cobertura – 23/01/2026

Soluções contribuem para zerar filas para consultas e diminuir custos com medicamentos

As áreas críticas de hospitais – como Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), Prontos-Socorros e Enfermarias – concentram cerca de 80% da folha de pagamento médica e estão no centro de uma transformação tecnológica. O levantamento TIC Saúde 2024 – do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br), do Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br) – aponta que 17% dos médicos no Brasil utilizam tecnologias de Inteligência Artificial (IA) generativa em suas rotinas profissionais.

Esse percentual demonstra que há espaço para apostar e potencializar a adoção da tecnologia, a exemplo do que já vem sendo feito com a IA na análise dos resultados de exames realizados em PSs e em outras frentes. “Não se trata de substituição de pessoas e postos de trabalho; pelo contrário, a tecnologia possibilita que os profissionais na linha de cuidados críticos tenham informações em tempo real e muito mais rápidas, o que resulta em decisões mais assertivas e desfechos clínicos positivos”, explica Jair Rodrigues, médico, fundador e CEO da H2 Soluções em Saúde, empresa de gestão hospitalar com ênfase em cuidados críticos.

Na avaliação do executivo, a adoção de tecnologias disruptivas e inteligência de dados está transformando a eficiência operacional em instituições públicas e privadas, em todas as áreas da assistência hospitalar. Cases de hospitais em diferentes estados comprovam os resultados alcançados a partir dos investimentos em novas tecnologias. Uma instituição hospitalar de Minas Gerais ampliou o volume de consultas em diferentes especialidades, um crescimento de mais de 165% nos casos de pacientes com problemas vasculares, num comparativo entre os dois últimos anos.

“Foi possível zerar o tempo de espera que, antes da implementação dessas ferramentas, chegava a 75 dias, no

comparativo do mesmo período”, analisa Rodrigues. Ainda segundo dados do mesmo hospital, o volume de pequenas cirurgias cresceu quase 200%, enquanto o aumento na realização de exames de colonoscopia foi de 70% e de endoscopia de mais de 50%.

A análise detalhada desses indicadores mostra que o hospital conseguiu agilizar os atendimentos, ampliar a capacidade de realização de exames, identificando as doenças a serem tratadas e possibilitando a realização das intervenções indicadas aos quadros de saúde das pessoas atendidas. O CEO da H2 ressalta que os efeitos dessa eficiência operacional beneficiam tanto os profissionais como os pacientes, em um círculo virtuoso para todos.

Outro indicador, a redução de transferências para unidades de outras cidades confirma a efetividade dos serviços prestados. O custo mensal caiu quase 60%, evitando a necessidade de remoção (via ambulância) para municípios a 220 km de distância do local de residência dos pacientes, o que demandava uma média de 3 horas de deslocamento.

No estado de São Paulo, os indicadores de uma instituição hospitalar apontam que a implementação de soluções em tecnologia gerou uma economia no volume de medicamentos antimicrobianos. Em apenas 10 meses, foi possível reduzir esses custos em 26%, o que ainda trouxe resultados positivos com a redução das taxas de infecção.

Em um setor em que os recursos e o financiamento são predominantemente limitados, viabilizar cuidados eficientes e viáveis é indispensável para que as futuras gerações tenham acesso a serviços em saúde. “A transformação impulsionada pela tecnologia tem relevância para além das operações dos hospitais em si. Os benefícios gerados para pacientes e profissionais têm impacto direto no ecossistema da saúde, à medida que possibilitam rapidez e qualidade nos atendimentos e nos desfechos clínicos, por meio do uso racional de recursos, o que é de suma importância para a sustentabilidade de toda a cadeia”, destaca Rodrigues

PÚBLICO ACIMA DE 60 ANOS COM PLANOS DE SAÚDE NA MODALIDADE AUTOGESTÃO CHEGOU A 28% EM 2025

Valor Econômico – 22/01/2026

A representatividade de idosos na nossa carteira é equivalente ao cenário demográfico que teremos no país em 2050”, diz João Paulo dos Reis Neto, da Unidas, associação das operadoras de autogestão

A fatia da população com mais de 60 anos entre os clientes de planos de saúde de autogestão, modelo administrado pelo próprio contratante, atingiu 28,1% em 2025. É um incremento

de cerca de 1,5 ponto percentual sobre o ano anterior, a mesma média de crescimento de períodos imediatamente anteriores.

Os dados são da Unidas, associação das operadoras de autogestão. Há no país cerca de 4,5 milhões de usuários com esse tipo de convênio médico (equivalente a 8,5% do total), em contratos com operadoras como a Cassi, dos funcionários do Banco do Brasil; Postal Saúde, dos Correios; e de entidades de classe.

“A representatividade de idosos na nossa carteira é equivalente ao cenário demográfico que teremos no país em 2050”, disse João Paulo dos Reis Neto, diretor técnico da Unidas. A taxa de sinistralidade assistencial das operadoras de autogestão gira entre 90% e 92%.

Expectativas de envelhecimento da população

Os dados da entidade são acompanhados com atenção pelo setor devido às expectativas de envelhecimento da população brasileira e seus impactos no sistema de saúde. As operadoras de autogestão têm historicamente um volume maior de clientes acima de 60 anos. É um modelo que permite a inclusão de familiares até terceiro grau e pais como dependentes.

As operadoras de autogestão não visam lucro, são ligadas às empresas que concedem o benefício aos seus funcionários ou a uma categoria, como servidores. Por isso, é comum encontrar uma oferta de serviços superior ao do mercado. Esse tipo de convênio médico representa cerca de 25% da receita dos hospitais da Anahp, associação que reúne os melhores hospitais do país.

Nas seguradoras de saúde (como Bradesco e SulAmérica), a fatia do público com mais de 60 anos é de 8,7%. Nas Unimed e

nas medicinas de grupo (Amil, Hapvida etc), o percentual gira na casa de 15%.

Segundo Reis Neto, atualmente, a maior despesa vem de atendimentos oncológicos. Esse tratamento isoladamente representa 10% do custo médico total, entre as 56 especialidades médicas cobertas pelos planos de saúde. Antes da pandemia, esse percentual ficava entre 4% e 6%. Esse salto é devido à criação de medicamentos com mais tecnologia e mudanças nas regras dos planos de saúde que passaram a permitir a inclusão de novas coberturas em menor prazo.

“Há medicamentos que custam R\$ 400 mil o tratamento. No Brasil, ao contrário de outros países, o custo unitário não cai mesmo quando há um volume relevante de indicações do medicamento”, disse.

O mercado de autogestão ganhou novas regras em novembro, o que foi bem recebido pelo setor. “Acreditamos que vai ajudar muito. Estamos otimistas”, disse o diretor. A partir de 1º de julho deste ano, empresas de diferentes ramos de atividade poderão se reunir para ofertar um plano de saúde — o que era proibido antes. Hoje, cada uma dessas empresas ou entidades administra sua própria carteira, sem poder trabalhar em conjunto.

Segundo Anderson Mendes, consultor e ex-presidente da Unidas, esse era um pleito antigo do setor. “Poder unir empresas e entidade é um caminho para a sustentabilidade. Mais de 80% das autogestões têm menos de 20 mil vidas. Um sinistro elevado torna a operação inviável. Ajuda também o governo. Há muitos servidores com plano de autogestão”, disse Mendes.

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)