
ÍNDICE INTERATIVO

[Inflação médica no Brasil segue tendência global e deve chegar a 11% em 2026](#) - Fonte: Revista Apólice

[Perspectivas da Nova Agenda Regulatória da ANS \(2026-2028\)](#) - Fonte: Medicina S/A

[Por que a enfermagem é estratégica para o futuro da saúde do Brasil](#) - Fonte: Veja Saúde

[Interoperabilidade de dados: Passo essencial para o cuidado integrado e centrado no paciente](#) - Fonte: Estadão

[Planos de saúde registram, em uma década, aumento expressivo de atendimentos por transtorno bipolar](#) - Fonte: Revista Cobertura

[RN 623/24 da ANS: O que muda nos prazos e regras dos planos de saúde](#) - Fonte: Migalhas

[PMEs puxam a saúde suplementar e redesenham o mercado](#) - Fonte: ES Brasil

[Saúde Suplementar: Regras de transferência de carteira podem ser alteradas](#) - Fonte: SEGS

[Senado pautará obrigatoriedade de cobertura de teste de Zika em planos de saúde](#) - Fonte: Jornal de Brasília

INFLAÇÃO MÉDICA NO BRASIL DEVE CHEGAR A 11% EM 2026

Revista Apólice – 20/01/2026

A inflação médica no Brasil deve atingir 11% em 2026, segundo a edição mais recente da pesquisa Global Medical Trends, divulgada pela WTW. O índice coloca o país acima da média global de aumento dos custos de saúde, estimada em 10,3%, mas abaixo da projeção para a América Latina, que alcança 11,9%.

O estudo analisa a evolução dos preços de serviços como consultas, exames, cirurgias, medicamentos e planos de saúde, mostrando que a pressão sobre os custos segue uma tendência global. Em relação a 2025, quando a projeção era de 11,1%, a expectativa para o Brasil indica leve desaceleração, ainda em patamar elevado.

“É importante destacar que, ao falarmos sobre inflação médica no Brasil, devemos considerar diversos fatores e atores como: regulação, judicialização, avanços tecnológicos com preços cotados em dólar, comportamento do consumidor, desperdícios, fraudes, entre outros”, explica Walderez Fogarolli, diretora de Saúde e Benefícios da WTW.

A pesquisa detalha os principais fatores que devem pressionar os custos médicos em 2026. Nas Américas, a cobertura de medicamentos aparece como o maior impulsionador da inflação, especialmente terapias avançadas, como medicamentos de última geração para obesidade e diabetes.

“Embora os serviços de saúde no Brasil ainda não contemplem medicamentos para emagrecimento, como as canetas injetáveis, o Rol de procedimentos ampliou a cobertura ambulatorial para alguns medicamentos oncológicos, doenças raras e autoimunes”, comenta Fogarolli.

Entre as condições médicas que mais impactarão os custos nas Américas, incluindo o Brasil, destacam-se câncer (69%), doenças cardiovasculares (52%), diabetes (37%) e saúde comportamental (33%). O estudo também aponta crescimento relevante na demanda por tratamentos voltados à saúde mental e comportamental.

“Vale destacar o crescimento no tratamento de condições de saúde mental e comportamental, como o espectro autista e o TDAH, que desde 2022 passaram a contar com cobertura ilimitada de sessões”, pontua a diretora.

O levantamento indica ainda que a pressão inflacionária deve persistir nos próximos anos. Nas Américas, 34% dos entrevistados acreditam que os aumentos continuarão pelos próximos dois a três anos, enquanto 50% avaliam que o cenário de altas deve se estender por mais de três anos.

Embora ainda não estejam amplamente cobertos no Brasil, medicamentos para emagrecimento tendem a impactar os custos médicos no médio prazo. Segundo a pesquisa, 67% dos respondentes acreditam que esses tratamentos influenciarão as despesas com saúde nos próximos três anos.

Outro destaque do estudo é o avanço das novas tecnologias na área da saúde. A pesquisa mostra que 37% dos entrevistados planejam adotar inteligência artificial em seus programas de saúde nos próximos três anos. Nas Américas, o percentual sobe para 42%, impulsionado principalmente por Estados Unidos e Canadá. Em escala global, 58% acreditam que a IA contribuirá para melhorias na gestão e nos processos administrativos.

PERSPECTIVAS DA NOVA AGENDA REGULATÓRIA DA ANS (2026-2028)

Medicina S/A – 19/01/2026

A Agenda Regulatória se consolidou como o principal instrumento de planejamento da atividade normativa das agências federais. Mais do que uma simples lista de intenções, ela é uma ferramenta de gestão que auxilia a Administração Pública a ordenar e executar o processo normativo.

Para o setor de saúde complementar, a recente abertura da Tomada Pública de Subsídios (TPS) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a Agenda Regulatória 2026-2028 representa um marco fundamental de previsibilidade e transparência.

O objetivo da TPS é reunir subsídios técnicos e evidências que permitam à Diretoria Colegiada ter um painel fidedigno das demandas do setor, construído em conjunto com

operadoras, prestadores de serviços, órgãos de defesa do consumidor e a sociedade civil.

A proposta da nova agenda está estruturada em dez macrotemas que tocam nos pontos mais sensíveis da sustentabilidade do setor. A seguir destaca-se eixos relevantes:

Regulação Econômica, Contratação e Reajustes: A agenda prioriza discussões sobre modelos de reajuste (individual e coletivo) e portabilidade.

Com destaque, o tema da coparticipação, um mecanismo financeiro em forte crescimento no setor nos últimos anos. O referido mecanismo já fora objeto de discussões e estudos em outras oportunidades, o que indica a maturidade para que finalmente sejam estabelecidas novas regras.

Em um mercado pressionado pela inflação médica, a revisão destas normas é vital para equilibrar a viabilidade das operadoras e o acesso dos beneficiários.

Relação Operadora-Prestador e Modelos de Remuneração: A transição para novos modelos de remuneração, superando o tradicional fee-for-service, é um tema central para mitigar conflitos, fomentar ganho de eficiência e induzir a qualidade assistencial.

Gestão da Informação e Transformação Digital: A padronização e a interoperabilidade de dados, juntamente com a integração de informações com o SUS, refletem a necessidade de uma saúde digital mais robusta e transparente. Os benefícios tendem ser perceptíveis em curto espaço de tempo e com potencial para alcançar o setor público e privado.

Desafios Emergentes e Sustentabilidade: A inclusão explícita de temas como o envelhecimento populacional, a judicialização, as doenças raras e o custo crescente da saúde

demonstra que a agência está atenta a variáveis externas que ameaçam o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.

A Agência também indica que os temas de planos com coberturas restritas e cartões de desconto poderão compor a Agenda Regulatória, o que imprime que esses assuntos voltarão ao escrutínio público. Resta acompanhar e compreender o remate dessa matéria espinhosa, bem como as consequências práticas para todos os atores.

A Agenda Regulatória 2026-2028 funciona como uma bússola para o setor. Para os agentes regulados, a participação ativa não é apenas um direito, mas uma necessidade estratégica para garantir que a regulação seja legítima, técnica e capaz de produzir resultados sociais e econômicos positivos. O aprimoramento do planejamento regulatório é o que separa a segurança jurídica do risco sistêmico em um setor tão mutável quanto a saúde.

A ANS está atenta as necessidades do mercado, mas sem deixar de lado o interesse público, sendo certo que mais uma vez caberá ao órgão regulador delinear a fina linha da regulação setorial em meio ao embate de interesses.

POR QUE A ENFERMAGEM É ESTRATÉGICA PARA O FUTURO DA SAÚDE NO BRASIL

Veja Saúde – 18/01/2026

28% dos gestores municipais de saúde do sudeste, por exemplo, vieram da enfermagem — e isso destaca sua força no sistema

A enfermagem ocupa uma posição de destaque no sistema de saúde brasileiro. Presente em todos os níveis de atenção, do cuidado primário à alta complexidade, é a categoria que ajuda a sustentar, de forma contínua e qualificada, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto a saúde suplementar.

A enfermagem é um ativo estratégico para a eficiência, a segurança e a sustentabilidade do setor. Essa centralidade se expressa no cuidado direto ao paciente e na gestão e organização dos serviços, bem como na liderança de equipes multiprofissionais e na formulação de protocolos assistenciais.

O protagonismo da enfermagem também se evidencia na gestão pública de saúde. Uma pesquisa nacional realizada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), no ciclo 2017–2020, aponta que, na Região Sudeste, por exemplo, 28% dos gestores municipais de saúde exerceram a profissão de enfermeiro antes de assumir o cargo.

O dado reforça a capacidade técnica, o conhecimento do SUS e o preparo estratégico desses profissionais para ocupar espaços de liderança e tomada de decisão na gestão pública da saúde.

Essa combinação favorece decisões assertivas, organização dos serviços e eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por garantir a continuidade do cuidado, a aplicação de boas práticas e a humanização da assistência, elementos indispensáveis para qualquer sistema de saúde que se proponha resolutivo e moderno.

Nesse contexto, está o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). Somos a maior autarquia de classe da Enfermagem da América Latina, representando quase 700 mil profissionais inscritos no estado de São Paulo.

Essa dimensão reflete a responsabilidade permanente do Conselho na defesa do exercício profissional ético, na valorização da categoria e na garantia de uma assistência segura e de qualidade à população.

Valorização profissional e desafios para o futuro da saúde

Nos últimos anos, a enfermagem brasileira alcançou conquistas históricas. A aprovação do Piso Salarial Nacional da Enfermagem representou um marco civilizatório, resultado de décadas de mobilização, articulação institucional e reconhecimento social do valor desses profissionais.

Essa foi uma vitória que confirma a importância da enfermagem para o funcionamento do sistema de saúde e para a dignidade do trabalho na área.

Entretanto, os desafios não se encerram no piso salarial. O próximo grande marco estruturante da categoria é a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 19/2024, que pretende vincular o piso salarial à jornada de trabalho de 30 horas semanais.

A defesa da vinculação dessa jornada ao piso salarial nacional é uma pauta que está diretamente relacionada à segurança assistencial, à saúde física e mental dos profissionais, à retenção de talentos e à sustentabilidade da força de trabalho em saúde.

Profissionais submetidos a jornadas extenuantes têm maior risco de adoecimento e de falhas assistenciais. Portanto, tratar da jornada de trabalho é abordar a qualidade do

cuidado, a eficiência dos serviços e a responsabilidade com a população atendida.

O futuro da saúde passa, necessariamente, pela valorização da enfermagem.

Reconhecer o protagonismo desses profissionais, investir em formação qualificada, garantir condições dignas de trabalho e ampliar sua participação nos espaços de decisão são medidas estratégicas para fortalecer todo o sistema de saúde.

Como presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, insisto que valorizar a enfermagem é fortalecer o SUS, a saúde suplementar e a assistência à população brasileira.

A enfermagem é estratégica. E o futuro da saúde exige que esse protagonismo seja cada vez mais reconhecido, respeitado e integrado às políticas públicas e à gestão do setor.

INTEROPERABILIDADE DE DADOS: PASSO ESSENCIAL PARA O CUIDADO INTEGRADO E CENTRADO NO PACIENTE

Estadão – 17/01/2026

Trata-se de uma mudança de paradigma: o dado deixa de ser apenas um ativo técnico e passa a ser um instrumento de empoderamento

A fragmentação das informações clínicas é um dos principais entraves para a qualidade, a segurança e a eficiência do cuidado em saúde no Brasil. Dados de um mesmo paciente costumam ficar dispersos entre hospitais, laboratórios, clínicas, operadoras e diferentes sistemas, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto na saúde suplementar. Nesse cenário, a interoperabilidade de dados emerge como um pilar fundamental para transformar o cuidado, fortalecer a governança e colocar o paciente no centro do sistema.

Interoperabilidade significa permitir que diferentes sistemas de informação em saúde “conversem” entre si de forma segura, padronizada e em tempo real. Na prática, isso possibilita que informações clínicas relevantes — como exames, diagnósticos, históricos e prescrições — possam ser acessadas por profissionais de saúde no momento do cuidado, sempre mediante o consentimento do paciente.

Esse modelo tem impacto direto na qualidade assistencial. O acesso a dados completos e atualizados reduz erros, evita exames duplicados, melhora a coordenação do cuidado e contribui para decisões clínicas mais assertivas. Para o paciente, significa uma jornada mais fluida, segura e humanizada, independentemente de estar sendo atendido no SUS ou na rede privada.

Outro ponto central desse debate é a governança dos dados de saúde. No Brasil, os dados pertencem ao paciente e são considerados dados pessoais sensíveis, protegidos pela Lei

Geral de Proteção de Dados (LGPD). Isso significa que seu uso deve obedecer a princípios rigorosos de finalidade, necessidade, transparência e segurança. A interoperabilidade não implica abertura irrestrita de informações, mas sim o compartilhamento responsável, ético e regulado, com controle granular de consentimento, rastreabilidade e auditoria.

Quando bem estruturada, a interoperabilidade fortalece a cidadania digital em saúde. O paciente passa a ter maior autonomia e protagonismo sobre seu próprio histórico clínico, com acesso, visibilidade e poder de decisão sobre quem pode utilizar seus dados e para qual finalidade. Trata-se de uma mudança de paradigma: o dado deixa de ser apenas um ativo técnico e passa a ser um instrumento de empoderamento do cidadão.

Do ponto de vista sistêmico, os ganhos também são relevantes. A redução de redundâncias e retrabalhos contribui para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, liberando recursos para ações de maior valor assistencial. Além disso, a integração de dados favorece políticas públicas mais eficazes, planejamento em saúde e avanços em pesquisa e inovação, sempre com respeito à privacidade.

Iniciativas recentes de interoperabilidade no País mostram que é possível avançar com segurança, governança e colaboração entre diferentes atores — hospitais públicos e privados, laboratórios, operadoras, setor tecnológico e poder público. Alinhadas a padrões internacionais, como o HL7 FHIR, e integradas a estratégias nacionais como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), essas iniciativas

apontam para um futuro em que tecnologia e cuidado caminham juntos.

Mais do que um desafio tecnológico, a interoperabilidade é uma agenda de transformação cultural e institucional. Ela

exige cooperação, confiança e uma visão comum: a de que os dados de saúde devem servir, acima de tudo, ao cuidado do paciente e ao interesse público. Avançar nessa direção é essencial para construir um sistema de saúde mais integrado, eficiente, seguro e humano — dentro e fora do SUS.

PLANOS DE SAÚDE REGISTRAM, EM UMA DÉCADA, AUMENTO EXPRESSIVO DE ATENDIMENTOS POR TRANSTORNO BIPOLAR

Revista Cobertura - 16/01/2026

Estudo do IESS revela crescimento dos eventos assistenciais em iniciativa de apoio ao 'Janeiro Branco'

Os eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar em atendimentos prestados pelos planos de saúde apresentaram crescimento expressivo e contínuo entre 2015 e 2024, segundo o estudo “Evolução dos eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar na saúde suplementar brasileira”. Elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o estudo é uma iniciativa dentro do Janeiro Branco, movimento nacional de conscientização que convida a sociedade a refletir sobre a importância da saúde mental, a prevenção do adoecimento psíquico e a redução do estigma associado aos transtornos mentais.

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

O levantamento mostra que a ampliação da demanda ocorre em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, com aceleração mais intensa a partir dos anos recentes, reforçando que a saúde mental ganha relevância crescente dentro do sistema de saúde suplementar.

A análise revela aumento significativo tanto na razão de casos por prestador de serviços de saúde (volume de atendimentos por prestador) quanto nas taxas por 100 mil beneficiários.

Entre os homens, a taxa de eventos cresceu 258,3% no período analisado; entre as mulheres, o avanço foi ainda maior, de 273,7%. Embora os valores absolutos sejam mais elevados no sexo feminino ao longo de toda a série histórica, o ritmo de crescimento é semelhante entre os sexos, indicando um fenômeno sistêmico de ampliação da demanda por cuidado em saúde mental.

“Não estamos diante de oscilações pontuais, mas de uma tendência estrutural de crescimento da demanda por cuidado em saúde mental, com o transtorno bipolar assumindo relevância crescente no perfil assistencial do setor”, avalia José Cechin, superintendente executivo do IESS.

O estudo também chama atenção para o comportamento por faixa etária. A maior concentração absoluta de eventos ocorre entre adultos de 20 a 59 anos, população em idade produtiva e diretamente associada a impactos econômicos e assistenciais relevantes. Ao mesmo tempo, observa-se crescimento proporcional ainda mais acelerado entre beneficiários com 60 anos ou mais, sinalizando um processo de envelhecimento da população com transtornos mentais crônicos. Entre crianças e adolescentes, apesar de os níveis absolutos ainda serem baixos, o aumento relativo é expressivo, sugerindo maior vigilância clínica e ampliação do acesso ao diagnóstico e ao cuidado especializado.

“Esse crescimento reflete, em grande medida, a combinação entre maior reconhecimento clínico e ampliação do acesso aos serviços em saúde mental, e não apenas um aumento abrupto da incidência da doença”, explica Cechin.

Ao evidenciar a expansão contínua desses atendimentos, o levantamento do IESS reforça a necessidade de tratar a saúde mental como eixo estruturante das políticas assistenciais, e não como tema periférico.

Além dos impactos clínicos, o estudo destaca repercussões relevantes para operadoras de planos de saúde e empresas contratantes, uma vez que o transtorno bipolar está associado a custos assistenciais diretos, afastamentos prolongados, absenteísmo, presenteísmo e perda de produtividade. Nesse contexto, estratégias de cuidado estruturado, longitudinal e integrado tornam-se fundamentais para a sustentabilidade do sistema.

O IESS ressalta que o fortalecimento de modelos assistenciais baseados em dados, alinhados às necessidades reais da população beneficiária, é decisivo para enfrentar o crescimento observado dos transtornos mentais e para avançar na construção de um sistema de saúde suplementar mais eficiente, integrado e sensível aos desafios contemporâneos da saúde mental

RN 623/24 DA ANS: O QUE MUDA NOS PRAZOS E REGRAS DOS PLANOS DE SAÚDE – MIGALHAS

Migalhas – 16/01/2026

Entenda as diferenças entre a RN 566/22 e a RN 623/24, e os impactos das novas regras no seu plano de saúde.

A ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou, em junho de 2024, a RN 623/24, que estabelece novas regras para as operadoras de planos de saúde no processo de solicitação de procedimentos e serviços de cobertura assistencial.

Essa norma complementa a RN 566/22, que já regulamentava o processo de atendimento dos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

A RN 623/24 não revoga a RN 566/22

É importante destacar que a RN 623/24 não revoga a resolução anterior.

Enquanto a RN 566/22 define os prazos para o efetivo atendimento e prestação do serviço, a RN 623/24 estabelece prazos e regras para a devolutiva da operadora ao beneficiário após a solicitação do procedimento médico.

Prazos para resposta e para atendimento

Na prática, quando o beneficiário solicita um procedimento de alta complexidade ou uma internação eletiva, a operadora tem dez dias úteis para responder formalmente à solicitação, conforme determina a RN 623/24.

Se a autorização for concedida, a operadora deverá realizar o atendimento em até 21 dias úteis, conforme os prazos

previstos na RN 566/22, observando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as coberturas previstas na lei dos planos de saúde (lei 9.656/1998).

Respostas mais claras e detalhadas para o beneficiário

Outra novidade trazida pela RN 623/24 é a obrigatoriedade de que a resposta da operadora seja formal, clara e detalhada, independentemente de solicitação do beneficiário.

Em caso de negativa, a resposta deve indicar o motivo, a cláusula contratual ou o dispositivo legal que justifique a decisão, garantindo transparência e segurança na comunicação com o consumidor.

Um avanço para mais transparência e eficiência

A atualização normativa representa um avanço na regulação da saúde suplementar, buscando maior eficiência e clareza nas relações entre planos de saúde, médicos e beneficiários.

Com a RN 623/24, o usuário passa a ter maior previsibilidade e segurança nas respostas das operadoras, especialmente em casos que envolvem tratamentos complexos, cirurgias ou terapias essenciais.

Essas medidas fortalecem o direito à informação e contribuem para uma relação mais equilibrada e transparente entre consumidores e operadoras.

PMES PUXAM A SAÚDE SUPLEMENTAR E REDESENHAM O MERCADO

ES BRASIL – 16/01/2026

Para atender esse mercado, os players de saúde devem investir em tecnologia e agilidade nos processos, combinando inovação com atendimento personalizado

As Pequenas e Médias Empresas (PMEs) desempenham papel importante na economia brasileira, representando 27% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e abrigando 65% dos empregos formais no país. Esses dados posicionam as PMEs como atores estratégicos no setor de saúde suplementar, impulsionando a demanda por planos empresariais.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostrou que esses planos correspondem a 71% dos ativos no Brasil em 2024. Essa predominância reforça a necessidade de compreender as demandas específicas das PMEs, distintas das grandes corporações. Inserido entre os dez estados brasileiros com melhor desempenho em Pequenas e Médias Empresas, o Espírito Santo reúne um cenário econômico favorável que

fortalece o setor de saúde capixaba, marcado por índices de destaque nacional.

Para atender esse mercado, os players de saúde devem investir em tecnologia e agilidade nos processos, combinando inovação com atendimento personalizado. Essa abordagem entrega eficiência e praticidade, posicionando as operadoras como parceiras confiáveis para PMEs que priorizam simplicidade na contratação e gestão de planos.

A Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), atualizada em 2024 para enfatizar riscos psicossociais e prevenção de doenças ocupacionais, reforça essa estratégia. Ela exige programas de saúde integral, tornando os planos suplementares essenciais para PMEs cumprirem obrigações legais, reduzirem ausências e promoverem ambientes produtivos.

O fortalecimento desse mercado beneficia toda a cadeia econômica capixaba, onde PMEs geram empregos qualificados e renda para as famílias. Com foco em bem-estar, o estado pode atrair investimentos e elevar sua competitividade nacional, criando um ecossistema robusto que valoriza a saúde como pilar de crescimento.

Em parceria, o setor de saúde suplementar no Espírito Santo vive expansão, impulsionado pela demanda do mercado e pela infraestrutura capixaba de referência nacional. Um mercado competitivo estimula inovações em atendimento personalizado e tecnologia, garantindo que as operadoras atendam com excelência as necessidades do capixaba. Essa rivalidade saudável eleva a qualidade dos serviços, ampliando o acesso a cuidados preventivos e especializados para toda a população

SAÚDE SUPLEMENTAR: REGRAS DE TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA PODEM SER ALTERADAS

SEGS – 15/01/2026

A Consulta Pública nº 165, promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tem como objetivo receber contribuições sobre a proposta de atualização da norma referente à transferência de carteira, termina no dia 23 de janeiro. A revisão das regras se faz necessária porque a Resolução Normativa (RN) que disciplina a transferência de carteira está em vigor há mais de duas décadas (RN nº 112/2005).

Entre as mudanças propostas em minuta está a exigência de autorização prévia da ANS para todas as operações, sem exceções, o que contrasta com a norma antiga que dispensava essa autorização em casos de alienação total. O documento também aponta a legitimidade da operadora adquirente, que com verificação sob critérios mais amplos, incluindo a proibição

explícita para empresas em regime de direção técnica ou fiscal, sob pena de arquivamento imediato do processo sem análise de mérito.

Além disso, a ANS propõe reformulação do processo de análise, estabelecendo um prazo de 90 dias para a decisão e condicionando o início da análise à qualidade dos dados cadastrais da operadora cedente no sistema SIB/ANS.

Como participar

Para participar da consulta, os interessados podem enviar suas contribuições no próprio site da ANS. Os documentos relacionados (incluindo a minuta com todas as sugestões) também podem ser consultados através da mesma página.

SENADO PAUTARÁ OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA DE TESTE DE ZIKA EM PLANOS DE SAÚDE

Jornal de Brasília – 14/01/2026

Projeto de lei busca ampliar diagnóstico precoce em gestantes para mitigar riscos ao feto.

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal incluiu em sua pauta o Projeto de Lei 1.855/2019, que torna obrigatória a cobertura de testes sorológicos para o vírus Zika por planos de saúde em gestantes.

De autoria do senador Weverton (PDT-MA), a proposta visa facilitar o diagnóstico precoce da infecção durante o pré-natal,

considerando os graves riscos que o vírus pode representar para o desenvolvimento fetal, como o surgimento de microcefalia.

A medida já foi aprovada na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), avançando agora para análise na CAS, o que representa um passo importante na ampliação do acesso a exames essenciais para a saúde materna e infantil no Brasil.

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

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

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

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

milliman.com

