



Crise de Sustentabilidade e Eficiência na Saúde Suplementar Brasileira: Uma Análise Estrutural dos Desperdícios, Fraudes e os Caminhos da Coordenação de Cuidados em 2026

Edição 007/2026 | 07 de junho de 2026 | Publicado



Grupo CSV — Cuidados em Saúde com Valor

Introdução ao Custo da Ineficiência e a Urgência da Transição de Modelos

O sistema de saúde suplementar brasileiro enfrenta, em 2026, seu momento mais crítico de reestruturação financeira e assistencial. [1] A escalada dos custos, impulsionada pelo envelhecimento populacional, pelo avanço acelerado de novas tecnologias e pelo aumento de condições crônicas e obesidade, colocou o setor sob extrema pressão. [2] Em 2023, a sinistralidade das operadoras de planos de saúde atingiu a marca histórica de quase 90%, evidenciando a fragilidade do modelo econômico e forçando intervenções regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [3]

Apesar de uma recuperação financeira observada em 2025 — com o setor registrando um lucro líquido agregado de R\$ 24,4 bilhões e a sinistralidade recuando para 81,7% [83] —, essa melhora foi impulsionada primariamente por fortes reajustes de mensalidades, aumento de coparticipação, redução de reembolsos e altos rendimentos de aplicações financeiras, mascarando pressões estruturais contínuas. A inflação médica, medida pela Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), atingiu 15,1% em 2023 (frente a um IPCA de apenas 4,62%) e projeta-se em torno de 12,9% para 2025. [84]

Esse desequilíbrio é, fundamentalmente, o reflexo mensurável de ineficiências históricas. [4] Estima-se que cerca de 30% de todos os gastos assistenciais da saúde privada no Brasil sejam consumidos por desperdícios. [5] Quando analisados os subsistemas público e privado de forma combinada, o país desperdiça mais de R\$ 300 bilhões anualmente, o que representa aproximadamente 40% de todo o custo do setor de saúde nacional. [6] Em termos globais, esse cenário de perdas supera os US\$ 3,5 trilhões anuais, com os Estados Unidos liderando as perdas com cerca de US\$ 1 trilhão consumidos por ineficiências. [6]

A gênese desse colapso econômico reside na dominância do modelo de remuneração conhecido como fee-for-service (pagamento por serviço prestado). [5] Esse arranjo cria um incentivo perverso em toda a cadeia: os prestadores de serviços, como hospitais, clínicas e laboratórios, são remunerados de acordo com a quantidade de procedimentos que prescrevem e realizam. [5] Consequentemente, estimula-se a sobreutilização de exames e terapias em detrimento da manutenção preventiva da saúde do paciente. [5] Em contrapartida, o cuidado de saúde baseado em valor (Value-Based Healthcare - VBHC) propõe inverter essa lógica ao alinhar o reembolso à entrega de desfechos clínicos que realmente importam para o paciente divididos pelo custo total do ciclo assistencial. [9] No entanto, a transição para o VBHC caminha a passos lentos no cenário brasileiro devido a barreiras estruturais e à resistência cultural de um mercado acostumado à volumetria. [1] Um estudo inédito da L.E.K. Consulting em parceria com o Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS) revelou que apenas cerca de 10% dos hospitais brasileiros possuem acordos efetivamente baseados em valor, e o modelo mais avançado de DRG atrelado a valor é aplicado por meros 7% das instituições. [85]

Ranqueamento e Análise das Maiores Causas de Desperdício na Saúde Suplementar

Para compreender a distribuição das perdas financeiras e assistenciais na saúde suplementar, torna-se necessário ranquear as fontes de desperdício com base em seu impacto econômico, complexidade e potencial de mitigação através de novas abordagens de gestão integrada.

Classificação e Grau de Impacto	Categoria de Desperdício	Fatores Geradores e Mecanismos Clínico-Administrativos	Estimativa de Impacto Financeiro e Operacional
---------------------------------	--------------------------	--	--

Classificação e Grau de Impacto	Categoria de Desperdício	Fatores Geradores e Mecanismos Clínico-Administrativos	Estimativa de Impacto Financeiro e Operacional
1º Lugar (Maior Impacto Sistêmico)	Fragmentação e Falta de Coordenação do Cuidado	Ausência de prontuários eletrônicos compartilhados; desconexão entre níveis de atenção (primária à terciária); repetição desnecessária de exames diagnósticos; e múltiplas consultas com especialistas inadequados. [11]	Consome cerca de 15% das receitas de consultas. [14] Provoca a repetição desnecessária de 20% a 40% dos exames laboratoriais [15] e gera mais de 20 mil internações evitáveis ao ano, custando R\$ 400 milhões. [16] O desperdício total estimado na saúde atinge R\$ 216 bilhões anuais. [86]
2º Lugar	Sobreutilização Clínica e Indução do Modelo Fee-for-Service	Excesso de exames de alta complexidade (RM e TC) para fins de medicina defensiva; e realização de 40% a 50% de consultas médicas desnecessárias. [5]	Entre 25% e 65% dos exames realizados no país são considerados desnecessários. [6] A taxa de utilização de ressonância magnética na saúde suplementar brasileira (149 por mil) é quase o triplo da média da OCDE (52 por mil). [17] [87]
3º Lugar	Fraudes Administrativas e Abusos de Reembolso	Migração de fraudes assistenciais de órteses para atos administrativos complexos, como fraudes de reembolso sem lastro e criação de CNPJs fictícios para fechar contratos corporativos e simular atendimentos inexistentes. [18]	Comprometimento negativo de 11% a mais de 12,7% nas receitas das operadoras em 2022, representando perdas reais estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões para o setor suplementar. [18] [88] Houve um aumento de 66% nas denúncias de fraudes em 2023. [89]
4º Lugar	Falta de Rastreabilidade e Abuso em OPME	Baixa concorrência entre fabricantes; discrepâncias extremas de preços de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIs); ausência de rastreabilidade de implantes; e indicações cirúrgicas excessivas. [6]	A aquisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) responde por mais de 30% de todos os custos assistenciais das operadoras brasileiras. [6] Variações de preços podem chegar a 3.108%. [90]
5º Lugar	Insegurança Assistencial e Micro-desperdício de Insumos	Ocorrência de eventos adversos graves em internações; processos de auditoria ineficientes que resultam em glosas elevadas; e descarte inadequado de insumos médicos à beira do leito. [19]	A insegurança assistencial hospitalar gera um desperdício anual de R\$ 10,6 bilhões apenas na saúde suplementar. [21] O micro-desperdício operacional consome de R\$ 27,20 (venopunção) a R\$ 214,63 (banho de leito) por procedimento. [19]

O Custo Invisível da Fragmentação da Assistência e a Desconexão de Prontuários

A fragmentação da assistência à saúde destaca-se como a principal causa de desperdício na saúde suplementar brasileira, pois atua de forma transversal, amplificando as demais ineficiências do sistema. [11] Quando o cuidado é desestruturado, o paciente perde o direcionamento clínico dentro da rede assistencial, gerando uma jornada redundante que foca unicamente no tratamento de patologias isoladas em vez de gerenciar a saúde do indivíduo de forma holística e contínua. [11]

A raiz técnica da fragmentação reside na ausência de comunicação e integração entre os sistemas de dados clínicos. [12] Hospitais, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimentos e laboratórios operam como verdadeiras "ilhas de informação" que não se comunicam entre si. [12] Na prática diária do setor suplementar, o histórico clínico do

paciente é reiniciado a cada novo atendimento. [12] Como os prontuários eletrônicos não são unificados e interoperáveis, o médico de um hospital não tem acesso às prescrições anteriores, diagnósticos ou resultados de exames realizados em laboratórios externos. [12]

Esse cenário transfere a responsabilidade da coordenação do histórico clínico para a memória do próprio beneficiário ou de seus familiares. [11] Sem a comprovação documental do caminho já percorrido, as equipes de saúde enfrentam grande insegurança diagnóstica. [15] Para mitigar riscos judiciais ou operacionais, os médicos optam por repetir exames laboratoriais e de imagem que já haviam sido executados recentemente. [11] Segundo dados consolidados pela Abramed, cerca de 2.4 bilhões de exames diagnósticos foram realizados no Brasil em 2023. [15] Desse montante, estima-se que entre 25% e 40% sejam exames redundantes e desnecessários, gerados unicamente pela barreira de comunicação entre equipes e sistemas. [15] Casos de sucesso demonstram que a integração de sistemas e alertas de duplicidade podem reduzir os custos com exames repetidos em 42%. [91]

Sob a ótica da teoria microeconômica, essa fragmentação é alimentada pelo problema do agente-principal e pela assimetria de informação. [2] As operadoras de saúde (o principal) contratam os prestadores (o agente) para gerenciar o cuidado dos beneficiários. [2] No entanto, devido à baixa capacidade de monitoramento em tempo real e à falta de integração nacional de dados, os prestadores adotam comportamentos oportunistas conhecidos como risco moral (moral hazard). [2] Aproveitando-se da assimetria informativa, hospitais tendem a faturar diárias desnecessárias, solicitar códigos de procedimentos adicionais para cirurgias e reter o paciente no leito para manter taxas de ocupação artificialmente elevadas. [11]

Essa ineficiência também se manifesta na escolha de tratamentos de alto custo quando alternativas mais acessíveis e de idêntica eficácia assistencial estão disponíveis no mercado. [11] Sem um prontuário unificado que permita auditorias automatizadas por inteligência artificial, as operadoras enfrentam sinistros artificiais gerados por cobranças sem lastro documental adequado. [4]

O Telemonitoramento e a Telemedicina: Eficiência Assistencial contra os Riscos de Banalização e Sobreuso

A transformação digital, impulsionada pelo avanço da inteligência artificial, Big Data e ferramentas de telessaúde, consolidou-se como um pilar de mitigação de custos e controle de sinistros nas carteiras das operadoras de saúde em 2026. [4] Em 2025, foram realizados 3,1 milhões de atendimentos via telessaúde no país, com uma notável taxa de resolutividade de 72% no ambiente digital. [92] O telemonitoramento proativo de sinais vitais, amparado pelo uso de dispositivos vestíveis (wearables) e de monitoramento remoto de dados fisiológicos, viabilizou a transição de uma medicina puramente reativa para um modelo preditivo. [4] Por meio de algoritmos de aprendizado de máquina alimentados por dados contínuos de utilização, operadoras conseguem identificar precocemente variações clínicas em pacientes de alto custo antes que estas evoluam para uma descompensação aguda. [4]

O impacto econômico dessas tecnologias quando aplicadas de forma planejada é substancial. [25] Em termos de produtividade nacional, cortes avaliadas em projetos de teleinterconsulta apontam que evitar o deslocamento físico desnecessário do paciente preserva a renda laborativa, alcançando economias medianas superiores a R\$ 2 milhões por período analisado. [26] Ademais, no contexto corporativo, empresas que adotam uma gestão orientada por dados assistenciais conseguem reduzir suas despesas gerais com saúde em patamares de 15% a 25% dentro de um período de 18 meses, sem a necessidade de realizar cortes de benefícios para os colaboradores. [8]

Entretanto, a implementação acelerada e desregulada da telemedicina revelou graves efeitos colaterais que podem anular seus benefícios econômicos, gerando uma nova vertente de desperdício assistencial. [27] Apesar do crescimento, a telemedicina representou apenas cerca de 1% do total de 284 milhões de consultas realizadas por planos de saúde em 2024. [93] Na ausência de processos eficientes de triagem, a telemedicina deixa de ser uma solução de eficiência e passa a atuar como um "pronto-socorro digital mais caro". [28] De fato, a extrema facilidade de agendamento online de consultas por videochamada gerou um fenômeno de sobreutilização do sistema por parte dos beneficiários. [27]

O comportamento de consumo imediatista resultou na banalização do ato da consulta médica. [27] Sintomas leves e

autolimitados, que historicamente seriam resolvidos com repouso ou autocuidado orientado, motivam o agendamento de múltiplas teleconsultas repetidas por um mesmo usuário em um curto intervalo de tempo. [27] Esse fluxo excessivo pressiona diretamente o sinistro das operadoras por meio do pagamento de taxas por consulta a prestadores terceirizados. [28]

Análises demográficas de utilização das teleconsultas também evidenciam distorções de eficácia. [27] Enquanto o grupo populacional que mais demanda recursos e internações de alto custo — os idosos com múltiplas comorbidades — apresenta as menores taxas de adesão aos canais remotos, o uso intensivo da ferramenta está concentrado em jovens e adultos saudáveis. [27] Essa disparidade reduz o retorno financeiro da tecnologia sobre a carteira das operadoras, pois o recurso tecnológico é consumido por indivíduos de baixo risco epidemiológico. [27]

Outro fator gerador de desperdício é o aumento de encaminhamentos desnecessários e a solicitação redundante de exames complementares gerados por médicos que realizam atendimentos online sem acesso ao histórico do paciente, utilizando as solicitações como um mecanismo de defesa profissional frente à impossibilidade de realização do exame físico presencial. [27] Para conter esse ralo de recursos, o mercado em 2026 exige a incorporação de triagens inteligentes baseadas em inteligência artificial que atuem como um filtro qualificado de roteamento, direcionando apenas os casos estritamente necessários para a teleconsulta médica. [28]

Gestão de Saúde Integral, Promoção à Saúde e Prevenção de Condições Crônicas

A gestão de saúde integral e a medicina preventiva constituem os pilares fundamentais para a estabilização financeira da saúde suplementar em longo prazo. [29] Estima-se que mais de 70% das patologias de alto custo tratadas em ambiente hospitalar secundário e terciário possuam correlação direta com o estilo de vida da população. [6] No Brasil, cerca de 45% da população convive com pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), como diabetes, hipertensão ou doenças cardiovasculares, sendo estas condições as responsáveis por mais de metade dos óbitos registrados no território nacional. [3]

A ausência de programas consolidados de acompanhamento contínuo e a falta de investimentos em ações de prevenção primária, secundária e quaternária geram impactos econômicos catastróficos. [29] A ineficiência preventiva manifesta-se no agravamento clínico de pacientes crônicos que poderiam ser gerenciados em nível domiciliar. [3] Em termos históricos, a falta de estratégias contínuas de prevenção para mitigar barreiras epidemiológicas resultou em gastos adicionais da ordem de US\$ 3 bilhões para a saúde privada no Brasil. [31]

A epidemia de obesidade e sobrepeso, que avançou de 12,2% em 2003 para 26,8% em 2019, atua como um dos maiores indutores inflamatórios sistêmicos, elevando drasticamente a incidência de lesões ortopédicas, diabetes, agravos cardíacos e neoplasias complexas. [2] O custo decorrente de pacientes diagnosticados com obesidade gerou um ônus assistencial de R\$ 4,7 bilhões para as operadoras brasileiras de saúde no período acumulado de cinco anos. [2] Adicionalmente, o envelhecimento populacional acelerado indica que a parcela de idosos com 65 anos ou mais triplicará nas próximas décadas, passando de 5,8% em 2000 para 21,9% em 2050, o que tornará o custo assistencial do modelo curativo insustentável caso a coordenação do cuidado preventivo não seja adotada amplamente. [2]

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como o principal mecanismo de mitigação dessas despesas ao ordenar o cuidado contínuo e preventivo. [30] A atuação da APS coordenada reduz de forma drástica a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). [21] Dados consolidados por autogestões indicam que ao menos 5,2% de todas as hospitalizações na saúde privada são classificadas como perfeitamente evitáveis. [16] Em um escopo mais amplo, 27% das internações no Brasil em 2023 foram classificadas como ICSAP (evitáveis), e apenas com infecções do trato urinário e pneumonia bacteriana, houve um desperdício de R\$ 53 milhões. [94] Esse percentual representa mais de 20 mil internações desnecessárias por ano, consumindo cerca de R\$ 400 milhões que poderiam ser aplicados na expansão de programas preventivos e de controle longitudinal de doenças crônicas. [16]

Operadoras que implementaram modelos fortes de APS demonstram resultados incontestáveis. Por exemplo, a Alice registrou uma redução de 30% nas idas ao pronto-socorro (de 108 para 76 visitas por mil beneficiários/mês), gerando uma economia mensal estimada em R\$ 300 mil em uma base de 21 mil membros, além de alcançar 84% de rastreamento de câncer de colo de útero (vs 80% da média nacional) e 63% de controle de diabetes (vs 51% nos EUA). [95]

A aplicação de sistemas clínicos padronizados de documentação, como o Omaha System, permite mapear os desfechos e os riscos dessas populações vulneráveis de forma uniforme, viabilizando o desenvolvimento de políticas de saúde preventiva muito mais custo-efetivas. [8]

O Impacto Macroeconômico do Desajuste entre Operadoras e Prestadores em 2026

O cenário de negócios da saúde suplementar em 2026 é marcado por um severo desajuste estrutural e comercial entre as fontes pagadoras (operadoras de planos de saúde) e os prestadores de serviços assistenciais (hospitais e clínicas diagnósticas). [20] Sob forte pressão para reduzir seus custos e recuperar margens consumidas pela inflação médica, as operadoras de saúde implementaram um vigoroso e inédito ajuste econômico baseado no represamento de pagamentos. [20]

Essa retenção financeira por parte das operadoras apoia-se em uma agressiva política de glosas técnicas e administrativas. [20] No segundo trimestre de 2025, a taxa inicial de glosas aplicadas pelas operadoras sobre as contas hospitalares apresentou uma alta expressiva, subindo para 14,6% frente aos 12,45% observados em 2024. [20] Embora a glosa final após as contestações dos hospitais recue para patamares de 1,97%, esse mecanismo de recusa inicial tem sido utilizado pelas operadoras para prolongar os prazos de liquidação das faturas. [20] Conseqüentemente, o prazo médio de recebimento (PMR) que os hospitais levam para receber pelo serviço prestado manteve-se elevado em um patamar crítico de 65 a 80 dias, asfixiando o fluxo de caixa das instituições prestadoras. [20] [96]

Como efeito desse desajuste de mercado, a margem EBITDA média dos hospitais privados associados à Anahp sofreu uma queda acentuada, recuando para 10,74% no segundo trimestre de 2025, frente aos 14% registrados em 2023, configurando o pior resultado operacional dos últimos quatro anos. [20] [97] Esse comportamento unilateral das operadoras em transferir seu risco financeiro para a rede credenciada gera tensões severas na cadeia de suprimentos da saúde suplementar. [20] Fornecedores de equipamentos médicos e distribuidores de medicamentos também enfrentam crescentes dificuldades para receber faturas das instituições hospitalares desprovidas de capital de giro. [33]

Adicionalmente, as ineficiências operacionais internas dos hospitais continuam a drenar recursos valiosos na ponta assistencial. [19] O aumento indevido do tempo de permanência hospitalar além do esperado para a complexidade clínica do paciente — impulsionado por atrasos burocráticos para autorizações de procedimentos, falhas de comunicação e ausência de suporte extra-hospitalar para desospitalização segura — representa uma fonte crônica de desperdício financeiro. [21]

Estudos observacionais de micro-desperdício de insumos médicos à beira do leito expõem ineficiências operacionais cotidianas graves. [19] Em procedimentos clínicos simples, como a venopunção periférica (PVP) e o banho de leito (BL) de pacientes internados, o volume de descarte indevido de materiais classificados como Classe A (gases estéreis, fraldas descartáveis, seringas, soro fisiológico e aventais descartáveis) alcança níveis alarmantes. [19]

No PVP, o custo do micro-desperdício alcança R\$ 27,20 por evento, enquanto no BL o descarte inadequado de insumos estoca perdas de R\$ 214,63 por procedimento, dos quais quase 70% são classificados como perfeitamente "evitáveis" através da simples aplicação de procedimentos operacionais padrão e melhoria na capacitação das equipes de enfermagem. [19] Projetado anualmente para um hospital de médio porte, esse desperdício silencioso de materiais básicos de enfermagem acumula perdas de mais de R\$ 83.000,00 por enfermagem analisada. [19]

Esse desajuste comercial e operacional evidencia que a sobrevivência da saúde suplementar depende da superação do foco exclusivo em cortes de custos e do estabelecimento de novos modelos de remuneração que alinhem incentivos entre pagadores e prestadores. [7]

Conclusões e Recomendações Estratégicas para o Setor

A eliminação dos desperdícios e a preservação da sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro em 2026 demandam a superação imediata de defesas comerciais unilaterais e a convergência das partes em torno de

metas comuns de valor em saúde. [7] Com base nas melhores evidências clínicas e administrativas analisadas, recomendam-se as seguintes ações estratégicas urgentes:

- Desenvolver a Interoperabilidade Nacional Baseada no HL7 FHIR: As operadoras de saúde devem superar a relutância comercial de proteção de dados e acelerar a integração de seus sistemas de prontuário eletrônico com a rede de hospitais, clínicas e laboratórios prestadores, adotando o padrão FHIR. [35] Essa integração nacional de dados clínicos é o único mecanismo capaz de eliminar de forma sustentável a repetição desnecessária de 20% a 40% dos exames diagnósticos, reduzir os erros assistenciais por falta de histórico e mitigar as fraudes de reembolsos duplicados de forma automatizada. [12]
- Implementar Sistemas de Roteamento Inteligente por IA nos Canais Digitais: Para conter o sobreuso e a banalização gerados pela telemedicina sem critérios de acesso, as operadoras devem integrar algoritmos de inteligência artificial que realizem a triagem e o pré-diagnóstico dos sintomas do beneficiário em tempo real. [27] A consulta por videochamada deve ser reservada para casos de real indicação clínica ou acompanhamento preventivo coordenado, estruturando canais automáticos de direcionamento para o autocuidado domiciliar assistido em queixas de baixíssima complexidade. [28]
- Garantir a Rastreabilidade Estrita de OPME e Padronização de DMIs: Tornar obrigatória a identificação detalhada de cada órtese, prótese ou dispositivo médico implantável desde a fábrica até a sua efetiva implantação cirúrgica. [6] Essa transparência na cadeia de suprimentos bloqueia fraudes comerciais de substituição e superfaturamento de materiais, além de viabilizar a auditoria técnica rigorosa sobre os estoques consignados não utilizados nos hospitais. [6]
- Adotar a Metodologia DRG para Transição de Modelos de Remuneração: Substituir gradativamente o pagamento por procedimento (fee-for-service) por pacotes de diárias globais e remuneração capitada de base populacional parametrizados pelo algoritmo do DRG Brasil®. [21] Essa mudança transfere o incentivo financeiro para a eficiência assistencial, forçando os hospitais a eliminarem o prolongamento indevido de leitos e a investirem ativamente na redução de eventos adversos e infecções hospitalares para proteger suas próprias margens operacionais. [21] Apenas 7% dos hospitais no Brasil aplicam atualmente o modelo DRG atrelado a valor, demonstrando a vasta oportunidade de evolução. [85]
- Estruturar Modelos Coordenados Centrados na Atenção Primária: Transformar a APS no verdadeiro alicerce de navegação do beneficiário na rede privada, fortalecendo programas de certificação induzidos pela ANS. [37] Por meio do acompanhamento longitudinal realizado por equipes multiprofissionais dedicadas à gestão de estilo de vida, controle de obesidade e prevenção de agravos cardiovasculares, reduz-se significativamente a demanda por procedimentos cirúrgicos complexos e as mais de 20 mil hospitalizações evitáveis registradas no setor privado. [2]

Referências

Notas	Fonte	URL
[1]	Por que a Saúde Suplementar não vai sobreviver focada em custos	Link
[2]	O IMPACTO DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SETOR	Link
[3]	Sinistralidade na saúde suplementar: o que é, dados e como reduzir	Link
[4]	Desperdício Financeiro na Saúde: Ainda tem solução?	Link
[5]	Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios	Link
[6]	Desperdício de Recursos na Saúde Suplementar: Caminhos para a Sustentabilidade e Eficiência	Link
[7]	VBHC: Como Equilibrar Interesses de Operadoras e Hospitais	Link
[8]	VBHC em saúde corporativa: valor baseado em resultados reais	Link
[9]	Principais gargalos na entrega de valor pela saúde suplementar	Link

Notas	Fonte	URL
[11]	Por que a fragmentação de dados clínicos é o maior risco para a segurança do paciente em redes públicas?	Link
[12]	Texto para Discussão nº 78 - 2021 Cuidados Coordenados	Link
[14]	Recursos vão para o ralo com desperdício	Link
[15]	O custo oculto dos exames duplicados no SUS	Link
[16]	Atenção primária: alicerce de uma saúde suplementar mais resolutiva e econômica	Link
[17]	Desperdícios: estudo do IESS analisa o comportamento e a incidência na saúde suplementar	Link
[18]	Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar	Link
[19]	Custo do desperdício de materiais: punção venosa periférica e banho no leito	Link
[20]	Anahp expõe descompasso entre ganhos de operadoras e pressão sobre hospitais	Link
[21]	Sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro	Link
[25]	Telemedicina em 2026: O futuro da saúde nas operadoras	Link
[26]	Impacto de um centro de telemedicina na redução da perda de produtividade	Link
[27]	Alcances y limitaciones de la teleconsulta en pandemia de covid-19	Link
[28]	Kompa — IA para Operadoras de Saúde Reduza a Sinistralidade	Link
[29]	Sinistralidade em plano de saúde: entenda o que é e como calcular	Link
[30]	Como a atenção primária a saúde pode ajudar a reduzir custos na operadora de saúde	Link
[31]	Avaliação dos custos hospitalares na saúde suplementar	Link
[33]	Anahp - Indicadores financeiros dos hospitais mostram os efeitos dos desajustes no sistema de saúde suplementar	Link
[35]	A questão é: interoperabilidade SUS - Desafio para a Saúde Suplementar	Link
[37]	Em Seminário, ANS debate a importância da Coordenação do Cuidado	Link
[83]	ANS divulga dados econômico-financeiros de 2025	Link
[84]	A evolução da inflação médica e seus impactos (IESS, 2026)	Link
[85]	Saúde baseada em valor ainda é exceção no Brasil, mas estudo aponta mudança de rota até 2030	Link
[86]	Desperdício médico faz mal para a saúde (Poder360, 2026)	Link
[87]	Cada vez mais exames são pedidos no Brasil e excesso sobrecarrega sistemas de saúde	Link
[88]	IESS_Estudo de Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar (IESS/EY)	Link
[89]	Fraude no uso do plano de saúde: um desafio para o RH (WTW, 2024)	Link
[90]	Preços de órteses e próteses podem variar mais de 3.000%, aponta ANS	Link
[91]	O custo oculto dos exames duplicados no SUS (Strivium, 2024)	Link
[92]	Telessaúde ampliou o acesso no Brasil, mas está longe de atingir seu potencial	Link

Notas	Fonte	URL
[93]	Panorama Saúde Suplementar (ANS, 2026)	Link
[94]	27% das internações em 2023 poderiam ter sido evitadas (Wellbe, 2024)	Link
[95]	Modelo de atenção primária gera economia mensal de R\$ 300 mil a operadora	Link
[96]	A asfixia financeira dos hospitais privados no Brasil (Medicina S/A, 2026)	Link
[97]	Observatório Anahp 2025	Link