

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

01 de outubro de 2025



---

## ÍNDICE INTERATIVO

[Saúde Suplementar aposta em soluções digitais para ampliar acesso a cuidados com saúde mental](#) - Fonte: Revista Cobertura

[IA moderniza planos odontológicos no Brasil](#) - Fonte: Revista Apólice

[Planos de saúde registram alta de 70,8% em casos de infarto agudo do miocárdio em uma década](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Integração de dados entre SUS e saúde suplementar](#) - Fonte: Tribuna

[Novo presidente da ANS fala sobre equilíbrio e direito do consumidor dos planos de saúde](#) – Correio Braziliense

[Painéis dinâmicos com dados da Fiscalização estão normalizados](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Aprovada MP que acelera atendimento de especialidades médicas no SUS](#) - Fonte: Senado Notícias

[Entenda como decisão do STF pode impactar valores dos planos de saúde](#) - Fonte: Exame

# SAÚDE SUPLEMENTAR APOSTA EM SOLUÇÕES DIGITAIS PARA AMPLIAR ACESSO A CUIDADOS COM SAÚDE MENTAL

Revista Cobertura – 30/09/2025

Programas de telepsicologia vêm se tornando aliados das operadoras de saúde e empresas a melhorar qualidade de vida de beneficiários e colaboradores e reduzir custos assistenciais.

O mês de setembro está acabando e, com ele, a campanha Setembro Amarelo. Porém, a atenção à saúde mental da população continua intensa, especialmente no ambiente de trabalho, com operadoras de planos de saúde e empresas buscando soluções para a questão. Hoje, o Brasil ocupa uma posição indesejada no ranking mundial de estresse e esgotamento profissional, com 86% da população enfrentando algum tipo de transtorno emocional, ocasionando afastamentos por motivos psicológicos, que cresceram 38% nos últimos anos. Esse cenário passou a exigir das operadoras de planos de saúde respostas inovadoras nos cuidados com a saúde mental.

Para enfrentar o problema de maneira eficiente, a aposta em soluções digitais, como a telepsicologia, torna-se decisiva para o sistema de saúde suplementar. Operadoras e empresas que já oferecem o modelo garantem que os retornos são concretos e não apenas financeiros, em função da redução de afastamentos, mas também em fidelização e valor percebido pelos usuários.

A Dr.Online, empresa nativa digital, que surgiu com a telemedicina no DNA, mostra que é possível oferecer cuidado

de qualidade em larga escala, com agilidade, protocolos clínicos bem definidos e centralidade no usuário. “Nós consolidamos soluções que hoje estão maduras para apoiar operadoras de saúde na implantação de programas estruturados que encurtam o caminho entre a intenção e o impacto real, trazendo interoperabilidade de sistemas, escalabilidade e experiência de cuidado já testada em situações-limite”, explica a gerente de Saúde Mental da Dr.Online, Flávia Aquino.

O programa de Saúde Mental da Dr.Online conta, por exemplo, com o serviço de teleacolhimento psicológico 24 horas, que garante orientação emergencial, psicoeducação e encaminhamento para acompanhamento contínuo. “O atendimento online oferece acolhimento imediato e seguro, com suporte de profissionais qualificados em situações de ansiedade, crises emocionais ou estresse agudo”, conta Flávia. Ela faz questão de ressaltar que “a saúde digital não surge para substituir o vínculo humano, mas pode ampliar as possibilidades de que ele aconteça, de forma ágil e no momento certo”.

Para as operadoras de saúde e empresas, além de reduzir despesas com atendimentos presenciais de urgência, a telepsicologia fortalece a prevenção, melhora a experiência do usuário e contribui para ambientes de trabalho mais saudáveis. “Nosso compromisso é transformar a experiência de cuidado em saúde, unindo tecnologia, ciência e humanidade”, conclui Flávia.

## IA MODERNIZA PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL

Revista Apólice – 30/09/2025

A incorporação de tecnologias como Inteligência Artificial (IA), Automação, Dashboards Inteligentes e Analytics Preditivo está transformando a Gestão dos Planos Odontológicos no Brasil. A tecnologia, cada vez mais presente na Odontologia Suplementar, vem sendo aplicada em Auditoria em tempo real, Prevenção de Fraudes, Análise Preditiva de Riscos, além de apoio a decisões clínicas, com impacto direto na experiência dos Beneficiários.

Entre as aplicações, a Auditoria automatizada permite aprovar procedimentos em segundos, reduzindo burocracia e agilizando o atendimento. A Análise Preditiva, por sua vez, utiliza grandes volumes de dados para identificar Pacientes com maior risco de desenvolver problemas bucais, favorecendo ações preventivas. Já no combate a Fraudes, a IA vem ganhando espaço ao identificar inconsistências em pedidos de reembolso ou no uso de carteirinhas por familiares ou amigos, poupando recursos e fortalecendo a sustentabilidade do Setor.

Embora o ticket médio dos Planos Odontológicos seja, em média R\$ 20, o impacto das Fraudes é significativo. “A Inteligência Artificial pode ser uma aliada estratégica dentro

das Operadoras, pois permite a identificação de padrões e inconsistências com precisão, atuando de forma preventiva e eficiente no combate a esses desvios”, afirma Dr. Roberto Seme Cury, presidente da SINOG.

Além da eficiência, a transformação digital também se reflete no Relacionamento com os Pacientes. Operadoras têm investido em aplicativos com assistentes virtuais que oferecem suporte em tempo real e em plataformas integradas que permitem acompanhar o histórico de consultas e tratamentos de forma simples e segura.

Para o Presidente da SINOG, Dr. Roberto, o maior desafio da digitalização não é apenas tecnológico. “A Inteligência Artificial é uma grande aliada dos Planos Odontológicos, principalmente na redução de custos, no melhor atendimento do Beneficiário e no combate a Fraudes, um dos pontos de fragilidade do Setor. Mas nenhum processo se sustenta sem o fator humano: precisamos preparar Dentistas, Gestores e Beneficiários para lidar com essa nova realidade”, afirma.

Segundo ele, o avanço da IA exige equilíbrio entre Inovação e Ética. “Não se trata de substituir pessoas, mas de criar

condições para que a tecnologia complemente o trabalho humano. A confiança do Beneficiário depende de transparência, segurança e responsabilidade no uso dos dados. Esse deve ser o norte do Setor”, completa.

Nos próximos anos, a expectativa é que tecnologias como a Inteligência Artificial seja cada vez mais integrada a

dispositivos odontológicos digitais, ampliando a precisão de diagnósticos e reforçando o cuidado preventivo. Para as Operadoras, isso significa reduzir custos assistenciais sem comprometer a qualidade; para os Beneficiários, maior inclusão na jornada digital e acesso a uma Odontologia Suplementar mais sustentável e acessível.

## PLANOS DE SAÚDE REGISTRAM ALTA DE 70,8% EM CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UMA DÉCADA

Revista Cobertura – 29/09/2025

Voltado para o Dia Mundial do Coração (29/9), estudo do IESS usa dados da saúde suplementar para projetar tendências e reforçar a importância do cuidado cardiovascular

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, responsáveis por cerca de 400 mil óbitos anuais. Nesse cenário, o infarto agudo do miocárdio (IAM) se destaca como a condição mais letal, respondendo por quase um quarto das mortes por doenças do aparelho circulatório.

O novo estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), “Tendências do Infarto Agudo do Miocárdio na Saúde Suplementar”, produzido em virtude do Dia Mundial do Coração (29 de setembro), revela que os casos de IAM entre beneficiários de planos de saúde cresceram 70,8% entre 2015 e 2024 – passando de 9,2 mil para 15,5 mil registros no setor, o que equivale a um salto de 20,5 para 35,1 casos por 100 mil beneficiários. O recorde ocorreu em 2023, com 19,2 mil casos absolutos, ou 44,1 por 100 mil beneficiários.

[Clique aqui e acesse a íntegra do estudo.](#)

Embora focados na saúde suplementar, que cobre cerca de 25% da população (aproximadamente 52 milhões de pessoas), os dados revelam uma tendência nacional de agravamento dos casos de doenças cardiovasculares, que impactam a saúde de toda a sociedade.

O número médio de casos por prestador da rede assistencial passou de 4,94, em 2015, para 6,75, em 2024, uma alta de 36,6%. Segundo o estudo, isso revela maior carga assistencial da rede e concentração dos atendimentos em determinados serviços de saúde.

O levantamento reforça que enfrentar esse aumento exige estratégias preventivas mais efetivas, como:

- Programas de prevenção primária intensivos, voltados à redução dos fatores de risco cardiovasculares;
- Monitoramento contínuo da evolução desses fatores entre os beneficiários;

- Políticas de incentivo a hábitos saudáveis e mudanças comportamentais sustentáveis.

“Os números mostram um crescimento consistente e preocupante dos casos de infarto na saúde suplementar. Isso evidencia a necessidade de uma atuação mais firme na prevenção, especialmente no acompanhamento sistemático dos fatores de risco”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

### O que motiva o crescimento dos casos

De acordo com o estudo, alguns fatores explicam o comportamento identificado:

- Persistência de fatores de risco: obesidade, hipertensão, sedentarismo e síndrome metabólica seguem em alta, influenciando o agravamento do quadro cardiovascular.
- Mudanças recentes: o período de 2020 a 2023 concentrou o maior crescimento acumulado, associado à pandemia de COVID-19 e às alterações nos padrões de busca por atendimento médico.
- Diferenças por sexo: homens apresentaram taxas 2 a 2,5 vezes maiores que as das mulheres em todo o período.
- Mesmo entre os mais jovens, embora em níveis baixos, também houve crescimento nos casos registrados.

“Precisamos também mencionar o envelhecimento populacional, pois pessoas com 60 anos ou mais têm até 57 vezes mais chances de sofrer infarto em comparação a quem tem menos de 40 anos”, aponta Cechin. Ele ressalta, porém que o impacto atual do envelhecimento é menor, mas no médio e longo prazo o será muito relevante. “O processo de envelhecimento da população brasileira vai acelerando o volume de episódios de IAM, a menos que se invista em prevenção. E os sistemas de saúde têm condições de promover iniciativas de prevenção para toda a sociedade brasileira”, enfatiza Cechin.

# INTEGRAÇÃO DE DADOS ENTRE SUS E SAÚDE SUPLEMENTAR

Tribuna – 29/09/2025

Integração de dados entre planos de saúde e SUS promete atendimento mais ágil e eficiente

A recente iniciativa do Ministério da Saúde de integrar os dados dos planos de saúde à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um passo importante para ampliar a eficiência, a qualidade e a continuidade do cuidado no Brasil. A partir de outubro, profissionais, usuários e gestores da rede pública terão acesso ao histórico clínico dos pacientes, integrando informações vitais que antes estavam dispersas entre os sistemas da saúde suplementar e pública.

Essa interoperabilidade tecnológica permitirá que dados essenciais sobre tratamentos, exames, medicamentos e diagnósticos circulem de forma segura e padronizada, beneficiando mais de 200 milhões de brasileiros, além de toda a rede de médicos, profissionais de enfermagem e gestores. Para a saúde suplementar, trata-se de um avanço no processo de gestão e atendimento, possibilitando um cuidado mais coordenado e personalizado, além de reduzir duplicidades e erros clínicos.

Em 2024, foram realizadas 13.663.782 cirurgias eletivas pelo SUS no Brasil. No entanto, muitas vidas ainda aguardam nas filas de espera para esses procedimentos, o que reforça a importância da integração dos dados para otimizar recursos e garantir a continuidade dos tratamentos. A incorporação de novas tecnologias, especialmente a inteligência artificial, no aprimoramento do serviço público de saúde traz benefícios

para toda a cadeia do setor. Essas inovações permitem automatizar e simplificar processos burocráticos, tornando-os mais eficientes. Como consequência, o acesso a cirurgias e atendimentos em geral torna-se mais ágil, reduzindo filas e elevando a qualidade do atendimento à população.

Aliada ao foco na humanização e na qualidade do serviço, essa integração entrega um atendimento muito mais qualificado aos nossos beneficiários. A conexão com a plataforma do SUS facilita o acesso rápido às informações e promove a continuidade do tratamento, independentemente do local onde o paciente esteja sendo atendido.

Esse movimento fortalece a capacidade do sistema de saúde brasileiro como um todo, democratizando o acesso a dados confiáveis e disponíveis em tempo real, o que impacta diretamente a tomada de decisão clínica e os desfechos dos tratamentos. O desafio da interoperabilidade também envolve compromissos rigorosos com a governança e a segurança da informação, para proteger a privacidade dos dados e garantir seu uso ético e responsável.

O futuro da saúde passa pela integração inteligente dos sistemas, pela inovação constante e pela prioridade no atendimento a quem confia em nós sua saúde. Com essa plataforma do SUS, damos um passo decisivo rumo a um sistema mais conectado, eficiente e humanizado, que continuará sendo um importante sistema de atendimento da população.

## NOVO PRESIDENTE DA ANS FALA SOBRE EQUILÍBRIO E DIREITO DO CONSUMIDOR DOS PLANOS DE SAÚDE

Correio Braziliense – 29/09/2025

Ao Correio, Wadih Damous destaca os desafios de sua gestão para alcançar o equilíbrio das forças no setor

O novo diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, reconhece os inúmeros desafios do setor ao assumir o cargo. Entre eles, proteger o direito dos consumidores ao atendimento previsto na Lei dos Planos de Saúde, assim como conciliar o envelhecimento da população e o aumento dos custos em geral. Conforme dados da instituição, em 2024, as operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios lucraram R\$ 11,1 bilhões — aumento de 271% em relação a 2023. Ex-titular da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), do Ministério da Justiça, ele conta que a experiência que adquiriu na pasta o ajudou a compreender "as diversas nuances da saúde suplementar de uma perspectiva diferente". "Queremos ter uma atuação preventiva e evitar que os problemas aconteçam", disse, em entrevista ao Correio.

**O senhor assumiu recentemente a presidência da ANS. Quais são as suas metas no cargo?**

Minha principal meta é garantir que os consumidores sejam atendidos no tempo correto e que tenham o tratamento adequado e com qualidade de vida. Nesse sentido, é preciso buscar o equilíbrio para que tenhamos operadoras economicamente viáveis e planos que os consumidores possam pagar. Também é um compromisso meu colaborar para a integração da saúde suplementar com o SUS e participar da construção do programa Agora Tem Especialista, uma iniciativa inovadora que vai possibilitar que as operadoras troquem o pagamento de dívidas do ressarcimento ao SUS por atendimentos aos usuários do setor público.

**O fato de o senhor não ser do setor de saúde, como seus antecessores, gerou críticas. Isso pode indicar um posicionamento da ANS mais preocupado com o consumidor?**

Entendo que a defesa do interesse público deve pautar a atuação de qualquer pessoa que assuma um cargo como o que acabo de assumir. Vou trabalhar pelo equilíbrio das forças no setor, mas com o olhar atento às necessidades do consumidor, que é a parte vulnerável nos contratos de planos de saúde.

### **Como vai aproveitar sua experiência à frente da Secretaria Nacional do Consumidor para comandar a ANS?**

Meu período na Senacon me ajudou a compreender as diversas nuances da saúde suplementar de uma perspectiva diferente, o que certamente tem me auxiliado no exercício de meu mandato como diretor-presidente da ANS.

### **Quais serão as suas prioridades à frente da agência?**

Meu trabalho é pautado pela missão institucional da ANS, que é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Neste momento, estamos dando início às discussões internas para a elaboração da nova agenda regulatória da ANS e, então, após a realização de consulta pública para permitir a participação da sociedade, vamos definir os temas que serão tratados com prioridade pela Agência. O desenvolvimento de linhas de cuidado para a prevenção de doenças também será uma prioridade.

### **Na sua avaliação, quais são os maiores desafios?**

Temos um cenário de aumento crescente dos custos em saúde, determinado pelo envelhecimento da população e pelas mudanças tecnológicas, por exemplo, questões que impactam diretamente o financiamento e a sustentabilidade do setor. Nesse sentido, o acesso de consumidores aos planos de saúde, a incorporação de novas tecnologias e a regulação dos planos coletivos são temas que precisam ser aprofundados.

### **Como o senhor avalia a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento sobre o rol taxativo, favorecendo as operadoras de planos de saúde? Como o placar não foi muito amplo, isso pode significar que haverá muita judicialização do caso?**

Com essa decisão, o STF reafirmou o papel da ANS como responsável pela definição do Rol de Coberturas Obrigatórias dos planos de saúde. E deixou claro que os casos excepcionais deverão ser tratados de acordo com regras objetivas. Foi, portanto, uma decisão equilibrada que, para além de garantir o direito do consumidor de forma coerente, ressaltou a importância da saúde baseada em evidências. A judicialização de temas caros à sociedade é inerente ao Estado Democrático de Direito e iremos abordá-la de forma racional.

### **Pode explicar como é o processo de atualização do Rol de Procedimentos da ANS? Sua gestão pretende encurtar os prazos?**

Esse é um processo que vem sendo aprimorado ao longo dos anos e, atualmente, é feito de forma contínua e com prazos curtos, o que o torna um dos processos de incorporação de tecnologias mais rápidos do mundo. Qualquer proposta de incorporação ou atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que seja submetida à Agência deve passar por análise de elegibilidade e por análise técnica e discussões preliminares na Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde). Além disso, ela ainda passa por etapa de participação social (consulta pública e, em caso de recomendação preliminar desfavorável, também por audiência pública) e, posteriormente, para apreciação da Diretoria Colegiada. Se aprovada, ela passa a integrar o rol. Conforme a Lei 14.307/2022, esse processo tem 180 dias corridos para ocorrer, podendo ser prorrogado por mais 90 dias. No caso de medicamentos oncológicos, o prazo é de 120 dias, prorrogáveis por mais 60.

### **Como a ANS pretende proteger o consumidor de abusos na condução dos serviços pelos planos de saúde?**

A ANS monitora as operadoras de planos de saúde de forma permanente e por meio de diferentes instrumentos. Tem uma atuação importante na intermediação de conflitos, que chamamos de NIP, Notificação de Intermediação Preliminar. Com essa medida, comunicamos, automaticamente, as operadoras sobre as queixas que recebemos nos nossos canais de atendimento. A maioria das reclamações é resolvida nessa fase, com agilidade. Mas queremos ir além, queremos ter uma atuação preventiva e evitar que os problemas aconteçam.

### **A população brasileira está atravessando um processo de envelhecimento rápido, e o acesso aos planos de saúde nessa faixa etária é difícil e caro. De que forma a nova gestão da ANS pode agir nesse contexto?**

Sim, esse é um dos desafios que temos no setor: envelhecimento populacional versus aumento de custos em saúde. Vamos ampliar o debate sobre essas questões, mas ressalto algo que é fundamental que a sociedade saiba. Nenhuma pessoa pode ser impedida de ingressar num plano de saúde que esteja ativo — ou seja, que esteja sendo comercializado pela operadora — por motivo de idade ou de doença. Está no artigo 14 da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde).

### **Como avalia a viabilidade dos planos de saúde simplificados no Brasil?**

Esse assunto vai ser estudado com atenção e com cuidado. A proposta inicial recebeu muitas críticas. Por essa razão, foi criada uma Câmara Técnica para tratar do tema

# PAINÉIS DINÂMICOS COM DADOS DA FISCALIZAÇÃO ESTÃO NORMALIZADOS

(Gov) ANS – 25/09/2025

Ferramentas passaram por ajustes metodológicos e de base de dados para garantir maior precisão

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que os painéis de indicadores de fiscalização voltaram a estar disponíveis para consulta no portal da Agência, após a conclusão dos ajustes realizados pelas equipes técnicas.

As ferramentas restabelecidas são:

- Índice Geral de Reclamações

- Taxa de Resolutividade

- Taxa de Intermediação Resolvida (TIR)

Os painéis haviam sido retirados do ar temporariamente para correção de inconsistências identificadas em rotinas de validação. Durante o período, foram feitas revisões metodológicas, reprocessamento das bases e testes adicionais para assegurar a qualidade, a precisão e a transparência das informações.

## APROVADA MP QUE ACELERA ATENDIMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO SUS

Senado Notícias – 24/09/2025

O Senado aprovou, nesta quarta-feira (24) à noite, a medida provisória que criou o Programa Agora Tem Especialistas (MP 1.301/2025). A medida promove parcerias com hospitais privados para acelerar o atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com médicos especialistas. Ela foi aprovada com mudanças, na forma de um projeto de conversão, que segue agora para a sanção.

A MP, que perderia a validade na sexta-feira (26), foi aprovada pela Câmara no início da noite. Os senadores aguardaram a chegada do texto com as alterações feitas pela Câmara para que pudessem deliberar.

— É um programa muito importante para o Brasil, que leva a saúde pública aos rincões do país, dando a possibilidade de os brasileiros poderem ter um atendimento de qualidade na saúde pública brasileira — ressaltou o presidente do Senado, Davi Alcolumbre, enquanto aguardava a aprovação pela Câmara.

O programa tenta ampliar o atendimento por meio de três eixos principais:

### Integração entre SUS e saúde suplementar

- credenciamento de hospitais privados para atendimento a usuários do SUS, com pagamento em créditos tributários;
- troca de débitos de operadoras de planos de saúde por prestação de serviços assistenciais; e
- execução direta, pela União, de ações e serviços especializados em situações de urgência.

Pelo texto, o programa funcionará até 31 de dezembro de 2030. A renúncia fiscal estimada será de R\$ 2 bilhões ao ano a partir de 2026. Embora os procedimentos possam ser

realizados a partir deste ano, as deduções do imposto a pagar ou em débito começam em 2026.

### “Especialidades

Para a expansão da oferta de serviços especializados, o programa prevê o credenciamento de clínicas, hospitais filantrópicos e privados para atendimento com foco em áreas prioritárias. O texto remete ao Ministério da Saúde a definição dessas áreas, que já foram anunciadas: oncologia, ginecologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

— Vai complementar a assistência dada pelo setor público, pelas organizações sociais, pelas Santas Casas, por todos os setores que vão atender mais com especialidades ligadas, como eu falei, à oncologia. E eu acrescentei, inclusive, nessa medida provisória, o atendimento aos renais crônicos, de hemodiálise, que é uma coisa fundamental. O sofrimento deles é muito grande — disse o relator da MP, senador Otto Alencar (PSD-BA), que é médico.

A contratação será feita pelos estados e municípios, ou de maneira complementar pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) e pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde.

A senadora Zenaide Maia (PSD-RN), também médica, lembrou que em alguns estados são mais de 150 mil pessoas esperando por procedimentos como endoscopia ou colonoscopia. Para ela, a demora no atendimento pode significar a diferença entre a vida e a morte do paciente.

— A gente luta aqui pelo diagnóstico precoce das neoplasias — cânceres — porque a gente sabe que quando o diagnóstico e o tratamento são feitos precocemente elas

deixam de ser uma sentença de morte. É por isso que defendo com firmeza a aprovação dessa medida provisória. Ela mobiliza o poder público e a iniciativa privada em parceria para ampliar o acesso a consultas e a cirurgias especializadas — sustentou Zenaide.

## Escassez

Em audiência pública feita pela comissão temporária da medida em agosto, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou que a MP surgiu a partir de uma situação crítica de urgência. Ele disse que é preciso inovar nas ações do SUS

para que a população tenha acesso a atendimentos especializados.

De acordo com o ministro, a concentração de médicos especialistas é muito desproporcional nos estados, e apenas 10% dos especialistas médicos do país atendem no SUS.

Padilha destacou o aumento de 37% dos custos do tratamento de câncer devido à falta de assistência aos pacientes que, na maioria das vezes, deslocam-se por até 870 quilômetros para ter acesso a cuidados médicos, em função da concentração de equipamentos para tratamento da doença.

# ENTENDA COMO DECISÃO DO STF PODE IMPACTAR VALORES DOS PLANOS DE SAÚDE

Exame – 23/09/2025

Supremo aumentou rigor para cobertura de tratamentos que estão fora da lista de procedimentos obrigatórios da ANS

Conseguir que o plano de saúde cubra um tratamento ou exame fora da lista de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde (ANS) vai ficar mais difícil. O Supremo Tribunal Federal (STF) determinou uma lista de cinco critérios que precisam ser seguidos para conseguir uma exceção — e eles são rigorosos. Os analistas do mercado financeiro tiveram uma impressão positiva da decisão, e preveem efeitos positivos para as operadoras dos convênios.

No meio jurídico, porém, há dúvidas se as regras vão de fato conseguir reduzir o volume de processos abertos na Justiça para se conseguir um atendimento fora do rol. E o que poderia ser algo bom para o bolso dos beneficiários, pode não fazer diferença alguma e até deixar o serviço mais oneroso, de acordo com especialistas que a EXAME consultou.

"As decisões judiciais que determinavam obrigações além do previsto no rol da ANS e nos contratos de plano de saúde vinham aumentando o custo final para os consumidores", afirma Juliana Teixeira Barreto, especialista em direito médico e coordenadora do núcleo de saúde do escritório Fabio Kadi Advogados.

A precificação dos planos de saúde, explica a advogada, é "complexa e sujeita a múltiplos fatores regulatórios e atuários". O reajuste de preço, em tese, garante o equilíbrio financeiro das operadoras frente aos seus gastos. Embute os gastos com a cobertura da assistência médica de seus beneficiários, mas também as despesas decorrentes dos processos judiciais na cobertura do que não consta na lista da ANS.

"Embora a negativa de cobertura fosse a regra pelas operadoras, o Judiciário possuía maior margem de interpretação para acolher pleitos dos beneficiários, admitindo exceções ao rol da ANS com base em critérios de razoabilidade [coerência] e necessidade médica", diz Juliana. "A falta de previsibilidade das operadoras com cobertura proveniente de imposições judiciais, com uma obrigação além da contratual,

vinha aumentando o valor da contratação de um plano de saúde."

As alterações nas regras dos planos de saúde, complementa, vieram para dar mais previsibilidade ao setor e mitigar a judicialização.

"Com a decisão proferida no julgamento do STF, o processo tornou-se mais restritivo e burocrático, uma vez que passou a exigir do beneficiário a apresentação de provas técnicas mais robustas, reduzindo-se sensivelmente a discricionariedade judicial [liberdade de decisão do juiz]".

Contudo, isso não quer dizer que os percentuais de reajuste das mensalidades dos planos de saúde tendem a ser menores. E há certo ceticismo. "Na minha visão, a decisão do STF não irá influenciar nisso. Não irá aumentar e tampouco diminuir o valor", afirma Juliana.

## Um tiro no pé?

Leo Rosenbaum, advogado especializado em direito da Saúde e sócio do Rosenbaum Advogados, acredita que, para as operadoras, as mudanças podem acabar sendo "um tiro no próprio pé".

"Os requisitos previstos pelo STF, como comprovação científica, ausência de tratamento alternativo no rol e prescrição médica detalhada, são todos subjetivos. [...] Isso pode gerar uma insegurança jurídica maior e um número ainda maior de demandas judiciais, impactando negativamente o custo dos planos".

Na prática, pacientes que já estão em tratamento autorizado por decisão judicial transitada em julgado não devem ser afetados. Já solicitações em andamento ou futuras, dependem do cumprimento cumulativo das cinco condições definidas pelo STF.

Juliana, do Fabio Kadi Advogados, lembra que a possibilidade de recorrer à Justiça permanece, especialmente em casos de tratamentos inovadores ou de alto custo, desde que os requisitos cumulativos sejam comprovados. O que muda é que a Justiça exigirá cada vez mais a comprovação da fundamentação técnica do pedido.

Para Rosenbaum, ainda que critérios mais rigorosos possam ter efeitos indesejados e aumentar a judicialização, ao mesmo tempo tendem a reduzir êxito em casos infundados, "pois há muita fraude em curso também".

"Vamos ver como os planos de saúde vão receber as solicitações de tratamento a partir de agora e qual vai ser o direcionamento da jurisprudência dos tribunais", conclui.

---

**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](mailto: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)