NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

02 de setembro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

Fraudes na saúde oneram planos e encarecem mensalidades de pacientes - Fonte: SEGS Portal Nacional

ANS amplia a cobertura de mamografia digital nos planos de saúde com a inclusão de pacientes acima de 70 anos - Fonte: Sociedade Brasileira de Mastologia

Como funciona o mercado de planos de saúde? empresas lideram o setor - Fonte: Folha vitória

IA não pode decidir sozinha sobre negativa de plano de saúde - Fonte: CNN BRASIL

Plano de saúde já consome até 20% da folha das empresas - Fonte: VEJA

Drauzio Varella: Planos de Saúde precisam criar uma verdadeira atenção básica - Fonte: Redação Brasil247

Cosaúde avalia incorporação de tecnologias no Rol - Fonte: Gov (ANS)

Canetas emagrecedoras exigem novo modelo de gestão na saúde - Fonte: Medicina S/A

Preço e rede pesam na escolha do plano de saúde empresarial - Fonte: O Globo

ANS quer resolver regras de reajuste, rescisão e coparticipação até 2028, diz Wadih Damous - Fonte: Redação Brasil247

Tratamento de Autismo e Planos de Saúde: Por que as ações cresceram e o que muda com o Tema 1.295 do STJ - Fonte: O Globo

FRAUDES NA SAÚDE ONERAM PLANOS E ENCARECEM MENSALIDADES DE PACIENTES

SEGS Portal Nacional – 01/09/2026

Prejuízos bilionários ligados a fraudes e desperdícios pressionam operadoras e beneficiários

Um dos principais desafios enfrentados pelo mercado de saúde suplementar, as fraudes e os desperdícios contra operadoras geram prejuízos de aproximadamente R$ 30 bilhões por ano no sistema de saúde, conforme levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

Práticas como fracionamentos de recibos e empréstimos de carteiras de convênio ainda são comuns, mas, além disso, investigações policiais mostram que verdadeiras organizações criminosas estão por trás de fraudes mais graves. Os golpes atingem operadoras médico-hospitalares e odontológicas e incluem pedidos abusivos de órterses, próteses e materiais especiais (OPMEs), cadastros de pacientes fantasmas em empresas de fachada, desvios de reembolsos e casos de multicontratação fraudulenta.

As ações orquestradas geram impactos amplos para a rede de saúde e seus usuários. “Em última análise, as fraudes têm como principal vítima os próprios beneficiários, que precisam arcar com os custos dos desvios financeiros. A imensa maioria dos pacientes, fornecedores e prestadores de serviço atua de forma ética e responsável, mas há uma minoria de grupos organizados que causa danos severos ao sistema”, afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da FenaSaúde.

Para combater as ações dos infratores, o mercado de saúde suplementar tem intensificado os investimentos em tecnologias de segurança. Entre as inovações que vêm sendo implementadas nas esteiras operacionais do segmento, destacam-se as soluções de biometria facial, rastreabilidade digital, gestão de dispositivos (com monitoramento de volume de reembolsos solicitados por aparelhos) e ferramentas tokenizadas de autenticação.

Aumento de denúncias

A capacitação de equipes e a colaboração com órgãos regulatórios e agentes governamentais têm se revelado como outros elementos cruciais para barrar tentativas coordenadas de fraudes.

“A partir de iniciativas de aproximação e colaboração com as autoridades responsáveis pela investigação, o setor tem registrado avanços expressivos, refletidos no crescimento de mais de 1.000% no número de notícias-crime formalmente registradas nos últimos três anos pelas associadas da FenaSaúde”, destaca Bruno Sobral.

Rodrigo Fragoso, professor de Direito Penal da PUC-Rio e sócio da Fragoso Advogados, defende a articulação entre agentes públicos e privados no combate às fraudes: “Ela é fundamental para formar uma visão mais integrada sobre os processos e preservar a integridade do sistema de saúde. Quanto mais qualificados forem os dados das análises e das denúncias, maiores serão as chances de prevenir ações criminosas e responsabilizar os envolvidos posteriormente”.

Em um cenário no qual a colaboração e o acesso à informação se mostram como fatores cada vez mais decisivos para garantir a segurança das operações do setor, Fragoso também destaca a importância das iniciativas de apoio e educação voltadas aos usuários finais. “O beneficiário é um dos principais aliados no combate às ações criminosas. Além de disponibilizar orientações sobre proteção de dados e mecanismos de engenharia social, é preciso abrir canais que facilitem comunicados sobre atividades suspeitas”, conclui.

ANS AMPLIA A COBERTURA DE MAMOGRAFIA DIGITAL NOS PLANOS DE SAÚDE COM A INCLUSÃO DE PACIENTES ACIMA DE 70 ANOS

Sociedade Brasileira de Mastologia – 31/08/2026

Resultado de discussões que envolveram a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e outras entidades médicas importantes, a exclusão da Diretriz de Utilização nº 52 do rol da ANS, permite a realização do exame antes restrito a mulheres de 40 a 69 anos

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), responsável pela regulação dos planos de saúde no Brasil, determinou a exclusão de uma diretriz de utilização que desde 2016 restringia a cobertura de mamografia digital a mulheres entre 40 e 69 anos de idade. Após a finalização de uma Consulta Pública e discussões com a participação das mais importantes entidades médicas do País, entre elas a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), os planos particulares aguardam agora a formalização da ANS para a realização do exame sem restrição de faixa etária ou gênero sempre que houver indicação médica.

A Diretriz de Utilização nº 52 (DUT 52), com a determinação de cobertura obrigatória da mamografia digital exclusivamente a mulheres na faixa de 40 a 69 anos de idade, foi incorporada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS pela Resolução Normativa nº 387/2015, que entrou em vigor no início de 2016.

Uma década depois, a Agência Nacional de Saúde Suplementar realizou a Consulta Pública nº 173 entre junho e

julho deste ano para que a população pudesse opinar e enviar contribuições sobre a DUT 52, com o objetivo de ampliar a cobertura obrigatória da mamografia digital nos planos de saúde. A proposta de revisão das regras partiu da própria ANS após debates realizados na Cosaúde (Comissão de Atualização o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar).

No dia 25 de agosto, em reunião realizada com as principais entidades médicas do Brasil, a ANS decidiu pela exclusão da DUT 52. A SBM foi representada pela mastologista Thais Paiva Moraes, coordenadora da Comissão de Imagenologia Mamária da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e membro da Comissão Nacional de Mamografia.

“A proposta da SBM foi pela exclusão da DUT 52 do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A retirada desta diretriz de utilização vem para alinhar a prática clínica atual com a obrigatoriedade de cobertura de um exame tão importante e minimizar as negativas de atendimento para pacientes fora da faixa de 40 a 69 anos e também com alguma necessidade clínica específica”, afirma Thais Paiva Moraes.

A mastologista destaca que a restrição da cobertura de mamografia digital pelos planos de saúde a pacientes com mais de 70 anos é um indicativo de problema de saúde no País. De acordo com levantamento do DATASUS, entre 2015 e 2024 foram registrados 162.471 casos de câncer de mama em mulheres idosas no Brasil. Do total, 93.852 resultaram em morte.

Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), 99,75% dos mamógrafos avaliados no Brasil são digitais, contra apenas 0,25% analógicos. “Por falta de cobertura do convênio, as pacientes acabavam pagando para fazer o exame. Em alguns casos, o serviço e os médicos realizavam a mamografia digital, assumindo o ônus”, ressalta a especialista.

Na visão de Thais Paiva Moraes, a possibilidade de realização da mamografia digital sem a restrição de idade prevista na DUT 52 pelos planos de saúde é uma contribuição importante para a detecção precoce do câncer de mama. “A exclusão desta diretriz de utilização minimiza os ruídos que antes existiam e as negativas de realização do exame que poderiam gerar um atraso em diagnóstico”, conclui.

COMO FUNCIONA O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE? EMPRESAS LIDERAM O SETOR

Folha vitória – 31/08/2026

Com 53,1 milhões de beneficiários, empresas concentram 73% dos contratos de assistência médica no Brasil

O mercado de **saúde suplementar** brasileiro atravessa um momento de expansão, mas também de transformação. Para entender como esse setor funciona, não basta olhar apenas para o número de beneficiários: é preciso observar quem contrata, quais são as necessidades desse público e como **empresas e operadoras** conseguem responder a elas.
Os dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram a dimensão desse mercado.
Em junho de 2026, o Brasil tinha 53,1 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, número que chegou a 36,7 milhões quando considerados exclusivamente os planos odontológicos.

Nos últimos 12 meses, foram quase 15,9 milhões de adesões e 15,1 milhões de cancelamentos em planos médicos, evidenciando um mercado de grande movimentação.

Mas existe uma característica que ajuda a explicar o funcionamento desse setor: o peso dos planos coletivos empresariais.

Dos 53,1 milhões de beneficiários de assistência médica, 38,9 milhões estão vinculados a contratos coletivos empresariais.

Isso representa cerca de 73% dos beneficiários, mostrando que as empresas são protagonistas na expansão da saúde suplementar brasileira.

Esse cenário muda também a forma de pensar o crescimento. Não existe um único consumidor de plano de saúde.

Há diferenças importantes entre uma grande empresa, uma pequena empresa, um profissional liberal, uma família ou um beneficiário que chega ao plano por meio de uma associação. Cada público possui capacidade de pagamento, perfil de utilização e expectativas diferentes.

Por isso, diagnosticar o perfil antes de oferecer um produto é fundamental. Para as empresas, por exemplo, o plano de saúde deixou de ser apenas um benefício e passou a fazer parte das estratégias de atração e retenção de talentos.

Para o trabalhador, representa acesso, previsibilidade e segurança. Para as operadoras, compreender esses diferentes comportamentos é essencial para construir produtos sustentáveis e ampliar a carteira.

O próprio movimento de adesões e cancelamentos mostra que crescimento não significa apenas conquistar novos clientes.
É necessário reter, entender o comportamento da carteira e oferecer soluções compatíveis com as necessidades de cada público.

A ANS, inclusive, disponibiliza ferramentas que permitem analisar as empresas contratantes por porte, setor de atividade, tipo de contratação, cobertura e localização geográfica.

Na minha visão, o futuro do setor passa justamente por essa capacidade de combinar escala com personalização.

O mercado continuará crescendo, mas as empresas que melhor compreenderem seus clientes terão mais condições de crescer de forma sustentável.

Mais do que vender planos, estamos falando de entender pessoas, empresas e diferentes momentos de vida.

Quanto melhor for esse diagnóstico, maior será a capacidade de oferecer soluções adequadas, gerar valor para o beneficiário e construir um crescimento consistente para o setor.

IA NÃO PODE DECIDIR SOZINHA SOBRE NEGATIVA DE PLANO DE SAÚDE, DIZ ANS

CNN BRASIL – 30/08/2026

Wadih Nemer Damous Filho, em entrevista à CNN Brasil, comparou o risco a cenários que, até pouco tempo atrás, estavam restritos à ficção científica

A inteligência artificial pode ganhar espaço na saúde suplementar, mas não deve substituir seres humanos em decisões que afetem diretamente os pacientes, como a autorização ou negativa de procedimentos. A avaliação é do diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Nemer Damous Filho, em entrevista à **CNN Brasil** durante o Arvo Summit, realizado em São Paulo.

Questionado se, no futuro, um brasileiro poderia ter um procedimento de saúde negado exclusivamente por uma ferramenta de inteligência artificial, sem participação humana na decisão, Damous rejeitou essa possibilidade.

“Quem tem que governar o processo é o ser humano. A **inteligência artificial é um instrumento**. Ela não pode ser o contrário”, afirmou.

Para o presidente da ANS, permitir que a tecnologia assuma o comando desse tipo de decisão seria “inaceitável”. Ele **comparou o risco** a cenários que, até pouco tempo atrás, estavam restritos à ficção científica.

“Não podemos cair aqui naquela distopia do filme ‘2001: Uma Odisseia no Espaço’. [...] O filme é uma ficção científica e hoje em dia não é mais. Hoje em dia pode se tornar uma realidade”, disse.

ANS discute limites para uso da inteligência artificial

A agência ainda estuda como a inteligência artificial deverá ser tratada pela regulação da saúde suplementar. Segundo Damous, antes de estabelecer regras, é necessário compreender melhor as possibilidades oferecidas pela tecnologia e também seus riscos.

A ideia, segundo ele, é permitir aplicações que tragam benefícios ao sistema e estabelecer barreiras para usos capazes de **prejudicar os consumidores.**

“Precisamos conhecer com mais profundidade as **potencialidades da inteligência artificial** [...] e na regulação nós proporcionarmos a utilização no sentido benéfico e impedir que ela seja utilizada no outro sentido, no sentido inverso, no sentido de prejudicar as pessoas, prejudicar o consumidor, prejudicar os beneficiários de plano de saúde”, afirmou.

Durante o evento, Damous também defendeu que a ANS acelere sua adaptação regulatória diante do avanço tecnológico. Para ele, ferramentas preditivas podem permitir que informações sejam utilizadas para **antecipar problemas de saúde** e melhorar a assistência.

“O uso da IA me interessa como regulador para **transformar dado em prevenção** e prevenção em vida preservada”, afirmou durante a abertura do encontro.

Para Fabrício Valadão, CEO e cofundador da Arvo, o encontro representa a intenção da empresa de contribuir para uma discussão mais ampla sobre os caminhos da saúde suplementar. “Acreditamos na Arvo como plataforma de diálogo e construção coletiva de um setor da saúde suplementar mais eficiente”, afirmou.

PLANO DE SAÚDE JÁ CONSOME ATÉ 20% DA FOLHA DAS EMPRESAS

CNN BRASIL – 30/08/2026

Inflação médica transforma benefício em problema do CFO; menos de 5% das companhias estariam preparadas para gerir saúde como investimento

O plano de saúde começa a disputar espaço com salários entre as maiores despesas de pessoal das empresas. Em determinados setores, o benefício já representa entre 15% e 20% do custo da folha, segundo levantamento interno da Wiz Benefícios, unidade da Wiz Co especializada em saúde corporativa.

A escalada, alimentada por reajustes que podem chegar a 25%, mudou também quem acompanha a conta. Antes concentrada nas áreas de recursos humanos, a gestão dos planos passou a entrar diretamente no radar de CFOs e equipes de planejamento financeiro.

O problema é que poucas empresas estariam preparadas para essa mudança. Pelos dados da Wiz, menos de 5% das

companhias brasileiras tratam hoje a saúde dos funcionários como um ativo a ser gerido com dados, prevenção e acompanhamento de afastamentos e sinistralidade.

Há dinheiro em jogo dos dois lados. A empresa estima que programas preditivos e de prevenção bem estruturados possam gerar retorno entre 40% e 60% acima do valor investido em até dezoito meses. Por enquanto, porém, esse tipo de inteligência continua concentrado entre gigantes: mais de 95% das companhias que adotam modelos avançados de análise de dados em saúde têm mais de 5.000 funcionários.

DRAUZIO VARELLA: PLANOS DE SAÚDE PRECISAM CRIAR UMA VERDADEIRA ATENÇÃO BÁSICA

Redação Brasil247– 30/08/2026

Médico afirma que prevenção e acompanhamento dos pacientes podem resolver grande parte dos problemas de saúde, melhorar o atendimento e reduzir custos na saúde suplementar

O médico Drauzio Varella defendeu que os planos de saúde brasileiros avancem na construção de um modelo baseado na atenção básica, com maior ênfase na prevenção, no acompanhamento contínuo dos pacientes e na resolução dos problemas antes que eles exijam tratamentos de maior complexidade.

Segundo reportagem do **Saúde Insider**, Drauzio considera que a experiência acumulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com a atenção primária e a Estratégia Saúde da Família, oferece ensinamentos importantes também para a saúde suplementar.

“A saúde suplementar tem de criar a Atenção Básica de Saúde”, afirmou Drauzio, acrescentando que as operadoras começam a compreender a importância dessa mudança.

A questão ganha relevância diante dos limites de expansão do setor privado. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, até junho, o Brasil possuía 53,1 milhões de beneficiários de planos de assistência médica. Apesar do número expressivo, a taxa de cobertura permanece há mais de uma década em torno de 25% da população.

Atenção básica pode resolver maioria dos problemas

A defesa da atenção primária parte de um princípio consolidado há décadas na organização dos sistemas de saúde.

Um estudo publicado em 1961 já indicava que cerca de 85% dos problemas de saúde de uma população poderiam ser solucionados no nível da atenção básica, sem necessidade de encaminhamento para estruturas mais complexas.
Isso significa organizar o sistema para que o paciente tenha acompanhamento regular e uma porta de entrada capaz de resolver grande parte de suas necessidades.

Em vez de procurar atendimento apenas quando surge uma doença ou quando um problema se agrava, o modelo permite acompanhar fatores de risco, realizar diagnósticos precoces e prevenir complicações.

Drauzio cita um exemplo simples: a hipertensão. Identificar e controlar a pressão alta antes do aparecimento de complicações pode evitar problemas graves e tratamentos muito mais caros posteriormente.

SUS transformou acesso à saúde no Brasil

Para Drauzio, a criação do SUS representou a maior revolução da história da saúde brasileira.

O sistema universalizou direitos e permitiu que milhões de pessoas que anteriormente encontravam enormes dificuldades para receber atendimento passassem a contar com uma estrutura pública de saúde.

Uma das grandes transformações ocorreu com o fortalecimento da atenção primária e a criação do programa Saúde da Família.

Em determinadas situações, a organização da atenção básica permitiu reduzir em até 90% as internações hospitalares relacionadas a problemas que poderiam ser prevenidos ou tratados precocemente.

Essa experiência demonstra que um sistema de saúde eficiente não pode ser construído apenas em torno de hospitais, exames sofisticados e especialistas. É necessário atuar antes que o paciente chegue a essas estruturas.

Agentes comunitárias são fundamentais

Drauzio também destaca o papel das agentes comunitárias de saúde, responsáveis por estabelecer uma conexão direta entre o sistema público e as comunidades.

Ao conhecerem as famílias, as condições de moradia e as características sociais de cada território, essas profissionais conseguem identificar problemas que dificilmente seriam percebidos em uma consulta convencional.

Um dos exemplos citados vem do Ceará, onde agentes comunitárias identificaram a necessidade de criar espaços de convivência para mulheres e organizaram um forró feminino.

A iniciativa, aparentemente distante da medicina tradicional, funcionou como instrumento de promoção da saúde, convivência, inclusão e fortalecimento dos vínculos sociais.

O episódio demonstra uma das características da atenção primária: compreender que saúde não significa apenas tratar doenças, mas também atuar sobre fatores sociais, emocionais e ambientais que interferem na qualidade de vida.

Acesso continua sendo grande desafio

Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, o acesso permanece como um dos principais problemas do sistema brasileiro.

As desigualdades regionais, a concentração de profissionais e serviços e a alta demanda dificultam a oferta de atendimento em condições semelhantes para toda a população.

O desafio é particularmente intenso para as parcelas mais vulneráveis da sociedade.

Ao mesmo tempo, o Brasil desenvolveu políticas públicas de enorme alcance. Drauzio destaca, entre outros exemplos, o sistema de transplantes, no qual o País se tornou referência pela realização gratuita de procedimentos de alta complexidade.

A combinação entre universalidade e capacidade de executar tratamentos sofisticados demonstra, segundo essa avaliação, o potencial do SUS.

Planos precisam investir em prevenção

Na saúde suplementar, Drauzio identifica um problema estrutural: durante muito tempo, o modelo foi organizado principalmente para atender o beneficiário depois do surgimento de uma doença.

A atenção básica propõe inverter essa lógica.

Um paciente hipertenso acompanhado regularmente, por exemplo, pode controlar sua condição antes que ela provoque um acidente vascular cerebral, um infarto ou uma doença renal.

Além de preservar a saúde e a qualidade de vida do beneficiário, a prevenção reduz a necessidade de internações, exames de alta complexidade e tratamentos caros.

Por isso, a adoção de uma verdadeira atenção primária pode ser simultaneamente uma política de saúde e uma estratégia de sustentabilidade econômica para as operadoras.

Inteligência artificial pode ajudar

Drauzio também vê potencial no uso da inteligência artificial para melhorar a medicina.

O Brasil possui um grande número de faculdades médicas, mas enfrenta o desafio de assegurar qualidade adequada na formação dos profissionais.

Nesse contexto, ferramentas de IA podem auxiliar médicos na organização de informações, análise de dados e apoio ao diagnóstico, além de contribuir para tornar os serviços de saúde mais eficientes.

A tecnologia, porém, não substitui a necessidade de uma estrutura assistencial bem organizada e capaz de acompanhar continuamente os pacientes.

Experiência brasileira pode servir de exemplo

A atenção primária desenvolvida pelo SUS também possui potencial para servir de referência internacional.

Sistemas de saúde de diversos países enfrentam o mesmo dilema: custos crescentes, envelhecimento da população e aumento da incidência de doenças crônicas.

A experiência brasileira demonstra que equipes próximas das comunidades, prevenção e acompanhamento permanente podem reduzir a necessidade de procedimentos mais caros e ampliar o acesso à saúde.

Para Drauzio, essa lógica precisa avançar agora também sobre a saúde suplementar. Com 53,1 milhões de beneficiários e uma cobertura que permanece próxima de um quarto da população, os planos têm diante de si o desafio de deixar de atuar predominantemente sobre a doença e passar a investir de maneira mais estruturada na prevenção.

A mensagem é simples: quanto melhor funcionar a atenção básica, menor será a necessidade de recorrer às estruturas mais caras e complexas do sistema de saúde.

COSAÚDE AVALIA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO ROL

Gov (ANS) – 28/08/2026

Em sua 54ª reunião, Comissão discutiu exame para câncer de mama, análise de DNA, cobertura da mamografia digital e implante para insuficiência cardíaca

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu, no dia 25/8, a 54ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde). O encontro, realizado pelo canal da ANS no Youtube, discutiu novas propostas de inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de revisão de Diretrizes de Utilização – DUTs.

Na abertura, a gerente de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde da ANS, Marly Peixoto, destacou a importância da análise criteriosa de tecnologias que beneficiarão a sociedade.

Em seguida, se iniciaram discussões preliminares sobre a incorporação de duas tecnologias no Rol e sobre a revisão de uma Diretriz de Utilização. Foram elas:

. Teste de 21 genes para perfil de expressão genômica de tumor de mama: destinada ao suporte à tomada de decisão terapêutica de pacientes com câncer de mama em estágio inicial (estágios I, II e IIIA), com receptor hormonal positivo (RH+), receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 negativo (HER2-) e doença linfonodo negativo ou doença linfonodo positivo, com comprometimento de um a três linfonodos;

. Implante de dispositivo para modulação da contratilidade cardíaca: para o tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA III–IV), refratários ao tratamento farmacológico otimizado, com fração de ejeção entre 25% e 45%, complexo QRS <130 ms, e sem indicação para terapia de ressincronização cardíaca.

. Alteração da DUT 110.39 - Análise Molecular de DNA: voltada ao diagnóstico de pacientes com deficiência intelectual de causa indeterminada.

As três propostas que passaram por discussão preliminar na Comissão seguirão para a etapa de contribuições da participação social, antes da aprovação final da Diretoria Colegiada da ANS.

A Cosaúde também analisou as contribuições da fase de participação social acerca da Atualização da DUT 52 - Mamografia Digital, destinada ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do tratamento de câncer de mama.

Esta proposta agora será submetida à aprovação final da Diretoria Colegiada da ANS.

O que é a Cosaúde

A Cosaúde é um grupo formado por representantes de diferentes setores da área da saúde. Ela tem a função de ajudar a ANS a definir quais exames e tratamentos devem ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde, sempre buscando garantir acesso a cuidados seguros e eficazes para a população.

CANETAS EMAGRECEDORAS EXIGEM NOVO MODELO DE GESTÃO NA SAÚDE

Medicina S/A – 27/08/2026

Recentemente, Helton Freitas, presidente da Seguros Unimed, afirmou que os medicamentos agonistas de **GLP-1**, conhecidos popularmente como “canetas emagrecedoras”, vieram para ficar e que, em algum momento, deverão fazer parte da realidade da **saúde suplementar**. Essa afirmação vai muito além da incorporação de uma nova tecnologia.

A frase nos convida a refletir sobre um dos maiores desafios enfrentados pelas operadoras: como equilibrar inovação, acesso e sustentabilidade financeira em um cenário de crescimento acelerado das doenças crônicas e do envelhecimento da população?

Durante muitos anos, o setor concentrou seus esforços em administrar o aumento da utilização dos serviços de saúde. Agora, um novo componente ganha protagonismo: terapias altamente eficazes, porém de elevado custo, que podem alterar significativamente o comportamento das despesas assistenciais.

Mas talvez estejamos fazendo a pergunta errada. Em vez de discutir apenas quanto custará incorporar os medicamentos GLP-1, deveríamos falar sobre como utilizá-los de forma inteligente, segura e baseada em evidências.

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e progressiva. Está diretamente relacionada ao aumento de doenças como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares e diversas outras condições que representam parcela relevante dos custos da saúde suplementar.

Quando analisamos apenas o preço da medicação, enxergamos uma parte da equação. Já no momento em que analisamos toda a jornada do beneficiário, percebemos que a discussão envolve prevenção de complicações, redução de internações, menor utilização de procedimentos de alta complexidade, melhora da qualidade de vida e aumento da produtividade.

É justamente nesse contexto que dados deixam de ser um ativo operacional e passam a ser um instrumento estratégico de decisão.

As operadoras precisarão responder perguntas como: Qual é a população elegível para esse tipo de tratamento?; Quais beneficiários apresentam maior risco de evolução para eventos de alto custo?; Como definir critérios clínicos objetivos para indicação da terapia?; Como acompanhar adesão, persistência e efetividade do tratamento?; Quais indicadores assistenciais e financeiros devem ser monitorados para avaliar o retorno desse investimento?

Essas respostas não podem ser construídas com base apenas em percepções. Elas exigem integração de informações clínicas, farmacêuticas, atuariais e assistenciais.

Mas essa integração somente é possível quando existe interoperabilidade entre os diferentes sistemas que compõem a jornada do beneficiário. Informações provenientes de operadoras, hospitais, clínicas, laboratórios, programas de cuidado, prescrições eletrônicas, utilização de medicamentos e dispositivos precisam conversar entre si para formar uma visão longitudinal do paciente. Sem interoperabilidade, os dados permanecem fragmentados e a tomada de decisão continua limitada.

Quando essas informações são integradas, abre-se espaço para uma gestão muito mais inteligente da saúde populacional. E assim, é possível identificar precocemente pacientes com maior risco clínico, direcionar intervenções para quem realmente poderá se beneficiar da terapia, acompanhar a evolução dos resultados e mensurar, de forma consistente, o impacto assistencial e econômico das decisões.

Essa é uma mudança importante de perspectiva. A discussão deixa de ser exclusivamente sobre controlar custos e passa a ser sobre gerar valor em saúde.

Nos próximos anos, os medicamentos GLP-1 provavelmente serão apenas o início. Novas terapias de alta complexidade e alto custo continuarão chegando ao mercado. As organizações que se destacarem serão aquelas capazes não apenas de acumular grandes volumes de dados, mas de torná-los interoperáveis e transformá-los em inteligência para apoiar decisões clínicas, atuariais e estratégicas. No futuro da saúde suplementar, a vantagem competitiva estará menos na posse dos dados e mais na capacidade de conectá-los ao longo de toda a jornada do beneficiário.

Mais do que incorporar inovação, será necessário saber para quem, quando, como e com quais resultados ela deve ser utilizada. Esse talvez seja o maior desafio e, ao mesmo tempo, a maior oportunidade para a saúde suplementar brasileira.

PREÇO E REDE PESAM NA ESCOLHA DO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL

O Globo – 27/08/2026

Preço, rede credenciada, número de beneficiários e abrangência estão entre os fatores que influenciam a escolha de um plano de saúde empresarial. Além da mensalidade, empresas precisam considerar o perfil do grupo, a localização dos funcionários, as regras de carência e a coparticipação para comparar alternativas de acordo com suas necessidades e avaliar quais condições fazem sentido para o orçamento e a rotina da equipe.

Seguro Saúde SA — Foto: Seguro Saúde SA

Preço, rede credenciada e número de beneficiários estão entre os primeiros pontos analisados por empresas que pesquisam assistência médica para funcionários. Embora a mensalidade tenha peso na decisão, as condições podem mudar conforme o tamanho do grupo, as idades, a localização dos beneficiários e as características da cobertura.

Na prática, duas empresas interessadas em uma mesma operadora podem encontrar alternativas diferentes. Uma

organização com poucos funcionários concentrados em uma cidade, por exemplo, tem necessidades distintas das de outra organização com equipes distribuídas por diferentes estados.

Por isso, a pesquisa por um **plano de saúde empresarial** costuma envolver uma combinação de preço, rede assistencial, abrangência, acomodação e regras aplicáveis ao grupo. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) orienta que características do produto e necessidades dos beneficiários sejam observadas antes da contratação.

Quanto custa um plano de saúde para empresa

Não existe um único preço aplicável a todas as empresas. Faixa etária, região de contratação, quantidade de beneficiários, operadora, acomodação e características do produto estão entre os elementos que podem influenciar o valor. Uma empresa com três pessoas no contrato pode encontrar condições diferentes das apresentadas a um grupo com 10, 20 ou 30 beneficiários. A distribuição das idades também interfere na formação dos valores.

Por isso, a pergunta "quanto custa?" normalmente precisa vir acompanhada de outras informações: quantas pessoas serão incluídas, quais são suas idades, onde utilizarão o plano e qual estrutura de atendimento é necessária.

Rede credenciada pode pesar tanto quanto o preço

Uma mensalidade menor pode perder parte da vantagem quando a rede não atende às necessidades do grupo. Hospitais, clínicas e laboratórios disponíveis devem ser conferidos antes da contratação. Para empresas com funcionários concentrados em uma região, a presença de prestadores próximos pode ser decisiva. Organizações com equipes em diferentes localidades podem precisar observar produtos de maior abrangência.

Segundo a ANS, a abrangência pode ser nacional, estadual, formada por grupos de estados, municipal ou composta por grupos de municípios, conforme o produto contratado. Assim, a maior rede nem sempre será necessária para todos. O importante é verificar se a estrutura oferecida atende aos locais onde os beneficiários efetivamente utilizarão o plano.

Quantidade de vidas muda a análise

O número de beneficiários também pode alterar determinadas regras da contratação. Nos planos coletivos empresariais com até 29 beneficiários, pode haver períodos de carência. Para contratos com 30 ou mais beneficiários, a ANS prevê situações de isenção quando o ingresso dos beneficiários ocorre dentro dos prazos e requisitos estabelecidos pela regulamentação.

Essa diferença é relevante para empresas que pretendem disponibilizar o benefício em uma data determinada. Quantidade de vidas e previsão de inclusão dos funcionários devem, portanto, fazer parte da análise desde o início.

MEI e empresário individual também podem contratar

A contratação empresarial não está restrita às médias e grandes companhias. A ANS informa que o empresário individual pode contratar plano coletivo empresarial para si, funcionários e dependentes quando atende às condições previstas para a modalidade. O microempreendedor individual (MEI) está entre os perfis que podem se enquadrar nessa forma de contratação.

Entre os requisitos está a comprovação do exercício da atividade empresarial pelo período mínimo previsto na regulamentação, além de registro ativo nos órgãos competentes. As condições devem ser verificadas em cada contratação. A existência de um CNPJ isoladamente não torna todos os produtos ou propostas equivalentes.

Tabela de preços ajuda a iniciar a comparação

Depois de definir quantidade de beneficiários e região, a pesquisa de valores tende a ficar mais precisa. Uma **tabela de preços de plano de saúde empresarial** pode ajudar a identificar faixas de valores e comparar alternativas na etapa inicial. Os preços de referência, porém, precisam ser confrontados com as condições vigentes para o perfil real da empresa.

Idade, quantidade de vidas, localização, acomodação e rede podem produzir diferenças entre uma referência de preço e uma proposta específica. Por isso, preço e cobertura devem ser analisados em conjunto. Uma alternativa mais barata pode atender bem determinado grupo quando possui a rede necessária; para outro grupo, uma abrangência maior pode fazer sentido devido à localização dos funcionários.

Coparticipação também entra na conta

Outro elemento que pode modificar a comparação é a coparticipação. Existem planos em que, além da mensalidade, há participação financeira em determinados atendimentos, conforme as condições estabelecidas no contrato. Comparar apenas duas mensalidades pode, portanto, produzir uma visão incompleta.

A empresa precisa compreender como o benefício será utilizado e quais condições estão previstas no produto. O mesmo vale para a acomodação hospitalar, que pode envolver enfermaria ou quarto individual e também influenciar preço e experiência de utilização.

Comparar antes de contratar reduz escolhas baseadas apenas em preço

A contratação empresarial reúne variáveis comerciais e assistenciais. Preço é um dos principais filtros, mas número de beneficiários, idade, rede credenciada, abrangência, acomodação, coparticipação e regras contratuais ajudam a determinar se uma alternativa corresponde às necessidades da

empresa. Para pequenos negócios, PMEs e organizações com grupos maiores, reunir essas informações antes de solicitar propostas facilita a comparação.
Em vez de avaliar somente qual alternativa apresenta a menor mensalidade, a análise pode considerar quanto custa determinada configuração e o que ela oferece ao grupo. Essa combinação permite transformar uma pesquisa genérica de preços em uma comparação mais próxima da realidade de cada empresa.

ANS QUER RESOLVER REGRAS DE REAJUSTE, RESCISÃO E COPARTICIPAÇÃO ATÉ 2028, DIZ WADIH DAMOUS

Redação Brasil247– 27/08/2026

Presidente da agência afirma que “não decidir é a pior decisão” e coloca temas históricos da saúde suplementar entre as prioridades da Agenda Regulatória 2026–2028

O presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, pretende avançar sobre algumas das questões mais antigas e controversas do setor de planos de saúde antes do fim de sua gestão. Reajustes, rescisões de contratos, coparticipação e portabilidade estão entre os temas que deverão ser enfrentados no âmbito da Agenda Regulatória 2026–2028, **segundo informações do Saúde Insider.**

Damous defende que a agência não pode continuar postergando definições que afetam diretamente consumidores e empresas. Ao falar sobre as matérias que permanecem pendentes, resumiu sua posição: **“não decidir é a pior decisão”.**

Segundo o presidente da ANS, haverá um esforço para que esses assuntos sejam efetivamente definidos, dando maior previsibilidade aos usuários dos planos de saúde e às operadoras.

Discussões antigas voltam à mesa

Parte dessas mudanças já havia sido discutida anteriormente pela agência. Um pacote regulatório chegou a avançar, mas acabou judicializado e suspenso devido à ausência de análise de impacto regulatório.

Agora, a intenção é retomar o debate cumprindo as exigências técnicas necessárias para que as novas regras tenham maior segurança jurídica.

Reajustes dos planos, condições para rescisão contratual, regras de coparticipação e mecanismos de portabilidade estão entre os pontos que afetam diretamente a relação entre beneficiários e operadoras e que permanecem à espera de decisões mais definitivas.

A orientação de Damous é evitar que a atual gestão simplesmente transfira essas questões para administrações futuras.

Cartões de desconto entram no radar da ANS

Outro mercado que passou a receber atenção especial da agência é o dos cartões de desconto em serviços de saúde.

Com o crescimento desse tipo de produto, a ANS começou a sistematizar informações sobre o segmento para compreender melhor seu funcionamento e avaliar a necessidade de novas regras.

Segundo o Saúde Insider, depois da prorrogação do prazo estabelecido pela agência, foram registradas 38 adesões no processo de levantamento de informações. A intenção é promover diálogo com as empresas e ampliar a participação social antes da definição do modelo regulatório.

A expectativa é de que as linhas gerais dessa regulação possam ser apresentadas até o final do ano.

Os cartões de desconto não funcionam da mesma maneira que os planos de saúde tradicionais, mas sua expansão aumenta a necessidade de regras claras para que o consumidor saiba exatamente quais serviços está contratando, quais garantias possui e quais são as responsabilidades das empresas.

Agora Tem Especialistas também será regulamentado

A ANS acompanha ainda a possível participação de empresas da saúde suplementar no programa **Agora Tem Especialistas,** iniciativa voltada à ampliação do acesso a consultas, exames e procedimentos especializados.

Empresas avaliam aderir ao programa, enquanto os detalhes operacionais e regulatórios ainda estão sendo construídos.

A expectativa é de que regras mais completas sejam definidas no próximo ano, inclusive para o credenciamento de serviços de diagnóstico e a integração entre os diferentes participantes.

Integração de dados avança

Outro eixo considerado estratégico é a interoperabilidade dos dados de saúde.

A ANS avançou na integração de seus sistemas com o Ministério da Saúde, especialmente por meio da incorporação do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

A medida pode ampliar a circulação segura das informações entre os diferentes segmentos do sistema de saúde e facilitar o acesso dos próprios usuários ao seu histórico de atendimento.

A interoperabilidade é considerada uma das condições fundamentais para construir um sistema de saúde mais eficiente, reduzir a repetição desnecessária de exames e melhorar a continuidade do atendimento entre as redes pública e privada.

Damous responde às recomendações do TCU

O presidente da ANS também comentou críticas e recomendações feitas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) à agência.

Damous afirmou que considera as recomendações instrumentos para aperfeiçoar a gestão e indicou que a ANS pretende cumprir as orientações apresentadas, fortalecendo os mecanismos internos de governança e controle.

A postura sinaliza uma tentativa de combinar maior capacidade regulatória com aprimoramento dos processos administrativos da agência.

Estrutura da agência permanece em discussão

Em relação à estrutura interna, ainda não está prevista a criação de uma nova diretoria especificamente dedicada às operadoras de médio porte.

Neste momento, a prioridade está na substituição temporária de diretores e na manutenção da continuidade administrativa enquanto são feitas as definições sobre a composição da direção da agência.

Com uma agenda que envolve desde os tradicionais conflitos sobre reajustes e rescisões até questões mais recentes, como cartões de desconto, integração digital e participação no Agora Tem Especialistas, a gestão de Wadih Damous pretende enfrentar decisões que poderão redesenhar aspectos importantes da saúde suplementar brasileira nos próximos anos.

A mensagem do presidente da ANS é que os temas mais difíceis não devem permanecer indefinidamente sem solução: **“não decidir é a pior decisão”.**

TRATAMENTO DE AUTISMO E PLANOS DE SAÚDE: POR QUE AS AÇÕES CRESCERAM E O QUE MUDA COM O TEMA 1.295 DO STJ

O GLOBO – 26/08/2026

Levantamentos mostram por que o autismo virou o maior vetor de judicialização na saúde suplementar e como a nova tese do STJ redefine a cobertura das terapias

O diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) muda a rotina de uma família da noite para o dia. Cada semana sem a intervenção adequada representa uma janela de desenvolvimento que pode se fechar, e é justamente nesse momento de urgência que muitos pais descobrem que a cobertura prometida pelo plano de saúde nem sempre chega na prática. Negativas, cancelamentos unilaterais e limitação de sessões de terapias essenciais, como ABA (Applied Behavior Analysis), fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, empurraram milhares de famílias para os tribunais nos últimos anos.

TEA vira o principal motor da judicialização em saúde

Levantamentos recentes traçam um retrato inédito do Judiciário brasileiro. **Casos relacionados ao autismo**, que até pouco tempo representavam fatia mínima das ações de saúde suplementar, hoje respondem por 51% de todas essas demandas, segundo reportagem da revista eletrônica Conjur. No TJSP (Tribunal de Justiça de São Paulo), o número de acórdãos sobre TEA saltou de 1.635 em 2021 para 4.343 em 2025, de acordo com o Anuário da Justiça Saúde Suplementar 2026.

O resultado desses processos também chama atenção. Reportagem da Folha de S. Paulo mostra que cerca de nove em cada dez ações judiciais movidas por famílias de crianças autistas terminam em vitória. Um estudo do Núcleo de Saúde do Centro de Gestão e Políticas Públicas do Insper, baseado em sentenças do TJSP, chega a um índice ainda maior, de 92% de sucesso para os beneficiários.

O custo do TEA já rivaliza com o tratamento oncológico

O crescimento da judicialização também tem explicação financeira. Segundo o mesmo estudo do Insper, os custos associados ao TEA e a outros Transtornos Globais do Desenvolvimento já representam cerca de 9% do custo médico total das operadoras analisadas, patamar próximo ao dos tratamentos oncológicos, de 8,7%. A metodologia ABA aparece em 66% dos processos judiciais analisados, seguida por pedidos de combos multidisciplinares que reúnem fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

Dados institucionais da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) reforçam essa curva. Entre 2019 e 2023, as reclamações relacionadas a negativas de cobertura para

terapias de TEA cresceram mais de dez vezes, saltando de 1,1 mil para mais de 15,2 mil por ano.

O que muda com o Tema Repetitivo 1.295 do STJ

Em março de 2026, o STJ (Superior Tribunal de Justiça) decidiu, por unanimidade, no julgamento do Tema Repetitivo 1.295, que é abusiva a limitação do número de sessões de terapias multidisciplinares, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, prescritas a pacientes com TEA. Na prática, o plano de saúde não pode mais interromper um tratamento porque a criança atingiu uma cota anual de sessões. Quem define a quantidade necessária é o profissional que acompanha o paciente, não a operadora.

Para o advogado André Frutuoso, especialista em Direito à Saúde e sócio-fundador do **Frutuoso Advocacia**, escritório com mais de 16 anos de atuação na área, o entendimento do STJ consolida uma tendência que já vinha se formando nos tribunais estaduais. "Se o tratamento foi prescrito por um médico, ele deve ser coberto, e a Justiça tem confirmado isso na prática em praticamente todos os casos", afirma Frutuoso.

Recorrer à Justiça raramente é a primeira escolha de uma família, mesmo diante de uma taxa de sucesso tão expressiva. A busca pela via judicial costuma ocorrer no limite da exaustão, quando os caminhos administrativos se esgotam e a continuidade do desenvolvimento da criança fica ameaçada. Com o Tema 1.295 pacificado no STJ, a expectativa é que operadoras revejam a prática de limitar sessões antes que o caso vire mais um processo nos tribunais.

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

© 2026 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.