

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

29 de outubro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde deve cobrir musicoterapia para autismo, mas não tratamento com cavalos](#) - Fonte: Conjur

[Pequenas empresas impulsionam crescimento de planos odontológicos corporativos](#) - Fonte: InfoMoney

[STF e Rol da ANS: o novo desafio da Agência](#) - Fonte: Jota Info

[Acordos multilaterais da ONU abrem caminhos para exportações brasileiras de dispositivos médicos](#) - Fonte: Saúde Business

[O impacto crescente do transtorno do espectro autista nos planos de saúde corporativos](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Alegação dos planos de saúde não vai me comover, vão ter que demonstrar, diz novo presidente da ANS](#) - Fonte: Estadão

[Projeto cria Plano de Saúde Digital Nacional](#) - Fonte: CQCS

[Satisfação com planos de saúde atinge maior índice em 1 década, aponta IESS](#) - Fonte: IstoÉ Dinheiro

[Custos médicos nos planos de saúde corporativos deve ser de 9,7% em 2026](#) - Fonte: Revista Cobertura

PLANO DE SAÚDE DEVE COBRIR MUSICOTERAPIA PARA AUTISMO, MAS NÃO TRATAMENTO COM CAVALOS

Conjur – 29/10/2025

A operadora de planos de saúde deve custear o tratamento de musicoterapia para portadores do transtorno do espectro autista (TEA), mas o mesmo não vale para a equoterapia — prática que utiliza a interação com cavalos como recurso terapêutico. O primeiro método tem eficácia científica comprovada; o segundo, não.

Essa conclusão é da 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, que deu parcial provimento ao recurso especial de uma operadora.

O acórdão deixa claro que a recusa para a equoterapia só se aplica ao caso concreto julgado. Há a possibilidade de o Judiciário aprovar o custeio se novos dados mostrarem a eficácia científica do tratamento, como exige a lei.

Cobertura

A votação se deu por maioria de votos. Inicialmente, a operadora também se recusou a custear a musicoterapia, por não estar prevista no rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Essa posição está vencida no Judiciário e no Legislativo desde a edição da Lei 14.454/2022, que derrubou o rol taxativo de procedimentos.

Em setembro, o Supremo Tribunal Federal estabeleceu que as operadoras podem ser obrigadas a custear procedimentos fora do rol da ANS, desde que estejam presentes alguns requisitos como ausência de alternativa terapêutica e eficácia e segurança do tratamento.

Musicoterapia, sim

Foi nesse contexto que a 4ª Turma do STJ, por maioria de votos, autorizou a musicoterapia e afastou a equoterapia.

Ficou vencido o relator, ministro Antonio Carlos Ferreira, que votou por obrigar o plano de saúde a pagar os dois tratamentos.

O voto vencedor é do ministro Raul Araújo, acompanhado pelos ministros Isabel Gallotti e Marco Buzzi. Não participou do julgamento o ministro João Otávio de Noronha.

Araújo destacou que a musicoterapia foi incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS e reconhecida como método terapêutico eficaz para o tratamento do TEA. A prática foi incluída no rol da ANS e tem o respaldo de evidências científicas, sendo regulamentado pela Lei 14.842/2024.

Equoterapia, não

Embora regulamentada pela Lei 13.830/2019 como método de reabilitação para pessoas com deficiência, a equoterapia ainda não tem comprovação científica específica para os casos de autismo, situação que desautoriza a obrigação de custeio.

“Não há, ainda, um estudo científico reconhecido pelos órgãos de saúde do país que afirmem a eficácia da equoterapia para pacientes com transtorno do espectro autista. Não há, outrossim, nenhuma recomendação da Conitec [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde], tampouco de órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional”, afirmou Raul Araújo.

“Em oportunidades outras que venham a surgir, poderá esta Corte Superior considerar devido o custeio da equoterapia, diante de novos dados que demonstrem, ao menos, a eficácia científica do tratamento, nos termos exigidos na lei de regência”, acrescentou ele.

PEQUENAS EMPRESAS IMPULSIONAM CRESCIMENTO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS CORPORATIVOS

InfoMoney – 29/10/2025

Com custo acessível, quase um terço dos trabalhadores formais já tem esse tipo de assistência, que se consolida como estratégia de retenção de talentos

Depois dos planos de saúde, agora é a vez dos planos odontológicos empresariais se tornarem um dos benefícios mais valorizados do mercado de trabalho formal no Brasil. Atualmente, a categoria é uma das que mais crescem dentro da saúde suplementar.

Em 2024, para cada 100 empregos formais no País havia 29,4 titulares de planos odontológicos. Ao incluir dependentes, o número salta para 52,4 beneficiários, refletindo o avanço da chamada odontologia corporativa no cotidiano das empresas. Os dados são de um levantamento inédito do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) ao qual InfoMoney teve acesso antecipado.

Atualmente, o Brasil registra 33,6 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, o maior volume da série histórica iniciada em 2000. Desses, 71% estão

vinculados a contratos empresariais. O setor de serviços responde por mais da metade da cobertura (55%), seguido pela indústria (24%).

“O plano odontológico evoluiu para além do atendimento emergencial. Hoje ele é um elo estratégico da saúde corporativa e um componente essencial da prevenção e promoção da saúde”, afirma o superintendente executivo do IESS, José Cechin. Segundo ele, a expansão está diretamente ligada à formalização do emprego e às políticas empresariais de valorização de colaboradores.

Potencial de expansão

O estudo do IESS mostra que a odontologia suplementar tem uma estrutura dual: de um lado, milhares de microempresas contratantes, responsáveis por capilaridade territorial; de outro, grandes corporações que concentram escala e sustentabilidade financeira.

Mais de 92% das empresas contratantes têm até 19 vínculos, mas respondem por apenas 19% dos beneficiários. Já as grandes empresas, que representam 0,2% do total, concentram 39% das vidas cobertas, cerca de 9,5 milhões de pessoas.

Esse cenário, segundo o instituto, reflete um forte potencial de crescimento entre micro e pequenas empresas, especialmente nos setores de comércio e serviços de baixa complexidade, ainda com cobertura abaixo da média nacional.

Ampliação de serviços

Com o aumento da base de beneficiários, a dúvida que fica é se as operadoras têm conseguido acompanhar a expansão com uma rede suficiente de prestadores. Segundo Cechin, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) exige das operadoras um dimensionamento de rede compatível com o

número de beneficiários e monitora eventuais falhas de atendimento.

“Embora haja reclamações pontuais, as operadoras precisam garantir a capacidade de atendimento mesmo em casos de crescimento da carteira, sob o risco de sofrer sanções. A ANS acompanha de perto esses indicadores”, explica o superintendente.

Em relação aos serviços oferecidos, Cechin lembra que o rol de procedimentos da ANS define a cobertura mínima obrigatória, mas as operadoras têm ampliado a oferta de serviços extra-rol, como implantes e procedimentos estéticos, conforme suas estratégias comerciais. “Algumas operadoras oferecem contratos mais amplos ou serviços adicionais pontuais, o que aumenta a percepção de valor e ajuda a fidelizar beneficiários”, diz.

Política de retenção

O custo relativamente baixo e o impacto direto no bem-estar fazem dos planos odontológicos um diferencial competitivo na gestão de pessoas. Segundo o IESS, o benefício tem alta taxa de adesão e tende a se consolidar como um instrumento de inclusão social e de prevenção, acompanhando o crescimento do emprego formal.

“A adesão reflete a valorização do benefício como política de recursos humanos. Por seu custo acessível e alta percepção de valor, tornou-se um elemento importante do cuidado preventivo”, afirma Cechin.

Para o IESS, o avanço dos planos odontológicos empresariais reforça a tendência de integração entre saúde bucal e saúde geral, com impactos positivos sobre produtividade e absenteísmo. Além disso, abre espaço para que pequenas empresas também incorporem o benefício como parte de uma estratégia de valorização e bem-estar.

STF E ROL DA ANS: O NOVO DESAFIO DA AGÊNCIA

Jota Info – 27/10/2025

A decisão na ADI 7.265 é um voto de confiança na ANS

“Não sabemos o que é justo, mas sabemos que a ineficiência é sempre injusta”,¹ assim se manifesta Ivo Gico Jr ao explicar metodologia da análise econômica do direito. Essa frase explica bem o caminho trilhado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na ação declaratória de inconstitucionalidade nº 7.265.

O Tribunal reconheceu a legalidade da obrigação de fornecimento de tratamentos ou procedimentos fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas determinou algumas condições, como a prescrição por médico ou odontólogo, ausência de alternativa terapêutica adequada, comprovação de eficácia e segurança do

tratamento e registro na agência nacional de vigilância sanitária (Anvisa).

Por último, o Tribunal impôs como condição a inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol. Este derradeiro requisito talvez seja o elemento inovador no tema. Algumas publicações destacaram o favorecimento aos planos de saúde e residualmente para os beneficiários; a maior colaboração do STF, contudo, foi para o estímulo a uma discussão mais técnica e rápida.

A ANS é a autarquia responsável pela defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Em sua visão de futuro, o planejamento estratégico da autarquia prevê a nobre

meta de ser “referência pela excelência técnica e qualidade da produção de saúde”.

É intuitivo que a autarquia desenhada especialmente para atuação na saúde suplementar seja reconhecida como a instituição com maior capacidade técnica para avaliar a pertinência da incorporação de tratamentos ou procedimentos dentro do rol de cobertura obrigatória. Entre continuar com o nível atual de judicialização sobre o tema ou buscar uma saída mais rápida e mais assertiva, o STF viu na ANS a autarquia capaz de liderar esta segunda opção.

O sucesso da decisão do STF depende da própria ANS. É a oportunidade da Agência de mostrar a todos que aceita a deferência a ela outorgada pelo Tribunal mais elevado no nosso país e a oportunidade para ser reconhecida como a autarquia referência em saúde para a população brasileira.

“É imprescindível que a Administração Pública estabeleça um contínuo processo de aprimoramento de normas de organização e procedimento”, expressou o Ministro Gilmar Mendes no voto condutor do julgamento do recurso extraordinário nº 566.471/RN, quando o STF reconheceu que o fornecimento de medicamento pelo sistema único de saúde deve passar pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) antes da determinação de inclusão pelo Poder Judiciário.

O desafio agora também está com a ANS. E ele não é pequeno. Do lado dos beneficiários, interessa ao final que a decisão seja emitida no menor tempo possível, pouco importa se da ANS ou do Poder Judiciário. O tempo médio do primeiro julgamento na Justiça Estadual é de 251 dias, menor taxa histórica desde 2020. O prazo é superior ao previsto pela Lei nº 14.307/2022 para a Agência proferir alguma decisão a respeito da incorporação de tratamentos ou procedimentos: 180 dias.

Do lado das operadoras, interessa que a ANS incorpore tratamentos e procedimentos de menor custo possível. E é correto que a avaliação não omita o impacto econômico no

mercado afinal um dos objetivos da Agência é proteger o equilíbrio econômico-financeiro do mercado de saúde suplementar. A apreciação da Agência deve passar pela avaliação dos benefícios e custos e o impacto financeiro de determinada decisão para as operadoras.

Esta observação requer muito cuidado na sua leitura para evitar a captura da agência pela visão exclusivamente privada ou forjar uma crise onde se requer apenas ponto de atenção. Dados da ANS indicam que as provisões das operadoras nos últimos 12 meses para despesas judiciais com eventos não cobertos foram de R\$ 2,18 bilhões, inferior a 1% a eventos indenizáveis das operadoras.

Tampouco se pode reproduzir de modo automático o critério de limiar de custo-efetividade adotado recentemente pela Conitec como critério para incorporação de tecnologias no SUS. Os recursos são escassos tanto no SUS quando no mercado de saúde suplementar; a fonte de recursos do sistema público e a cobertura obrigatória a eventos indiscriminados a qualquer pessoa, mesmo que a estrangeiro, impõem restrições mais agudas do que no mercado privado. O critério de limiar de custo-efetividade é um ponto de partida, uma fonte de inspiração, apenas.

Ótimo de Pareto é uma expressão usualmente encontrada na literatura especializada da análise econômica do direito para indicar que determinada situação encontrou uma situação de equilíbrio. Talvez a judicialização da saúde tenha encontrado um quadro em que não exista nenhuma outra alocação de recursos mais eficiente.

O uso do talvez não ocorre apenas por estilo. Espera-se com esta decisão que a deferência do Supremo Tribunal Federal à autarquia seja justificada e ela exerça a função de regente na saúde suplementar. Tal como na comédia que leva o nome deste artigo, e da delegação entregue a Ângelo pelo Duque, os próximos meses serão de observação de como se conduzirá a ANS.

ACORDOS MULTILATERAIS DA ONU ABREM CAMINHOS PARA EXPORTAÇÕES BRASILEIRAS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Saúde Business – 27/10/2025

Avanço das políticas da OPAS, voltadas ao fortalecimento das cadeias regionais de suprimento em saúde, pode posicionar o Brasil como fornecedor estratégico.

A indústria brasileira de dispositivos médicos pode ganhar fôlego renovado com o avanço das políticas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) voltadas ao fortalecimento das cadeias regionais de suprimento em saúde. O órgão, braço da ONU nas Américas, tem ampliado o volume e a diversidade de produtos adquiridos, ao mesmo tempo em que incentiva a produção local e a integração das cadeias regionais de fornecimento.

Segundo a Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (ABIMO), o movimento abre uma janela concreta de inserção internacional para os fabricantes brasileiros — especialmente em um momento em que o setor busca diversificar mercados e reduzir a dependência dos Estados Unidos e da Europa, principais destinos das exportações do país.

“A OPAS atua diretamente na aquisição e gestão de tecnologias médicas para governos da América Latina e Caribe. Ao estimular a produção regional e harmonizar os marcos regulatórios, cria condições favoráveis para que o

Brasil se torne um fornecedor estratégico de soluções em saúde”, avalia Larissa Gomes, gerente de Projetos e Marketing da ABIMO.

Os dispositivos médicos — categoria que abrange desde reagentes laboratoriais e produtos de reabilitação até materiais odontológicos — são considerados peças-chave para o funcionamento dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a OPAS, por meio de sua área de Medicamentos e Tecnologias em Saúde, tem apoiado os países da região no fortalecimento da regulação, avaliação e gestão de tecnologias médicas (ATS), com foco em transparência e eficiência nas aquisições públicas.

Desde 2019, a Organização mantém uma lista de 337 dispositivos prioritários para o primeiro nível de atenção, usada como referência por governos na estruturação de compras e políticas de acesso. O documento contempla desde itens básicos, como estetoscópios e monitores de sinais vitais, até equipamentos especializados de odontologia, laboratório e diagnóstico por imagem.

“A ampliação dessa lista e o avanço da agenda regulatória da OPAS mostram que há espaço crescente para a indústria regional. O Brasil tem qualidade, capacidade produtiva e domínio tecnológico para atender a essas demandas, e nosso papel é ajudar as empresas a acessarem esses canais multilaterais”, afirma Larissa.

A ABIMO, por meio do projeto Brazilian Health Devices, em parceria com a ApexBrasil, atua para aproximar fabricantes nacionais de programas internacionais de compras e cooperação em saúde. O objetivo é posicionar o país como parceiro estratégico em iniciativas voltadas à modernização e ao fortalecimento dos sistemas públicos da região.

“As compras coletivas promovidas por organismos como a OPAS representam uma nova fronteira para a exportação de dispositivos médicos. Mais do que vender, é uma forma de integrar o Brasil a políticas que visam ampliar o acesso e a equidade em saúde nas Américas”, conclui Larissa.

O IMPACTO CRESCENTE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NOS PLANOS DE SAÚDE CORPORATIVOS

Revista Cobertura – 27/10/2025

O autismo tem ganhado cada vez mais relevância no debate sobre saúde suplementar no Brasil. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) aponta que os custos com terapias para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) cresceram 74,4% entre 2021 e 2023. O percentual é expressivo, sobretudo quando comparado ao aumento de 37,3% observado nos tratamentos oncológicos no mesmo período, historicamente entre os mais onerosos do setor.

Segundo o Censo 2022, o Brasil conta com 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, o equivalente a 1,2% da população. O dado evidencia a dimensão do desafio e ajuda a explicar a pressão crescente sobre os planos de saúde: a ampliação da conscientização sobre o diagnóstico precoce e a importância de terapias adequadas têm elevado de forma significativa a demanda por atendimento contínuo.

Essa tendência já se reflete diretamente nos custos corporativos. Em levantamento realizado por meio de pesquisa de consultoria empresarial, a Lockton, maior corretora de seguros independente e privada do mundo,

identificou que, em 2024, 37,38% das crianças e adolescentes de 1 a 18 anos com plano de saúde realizaram terapias relacionadas ao TEA. Esses atendimentos representaram 4,82% de todo o sinistro do período. O custo anual médio do tratamento possui uma alta variação conforme a necessidade de cada paciente, porém, alguns casos já ultrapassam a marca de R\$ 450 mil/ano. Desde a mudança da lei em 2022, os gastos associados ao tratamento já acumulam alta superior a 300%.

“Estamos diante de uma realidade que exige atenção e proatividade”, alerta Leonardo Ribeiro, Diretor Médico da Lockton. “É fundamental que empresas e operadoras compreendam esse cenário e transformem dados em estratégia, por meio de análises detalhadas e de parcerias com clínicas e profissionais especializados. Somente assim será possível desenhar soluções que reduzam custos sem comprometer a qualidade do cuidado. Nosso compromisso é com a saúde e o bem-estar, buscando continuamente formas de tornar o tratamento do TEA mais acessível e inclusivo”, finaliza Ribeiro.

ALEGAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NÃO VAI ME COMOVER, VÃO TER QUE DEMONSTRAR, DIZ NOVO PRESIDENTE DA ANS

Estadão – 25/10/2025

Embora esteja no cargo de diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) há apenas 53 dias, o advogado Wadih Damous não titubeia ao ser questionado sobre o que pretende fazer diante das crescentes

reclamações de beneficiários de planos de saúde sobre práticas como reajustes abusivos e rescisões unilaterais de contratos. A mensagem é clara: a regulação será mais rígida com as operadoras para evitar que os usuários, em especial

os mais vulneráveis, como idosos e pacientes com câncer, não fiquem sem cobertura no momento em que mais precisam.

Numa mudança de tom em relação aos seus antecessores, Damous questiona o argumento das operadoras de que muitas das práticas impopulares buscam garantir o equilíbrio financeiro do setor. Em entrevista exclusiva ao Estadão, o novo diretor-presidente da ANS classificou o discurso como “conversa fiada” e disse que qualquer alegação nesse sentido “não irá comovê-lo” e precisará ser demonstrada com evidências.

Damous defendeu que a sustentabilidade financeira seja garantida para os dois lados, e não sirva de argumento só para as empresas. “De que adianta as empresas estarem muito bem financeiramente e os seus consumidores quebrados, muitos rescindindo os seus contratos porque não têm condições de continuar pagando ou optando por diminuir a abrangência da assistência?”, questionou.

Ele defendeu ainda a adoção de regras pela ANS que dificultem as rescisões unilaterais de contratos e reajustes exorbitantes para os planos coletivos. Nos contratos individuais e familiares, isso já é regulado.

Sobre as rescisões unilaterais, que cresceram nos últimos anos, ele afirmou que a prática tem “feições de seleção de risco, o que é ilegal”, já que vem afetando contratos de pessoas idosas, pacientes oncológicos e crianças com deficiência. Ele defendeu que a agência dificulte a prática ao exigir que as operadoras demonstrem os motivos para a quebra de contrato.

Outro foco de Damous são os reajustes dos planos coletivos. Ele disse que uma estratégia estudada para frear os aumentos desproporcionais será ampliar a regra de agrupamento de contratos para definição do índice de reajuste, o chamado pool de risco.

Hoje, todos os contratos coletivos com até 29 vidas são agrupados para que tenham um reajuste único por operadora. Os demais dependem de negociação individual por contrato, o que deixa as empresas menores desprotegidas. A ideia do novo diretor-presidente é que esse agrupamento passe a ser para contratos com 400 ou 500 vidas e inclua ainda todos os planos coletivos por adesão.

Antes de assumir a presidência da ANS, Damous ficou três anos à frente da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do Ministério da Justiça, foi deputado federal pelo PT e presidente da OAB-RJ. Na entrevista, ele falou ainda sobre a crise da Unimed Ferj, a escassez de planos individuais e familiares no mercado, a regulação dos chamados cartões de desconto e o projeto de lei que busca modernizar a legislação do setor de saúde suplementar.

Leia abaixo os principais trechos da conversa. A entrevista foi editada para maior clareza e concisão.

Quais serão suas prioridades à frente da ANS?

Há prioridades que são relevantes para a estruturação da gestão, mas há questões que são do momento e, por serem emergências, acabam se tornando prioritárias. A questão relativa à Unimed Ferj é prioritária porque está significando interrupção de tratamento, inclusive de tratamentos oncológicos. Isso, do meu ponto de vista, é inaceitável. Desde que eu cheguei à ANS, essa tem sido a principal questão que estou enfrentando. E espero resolver isso nas próximas semanas definitivamente.

Há pouco mais de um mês, vocês decretaram uma direção técnica na Unimed Ferj, mas ainda temos relatos de pessoas com problemas nos tratamentos. Como está isso? Há alguma medida mais extrema que a ANS esteja prevendo?

O drama nessa questão é que se a operadora, de fato, demonstrar que não tem condições de continuar operando no mercado, a solução é a liquidação da carteira. Quando isso acontece, os beneficiários têm portabilidade automática, mas essa carteira da Unimed Ferj é uma carteira envelhecida, de alta sinistralidade, de pessoas com doenças pré-existentes e muitas delas com doenças graves. Muito dificilmente elas conseguirão migrar para outro plano de saúde a preços minimamente similares àqueles que pagam para a Unimed Ferj. Então, se a única medida a ser adotada for a liquidação da carteira, vai ser jogar milhares de pessoas na rua da amargura ou na rua do desassossego. Nós temos que encontrar uma solução em que essas pessoas tenham o seu atendimento normalizado, restabelecido. E quem vai ter que assumir esse atendimento é o sistema Unimed Nacional.

E, para além dessa situação emergencial, quais são as suas outras metas? O senhor tem sido muito vocal em algumas questões como reajustes abusivos e rescisão unilateral de contratos. Como pretende endereçar essas questões?

Essas questões são permanentes, não são de agora e não dá para fingir que elas não acontecem. No ano passado, bateu-se o recorde de rescisões unilaterais de contratos, com toda a aparência de seletividade. Sempre foi um setor com muito conflito, mas, nos últimos tempos, essa conflituosidade tem recrudescido. E a ANS não pode cruzar os braços diante disso. Nós temos que regular. A minha chegada coincide com o início dos debates para a elaboração da agenda regulatória (2026-2029) e essas questões farão parte.

Você, por exemplo, (pode) não proibir a rescisão unilateral, mas exigir que se explique o motivo. (Com isso,) Você já cria uma limitação. E não é só dar o motivo na retórica. Demonstre. Estou dando um exemplo, não estou dizendo que vai ser feito assim, mas ainda que não se estabeleça a proibição de rescisão unilateral, você pode dificultar que ela aconteça. O caminho possivelmente vai ser esse. O que não pode é continuar como está, com essas decisões que têm todas as feições de seleção de risco, o que é ilegal.

Querira explorar melhor a questão dos reajustes dos planos coletivos. Nos últimos anos, a ANS implantou algumas medidas como o agrupamento de contratos de até 29 vidas para um índice único de reajuste, mas isso não foi suficiente e temos relatos de aumentos que chegam a 200%. Quais são os caminhos para regular isso?

Aumentar o agrupamento. A ideia inicial foi de 1 mil vidas. Vamos chegando ao número de 400, 500. Para os contratos coletivos por adesão, 100% estariam no agrupamento, independentemente do número de vidas. Isto integrará a agenda regulatória, mas vai ser precedido de um amplo debate com todos os setores: operadoras, consumidores, entidades de representação, entidades da sociedade civil, Ministério Público, Defensorias Públicas, todo mundo. Não dá para fingir que esse problema não existe. Não dá para (falar) "estamos monitorando, estamos observando". Não, estamos resolvendo.

Há uma crítica de alguns especialistas e de entidades de defesa do consumidor de que, nos últimos anos, a ANS se preocupou mais com a sustentabilidade financeira das empresas e foi muito condescendente com as operadoras. Como o senhor avalia o papel da ANS nos últimos anos? O senhor concorda que a regulação tenha sido frouxa, para usar uma palavra que os críticos usam?

Eu prefiro falar daqui para frente como eu acho que deve ser. Antes de vir para cá, eu estava na Secretaria Nacional do Consumidor, fiquei lá três anos e acompanhei esse debate. Os consumidores sempre nos procuraram para reclamar. E o que eu pude perceber é que essa expressão que você usou é muito utilizada pelas operadoras para se defenderem de mudanças: o equilíbrio econômico-financeiro, a sustentabilidade. Perfeito, mas só deles? E o equilíbrio econômico-financeiro dos consumidores? Muitos comprometem a sua renda familiar, seu orçamento familiar em até 40% (para pagar o plano de saúde).

O equilíbrio econômico-financeiro é para os dois lados. De que adianta as empresas estarem muito bem financeiramente e os seus consumidores quebrados, muitos rescindindo os seus contratos porque não têm condições de continuar pagando ou optando por diminuir a abrangência da assistência? Essa conversa para mim é fiada.

Existe a figura da análise do impacto regulatório, agora, nós temos que sair da retórica e os planos, quando alegarem isso, vão ter que demonstrar. Eu pretendo que essas questões sejam debatidas de forma muito transparente e com muita seriedade, que a gente saia da retórica e vamos trabalhar com evidências.

Eu sou, entre aspas, acusado de ser pró-consumidor. Não se trata disso. Mas trata-se da concepção que se tem de saúde. Da mesma forma que o setor público tem que cuidar da saúde do povo, os planos de saúde têm que cuidar da saúde dos seus beneficiários. E não se cuida da saúde de uma maneira em que se permitam rescisões arbitrárias, unilaterais,

reajustes abusivos, interrupção de tratamento. Então nós temos que cuidar disso, e vamos cuidar.

Sobre essa questão financeira, há um desafio crescente, que é o envelhecimento populacional e o alto custo de algumas terapias inovadoras. Como conseguir equacionar esses desafios financeiros, mas sem deixar o consumidor numa situação tão vulnerável como ele está hoje com todas essas práticas que o senhor citou?

Desde que os planos de saúde começaram a operar aqui no Brasil, já existia esse argumento. Se a gente for procurar uma matéria de jornal, vai ter alguma operadora dizendo que está difícil de operar, embora os lucros façam um confronto com esse tipo de afirmação. Então, eu acho que esse tipo de afirmação vai ter que ser sempre demonstrado. Em qualquer empreendimento no capitalismo você corre riscos. Num setor em que você vai lidar com a saúde, a vida e a morte, você tem que estar preparado materialmente para dar conta do seu empreendimento. Ninguém obrigou ninguém a abrir plano de saúde. Agora, a partir do momento que abriu, é porque tem capacidade técnica, financeira e empresarial para abrir e sustentar o negócio. Então, qualquer alegação nesse sentido não vai me comover. Isso tem que ser demonstrado.

É claro que ninguém aqui quer entrar em aventura regulatória de fazer uma regulação predatória em relação aos operadores. Nem se passa perto disso. Agora, o que não pode acontecer é o que está acontecendo no primeiro cenário que tratamos: pessoas lutando pela vida e o seu tratamento sendo interrompido alheio à sua vontade. Isso não pode acontecer, é inaceitável, a gente não pode banalizar isso. Então, se no passado — e eu não estou confirmando isso — existia a regulação frouxa, comigo eu não quero caso de regulação frouxa, não. Vai ter regulação justa, equilibrada, mas regulação para valer.

As operadoras reclamam do impacto do custo de medicamentos inovadores e da diferença de preços pagos pelo SUS e pelos planos por esses medicamentos. Não sei o quanto a ANS teria ingerência sobre isso, mas o senhor acha possível criar algum mecanismo de compra centralizada para atender diversas operadoras e que poderia baratear o custo desses medicamentos?

Eu tenho que admitir que essa reclamação das operadoras tem procedência. Tem remédio cuja dose fecha uma operadora pequena. É uma decisão do negócio, mas a ANS pode integrar e induzir o debate. É uma ideia que pode ser interessante. É um setor economicamente robusto, talvez eles tenham condição econômico-financeira de bancar essa ideia.

Depois da indicação do seu nome pelo presidente Lula para a presidência da ANS, houve um movimento de algumas operadoras tentando barrar a sua aprovação no Senado. Como é chegar ao cargo em meio a esse cenário? Como está sendo o diálogo com as operadoras?

Eu sei que houve mesmo. Eu malgrado todos os esforços que algumas delas tenham envidado para que eu não fosse aprovado no Senado, mas fui (*aprovado*), fui nomeado, isso para mim está superado. E agora eu estou tendo um excelente relacionamento.

E sabe o que também possibilita isso? Eles já viram que eu não sou quebrador de plano, que eu não tenho mais idade para entrar em aventura, mas é falar as coisas com franqueza. A partir do momento em que você é transparente, fala com franqueza, ainda que não se concorde, isso abre a possibilidade de diálogo até para me demover. E gera também previsibilidade. Eu estou recebendo todo mundo, representantes de operadoras, de consumidores, parlamentares.

Muitas famílias precisam recorrer a planos coletivos para conseguir contratar um plano de saúde pela escassez da oferta de planos individuais e familiares no mercado. O senhor já reconheceu que isso é um problema. O que pretende fazer para estimular as operadoras a oferecer mais planos individuais e familiares?

Juridicamente, não podemos obrigar as operadoras a comercializar o plano individual. Elas pararam de comercializar porque esses planos são regulados. E isso abriu ensejo a essa verdadeira fraude que são esses falsos coletivos. Você dizer que isso é um plano empresarial? Ou seja, o sujeito quer contratar um plano de saúde para ele e a família dele e, como os planos não ofertam os planos individuais, ele é induzido a abrir uma pessoa jurídica. Qual é o poder de barganha que uma pessoa jurídica de um pai, uma mãe e quatro filhos tem para negociar preço com um gigante da área de plano de saúde?

Algumas operadoras querem revisão técnica (*dos reajustes de planos individuais*), ou seja, querem que a ANS fixe um reajuste maior do que o que ela fixou para aquele ano, alegando dificuldades em manter a carteira. O que eu já vi na agenda regulatória da ANS que me parece interessante? Primeiro, você tem que demonstrar cabalmente que a carteira é deficitária e insustentável, que não seja uma crise momentânea. Demonstrado isso, a condição para que a gente defira a revisão técnica é você oferecer plano individual durante pelo menos três anos. Isso é uma proposta que consta da agenda regulatória em exercício que eu acho muito interessante.

E em que pé está essa proposta?

Isso vai integrar a agenda regulatória para virar norma. Agora, tem que ser aprovado. Aí vai ter aquele rito: debates, diálogos e a ANS vai deliberar. Se essa deliberação fosse hoje, já teria o meu voto a favor.

Em relação aos planos ambulatoriais, também chamados de populares, que teriam apenas consultas e exames, como o senhor vê essa proposta?

É uma pretensão das operadoras de muito tempo. Quando elas defendem, elas partem de um pressuposto que é real: a grande massa de consumidores não tem condições de pagar os planos de saúde com essa segmentação atual. A ideia é oferecer no mercado um plano compatível com a renda da maioria dos brasileiros. Outro argumento de quem defende é que isso vai desonerar o SUS porque às vezes as pessoas levam meses para conseguir uma consulta, exame de imagem. Também é um problema real, vai diminuir a fila substancialmente. Só que fez lá a consulta e o exame, e detecta uma doença grave. Para onde as pessoas vão correr? Para o SUS. Desonerou a atenção primária e assoberbou a alta complexidade do SUS. E aí?

Outra questão que foi levantada pelos críticos da ideia é o temor de que, a exemplo do que aconteceu com os planos individuais, esses planos atuais, como nós conhecemos, deixem de ser ofertados na escala em que são hoje, o que transformaria aquele ditado de que “plano de saúde é só para rico” em realidade absoluta e inquestionável.

E diante desses argumentos contrários e favoráveis, o senhor vê algum caminho para que esses planos sejam ofertados sem onerar o SUS?

Óbvio que eu sou sensível à ideia de plano barato. Óbvio que eu sou sensível à ideia de desonerar o SUS. Agora, a minha percepção na época do sandbox regulatório (*espaço experimental criado pela ANS para testar inovações no mercado de planos de saúde*) é que os argumentos contrários tinham mais consistência e não foram bem respondidos.

Eu acho que tem que colocar o Ministério da Saúde nesse debate. Se essa modalidade for adotada, se isso virar um produto comercializável, o SUS tem condições de, na alta complexidade, absorver quando o diagnóstico for um diagnóstico que implique em atendimento pelo SUS? Se não tiver isso, sinceramente, eu não vejo como viabilizar esses planos populares.

Um fato que aumentou essa discussão foi o aumento de clientes dos chamados cartões de descontos, que têm um funcionamento muito similar a um plano popular. Há espaço para a ANS regular esse serviço?

De fato, essa concepção desses cartões é muito similar à ideia do plano popular. São similares. E agora não se trata mais de uma opção da ANS regular, vai ter que regular por conta de uma decisão do Superior Tribunal de Justiça que está para transitar em julgado, para publicar. Seria muito bom que a gente ganhasse mais uns 200 funcionários porque não vai ser fácil.

Mas os cartões de desconto vão ter a mesma regulamentação dos planos de saúde ou haverá uma regulamentação nova para esse tipo de serviço?

Vai se criar, possivelmente, uma série de medidas regulatórias que foram adotadas para os planos de saúde e serão adotadas para os cartões. Senão não faz sentido

regular. Agora, eu não tenho clareza absoluta de como é que isso vai se dar, porque é algo absolutamente novo.

Um problema cada vez mais frequente, como já mostramos em reportagens do Estadão, é o descumprimento de decisões judiciais por parte das operadoras. Entendo que a ANS não tenha interferência na esfera judicial, mas essa prática é uma camada a mais para dificultar o acesso dos beneficiários aos tratamentos. Como o senhor vê isso?

Nós não temos como interferir nisso. Isso aí cabe a quem tem que fazer cumprir as próprias decisões, que é o Poder Judiciário. Mas a ANS pode começar a pensar em tornar público que há determinadas operadoras que descumprem a ordem judicial. Essa é uma ideia que estou tendo aqui agora, não sei se isso é viável tecnicamente, mas eu acho que, se um beneficiário que está procurando um plano de saúde sabe que aquela operadora descumpra a decisão judicial, não sei se ele vai continuar querendo contratar aquela operadora. Que elas descumprem, que elas protelam, é fato. Agora, cabe ao próprio Poder Judiciário tomar as providências para que

as suas decisões sejam obedecidas. Ele tem instrumentos para isso.

Em 2023, tivemos um amplo debate do projeto de lei 7419, que busca atualizar a legislação sobre planos de saúde (lei 9656/1998). Havia a expectativa que fosse votado, mas ainda está parado. O projeto, de relatoria do deputado Duarte Júnior (PSB-MA), previa mudanças nesses pontos que o senhor citou, como rescisões unilaterais e reajustes. O que o senhor acha da proposta?

O novo relator, o deputado Domingos Neto (PSD-CE), nos visitou na semana passada. Eu gostei da conversa. Alguns itens do projeto originário do Duarte Jr. serão mantidos. Ele ainda não consolidou o novo texto, eu tinha pedido a ele uma cópia do texto, mas ele ficou de me mandar na semana que vem. A ideia é que só vá a plenário depois de ter ouvido todo mundo, o que eu acho uma boa ideia. Mas ele diz que na concepção, ou seja, de procurar mitigar essa assimetria nos contratos do plano de saúde, ele disse que a lei vai tentar contemplar, o que eu achei muito positivo da parte dele.

PROJETO CRIA PLANO DE SAÚDE DIGITAL NACIONAL

CQCS – 24/10/2025

O deputado Marcos Tavares (PDT-RJ) apresentou projeto de lei que cria o Plano de Saúde Digital Nacional; o Prontuário Digital Unificado do Consumidor (PDUC) e o Sistema Nacional de Intercâmbio de Dados da Saúde Suplementar (SINADS). A proposta também estabelece normas de interoperabilidade e portabilidade plena entre operadoras de saúde suplementar.

Segundo a proposta, o Plano de Saúde Digital Nacional (PSDN) terá como objetivos garantir a interoperabilidade entre as operadoras de planos privados de saúde; assegurar ao consumidor portabilidade plena e instantânea de informações médicas e histórico de uso de serviços; criar o Prontuário Digital Unificado do Consumidor (PDUC), vinculado ao CPF e ao número do plano; promover a transparência e a redução de custos operacionais por meio da digitalização e integração de dados; e fortalecer a fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o controle social sobre o sistema de saúde privada.

O plano será o repositório digital único de informações de saúde do consumidor, contendo histórico de exames, consultas e internações; registros de autorizações, negativas e pagamentos efetuados; dados clínicos essenciais para continuidade de tratamento; e registro de todas as operadoras pelas quais o beneficiário já transitou.

De acordo com o projeto, o plano será acessível apenas ao titular dos dados, que poderá autorizar o compartilhamento com profissionais de saúde, clínicas e operadoras, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

O acesso, modificação e o rastreamento das informações do plano serão registrados via tecnologia blockchain, assegurando autenticidade, rastreabilidade e inviolabilidade das informações.

Já o Sistema Nacional de Intercâmbio de Dados da Saúde Suplementar (SINADS), que ficará sob gestão da ANS, terá as seguintes atribuições: integrar, em tempo real, as informações das operadoras, prestadores de serviço e beneficiários; padronizar os formatos de dados médicos, administrativos e contratuais, conforme protocolos de interoperabilidade definidos pelo Ministério da Saúde; garantir a transferência automática do histórico do beneficiário quando houver portabilidade de plano; e permitir auditorias digitais contínuas sobre as práticas de cobertura e autorização de procedimentos.

As operadoras de planos de saúde deverão adaptar seus sistemas tecnológicos para integração ao SINADS no prazo de até 24 meses após a publicação desta Lei.

O não cumprimento do prazo sujeitará a operadora às penalidades previstas na Lei 9.656/98.

SATISFAÇÃO COM PLANOS DE SAÚDE ATINGE MAIOR ÍNDICE EM 1 DÉCADA, APONTA IESS

IstoÉ Dinheiro – 24/10/2025

A satisfação dos beneficiários de planos de saúde médicos e odontológicos alcançou o maior patamar em uma década, segundo pesquisa feita pela Vox Populi a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). No levantamento realizado este mês, a quantidade de beneficiários que se declarou satisfeita ou muito satisfeita com seu convênio, alcançou 85%, aumento de 1 ponto percentual (p.p.) em relação a 2021.

O superintendente executivo do IESS, José Cechin, avalia que o resultado da pesquisa indica uma melhora na avaliação geral dos consumidores em relação aos planos de saúde, dentro da margem de erro, o que é positivo para o segmento. “Não foi um grande salto, mas sim uma avaliação que não piorou, pelo contrário, foi até melhor”, disse.

Na análise por regiões metropolitanas, o destaque foi o Rio de Janeiro, que registrou aumento de 6 p.p. em comparação com a pesquisa anterior, e alcançando 93% de satisfação dos beneficiários com os planos de saúde. Em São Paulo o indicador melhorou 1 p.p. para 82%.

Por outro lado, em Porto Alegre e Brasília houve retração de 1 p.p. na percepção de satisfação, para 86% e 87%.

Já em Belo Horizonte a diminuição foi ainda maior, de 4 p.p. e em Salvador foi o pior resultado, com redução de 7 p.p. em relação à pesquisa anterior.

O nível geral de insatisfação ficou em 14,6%, sendo 12% mais ou menos satisfeitos e 2,6 pouco ou nada satisfeitos.

Cechin avalia que apesar da melhora em geral, dentro da margem de erro, a pesquisa mostra que há pontos a serem observados pelas operadoras, e que os principais motivos de insatisfação permanecem consistentes, destacando-se a dificuldade em agendar consultas, o valor elevado das mensalidades e o tempo de espera no atendimento.

Ainda assim, a nota média nacional manteve-se estável em 4,1 de 5, reforçando a consistência na percepção positiva dos beneficiários.

Imagem das operadoras de saúde

Outro ponto avaliado foi em relação à imagem das operadoras de saúde. Para 95% dos respondentes, os planos são essenciais para quem tem filhos pequenos e para idosos. 96% disseram que é essencial no geral, enquanto 94% declararam que ter um convênio dá mais segurança em caso de doença ou acidente, e 92% disseram que o atendimento é de melhor qualidade.

A pesquisa deste ano mostra, ainda, que 88% recomendariam seu convênio atual, alta de 3 p.p. em relação à pesquisa anterior.

O levantamento ouviu 3,2 mil pessoas com 18 anos ou mais, entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde e odontológicos, em oito regiões metropolitanas – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Manaus e Brasília. As entrevistas foram presenciais, realizadas entre 31 de julho e 17 de agosto de 2025, com nível de confiança de 95%.

CUSTOS MÉDICOS NOS PLANOS DE SAÚDE CORPORATIVOS DEVE SER DE 9,7% EM 2026

Revista Cobertura – 24/10/2025

Projeção da Aon indica o menor índice da década e sinaliza desaceleração global dos custos de saúde

A Aon plc (NYSE: AON), empresa líder global em serviços profissionais, acaba de lançar o seu Relatório de Tendências Globais dos Custos Médicos 2026, que prevê um crescimento de 9,7% nos custos médicos corporativos no Brasil – uma desaceleração significativa em relação aos 12,9% projetados para 2025, alcançando o menor índice estimado para o país nos últimos dez anos.

Essa tendência acompanha o movimento de redução observado na América Latina, cuja variação esperada passou de 10,7% em 2025 para 10,3% em 2026, e se aproxima da média global prevista de 9,8%, o que reforça um padrão de desaceleração mundial nos custos médicos corporativos.

“O cenário brasileiro mostra um avanço importante na moderação do crescimento dos custos médicos corporativos, mas ainda há pressão significativa vinda do uso intensivo de terapias especializadas e de medicamentos de alto valor. Esse movimento reforça a importância de estratégias de gestão baseadas em dados e iniciativas de bem-estar corporativo, que contribuam para o uso mais eficiente dos planos de saúde e para a sustentabilidade do capital humano”, explica Leonardo Coelho, vice-presidente de Health & Talent Solutions para o Brasil na Aon.

O estudo aponta ainda que essa desaceleração dos custos médicos na América Latina é decorrente, principalmente, da queda na inflação médica observada em Brasil e Colômbia, duas grandes economias dessa região. No caso brasileiro, a redução se deve em grande parte às mudanças nos padrões

de hospitalização, que resultaram em menor frequência de sinistros de alto custo e predominância de eventos hospitalares de menor complexidade. A menor pressão sobre os custos de internação — que representam cerca de 50% dos sinistros das apólices no país — levou à redução da taxa de tendência dos custos médicos.

Outro fator relevante para a desaceleração no país é a adoção de políticas de contenção de fraudes e desperdícios financeiros, como o controle de reembolsos indevidos e outras irregularidades. Esse tipo de prática não só prejudica a operadora, mas também a todos os demais clientes que são impactados com os reajustes anuais. Além disso, as operadoras vêm implementando ações contínuas para equilibrar receita e despesas, essenciais para manter o processo de desaceleração dos custos médicos e garantir maior acessibilidade aos serviços de saúde no país.

Entre os principais fatores que influenciam os custos médicos corporativos no Brasil estão:

- Crescimento da demanda por terapias simples (principalmente para saúde mental e Transtorno do Espectro Autista – TEA) e elevação do custo médio por sessão, devido à escassez de profissionais especializados na rede de atenção à saúde.
- Adoção de tecnologias médicas avançadas e terapias de alto valor (principalmente relacionadas a diagnósticos oncológicos e imunoterápicos);
- Menor frequência e severidade de sinistros de alto custo, especialmente hospitalizações;

- Envelhecimento populacional e carga crescente de doenças autoimunes e condições crônicas, como cardiovasculares, câncer e hipertensão;

Nesse contexto, os custos médicos no Brasil continuam fortemente impactados pela demanda por produtos farmacêuticos importados, pela introdução contínua de tecnologias médicas avançadas e pelos tratamentos de alto custo voltados a doenças cardiovasculares, câncer e doenças autoimunes.

Entre as estratégias mais utilizadas pelas companhias para conter custos e apoiar o bem-estar dos colaboradores, estão:

- Negociação com operadoras e prestadores;
- Programas de saúde e bem-estar corporativo;
- Adoção de serviços de saúde digital, como telemedicina e acompanhamento remoto.

“Mesmo com essa desaceleração, o desafio de equilibrar inovação e sustentabilidade permanece. A gestão de custos de saúde corporativa precisa considerar os avanços no acesso a tratamentos médicos mais efetivos, porém com custo elevado, principalmente com as inclusões frequentes de novas tecnologias e medicamentos no rol da ANS”, completa Coelho.

O Relatório de Tendências Globais dos Custos Médicos 2026 reúne dados e análises de mais de 100 localidades onde a Aon intermedia e administra planos médicos corporativos, refletindo as expectativas quanto às tendências de custos de saúde em âmbitos local, regional e global.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.br.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2025 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.