
ÍNDICE INTERATIVO

[Rol taxativo nos planos de saúde: STF começa a julgar limite de cobertura](#) – Fonte: O Globo

[ANS inclui, pela primeira vez, tratamentos para lúpus no rol de coberturas obrigatórias](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Vantagens do open health na saúde: benefícios, desafios e futuro](#) - Fonte: Saúde Business

[Como oferecer exames on-line com segurança e eficiência](#) - Fonte: Saúde Business

[Jurista do CEUB explica riscos e cuidados da LGPD](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Planos de saúde individuais encolhem e viram impasse entre consumidores e operadoras](#) - Fonte: Info Money

[Medicamentos importados na saúde suplementar e a incerteza jurídica](#) - Fonte: Estado de Minas

[Seminário debate cenário atual e perspectivas para a saúde suplementar em 2030](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Modelo populacional + valor redefine incentivos e prioriza saúde, não doença](#) - Fonte: Saúde Business

[IESS: Saúde suplementar registra dois novos recordes](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Comissão aprova projeto que obriga planos de saúde a fornecerem carteiras físicas para usuários](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Contratos pulverizados, beneficiários concentrados: o retrato dos planos de saúde coletivos empresariais](#)
Fonte: Saúde Business

ROL TAXATIVO NOS PLANOS DE SAÚDE: STF COMEÇA A JULGAR LIMITE DE COBERTURA

O Globo – 17/09/2025

Ministros avaliam lei de 2022

O Supremo Tribunal Federal (STF) começa a julgar nesta quarta-feira a validade da lei que obriga planos de saúde a cobrir procedimentos fora da lista da Agência Nacional de Saúde (ANS). A legislação acabou com o chamado rol taxativo da ANS, que passou a ser exemplificativo, ou seja, uma referência para as operadoras.

A lei, de 2022, determina que a lista de procedimentos da ANS "constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde". Entretanto, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico que não esteja previsto no rol, a cobertura deverá ser autorizada, desde que exista comprovação da eficácia ou recomendação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) questionou no STF essa mudança. A entidade alega que os atos normativos desrespeitam o caráter complementar

da assistência à saúde exercida pela iniciativa privada, porque estaria exigindo das operadoras mais do que o imposto ao Sistema Único de Saúde.

Em abril, foram realizadas as sustentações orais das partes e de interessados. Na ocasião, a Advocacia-Geral da União (AGU) defendeu a manutenção da lei e afirmou que o desequilíbrio no setor previsto pela Unidas não se confirmou, com registro de lucros bilionários às operadoras nos últimos anos.

A lei foi aprovada como uma resposta do Legislativo à decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que entendeu, em 2022, que o rol seria taxativo e que os planos não seriam obrigados a cobrir serviços que não constam na lista da ANS.

Esse rol inclui mais de 3 mil serviços médicos, que vão de consultas, exames, terapias e cirurgias a medicamentos, órteses e próteses vinculados aos procedimentos, mas órgãos de defesa do consumidor argumentam que não pode ser usado para descartar tratamentos não listados.

ANS INCLUI, PELA PRIMEIRA VEZ, TRATAMENTOS PARA LÚPUS NO ROL DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS

(Gov) ANS – 17/09/2025

Planos terão que oferecer dois medicamentos para a doença autoimune a partir de 3/11/2025

Em reunião nesta segunda-feira, 15/9, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a inclusão de dois medicamentos para o tratamento de lúpus no Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, tornando obrigatória a cobertura desses tratamentos para os beneficiários de planos de saúde a partir de 3/11/2025.

Os medicamentos que passarão a ser cobertos são: anifrolumabe e belimumabe, indicados ao tratamento do lúpus eritematoso sistêmico para pacientes adultos que apresentam frequentes episódios da doença, com alta incidência de sintomas, apesar do uso da terapia padrão.

O lúpus é uma doença autoimune, crônica e que causa diversos sintomas, com quadros de inflamação que podem danificar tecidos e órgãos. Caso não seja controlado, o problema pode levar os pacientes a se afastarem de suas atividades diárias com frequência, inclusive levando ao isolamento social.

O anifrolumabe e o belimumabe são as primeiras tecnologias a fazerem parte do rol com o objetivo exclusivo de tratar a doença. Em 2024, contudo, a ANS já havia incorporado às coberturas obrigatórias o belimumabe, mas para tratar pacientes com nefrite lúpica, uma complicação renal decorrente do lúpus.

"Essas inclusões são muito significativas, pois o lúpus é uma doença complexa, que não tem cura. Se temos no país opções de medicamentos que possibilitam o controle da doença e que garantem uma boa qualidade de vida para o paciente, isso precisa estar disponível para o consumidor", destacou o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous. Durante o processo de avaliação das tecnologias, a área técnica da Agência estimou que cerca de 2 mil pessoas que têm plano de saúde serão beneficiadas com os tratamentos que serão incorporados.

"A decisão de incluir esses dois medicamentos para cobertura pelas operadoras representa um marco, pois traz esperança para milhares de pacientes. Essa medida reflete o compromisso da ANS em acompanhar a ciência, garantindo que os beneficiários tenham acesso a tratamentos seguros, modernos e eficazes, que são cruciais para o controle da

doença, a prevenção de danos irreversíveis e a melhoria substancial da qualidade de vida. Essas incorporações reforçam a nossa missão de assegurar que a assistência à saúde seja não apenas acessível, mas também alinhada com as melhores práticas clínicas", frisou a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Lenise Secchin.

Perfil dos lúpus eritematoso sistêmico no Brasil

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), o número de pessoas com lúpus eritematoso sistêmico no Brasil varia entre 150 mil e 300 mil pessoas. Contudo, os dados sobre a prevalência da doença no país não são exatos

e há uma carência de estudos epidemiológicos para entender o real impacto da doença na população brasileira.

O problema afeta, principalmente, mulheres jovens, entre os 20 e os 45 anos. Embora o lúpus possa se manifestar em qualquer idade, é menos comum em crianças e idosos.

A manifestação e a gravidade dos sintomas podem variar entre os sexos. Por exemplo, homens com lúpus tendem a apresentar maior incidência de problemas renais. A incidência da doença também é maior em negros do que em brancos, tanto no Brasil quanto em outros países.



Diagnóstico

O diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico é complexo, pois não existe um único exame que confirme a doença. A identificação do problema é feita com base na análise de uma

combinação de fatores, incluindo sintomas clínicos, histórico médico e exames laboratoriais. Por isso, é importante que o paciente mantenha uma comunicação aberta com o médico sobre os seus sintomas.

VANTAGENS DO OPEN HEALTH NA SAÚDE: BENEFÍCIOS, DESAFIOS E FUTURO

Saude Business – 16/09/2025

O open health integra sistemas e compartilha dados, aumentando eficácia e personalização no cuidado à saúde.

A digitalização da saúde está transformando a forma como hospitais, clínicas e operadoras interagem com pacientes e profissionais.

O conceito de open health surge como uma evolução do ecossistema de saúde, permitindo o compartilhamento seguro de dados médicos e a integração de sistemas. Ele surge para melhorar a personalização do atendimento, reduzir custos e aumentar a eficiência operacional.

O que é open health e como funciona?

A integração de dados entre diferentes sistemas — chamada de interoperabilidade — é o alicerce do open health, já que permite que informações de saúde circulem de forma segura e padronizada entre hospitais, clínicas, operadoras e pacientes.

Open health, ou saúde aberta, é **um movimento que busca tornar o sistema de saúde mais transparente, acessível e colaborativo**.

A iniciativa promove o compartilhamento de dados com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, ampliar o acesso a informações e possibilitar decisões mais informadas.

Na prática, o open health foca em três pilares:

1. Tornar os dados de saúde abertos e acessíveis, incluindo prontuários eletrônicos, exames e dados genômicos, permitindo que pesquisadores desenvolvam tratamentos mais eficazes.
2. Garantir transparência no funcionamento de instituições de saúde, possibilitando que pacientes comparem serviços e façam escolhas informadas.
3. Incentivar a pesquisa médica colaborativa, com acesso aberto a dados de ensaios clínicos e inovação compartilhada.

Globalmente, diversas iniciativas têm adotado o open health para ampliar o acesso a registros médicos digitais, melhorar a gestão clínica e fortalecer a colaboração entre profissionais e instituições.

No Brasil, a adoção do open health ainda está em fase inicial, seguindo a lógica do open banking, com foco em estimular a concorrência, otimizar planos de saúde e facilitar o acesso a informações para pacientes e operadoras, promovendo experiências mais personalizadas e eficientes.

Vantagens do open health na saúde

O open health oferece benefícios significativos para hospitais, clínicas, operadoras de planos e pacientes, com foco na eficiência, personalização e integração do atendimento.

Melhoria na personalização do atendimento

Com o compartilhamento seguro de dados, médicos e profissionais de saúde têm acesso ao histórico completo do

paciente, permitindo decisões mais precisas e um atendimento individualizado.

A centralização de informações em prontuários eletrônicos garante que os pacientes não precisem repetir seu histórico, aumentando a confiança e otimizando a relação médico-paciente.

Redução de custos para operadoras e hospitais

O acesso automatizado a dados clínicos reduz a duplicidade e desperdícios de exames, agiliza processos e diminui custos operacionais.

Ao facilitar a portabilidade de planos e o gerenciamento de informações, hospitais e operadoras podem otimizar recursos, promovendo maior competitividade no mercado.

Maior integração entre sistemas e profissionais

O open health permite que diferentes sistemas de saúde se comuniquem, favorecendo a interoperabilidade na saúde e o compartilhamento de informações entre médicos, laboratórios e operadoras.

Esse trabalho em conjunto **acelera diagnósticos, melhora a coordenação do cuidado e contribui para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar digital**, colocando o paciente no centro do cuidado.

Desafios da implementação do open health

A adoção do open health no Brasil apresenta grande potencial para transformar o sistema de saúde, mas ainda enfrenta obstáculos relacionados à tecnologia, regulamentação e cultura organizacional.

Questões de segurança e privacidade de dados

O compartilhamento de informações médicas exige protocolos robustos de segurança e conformidade com a LGPD na saúde.

Sem garantias de proteção adequadas, os dados dos pacientes podem ficar vulneráveis, comprometendo a confiança no sistema e a eficiência do atendimento.

Barreiras regulatórias e culturais no Brasil

A fragmentação regulatória entre órgãos como ANS e Ministério da Saúde, aliada à resistência cultural de algumas instituições em abrir seus dados, dificulta a implementação ampla do open health.

Assim como ocorreu no open banking, a padronização e incentivos claros são essenciais para acelerar a adesão.

Infraestrutura tecnológica e interoperabilidade

A adoção do open health depende de sistemas interoperáveis e padronizados, capazes de compartilhar dados de forma segura entre hospitais, clínicas e operadoras.

Perspectivas e tendências para o open health

O open health representa um movimento em expansão que deve remodelar o ecossistema da saúde no Brasil.

De acordo com estudo do IESS, países como Estônia, Reino Unido, Singapura e Austrália já avançaram em modelos de interoperabilidade e governança de dados que podem servir de referência para o cenário nacional.

Essas experiências reforçam que a transformação digital no setor exige colaboração entre diferentes players, inovação tecnológica e foco no paciente.

O papel das healthtechs no ecossistema

As healthtechs têm papel estratégico no desenvolvimento de soluções que promovem interoperabilidade e inovação.

Elas trazem para o setor de saúde práticas já testadas em outros mercados digitais, viabilizando maior integração de dados e personalização dos serviços.

Como hospitais e operadoras podem se preparar

A preparação envolve investimento em infraestrutura digital, conformidade com normas de proteção de dados e adoção de padrões de interoperabilidade.

O estudo do IESS mostra que países como Reino Unido, Estônia e Singapura têm utilizado modelos colaborativos e APIs abertas para estimular a inovação — práticas que podem inspirar hospitais e operadoras no Brasil.

Futuro da saúde digital e impacto no paciente

A experiência internacional indica que o open health tende a colocar o paciente no centro do cuidado, ampliando sua autonomia sobre os dados e facilitando o acesso a serviços de qualidade.

Para o cenário brasileiro, isso pode significar maior eficácia, redução de custos e um modelo de cuidado mais ágil e inclusivo.

O open health abre caminho para uma nova era da saúde digital, em que a integração de sistemas, a governança de dados e a inovação colaborativa serão essenciais para garantir eficiência e melhores experiências para pacientes e profissionais.

As referências de outros países mostram que o Brasil tem um potencial expressivo para adaptar modelos de sucesso, mas será necessário investir em infraestrutura, segurança da informação e fortalecimento da cultura de compartilhamento.

Nesse contexto, hospitais, operadoras, healthtechs e órgãos reguladores precisam atuar de forma integrada para tornar essa transformação sustentável e centrada no cuidado.

COMO OFERECER EXAMES ON-LINE COM SEGURANÇA E EFICIÊNCIA

Saúde Business – 16/09/2025

Exames on-line garantem praticidade no acesso, envio de laudos e gestão digital em clínicas e laboratórios.

Oferecer exames on-line tornou-se uma estratégia cada vez mais adotada por clínicas e laboratórios.

Essa prática inclui desde pedidos digitais até a entrega de laudos eletrônicos, tornando o acesso aos resultados mais rápido e integrado. A digitalização dos processos melhora a experiência do paciente e otimiza a gestão das unidades de saúde.

A medicina digital entrou em um novo ciclo de expansão em 2025, impulsionada por tecnologias como inteligência artificial, 5G e big data.

Apenas em 2023, mais de 30 milhões de atendimentos médicos foram realizados remotamente no Brasil, segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar, mostrando a consolidação da telemedicina diagnóstica.

A seguir, entenda como oferecer exames on-line com segurança e eficiência, explorando vantagens, tecnologias e boas práticas para o setor.

O que são exames on-line e como funcionam

Antes de entender as vantagens e a aplicação prática dessa modalidade, é importante esclarecer como os exames on-line são estruturados e quais tecnologias estão por trás desse processo.

Definição de exames digitais e telemedicina diagnóstica

Os exames on-line consistem em procedimentos de apoio ao diagnóstico disponibilizados de forma digital, o que inclui tanto a solicitação quanto a entrega dos resultados via plataformas seguras.

Eles podem ser realizados presencialmente, mas o acesso, armazenamento e laudos passam a ser geridos em ambiente on-line.

Esse modelo está diretamente conectado à telemedicina diagnóstica, que possibilita a interpretação remota de exames por médicos especialistas devidamente credenciados, garantindo laudos ágeis e assinados digitalmente.

Além de aumentar a conveniência para pacientes, a prática otimiza recursos e expande a cobertura assistencial.

Solicitação, realização e entrega dos resultados

O fluxo de exames digitais segue etapas semelhantes ao processo tradicional, mas com ganhos de eficiência:

- **Solicitação digital:** durante uma consulta presencial ou teleconsulta, o médico pode emitir pedidos eletrônicos com assinatura digital, que ficam disponíveis ao paciente em uma plataforma on-line.
- **Exames on-line garantem praticidade no acesso,** envio de laudos e gestão digital em clínicas e laboratórios.
- **Realização do exame:** dependendo do tipo, pode ocorrer em clínicas, hospitais, laboratórios ou até via coleta domiciliar, no caso de exames laboratoriais.
- **Entrega e acesso:** os resultados são liberados em ambiente digital seguro, acessíveis por login e senha, com possibilidade de download ou impressão.

Esse processo permite que pacientes consultem laudos sem deslocamento e equipes médicas compartilhem informações em tempo real, favorecendo a continuidade do cuidado.

Tecnologias que viabilizam exames on-line (IA, nuvem, plataformas integradas)

A expansão dos exames digitais só é possível graças a tecnologias que garantem segurança, integração e escalabilidade:

- **Plataformas em nuvem:** oferecem armazenamento seguro, acessível de qualquer lugar e com autenticação protegida por criptografia.
- **Inteligência Artificial (IA):** auxilia na triagem de dados, interpretação de exames complexos e suporte à decisão clínica, aumentando precisão e agilidade.
- **Sistemas integrados de telessaúde:** unificam agendamento, exames, laudos e prontuários em um único ambiente digital, reduzindo retrabalho e ampliando eficiência.

Esses recursos representam não apenas inovação, mas também um passo fundamental na digitalização da medicina diagnóstica, tema que já vem impulsionando avanços em todo o setor.

Vantagens de oferecer exames on-line

Oferecer exames digitais deixou de ser apenas um diferencial competitivo para clínicas e laboratórios: trata-se de uma solução estratégica que amplia o acesso, melhora a jornada do paciente e reduz custos. Veja as principais vantagens.

Agilidade no atendimento e redução de burocracia

A digitalização dos pedidos, laudos e resultados elimina etapas manuais que antes exigiam deslocamentos, impressões e assinaturas físicas.

Com sistemas de telemedicina integrados, o fluxo é automatizado: solicitações são feitas em poucos cliques, laudos ficam prontos rapidamente e documentos podem ser acessados com segurança a qualquer momento.

Essa agilidade contribui para **diagnósticos mais rápidos e decisões clínicas mais assertivas**.

Melhoria na experiência do paciente e fidelização

Para o paciente, os exames on-line representam conveniência. O acesso aos resultados pode ser feito de casa, sem filas nem necessidade de retornar ao laboratório apenas para retirar laudos.

A integração com aplicativos e plataformas digitais facilita o compartilhamento de informações entre diferentes médicos e especialistas, fortalecendo a confiança e incentivando a fidelização ao serviço de saúde.

Redução de custos operacionais para clínicas e laboratórios

Do ponto de vista da gestão, a digitalização dos exames reduz despesas relacionadas a papel, impressão, armazenamento físico de documentos e deslocamentos de pacientes.

Além disso, a possibilidade de laudos on-line permite que clínicas menores contem com especialistas remotos, sem necessidade de manter grandes equipes presenciais, otimizando recursos e aumentando a rentabilidade.

Acesso ampliado a regiões com menor infraestrutura de saúde

Em localidades afastadas, onde há escassez de especialistas e infraestrutura hospitalar, os exames on-line se tornam uma ferramenta importante para **democratizar o acesso**.

Plataformas digitais permitem que pacientes em regiões remotas realizem exames em clínicas locais e tenham seus resultados interpretados por médicos de centros de referência em grandes cidades, reduzindo desigualdades e fortalecendo a equidade no cuidado.

Como oferecer exames on-line com segurança

Ao digitalizar exames e laudos médicos, clínicas e laboratórios precisam garantir não apenas a eficácia do serviço, mas também a proteção das informações sensíveis dos pacientes. Para isso, algumas práticas são fundamentais.

Adequação à LGPD e proteção de dados dos pacientes

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) determina regras específicas para o tratamento de informações de saúde, que são consideradas dados sensíveis.

Plataformas de exames on-line precisam operar com criptografia, autenticação de acesso e políticas claras de privacidade, impedindo o uso indevido das informações.

Também é necessário que os pacientes sejam informados sobre como seus dados são coletados, armazenados e compartilhados.

Certificação digital e assinatura eletrônica em laudos

Para que pedidos médicos, resultados e laudos tenham validade jurídica, é necessário o uso de **certificação digital reconhecida pelo ICP-Brasil**.

A assinatura eletrônica garante autenticidade, integridade e não repúdio dos documentos, o que significa que eles não podem ser alterados ou questionados após a emissão. Essa prática assegura confiança tanto para médicos quanto para pacientes e instituições de saúde.

Treinamento de equipes e integração de sistemas

Não basta adotar tecnologia: é fundamental capacitar médicos, técnicos e agentes administrativos para o uso correto das plataformas digitais.

O treinamento evita erros de operação e garante que todos compreendam os protocolos de segurança.

A integração dos sistemas de gestão clínica com soluções de telemedicina facilita o fluxo de informações, reduz retrabalho e melhora a experiência do paciente.

Boas práticas para garantir eficiência e confiabilidade

Entre as principais recomendações estão: limitar o acesso aos sistemas apenas a usuários autorizados, implementar rotinas de backup em nuvem, atualizar softwares regularmente e auditar os processos internos de segurança.

A aplicação dessas medidas fortalece a proteção contra ataques cibernéticos e garante a continuidade do serviço.

JURISTA DO CEUB EXPLICA RISCOS E CUIDADOS DA LGPD

Revista Cobertura – 15/09/2025

Especialista em Direito Médico detalha como a legislação transformou a rotina de médicos e clínicas no Brasil

Desde que a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) passou a classificar informações de saúde como sensíveis, clínicas, consultórios e hospitais tiveram que reforçar a segurança no armazenamento, uso e compartilhamento desses dados. A mudança exigiu mais profissionalização do setor, com protocolos de proteção tanto físicos quanto digitais, como explica Daniella Torres, professora de Direito do Centro Universitário de Brasília (CEUB). Entenda o que muda tanto nas rotinas dos pacientes, quanto no acesso a dados confidenciais em instituições de saúde.

De acordo com a jurista, a legislação obrigou a revisão de formulários de consentimento, o treinamento de equipes e a criação de políticas de privacidade mais claras. Antes, prontuários eram muitas vezes arquivados sem critérios definidos, mas agora o descuido pode resultar em penalidades severas.

Um dos pontos centrais é a forma de obtenção do consentimento. O paciente deve autorizar de maneira livre e clara, compreendendo para quais finalidades seus dados serão utilizados, seja em tratamentos, pesquisas ou compartilhamentos médicos. Na prática, isso exige termos para cada procedimento, escritos em linguagem simples e evitando modelos genéricos. “Esse cuidado protege os

direitos do paciente e resguarda médicos e gestores de multas da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) ou de indenizações judiciais”, ressalta Torres.

As sanções por descumprimento vão de advertências com prazos de correção a multas de até R\$ 50 milhões por infração. Há ainda riscos de bloqueio ou eliminação de dados, além da exposição pública das falhas — fator que pode comprometer a reputação de instituições e profissionais. “Ainda há chance de ocorrer ações civis de pacientes, processos nos Conselhos de Medicina e até responsabilização criminal em casos graves, como o vazamento doloso de informações”, acrescenta.

As diferenças entre consultórios e hospitais

Embora a LGPD se aplique a todos, a especialista detalha que as exigências variam conforme o porte da instituição. Para consultórios e médicos autônomos, a ANPD prevê regras simplificadas, como prazos maiores para atender solicitações, registros menos complexos e até dispensa da indicação de encarregado de dados.

“Isso não significa ausência de responsabilidade”, alerta a professora. Mesmo consultórios menores precisam adotar medidas proporcionais, como guardar prontuários em segurança, orientar equipes sobre sigilo e evitar o envio de exames por aplicativos sem proteção.

Nos hospitais públicos, a base legal geralmente é o cumprimento de obrigações legais e políticas de saúde, como vacinação e vigilância epidemiológica. Já nas instituições privadas, além das regras regulatórias, o uso de dados depende do consentimento do paciente ou da execução de contratos. No caso de planos de saúde, a lei proíbe o uso discriminatório das informações, como negar cobertura ou encarecer preços.

Sigilo e formação médica

No dia a dia, a LGPD se traduz em cuidados básicos, como não discutir diagnósticos em locais públicos, manter prontuários bem guardados e usar sistemas seguros para

evitar vazamentos. “O sigilo deve ser tratado com a mesma importância do ato médico em si, pois qualquer descuido pode gerar responsabilizações éticas, civis e administrativas”, defende a docente do CEUB.

A formação médica também precisa acompanhar essa realidade, incluindo no currículo conteúdos de Direito Digital e LGPD, já que a atividade está cada vez mais conectada à tecnologia. A especialista recomenda que a formação médica incorpore conteúdos de Direito Digital e LGPD, já que a prática está cada vez mais ligada à tecnologia. “Cumprir a lei não é apenas evitar multas, mas também fortalecer a confiança entre médico e paciente”, conclui Daniella Torres.

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS ENCOLHEM E VIRAM IMPASSE ENTRE CONSUMIDORES E OPERADORAS

Info Money – 13/09/2025

Só 16,5% dos beneficiários têm planos individuais, os únicos regulados pela ANS. Especialistas alertam para aumento da judicialização e risco de desequilíbrio na saúde suplementar.

O mercado de planos de saúde bateu recorde em 2024, com 52,2 milhões de beneficiários. Mas, dentro desse universo, apenas 16,5% contam com planos individuais ou familiares — justamente os únicos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Enquanto isso, os planos coletivos avançam e já concentram quase 9 em cada 10 contratos, abrindo espaço para reajustes mais elevados e cancelamentos com menos barreiras.

Segundo levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), os contratos coletivos saltaram de 6 milhões de beneficiários em 2000 para 37,6 milhões em 2025, um crescimento de 520% em 25 anos. Já os planos individuais vêm encolhendo: só no último ano, perderam 1,3% de beneficiários.

O sumiço dos individuais

A retração se explica pelas regras mais rígidas impostas pela ANS. Nos planos individuais, só é possível o cancelamento em caso de inadimplência superior a 60 dias ou fraude, mediante aviso prévio. Além disso, os reajustes são limitados pela agência — em 2025, ficaram em 6,06%, contra aumentos de 15% a 20% nos coletivos.

“Assim, para as empresas, o individual se torna comercialmente desinteressante”, explica Columbano Feijó, sócio do escritório Falcon, Gail e Feijó Advocacia Empresarial. Ele lembra que grandes operadoras, como Bradesco e SulAmérica, já não oferecem mais esse tipo de contrato. “Hoje, casos como Prevent Senior, Alice e Hapvida são exceções.”

Grandes operadoras, como Bradesco e SulAmérica confirmaram à reportagem do InfoMoney que não oferecem mais o plano de saúde individual.

Reajustes sem freio

Nos planos coletivos, a lógica é outra: os aumentos são negociados diretamente entre operadoras e contratantes. Isso abriu espaço para a proliferação dos chamados “falsos coletivos”, em que famílias ou indivíduos contratam planos empresariais via CNPJ.

“Há um duplo padrão regulatório entre planos individuais e coletivos. Nos coletivos, os reajustes são praticamente livres e em três anos a mensalidade pode dobrar”, afirma Marina Pauledli, coordenadora de saúde do Idec.

Judicialização explode

O cenário tem impulsionado a judicialização. “Cada vez mais ações questionam reajustes por sinistralidade dos falsos coletivos. Muitas vezes, o Judiciário substitui o índice aplicado pelas tabelas da ANS ou até pela inflação, porque as operadoras não apresentam estudos atuariais consistentes. Na maioria dos casos, o consumidor ganha”, diz Feijó.

Para pacientes em tratamento, o risco é ainda maior. “É possível enfrentar o rompimento unilateral do contrato no meio de um tratamento de câncer. Por medo, muitos preferem pagar mais caro do que discutir na Justiça”, completa o advogado.

O que dizem as operadoras

A Hapvida é uma das poucas que ainda mantêm planos individuais em escala: são 1,7 milhão de beneficiários no segmento médico-hospitalar e 1,5 milhão em odontologia, cerca de 20% de sua carteira. A empresa resalta o modelo de integração vertical, com mais de 800 unidades próprias, que permite maior controle dos custos.

Já a Qualicorp reforça os coletivos por adesão como alternativa: mais de 504 entidades e 104 operadoras estão vinculadas à plataforma. “Os reajustes, contudo, seguem

critérios próprios das negociações coletivas”, informou a companhia.

A Abramge, entidade que representa as operadoras, afirma que ainda existem cerca de 8,6 milhões de beneficiários em planos individuais, mas lembra que a oferta depende da estratégia de cada empresa. “O plano individual obedece a uma regulação mais específica e seu custo pode ser alto, o que reduz competitividade”, afirma Gustavo Ribeiro, presidente da associação.

Pressão regulatória

A ANS lembra que não pode obrigar empresas privadas a ofertar planos individuais, mas, uma vez registrados, não é possível recusar a comercialização. Desde 2024, a agência discute uma reformulação da Política de Preços e Reajustes

para estimular a retomada dessa modalidade, em consulta pública até outubro de 2025.

Para o Idec, a saída passa por nivelar as regras. “É urgente limitar os reajustes dos coletivos e proibir cancelamentos unilaterais. A ANS tem autorização legal para avançar nessa regulação, que é fundamental para proteger o consumidor”, defende Paullelli.

Ponto de inflexão

Com custos médicos em alta, perda de previsibilidade para consumidores e queda na oferta de planos individuais, o setor de saúde suplementar caminha para um ponto de inflexão. Sem mudanças regulatórias, especialistas alertam que a bomba-relógio pode comprometer o equilíbrio econômico das operadoras, ampliar a pressão sobre o SUS e reduzir o acesso à saúde para milhões de brasileiro.

MEDICAMENTOS IMPORTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E A INCERTEZA JURÍDICA

Estado de Minas – 13/09/2025

A grande questão é se as operadoras podem ser obrigadas a custear medicamentos importados e não registrados na Anvisa

A crescente busca por medicamentos inovadores e de alto custo, muitos deles sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tem gerado um grande debate jurídico no Brasil. A judicialização de pedidos de fornecimento desses medicamentos por operadoras de planos de saúde coloca em lados opostos a segurança sanitária, controlada pela Anvisa, e o direito à saúde do paciente.

Quando não há alternativas terapêuticas eficazes no mercado nacional, pacientes com prescrição médica buscam a importação direta de remédios. O ponto de atrito surge quando eles tentam que as operadoras de saúde cubram o custo, que, por sua vez, negam o pedido com base na falta de previsão contratual, na ausência do medicamento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou na falta de registro na Anvisa.

A saúde suplementar no Brasil é regulada pela Lei nº 9.656/1998 e pela atuação da ANS, que estabelece o Rol de Procedimentos como uma lista de cobertura mínima obrigatória. No entanto, a grande questão é se as operadoras podem ser obrigadas a custear medicamentos importados e não registrados na Anvisa, mesmo que não estejam no rol.

Durante muito tempo, o Rol de Procedimentos da ANS foi considerado taxativo, ou seja, as operadoras não seriam obrigadas a cobrir nada que não estivesse na lista. Porém, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) flexibilizou essa interpretação, admitindo exceções em casos específicos.

A Segunda Seção do STJ estabeleceu que o rol pode ser superado se houver recomendação médica, se não existir substituto terapêutico na lista da ANS, se o tratamento tiver comprovação de eficácia e se houver autorização da Anvisa para o uso no Brasil. Mesmo assim, o STJ reforçou a regra de que as operadoras não são obrigadas a fornecer medicamentos sem registro na Anvisa, conforme o Tema 990.

O Supremo Tribunal Federal (STF), por sua vez, abriu precedentes para a concessão judicial de medicamentos não registrados em casos de demora excessiva da Anvisa para avaliar o registro, desde que o medicamento tenha registro em agências reguladoras estrangeiras e não haja um substituto no Brasil. Embora essa decisão se aplique ao Estado, tribunais têm utilizado o mesmo raciocínio para a saúde suplementar, priorizando o direito à saúde e a função social do contrato.

O STJ também criou uma exceção própria ao determinar que, se a Anvisa autorizar a importação do medicamento para uso próprio, isso já é suficiente para obrigar a operadora a cobrir o custo. Esse entendimento cria uma nova camada de complexidade, pois a mera autorização para uso individual, que não é um registro sanitário, se torna um motivo para a obrigatoriedade de cobertura.

A falta de segurança jurídica em relação a esse tema coloca em risco a sustentabilidade financeira dos planos de saúde. A imposição judicial de tratamentos de alto custo fora do escopo contratual pode afetar o modelo de mutualismo, onde os riscos são compartilhados entre todos os usuários. Além disso, a judicialização pode:

A questão da importação de medicamentos expõe um conflito entre o direito fundamental à saúde, a regulação da Anvisa e os limites contratuais das operadoras. É fundamental que as

decisões judiciais ponderem esses fatores de forma equilibrada, para que a proteção à vida e à saúde seja conciliada com a racionalidade, a segurança sanitária e a viabilidade do sistema de saúde suplementar.

As operadoras, por sua vez, devem atuar de forma estratégica, demonstrando nas ações judiciais os riscos

sistêmicos que o fornecimento indiscriminado de medicamentos importados representa. O desafio é criar um modelo jurídico onde todos os atores – operadoras, pacientes, reguladores e o Judiciário – compartilhem a responsabilidade, garantindo a preservação da vida com a observância dos contratos e das regras de segurança.

SEMINÁRIO DEBATE CENÁRIO ATUAL E PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2030

(Gov) ANS – 12/09/2025

Evento foi realizado pela Fundação Getúlio Vargas em parceria com a ANS no dia 10/9, no Rio de Janeiro

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) participou e colaborou para a organização do Seminário FGV Saúde Suplementar 2030: como chegaremos lá?, realizado na sede da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, na quarta-feira 10/9. O evento reuniu diretores e gestores da Agência, autoridades, líderes do setor e especialistas para dialogar sobre panoramas e perspectivas do desenvolvimento do setor de planos de saúde no Brasil nos próximos 5 anos.

A abertura do evento foi feita pelo presidente da Fundação Getúlio Vargas (FGV), Carlos Ivan Simonsen Leal, que fez as saudações iniciais e apresentou os convidados dessa primeira sessão: a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS e coordenadora do seminário, Lenise Secchin; o secretário municipal de saúde do Rio de Janeiro, Daniel Soranz; o diretor da FGV, Luiz Ernesto Migliora Neto; e a coordenadora acadêmica da FGV, Tania Furtado.

Em sua exposição, Daniel Soranz destacou que a saúde suplementar não é um tema simples e que exige diálogo constante entre os atores do setor. “A ANS tem um papel muito importante neste contexto e, mais do que estipular regras, deve seguir dando transparência à sociedade ao que está acontecendo”, disse.

Na sequência, Lenise Secchin explicou que o propósito do seminário é multiplicar e reunir o conhecimento existente sobre a saúde suplementar, além de traçar as perspectivas futuras. Sobre a atuação da ANS, a diretora ressaltou: “a Agência é conhecida como uma das mais transparentes do Governo Federal. E atuamos para promover cada vez mais esse aspecto. Hoje, um dos nossos objetivos é fomentar o diálogo para que, de fato, tenhamos um sistema integrado de saúde público e privado”, comentou, encerrando a mesa de abertura.

O painel seguinte abordou o tema Financiamento da Saúde Suplementar. Pela ANS, participaram o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Jorge Aquino, e a gerente Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos, Daniele Rodrigues. Eles debateram com a presidente da SulAmérica e da FenaSaúde, Raquel Reis, e com o diretor executivo da Unimed Nacional, Jorge Oliveira. A moderação ficou a cargo da professora da FGV, Virene Matesco.

Em sua fala, Jorge Aquino enfatizou que toda a engrenagem do setor precisa garantir que tanto uma pessoa idosa quanto uma criança recebam atendimento de qualidade. “A nossa atual diretoria colegiada está alinhada e é unânime na missão de garantir que todo cidadão tenha um tratamento correto a um custo correto. Não vamos abrir mão disso em nossas decisões e ações”, declarou. O diretor ressaltou que, para isso, é fundamental considerar as múltiplas variáveis que precisam ser coordenadas para alcançar 2030 de forma sustentável.

Na análise sobre o financiamento do setor, Daniele Rodrigues abordou a importância do sistema mutualista frente ao envelhecimento populacional e à perda de capacidade de pagamento das famílias e empresas e a necessidade de realocação dos recursos de forma eficiente, no sentido de promover saúde e não tratar doenças. “Eu insisto nesse aspecto porque ele é a base do setor. Essa dinâmica se explica para que tenhamos mais pessoas saudáveis sendo capazes de pagar seus planos para que um grupo de pessoas doentes seja tratado”, ponderou.

A gerente da ANS também chamou atenção para a [Consulta Pública 159](#), aberta até 19/10 para participação social, que busca contribuições sobre a reformulação da Política de Preços e Reajustes. Destacou que as regras de reajuste coletivo e criação de limites de coparticipação e franquia estão sendo reformuladas para acompanhar o dinamismo do setor. “Quando as regras atuais foram criadas, o nosso cenário demográfico e econômico era completamente diferente do que o que temos hoje. Por isso, a necessidade da discussão e da revisão desses normativos”, afirmou Daniele Rodrigues.

A manhã foi encerrada com a mesa Relacionamento Operadoras e Beneficiários, mediada pelo professor da FGV e ex-presidente da ANS, José Carlos Abrahão, com a participação da diretora de Fiscalização da Agência, Eliane Medeiros; do presidente da Abramge e vice-presidente da Hapvida, Gustavo Ribeiro; da vice-presidente de clientes da Amil, Juliana Pereira; e do diretor executivo da FenaSaúde, Bruno Sobral.

Eliane Medeiros apresentou sua visão para o futuro: “o passaporte regulatório para chegar em 2030 passa pela revisão dos nossos atuais normativos, pelo fortalecimento da fiscalização responsiva, pela cultura preventiva, educativa. E

a operadora que não se adequar a essa nova realidade poderá sofrer as sanções adequadas. No final da equação, o que a ANS deseja é uma saúde de qualidade e um atendimento que seja bom o bastante para o consumidor”, ressaltou.

Tarde de debates sobre tecnologia e informação

À tarde, ocorreu a mesa Incorporação de Tecnologia em Saúde, com a participação da gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS, Ana Cristina Martins, e dos diretores da Abramge - Cássio Ide Alves - e da Bradesco Saúde - Thais Jorge. A mediação foi feita por Carlos Lobbé, diretor da MedSenior e professor da FGV.

Ana Cristina apresentou um panorama dos desafios da ANS na análise das tecnologias em saúde. “É preciso trabalhar a capacitação das pessoas para lidar com a incorporação de tecnologias. Temos muitos desafios, porque existem novas metodologias e estudos com abordagens diferentes, mas também é preciso lembrar da questão do tempo de análise, dos prazos curtíssimos por conta da lei. E estamos lidando com isso a partir do processo de revisão do escopo das análises, porque é a forma que temos para atender à legislação”, salientou.

A mesa seguinte, Informação em Saúde Suplementar, contou com a participação da diretora Lenise Secchin; da gerente de Padronização, Interoperabilidade, Análise de Informações e Desenvolvimento Setorial da ANS, Jacqueline Torres; da diretora do Departamento de Informação em Informática (Datusus), Paula Xavier; e da diretora-tesoureira do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), Nathalia Pompeu.

Sob a mediação da coordenadora acadêmica da FGV, Tania Furtado, Jacqueline destacou a importância dos sistemas de informação da Agência e da organização construída ao longo dos anos. “A informação funciona como um farol, nos ajudando a enxergar o que aconteceu no passado e nos mostrando o que vem à frente. E, na saúde suplementar, ela nos ajuda na regulação. Com os dados que temos registrados no Sistema de Informação de Beneficiários da Agência e no Padrão TISS, por exemplo, temos parte da história da saúde do país. E podemos transformar isso em valor”, destacou.

Ao encerrar o seminário, Lenise Secchin reforçou que as discussões do evento são fundamentais para o futuro da saúde suplementar. “Encontros como esse são necessários para promover o conhecimento e fortalecer a relação entre operadoras, beneficiários e prestadores do setor”, finalizou a diretora da ANS.

MODELO POPULACIONAL + VALOR REDEFINE INCENTIVOS E PRIORIZA SAÚDE, NÃO DOENÇA

Saúde Business – 12/09/2025

Estratégia que remunera pelo cuidado de populações demonstra impacto em acesso, qualidade e sustentabilidade, além de reduzir desperdícios no sistema de saúde.

Deixar de lucrar com a doença para ganhar com a saúde. Essa é a lógica que sustenta o modelo populacional + valor, ou capitation + valor, que começa a ganhar força no Brasil. Diferente do fee-for-service, em que prestadores são remunerados pelo volume de procedimentos, a capitação estabelece um orçamento fixo por paciente para o cuidado de uma população definida — mas com a exigência de alcançar desfechos clínicos mínimos.

O arranjo cria um alinhamento inédito entre fonte pagadora, prestador e paciente: só há ganho real quando a saúde é preservada. Desperdícios e fraudes deixam de ser estimulados, e a sustentabilidade do sistema passa a depender da prevenção, do cuidado oportuno e da coordenação assistencial.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 40% dos gastos em saúde no mundo são desperdiçados por ineficiências. No Brasil, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) calcula perdas de R\$ 28 bilhões anuais apenas na saúde suplementar, enquanto o Tribunal de Contas da União (TCU) aponta que até 30% dos recursos do SUS se perdem em má gestão e políticas ineficazes.

O tema foi discutido no 2º Congresso Latino-Americano de Valor em Saúde (CLAVS). Realizado em agosto, no Rio de Janeiro, o evento reuniu especialistas do Brasil e do exterior discutiram como ampliar a adoção de modelos de saúde baseada em valor.

Alinhamento de interesses

No modelo populacional + valor, o incentivo é invertido: operadoras e prestadores passam a se beneficiar quando os pacientes estão saudáveis.

“Se a gente paga por produção, é produção que vamos ter. Se quisermos ter saúde, teremos que aprender a reconhecer saúde para poder pagar por ela”, afirma Eduardo Maia, conselheiro do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (Ibravs), diretor-geral do Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino e sócio-fundador da SAS Soluções Avançadas em Saúde. Para o médico e executivo em saúde Joatam Junior, o grande diferencial é o alinhamento. “O mais importante é alinhar interesses entre prestador e fonte pagadora. Quando isso acontece, todos ganham com a saúde e todos perdem com a doença. Isso resgata o propósito da medicina e garante sustentabilidade financeira”, pontua.

Resultados concretos em Niterói

Um piloto realizado em Niterói, no Rio de Janeiro, mostrou como o modelo pode transformar a experiência do paciente e a performance do sistema. A reorganização da rede cardiovascular de uma grande operadora reduziu o tempo de espera para consultas para até 24 horas — algo que surpreendeu os beneficiários e gerou uma percepção positiva.

Os resultados foram expressivos: enquanto a média da rede atingia 20 a 30 pontos no Net Promoter Score (NPS), os prestadores no modelo populacional + valor alcançaram índices de 70 a 90, comparáveis aos de empresas globais de referência.

A adesão dos pacientes também aumentou: as respostas em pesquisas de satisfação passaram de 5% para quase 20%, com centenas de milhares de participações.

Essa performance está ligada ao fim do incentivo perverso do fee-for-service, segundo Maia. “Quando o prestador deixa de ganhar pelo volume, não há mais sentido em marcar consultas desnecessárias. As agendas se abrem, o paciente percebe rapidez e pertinência no cuidado, e isso fideliza”, explica.

Sustentabilidade e desafios

Além de melhorar o acesso, o modelo permitiu corrigir distorções graves. Em Niterói, por exemplo, exames de mapeamento de varizes eram realizados de forma inadequada, gerando perdas milionárias. Apenas a correção

dessa prática trouxe economia de mais de R\$ 1 milhão ao ano.

O mecanismo de shared savings (compartilhamento de ganhos) foi decisivo para engajar prestadores. Só há divisão de benefícios se custos caírem sem prejuízo da qualidade assistencial. O modelo também prevê proteções financeiras contra eventos raros e de alto custo, como terapias gênicas, por meio de stop loss ou resseguro.

Mas a transição exige repensar indicadores. “Quando um prestador passa a ser remunerado em base populacional + valor, todos os indicadores do fee-for-service ficam de cabeça para baixo. Ele se concentra em casos mais complexos, e isso aumenta o custo médio por internação. Mas, paradoxalmente, a população como um todo fica mais custo-efetiva, e o sinistro cai”, esclarece Maia.

Para Joatam, esse é o divisor de águas. “O modelo obriga a reconstruir métricas. Não se mede mais o evento isolado, mas o desfecho de saúde da população”, reforça.

O futuro da saúde baseada em valor

Com maior previsibilidade de custos, eficiência clínica e foco na prevenção, o modelo populacional + valor amplia o acesso, melhora a experiência do paciente e fortalece a sustentabilidade do sistema. “Nos demais modelos ainda se ganha contra o interesse da fonte pagadora. No populacional + valor, o alinhamento é pleno. Operadora e prestador só ganham juntos — com a saúde, nunca com a doença”, resume Maia.

IESS: SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA DOIS NOVOS RECORDES

Revista Cobertura – 11/09/2025

Número de beneficiários idosos chega a 8,5 milhões e planos coletivos empresariais somam 38,3 milhões de vínculos em julho de 2025

O Brasil atingiu em julho de 2025 um patamar inédito de 8,5 milhões de beneficiários com 59 anos ou mais em planos médico-hospitalares, segundo a 109ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). [Clique aqui e acesse a íntegra](#) do relatório.

O número representa alta de 3,5% em 12 meses, o equivalente a 288 mil novos vínculos, e reflete o processo de envelhecimento do País nas carteiras dos planos de saúde, seja por migração de faixa etária, seja por ingresso de novos idosos no sistema. Para o superintendente executivo do IESS, José Cechin, “esse crescimento da população idosa na saúde suplementar coloca um desafio essencial: garantir não apenas mais anos de vida, mas um envelhecimento saudável, com qualidade e autonomia para os beneficiários”.

Ao mesmo tempo, os planos coletivos empresariais alcançaram 38,3 milhões de beneficiários em julho, também um recorde. O resultado foi impulsionado pela expansão do emprego formal, que registrou saldo positivo de 1,52 milhão de postos de trabalho em 12 meses, levando o total de vínculos celetistas ativos no País a 48,5 milhões. “O saldo de mais de 1,5 milhão de postos de trabalho em 12 meses sustentou o recorde de beneficiários em planos coletivos empresariais, que hoje respondem pela grande maioria dos vínculos médico-hospitalares no País”, afirma Cechin.

No total, os planos médico-hospitalares reuniam 52,9 milhões de beneficiários em julho de 2025, crescimento de 2,4% em um ano (1,26 milhão de vínculos adicionais). Apenas no último trimestre, entre abril e julho, foram incorporados 545,7 mil novos beneficiários, alta de 1%. A taxa de cobertura nacional da saúde suplementar chegou a 24,8% da população.

Os planos coletivos seguem predominando e respondem por 83,7% do total de vínculos médico-hospitalares. Dentro desse universo, 72,6% correspondem a planos coletivos

empresariais e 11,1% a coletivos por adesão. Já os planos individuais e familiares representam 16,3% do mercado, mas continuam em retração, com redução de 1,9% em 12 meses (169 mil vínculos a menos).

Odontologia suplementar

No segmento de planos exclusivamente odontológicos, o Brasil contabilizou 34,5 milhões de beneficiários em julho de

2025, resultado 3% superior ao do mesmo mês do ano anterior, o equivalente a 1 milhão de novos vínculos. Apesar do avanço anual, houve retração de 0,7% no trimestre, com perda de 237 mil beneficiários. Nesse mercado, 83,4% dos vínculos são coletivos (quase 90% empresariais), enquanto os planos individuais e familiares caíram 16,9% em um ano, o que representa 1,16 milhão de vínculos a menos.

COMISSÃO APROVA PROJETO QUE OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A FORNECEREM CARTEIRAS FÍSICAS PARA USUÁRIOS

Câmara dos Deputados – 11/09/2025

Proposta continua em análise na Câmara dos Deputados

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou o [Projeto de Lei 3340/24](#), que obriga os planos de saúde a fornecerem carteiras físicas para a identificação dos usuários como alternativa às plataformas digitais. O texto altera a [Lei dos Planos de Saúde](#).

Hoje, a lei já prevê a entrega de cópia do contrato e do regulamento dos planos de saúde, além de material explicativo, em linguagem simples, com direitos e obrigações.

Parecer favorável

A comissão aprovou o parecer da relatora, deputada Detinha (PL-MA), favorável ao projeto. A intenção, segundo ela, pode garantir que nenhum cidadão seja impedido de acessar serviços contratados por falhas tecnológicas ou barreiras digitais.

“A proposta assegura que, independentemente de limitações digitais, os usuários dos planos sejam identificados e

atendidos, promovendo justiça e acessibilidade à saúde”, defendeu o autor do projeto, deputado Allan Garcês (PP-MA).

Segundo o parlamentar, atualmente, 57% dos usuários no Brasil não têm acesso pleno à internet, o que pode prejudicar os usuários.

Próximos passos

O projeto tramita em caráter conclusivo e ainda será analisado pelas comissões de Defesa do Consumidor; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, terá de ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

A experiência dos hospitais que adotaram cirurgia robótica no Brasil comprova que a tecnologia oferece ganhos clínicos, operacionais e estratégicos.

A tendência é que, com a expansão do acesso e o avanço de novas plataformas, a robótica na saúde se torne cada vez mais presente no cenário cirúrgico brasileiro.

CONTRATOS PULVERIZADOS, BENEFICIÁRIOS CONCENTRADOS: O RETRATO DOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS

Saúde Business – 10/09/2025

Novo estudo do IESS aponta a predominância de microempresas na contratação, mas mostra que grandes corporações reúnem a maior parte dos usuários da saúde suplementar.

A estrutura dos planos coletivos empresariais no Brasil revela um paradoxo: a base do sistema está pulverizada em milhões de microempresas, mas o peso dos beneficiários se concentra em poucas companhias de grande porte. Essa concentração, revelada pelo [estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar \(IESS\)](#), expõe os contrastes da saúde suplementar e os desafios para operadoras e empregadores.

De acordo com o levantamento, 88% dos contratos empresariais estão em companhias com até quatro

beneficiários, o que equivale a 2 milhões de vínculos e 6,45 milhões de pessoas — 17% do total de beneficiários. Em contraste, apenas 2,7 mil grandes empresas, com mais de mil vidas cobertas, representam 0,1% dos contratos, mas reúnem 15,1 milhões de beneficiários, ou 40,7% da base total.

Em 2024, os contratos coletivos empresariais permanecem como principal porta de entrada para a saúde suplementar, respondendo por 71% dos vínculos em planos médico-hospitalares, o equivalente a cerca de 37 milhões de beneficiários.

Retrato setorial

O setor de Serviços lidera a contratação, com 1,33 milhão de empresas (57,6% do total) e 20,57 milhões de beneficiários (55%). Já a Indústria, embora reúna apenas 8,8% dos contratantes (203,1 mil), concentra 25,5% dos vínculos, atendendo 9,54 milhões de pessoas. O Comércio aparece em seguida, com 661,4 mil empresas (28,6%) e 5,67 milhões de beneficiários (15,2%). A Construção registra 98,2 mil contratantes (4,2%) e 1,32 milhão de vidas (3,5%), enquanto a Agropecuária reúne 17,3 mil empresas (0,8%) e 313 mil beneficiários (0,8%).

Para o superintendente executivo do IESS, José Cechin, a distribuição reflete a dinâmica do mercado formal de trabalho.

“Os serviços asseguram a maior base contratual, mas é na indústria que observamos a maior densidade de beneficiários por empresa, refletindo estruturas mais organizadas de benefícios. Já setores como comércio, construção e agropecuária, compostos majoritariamente por pequenos empregadores, tendem a ter coberturas mais restritas em número de vidas”, explica.

Segmentos mais representativos

Com base na Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), sete divisões respondem por aproximadamente metade de todos os contratos empresariais:

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 experiência dos hospitais que adotaram cirurgia robótica no Brasil comprova que a tecnologia oferece ganhos clínicos, operacionais e estratégicos.

A tendência é que, com a expansão do acesso e o avanço de novas plataformas, a robótica na saúde se torne cada vez mais presente no cenário cirúrgico brasileiro.

- Comércio varejista – 461,4 mil contratantes (19,9%) e 3,13 milhões de beneficiários (8,4%);
- Serviços de escritório e apoio administrativo – 176,7 mil (7,6%) e 1,55 milhão de beneficiários (4,1%);
- Atenção à saúde humana – 119,8 mil (5,2%) e 1,63 milhão de beneficiários (4,3%);
- Alimentação – 110,3 mil (4,8%) e 675 mil beneficiários (1,7%);
- Educação – 107,1 mil (4,6%) e 1,25 milhão de beneficiários (3,3%);
- Comércio por atacado (exceto veículos) – 102,8 mil (4,4%) e 1,85 milhão de beneficiários (4,9%);
- Outras atividades de serviços pessoais – 99,9 mil (4,3%) e 287 mil beneficiários (0,8%).



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.
