NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

16 de setembro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

ANS divulga dados econômico-financeiros do 1° semestre de 2026 – Fonte: Gov (ANS)

Ministério da Saúde, ANS e Judiciário se reúnem em Curitiba para discutir o futuro da saúde suplementar – Fonte: CQCS

Entre a cobertura médica e a solvência dos planos de saúde: desafios do setor – Fonte: SEGS

ANS aprova mamografia digital sem restrição de idade – Fonte: Gov (ANS)

Reforma Tributária muda lógica da nota fiscal na Saúde Suplementar – Fonte: Medicina S/A

Diretor-presidente da ANS participa de debate sobre o futuro da saúde pública e privada no Brasil – Fonte: Gov (ANS)

ANS promove Audiência Pública 69 – Fonte: Gov (ANS)

Sem diretriz, saúde suplementar busca saídas para regular e qualificar atendimento a pessoas com autismo – Fonte: Futuro da Saúde

Saúde suplementar – a importância de qualificar o debate - Fonte: Carta Capital

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 1° SEMESTRE DE 2026

Gov (ANS) – 16/09/2026

Informações estão disponíveis para pesquisa em painel dinâmico no site da Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quarta-feira, 16/9, os dados econômico-financeiros referentes ao 1° semestre de 2026. Os valores agregados indicam resultado positivo em nível semelhante em relação ao mesmo período do ano anterior.

As informações estão disponíveis no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, que permite a consulta por trimestre desde 2018.

“A análise dos indicadores econômico-financeiros deve considerar também a evolução do número de beneficiários e os dados assistenciais. A consulta conjunta aos painéis e às demais publicações da ANS permite compreender de forma mais ampla o comportamento do setor”, explicou a diretora substituta de Normas e Habilitação das Operadoras, Carla Soares.

Receitas e lucro líquido do setor

Segundo os dados enviados pelas operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios à ANS, o setor de saúde suplementar registrou receitas totais de R$ 206,3 bilhões, com lucro líquido acumulado de R$ 12,1 bilhões no 1° semestre de 2026, o que equivale a aproximadamente 5,8% da receita total do período.

O resultado líquido do setor no 1° semestre de 2026 está em patamar ligeiramente inferior ao registrado no mesmo período do anterior (R$ 12,9 bilhões, que havia sido o maior da série histórica em termos nominais).

Ao todo, 76,2% dos entes regulados (596 entidades) encerraram o período com resultado líquido positivo, mesmo patamar do 1° semestre do ano anterior.

Desempenho das operadoras médico-hospitalares

As operadoras médico-hospitalares constituem o principal segmento do setor e, juntas, alcançaram lucro líquido de R$ 10,9 bilhões.

O resultado operacional agregado — que contempla a operação direta das entidades — apresentou saldo positivo de R$ 5,6 bilhões. Já a sinistralidade agregada do período atingiu 81,9% — 0,8 ponto percentual acima do registrado no mesmo período do ano anterior —, fortemente influenciada por fatores atípicos para o período, como o reconhecimento de provisão técnica voluntária por uma das maiores operadoras do setor e o aporte de recursos pelo mantenedor de uma autogestão. Esse patamar indica que aproximadamente 81,9% das receitas de mensalidades foram destinadas a despesas assistenciais — ainda assim, o segundo menor nível registrado desde 2020.

Ao analisar o segmento de operadoras exclusivamente odontológicas, verifica-se forte variação no patrimônio líquido e nos resultados, o que é devido à reorganização societária ocorrida em operadoras de um grande grupo econômico do setor.

Por fim, em um cenário de taxas de juros elevadas, as aplicações financeiras das operadoras médico-hospitalares totalizaram R$ 142,4 bilhões ao fim de junho de 2026, permanecendo como uma fonte relevante de receita adicional que contribui fortemente com o lucro final. O resultado financeiro do setor no trimestre foi de R$ 7,5 bilhões, o maior da série histórica em termos nominais.

Conceitos importantes

- **Resultado operacional:** Diferença entre receitas e despesas da operação de saúde (receitas das mensalidades e outras receitas operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).
- **Resultado financeiro:** Diferença entre receitas e despesas financeiras.
- **Resultado líquido:** Soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.
- **Sinistralidade**: Percentual das receitas assistenciais utilizadas para o pagamento de despesas assistenciais

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS E JUDICIÁRIO SE REÚNEM EM CURITIBA PARA DISCUTIR O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

CQCS – 14/09/2026

1º Fórum Técnico Abramge – PR/SC terá autoridades e executivos para debater regulação, judicialização, Reforma Tributária e sustentabilidade do setor

Representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Poder Judiciário e da saúde suplementar estarão reunidos em Curitiba, no dia 17 de setembro, para discutir temas que estão entre os principais

desafios do setor. O encontro acontece durante o 1º Fórum Técnico Abramge Paraná e Santa Catarina, e terá como eixos a regulação, a sustentabilidade, a segurança jurídica e os impactos das transformações econômicas e regulatórias sobre a assistência à saúde.

Entre os participantes está Eduardo Kaplan Barbosa, diretor do Departamento de Economia e Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde, que participará do painel sobre inovação, previsibilidade e sustentabilidade na saúde suplementar. A programação também contará com Lenise Secchin, diretora da DIPRO/ANS, e representantes da Diretoria de Fiscalização da agência reguladora, como Eliane Medeiros (diretora), Marcus Braz (diretor-adjunto) e Carolina Gouveia (gerente-geral).

Entre os temas previstos está ainda uma análise técnica da RN 623 – que completou um ano de atividade em 2026 – em relação às mudanças trazidas para o atendimento às solicitações de procedimentos e serviços e para o modelo de fiscalização da Agência

Para Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge Nacional, a construção de soluções para os desafios do setor depende da aproximação entre os diferentes atores envolvidos na saúde. “O diálogo entre poder público, regulador, Judiciário e setor privado é fundamental para ampliar a previsibilidade, a segurança jurídica, a sustentabilidade e o acesso à saúde suplementar no Brasil.”

A judicialização da saúde será outro destaque da programação. O debate sobre os impactos da ADI 7.265 reunirá João Pedro Gebran Neto, desembargador do Tribunal Regional Federal (TRF4); Rafaela Mari Turra, juíza do Tribunal de Justiça do Paraná (TJPR) e coordenadora do Comitê da Saúde do Paraná; e Candida Inês Zoellner Brugnoli, juíza do Tribunal de Justiça de Santa Catarina e coordenadora do Comitê da Saúde de Santa Catarina.

A discussão pretende abordar os desafios relacionados à segurança jurídica e à tomada de decisões que envolvem a cobertura de procedimentos e tratamentos no âmbito da saúde suplementar.

“É uma oportunidade para aproximar diferentes perspectivas e fortalecer o diálogo técnico sobre os caminhos para uma saúde suplementar mais unida e ciente do que precisa ser feito”, comenta Dulcimar De Conto, CEO da Nossa Saúde e presidente da Abramge PR/SC.

A agenda inclui ainda os efeitos da Reforma Tributária sobre a saúde suplementar, com participação de Lucas Bianchi, advogado e coordenador das áreas Fiscal Consultiva e Contenciosa do M3BS Advogados, e Gelson Severo, advogado tributarista e diretor de Setor Público na ROIT.

A abertura do evento será realizada por Dulcimar De Conto e por Gustavo Ribeiro. A iniciativa busca ampliar o espaço de diálogo entre representantes do poder público, especialistas e empresas do setor, promovendo a troca de experiências e a discussão de caminhos para os desafios atuais da saúde suplementar.

Metade do valor arrecadado com os ingressos será destinada ao Lar Dona Vera, apoiando diretamente as ações da instituição, como o acolhimento de crianças desde recém-nascidas até 12 anos de idade em situação de vulnerabilidade.

ENTRE A COBERTURA MÉDICA E A SOLVÊNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE: DESAFIOS DO SETOR

SEGS – 11/09/2026

Entre a cobertura médica e a solvência dos planos de saúde

O setor de saúde suplementar no Brasil é frequentemente associado à imagem de grandes empresas que priorizam lucros em detrimento dos beneficiários (BIANCHI, 2026), percepção reforçada por noticiários que nem sempre apresentam informações completas e claras (MIRON, 2026). A judicialização contribui para esse cenário quando há concessão de liminares sem respaldo técnico, decisões que desconsideram as normas do setor ou indenizações fundamentadas apenas no direito à saúde (FÜRST, 2026). Nesse contexto, o principal desafio é conciliar a proteção individual à saúde com o princípio do mutualismo, sobretudo nas controvérsias sobre cobertura de procedimentos e reajustes.

A fiscalização e a regulação do setor competem à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000 para defender o interesse público na assistência suplementar. Entre suas atribuições estão propor políticas ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar e elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, referência básica prevista na Lei nº 9.656/1998. Essa lei também atribui à ANS a definição da amplitude das coberturas, o que, em princípio, afastaria a obrigação de as operadoras custearem procedimentos não incluídos no rol.

No entanto, a movimentação em torno do direito à saúde é bastante delicada, de modo que a aplicação rígida dessas normas pode ser incompatível com a rapidez do desenvolvimento tecnológico e com o tempo necessário para analisar e incorporar novos tratamentos. Assim, é evidente a necessidade de instrumentos capazes de mitigar a aplicação das limitações à cobertura médica.

Por muito tempo se discutiu no judiciário o caráter taxativo ou exemplificativo do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, sendo sancionada em 21/09/2022 a Lei

14.454/2022, que acrescentou ao art. 10 da Lei 9.656/98 do §13, definindo como funcionaria a cobertura para procedimentos não integrantes do referido rol. A obrigatoriedade passou a depender da comprovação da eficácia científica do tratamento ou da existência de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou de órgão internacional de avaliação de tecnologias em saúde de reconhecido prestígio, além de prescrição do médico ou odontólogo assistente.

Apesar dessas exceções, a saúde suplementar é financiada pelo princípio do mutualismo, em que os custos dos serviços utilizados por alguns são repartidos entre todos os integrantes do grupo, e as mensalidades são definidas por cálculos atuariais que consideram riscos, despesas assistenciais e coberturas contratuais e regulatórias. Quando o Judiciário impõe o custeio de procedimento de alto custo não previsto no rol e, destarte, não incluso na precificação feita no momento do cálculo atuarial, cria-se um desequilíbrio, pois o custo não é absorvido somente pela operadora, mas impacta diretamente o equilíbrio do fundo mutuário e é repassado a toda a coletividade de beneficiários na forma de reajustes mais elevados, necessários à manutenção da solvência das operadoras.

A predominância dos contratos coletivos agrava o problema, pois seu acesso costuma depender de vínculo empregatício ou associativo. Nesse momento, surge a prática do “falso coletivo”, qual seja, vincular a si e seus familiares a um CNPJ que é criado com finalidade única de permitir acesso à apólice coletiva. Ocorre que os contratos coletivos possuem regras diferenciadas para aplicação de reajuste, tornando-se muito onerosos para os beneficiários, refletindo a sinistralidade e a variação dos custos médico-hospitalares. Conforme o entendimento do STJ no Tema 1.016, o índice resulta da acumulação variável desses fatores, sem a limitação imposta pela ANS aos planos individuais e familiares.

A concessão de coberturas não previstas pode elevar as mensalidades a patamares impraticáveis e gerar nova judicialização. Em sentido inverso, o reconhecimento judicial do falso coletivo costuma limitar os reajustes aos percentuais fixados pela ANS, produzindo novo impacto sobre o fundo mutualista. Forma-se, assim, um paradoxo, em que decisões favoráveis a coberturas extracontratuais aumentam a sinistralidade, os reajustes tornam o plano inacessível a outros beneficiários e surgem novas demandas judiciais, visando a redução das mensalidades. Embora indispensável para corrigir abusos, a intervenção judicial, quando se torna a via ordinária de obtenção de cobertura, reduz a previsibilidade e ameaça a sustentabilidade do sistema.

Diante desse cenário, logo após a sanção da Lei 14.454/2022, foi ajuizada a ADI 7.265/DF, julgada em setembro de 2025, oportunidade em que foi proferido julgamento pelo STF determinando a observação obrigatória de requisitos cumulativos para concessão de cobertura fora do rol de procedimentos pelo judiciário, quais sejam, a prescrição por médico ou odontólogo assistente, já prevista na legislação, a inexistência de negativa expressa da ANS ou pendência de análise em PAR, ausência de alternativa terapêutica no Rol de Procedimentos, tal requisito cumprindo a finalidade de observação e não esvaziamento no próprio Rol e da função da ANS, a comprovação de eficácia e segurança com base na medicina baseada em evidências e, por fim, a existência de registro na ANVISA (BRASIL, 2025).

Ainda, determina que o judiciário observe, sob pena de nulidade, o preenchimento dos requisitos listados com obrigatória consulta ao Núcleo de Apoio Técnico Judiciários - NAT-Jus ou a perito judicial, bem como, no caso de preenchidos os requisitos, expedir ofício à ANS para verificar a possibilidade de inclusão ao Rol. Como destacou o próprio STF no referido julgamento, o mutualismo demanda previsibilidade e critérios objetivos para evitar prejuízos à coletividade e a imposição das coberturas fora do rol redistribui custos e pode inviabilizar o acesso dos beneficiários.

O julgamento é um ótimo avanço para incorporar a análise técnica na discussão de coberturas médicas. A judicialização também pode ser reduzida por mecanismos extrajudiciais, como uma atuação coletiva da ANS e da CONITEC, agilizando eventual análise dos requisitos delineados na ADI 7.265/DF, ainda que não seja possível a instauração dessa etapa de forma obrigatória, pelo princípio da inafastabilidade da jurisdição. Com isso, seria possível aperfeiçoar a regulação da saúde suplementar e ampliar a segurança jurídica e a transparência sobre a incorporação e a cobertura de novas tecnologias.

ANS APROVA MAMOGRAFIA DIGITAL SEM RESTRIÇÃO DE IDADE

Gov (ANS) – 10/09/2026

Diretoria da Agência retira diretrizes de utilização para cobertura do exame

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou as regras para a realização da mamografia digital, ampliando a cobertura do exame para todas as pessoas que necessitem da tecnologia, independentemente da faixa etária, conforme prescrição de seu médico assistente. A decisão foi tomada durante a 10ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada de 2026, realizada em 3/9.

O exame já fazia parte da cobertura obrigatória para mulheres com idade entre 40 e 69 anos. Com a exclusão de sua diretriz de utilização, a decisão sobre o uso da mamografia digital passa a ser centrada na avaliação clínica e indicação, garantindo o acesso ao procedimento para o rastreamento,

diagnóstico e acompanhamento do tratamento do câncer de mama.

A mamografia digital passa a ter cobertura sem restrições de idade a partir de 1º/10, uma oportunidade de celebrar o Outubro Rosa, mês dedicado à conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama.

REFORMA TRIBUTÁRIA MUDA LÓGICA DA NOTA FISCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Fonte: Medicina S/A – 10/09/2026

Cooperativas médicas e odontológicas que avaliam optar pelo regime cooperativo da Reforma Tributária enfrentam hoje uma dúvida concreta. A opção por esse regime pode fazer com que a cooperativa perca o direito de deduzir, da base de cálculo da CBS, os repasses que faz aos médicos e dentistas cooperados. Se essa interpretação prevalecer, a carga tributária pode mais que triplicar sobre a mesma receita. Em nosso entendimento, a Lei Complementar nº 214/2025 não autorizou esse resultado.

O ponto de partida está em dois dispositivos da própria LC nº 214/2025. Eles tratam de dois momentos diferentes da relação entre cooperativa e cooperado. O art. 271 prevê que, se a cooperativa optar pelo regime cooperativo, as operações entre cooperativa e cooperado passam a ter alíquota zero de CBS. Já o art. 6º, XI da mesma lei trata do repasse financeiro que a cooperativa paga ao cooperado pela sua produção. Para esse repasse, a lei não usa alíquota zero. Usa não incidência.

Essa distinção é o centro de toda a controvérsia. O art. 332, §8º do Decreto nº 12.955/2026, que regulamentou a CBS, veda a dedução de custos correspondentes a fornecimentos sujeitos a alíquota zero nos termos do art. 391, dispositivo que regulamenta exatamente o art. 271. Parte do mercado passou a interpretar que essa vedação também alcança o repasse financeiro aos cooperados. Mas o repasse não está no art. 391. Está no art. 6º, XI, sob outro instituto jurídico, com outra consequência normativa. É essa diferença técnica, aparentemente sutil, que pode decidir se uma cooperativa continua deduzindo seus custos assistenciais ou passa a pagar CBS sobre a receita bruta.

A Reforma Tributária não se limitou a substituir PIS, Cofins, ICMS, ISS e IPI pela CBS e pelo IBS. A LC nº 214/2025 também instituiu regimes específicos para atividades cujas particularidades exigem disciplina própria. Duas delas interessam aqui. A operação de planos privados de assistência à saúde, tratada nos arts. 234 a 243, e as sociedades cooperativas, tratadas no art. 271.

Para as cooperativas médicas e odontológicas, essa arquitetura ganhou relevância especial. Essas entidades passaram a conviver, ao mesmo tempo, com dois regimes específicos. O regime das operadoras de planos de saúde disciplina a atividade externa de operação do plano. O regime cooperativo, de caráter facultativo, instituído em cumprimento aos arts. 146, III, “c”, e 156-A, §6º, III, da Constituição Federal, disciplina a relação interna entre cooperativa e cooperado. A leitura da Lei Complementar não indicava incompatibilidade entre os dois regimes. Cada um parece disciplinar uma dimensão distinta da mesma atividade.

Consolidou-se no mercado a interpretação de que a opção pelo regime cooperativo, por força do art. 332, §8º do Decreto, impediria a dedução dos repasses realizados aos médicos e dentistas cooperados na apuração da base de cálculo da CBS. O problema dessa interpretação é que ela ignora a distinção estabelecida pela própria Lei Complementar. O §8º veda a dedução de fornecimentos com alíquota zero nos termos do art. 391. Não menciona o art. 6º, XI. É justamente esse dispositivo que trata do repasse financeiro, e o classifica como operação de não incidência, não como operação sujeita à alíquota zero.

Há, ainda, uma contradição interna no próprio Decreto. O art. 6º, XI reconhece, no mesmo diploma normativo que contém o §8º, que o repasse é operação de não incidência. Não parece coerente que o mesmo texto classifique uma operação como fora do campo de incidência tributária e, ao mesmo tempo, trate o custo correspondente como se estivesse sujeito à alíquota zero para fins de vedação à dedução.

A questão fica ainda mais relevante no caso das cooperativas médicas e odontológicas por causa de uma particularidade contábil e operacional. Em cooperativas cujo objeto envolve a entrega de bens tangíveis, como as agropecuárias, a operação e o repasse financeiro posterior são momentos contabilmente distintos, com registros independentes.

Nas cooperativas médicas isso não acontece da mesma forma. O médico cooperado realiza os atendimentos, tem sua produção assistencial apurada e recebe o valor correspondente pelo repasse. O próprio Plano de Contas Padrão da ANS, estabelecido pela RN nº 528/2022, determina que o custo assistencial seja reconhecido no momento do pagamento efetivo ao prestador. Isso sugere que, para essas cooperativas, não existe na prática um fornecimento sujeito à alíquota zero separado do repasse. O evento economicamente identificável é o próprio repasse, que a Lei Complementar e o Decreto classificam como não incidência.

Um exemplo simplificado ajuda a dimensionar o impacto. Uma cooperativa que recebe R$ 1.000 em mensalidades e repassa R$ 700 a médicos cooperados pagaria CBS de aproximadamente R$ 31,80 caso mantivesse a dedução. Se a dedução fosse afastada, o valor poderia chegar a cerca de R$ 106,00. Um aumento superior a 200% sobre a mesma operação econômica.

A interpretação que impede a dedução também parece contrariar a finalidade constitucional do regime cooperativo. A Constituição Federal determina tratamento tributário adequado ao ato cooperativo e prevê regime específico para essas sociedades. Uma interpretação que faça a opção pelo regime cooperativo resultar em carga tributária superior à suportada por uma operadora comercial não cooperativa contraria a lógica que justifica a existência desse tratamento diferenciado.

A controvérsia é recente. Ainda não foi objeto de manifestação da Receita Federal, do Comitê Gestor do IBS ou do Poder Judiciário. Isso não diminui sua relevância, pelo contrário. A opção pelo regime cooperativo é irretratável durante o ano-calendário, e a janela referente a 2027 abre em setembro de 2026. As cooperativas médicas e odontológicas vão precisar decidir em ambiente de incerteza regulatória, sem manifestação oficial que confirme qual interpretação prevalecerá.

Diante desse cenário, a decisão sobre a opção pelo regime cooperativo deixou de ser uma escolha exclusivamente tributária. Cada cooperativa deve avaliar, com base em simulação financeira própria, os impactos concretos de cada cenário. E considerar se a distinção entre alíquota zero e não incidência oferece fundamento suficiente para sustentar a manutenção da dedutibilidade, inclusive por via judicial preventiva, caso essa seja a estratégia mais adequada à sua realidade.

DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS PARTICIPA DE DEBATE SOBRE O FUTURO DA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL

Gov (ANS) – 09/09/2026

Wadih Damous integrou painel sobre os desafios e as perspectivas da saúde suplementar no encontro “A Saúde do Brasil em 2030: Onde Vamos Estar?”

O futuro da saúde pública e privada no Brasil esteve no centro dos debates nesta terça-feira (8), em Brasília. O encontro “A Saúde do Brasil em 2030: Onde Vamos Estar?”, promovido pelo canal Amado Mundo com apresentação do Instituto Consenso, reuniu gestores públicos, especialistas, integrantes da sociedade civil e representantes de órgãos reguladores, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A programação contemplou discussões sobre os caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS), a incorporação de novos medicamentos, a inovação tecnológica e o complexo econômico-industrial do setor.

O diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, foi um dos destaques da mesa dedicada aos desafios e às perspectivas da saúde suplementar. Em sua fala, Damous pontuou que o envelhecimento acelerado da população brasileira exige que a regulação mude seus parâmetros para garantir o cuidado contínuo e a sustentabilidade do sistema.

“O envelhecimento populacional é uma vitória. Quem chega à velhice venceu a morte. Mas o que se quer é que isso se dê com saúde, com dignidade, com qualidade de vida”, afirmou, defendendo o desenvolvimento de linhas de cuidado com foco em prevenção.

Para além da transição demográfica, o diretor-presidente abordou a equação do equilíbrio econômico diante da crescente incorporação de novas tecnologias médicas. Ele alertou que respostas simplistas ou unilaterais não resolvem o problema e defendeu um olhar bidirecional sobre as finanças do setor. “A sustentabilidade deve ser encarada pela ótica de quem contrata e de quem é contratado. Ao mesmo tempo em que nós não podemos aceitar um cenário que ponha em risco a rigidez financeira das operadoras, também não podemos aceitar que o cidadão, que muitas vezes compromete quase metade do seu orçamento para manter o plano de saúde de sua família, não tenha mais condições de pagar”, ponderou.

O mesmo equilíbrio, segundo Damous, deve orientar a absorção das inovações científicas pelo mercado de saúde. “De que vale termos uma tecnologia de ponta na área da saúde se ela é praticamente inacessível para a grande maioria da população, sobretudo a parcela mais vulnerável. O desafio para a ANS é como convergir para um cenário em que essas inovações sejam disponibilizadas para os cidadãos sem que isso signifique crises ou quebradeiras no setor”, questionou, reforçando que essa construção precisa ser feita de forma tripartite entre indústria, operadoras e consumidores.

Fortalecimento regulatório

Ao tratar do avanço dos litígios no setor, com dados recentes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apontando que a saúde suplementar já superou o SUS em volume de ações propostas, Damous reiterou que recorrer à Justiça é um direito constitucional. No entanto, propôs uma reflexão sobre o papel da agência e a necessidade de se ampliar os poderes institucionais da autarquia.

“A judicialização é um sintoma, não a causa. Se as pessoas judicializam, é porque algo falhou, e a própria ANS provavelmente falhou antes. Nós constatamos em pesquisa recente que muita gente nem sabe que a agência existe. E quem sabe, quando se vê obrigado a recorrer ao Judiciário, é porque não enxergou na ANS o poder de resolver a sua questão. Eu me sinto derrotado como regulador toda vez que sei que alguém precisou ir à Justiça para ter seu direito garantido”, desabafou.

Buscando solucionar essa fragilidade, o diretor-presidente revelou que tem dialogado ativamente com o Congresso Nacional para fortalecer as prerrogativas de fiscalização e punição da agência, permitindo respostas mais céleres ao consumidor. “A ANS precisa de mais poderes instrumentais e cautelares para agir a tempo e hora, com mais celeridade que o Judiciário. Da mesma forma, as operadoras de saúde precisam entender que aquilo que já está previsto em contrato e no rol da agência é direito indiscutível do consumidor; não pode ser objeto de negativas sistemáticas ou postergações”, realçou.

Damous também ressaltou que a agência tem atuado de forma estreita com o Judiciário por meio dos Fóruns da Saúde, oferecendo suporte e retaguarda técnica aos magistrados para fundamentar decisões complexas, evitando liminares que desestabilizem o sistema sem o devido respaldo científico.

Por fim, o diretor-presidente concluiu sua participação reiterando que o futuro da regulação da saúde no Brasil até 2030 não será resolvido de forma impositiva. “Uma penada regulatória da ANS não resolve os problemas do setor. Qualquer solução viável terá que ser resultado de uma ampla discussão, de um amplo debate e, se possível, de um consenso, para que alcancemos de fato um cenário favorável a todo mundo”, finalizou.

ANS PROMOVE AUDIÊNCIA PÚBLICA 69

Gov (ANS) – 09/09/2026

Propostas de inclusão no Rol, de implante cardíaco e teste genético para tumor de mama, serão debatidas em 16/9

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, em 16/9, a Audiência Pública 69 para debater as propostas de inclusão ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde das seguintes tecnologias:

- 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; e

- Teste de 21 genes para perfil de expressão genômica de tumor de mama, como 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.

As propostas tiveram recomendação preliminar de não incorporação à lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde, tendo sido debatidas em reuniões técnicas da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Cosaúde). Elas também foram discutidas durante a 10ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL) de 2026, ocorrida em 3/9, na qual foi aprovada a realização da audiência pública.

As tecnologias também estão recebendo contribuições através da Consulta Pública 177 até 28/9. Clique aqui para saber mais.

O evento vai ocorrer de forma remota, pela plataforma Teams, com transmissão pelo YouTube, das 9h às 12h.

Para participar da Audiência Pública 69, é preciso fazer inscrição até as 17h do dia 15/9, clicando aqui. A gravação ficará disponível no site da Agência.
Clique aqui para conferir todos os documentos referentes a essa audiência pública, ou acesse o Portal da ANS e, no menu Acesso à Informação, entre na seção Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.

SEM DIRETRIZ, SAÚDE SUPLEMENTAR BUSCA SAÍDAS PARA REGULAR E QUALIFICAR ATENDIMENTO A PESSOAS COM AUTISMO

Futuro da Saúde – 09/09/2026

Autismo segue como desafio das operadoras, que buscam se mobilizar para que ANS crie diretriz de utilização

O aumento de diagnósticos de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA) provocou mudanças robustas nos sistemas de saúde ao redor do mundo. Sem clínicas e profissionais suficientes para atender a demanda crescente, um novo mercado se abriu.

Em 2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tornou obrigatória e ilimitada a cobertura de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o autismo. À época, a pressão social por mais direitos aos pacientes acabou influenciando as mudanças.

De acordo com operadoras, além do impacto financeiro com custos assistenciais, a mudança provocou um aumento das fraudes e na judicialização deste tipo de tratamento. Isso porque, sem diretrizes de utilização, tratamentos sem comprovação científica e com cargas horárias excessivas passaram a ser indicados.

Como tentativa de frear esse avanço, entidades representativas do setor estimularam campanhas contra fraudes, a construção de uma rede credenciada de qualidade, a criação de clínicas próprias com outras operadoras e até mesmo de diretrizes de utilização internas. As ações têm surtido efeito para o setor, mas é preciso avançar.

“Em que pese os esforços, e temos trabalhado para do lado das operadoras acolher melhor essas famílias, o nosso problema estrutural permanece, que é justamente a permissividade que a própria lei garante às pessoas de buscarem seus prestadores da maneira que quiserem, sem uma orientação da operadora”, afirma Bruno Sobral, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

No entanto, Sobral ainda defende que é preciso que a ANS se debruce sobre o tema. Também há necessidade de conselhos profissionais estabelecerem regras e fiscalizarem quem pode oferecer tratamento para TEA com formação adequada. A FenaSaúde tem dialogado com a agência sobre o tema.

“Tem um ponto positivo de ter uma diretriz de utilização onde esses profissionais vão ter que garantir capacitações e ter vigilâncias em relação a isso. Por outro lado, vai burocratizar processos, mas ao mesmo tempo garantiria uma qualidade do tratamento para aquelas crianças”, avalia Joana Portolese, doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e coordenadora do Programa do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA) do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.

Fraudes e buscas por soluções

Sobral explica que as operadoras buscaram formas de acolher as famílias para ter mais gerência sobre as clínicas e tratamentos recomendados. Esse acompanhamento mais próximo tem sido benéfico para o setor, mas a falta de regras específicas ainda torna os negócios em volta do autismo um campo de interesse de pessoas mal intencionadas. “Ainda há muita facilidade por parte de fraudadores e de clínicas que não são sérias de se estabelecerem e de, muitas vezes, cometerem abusos e fraudes. Isso estruturalmente não se resolveu. Algumas operadoras nossas possuem programas bastante robustos e competentes no acolhimento, o que permite um acompanhamento mais próximo”, observa.

O tratamento de TEA é considerado complexo porque envolve, entre outros profissionais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicológicos. O paciente pode precisar permanecer na clínica por longos períodos, podendo chegar a 40 horas semanais. Ainda, existem diferentes linhas de tratamentos, com falta de definição clara sobre quais devem ser cobertas e ofertadas.

“Estamos em um momento onde a demanda existe, é necessário atendimento, mas quem recebe não necessariamente garante essa qualidade. Tem famílias que estão muito tempo em terapias ou em outros momentos subestimando também essas horas que o paciente passa em atendimento”, observa a psiquiatra Portolese.

Segundo Sobral, a ideia da ANS de construir uma diretriz de utilização para TEA não foi deixada de lado. Em junho, um evento organizado pela FenaSaúde debateu o transtorno com foco em um cuidado integral, sustentável e multidisciplinar para a saúde suplementar. Com a participação de membros da agência, o tema das diretrizes voltou à tona.

“Já existe uma proposta do setor que foi apresentada há cerca de dois anos. Ela está na mesa e a ANS se comprometeu a se debruçar sobre para debatermos sobre ela. Ainda não há uma data marcada, mas continuamos insistindo para que tenhamos uma maior racionalidade e balizamento técnico para isso. Não só da ANS, mas do próprio Ministério da Saúde”, afirma o diretor da entidade.

Ele observa que há ainda outra dificuldade para levantar informações sobre a assistência a pacientes com autismo na saúde suplementar. Toda troca de informação de dados entre operadoras, prestadores e ANS não pode contar com o código internacional de classificação de doenças, o que dificulta realizar um levantamento sobre o tema. Para Sobral, seria importante que a ANS voltasse a discutir esse tema, dando mais transparência.

Construção de clínica própria

Ricardo Salem, diretor de saúde da Care Plus, explica que apesar do cenário da saúde suplementar, ter uma clínica de TEA no Brasil não foi motivada pela questão do aumento da demanda ou fraudes. Na verdade, já estava em uma estratégia global da Bupa, holding da operadora, em ter 200 clínicas de saúde mental no mundo. No Brasil, a decisão foi atuar onde havia um gap maior no atendimento.

A Mindplace Kids atende crianças de até 10 anos em processo de diagnóstico ou com diagnóstico de TEA fechados. Com capacidade para atender até 50 pacientes, ela conta com gestão clínica da Genial Care, healthtech especializada que conta com sete unidades em São Paulo. O suporte aos pais é um dos diferenciais para a operadora.

“Temos evidências de que os pacientes atendidos na Mindplace Kids estão recebendo um nível de serviço muito bom, com base em indicadores. Medimos desde o Service Level Agreement (SLA) de tempo de atendimento, até Net Promoter Score (NPS), a experiência da família e do paciente quando pode dentro da clínica. E a gente tem casos já inclusive de alta da clínica”, afirma Salem.

A Care Plus também segue com a rede credenciada de parceiros, que podem ser acessados pelos seus beneficiários, zelando pela qualidade dos serviços e acompanhamento dos pacientes. O principal desafio está nos tratamentos em clínicas feitos através de reembolsos.

“O nível de gestão sobre a regulação disso foi melhorando bastante, não só na Care Plus, mas no mercado como um

todo. Identificamos que realmente existiam clínicas que estavam fora de uma linha de compliance, de melhores práticas em relação à gestão clínica e assistencial, e realmente vimos fraudes e abusos. Atuamos dentro da nossa estratégia de combate", observa Salem.

TEA e judicialização

De acordo com o Anuário da Justiça Saúde Suplementar 2026, existem 4.343 acórdãos sobre o autismo de 2025 contra 1.635 acórdãos em 2021. Apesar das mudanças regulatórias e decisões do Supremo Tribunal Federal ((STF), o transtorno do espectro autista (TEA) ainda movimenta parte do Judiciário.

Mesmo com a resolução da ANS sobre cobertura ilimitada de tratamento para transtornos globais do desenvolvimento, há dúvidas e discussões sobre quais tratamentos devem ou não ser cobertos. Isso porque, de acordo com as operadoras, falta embasamento científico robusto para parte deles e uma diretriz de utilização.

"Há critérios do STF para coberturas de medicamentos fora do rol, mas é preciso racionalidade de fato para olharmos as evidências científicas e entender quais dessas terapias agregam ao paciente", observa Bruno Sobral, da FenaSaúde.

José Luiz Toro da Silva, advogado com atuação na saúde suplementar e professor da Escola Paulista de Direito (EPD), observa que já há pareceres do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) contrários a alguns tipos de tratamentos. No entanto, apesar do uso do sistema e-NatJus ter ganhado força, ainda não há obrigação dos magistrados em utilizar o sistema e tomar decisões com base nos pareceres.

"No início juízes começaram a dar liminares realmente baseadas única e exclusivamente em pedidos médicos, sem nenhum rigor científico. E até os médicos mesmo não tinham rigor científico algum. Essa questão diminuiu um pouco, mas ainda é um problema", afirma o advogado.

Toro também aponta que é preciso garantir que os tratamentos indicados sejam de fato benéficos ao paciente e sua família. Nesse sentido, operadoras têm se aproximado de pais e responsáveis em busca de acolhimento e orientação sobre tratamentos disponíveis e rede, para que estejam menos vulneráveis em caso de clínicas predatórias. Isso porque cargas horárias de tratamento acima de 40 horas, mesmo em casos graves e em tratamento multidisciplinar, podem ser consideradas abusivas.

"Defendo que a ANS tem que assumir um certo protagonismo na administração de assuntos com referência aos planos de saúde, como no caso do autismo. A agência tem um papel muito importante porque falta uma articulação na área da saúde entre os vários órgãos e suas diferentes competências. Falta uma coordenação deles para determinados assuntos", observa.

SAÚDE SUPLEMENTAR – A IMPORTÂNCIA DE QUALIFICAR O DEBATE

Carta Capital – 03/09/2026

A melhor maneira de a Associação Brasileira dos Planos de Saúde defender os interesses das operadoras que representa é contribuir para que o sistema de saúde suplementar como um todo encontre respostas para desafios que se tornam cada vez mais complexos. Essa é a perspectiva que determina a atuação da Abramge ao completar 60 anos.

A entidade nasceu em 1966, bem antes da legislação que organiza o setor, de 1998, e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 2000. Tendo participado do amadurecimento do setor, não poderia, sob pena de se tornar irrelevante, limitar-se à defesa circunstancial dos interesses de seus associados.

Hoje, 53 milhões de brasileiros são beneficiários de planos médico-hospitalares. Trata-se de uma atividade com enorme impacto social, que se relaciona com o Sistema Único de Saúde, o SUS, com hospitais e profissionais de saúde, com o Poder Judiciário, com órgãos reguladores e empresas. Nesse ambiente, soluções simplistas não costumam produzir bons resultados.

Talvez por isso a Abramge tenha, ao longo do tempo, fortalecido sua vocação técnica. Representar o setor continua sendo parte essencial de nossa missão, mas representação significa também qualificar o debate e construir pontes.

A judicialização da saúde é um exemplo. Entre janeiro e junho, foram registradas mais de 180 mil novas ações relacionadas à saúde suplementar. No mesmo período, o Índice Geral de Reclamações (IGR), da ANS, registrou média de 27.883 reclamações. Em relação ao universo de beneficiários, esses números correspondem, respectivamente, a 0,34% e 0,05%. No entanto, as baixas proporções não devem ser utilizadas para minimizar conflitos reais. Devem, isto sim, servir para dimensioná-los e ajudar a construir respostas mais eficientes. Quando o debate público abandona evidências e se organiza apenas em torno de casos individuais, todos perdem: pacientes, operadoras, prestadores e o próprio sistema de Justiça.

É por isso que consideramos fundamental aprofundar o diálogo com instituições como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Supremo Tribunal Federal (STF), o Ministério da Saúde e a ANS. Iniciativas como o Concilia+Saúde, do CNJ, apontam para uma direção importante: buscar soluções qualificadas e consensuais, de modo a evitar que todo conflito precise chegar à decisão judicial.

Da mesma forma, decisões do STFsobre o escopo das coberturas exigem atenção não apenas aos direitos individuais envolvidos, mas também à previsibilidade e à sustentabilidade necessárias a um sistema baseado no mutualismo.

Os desafios, porém, não estão apenas nos tribunais ou na regulação. A saúde brasileira está diante de mudanças estruturais. A população envelhece rapidamente e doenças crônicas ganham peso. Novos medicamentos, terapias e ferramentas digitais ampliam a capacidade de cuidar, ao mesmo tempo que impõem questões sobre custo, acesso e critérios de incorporação.

A tecnologia não deve ser vista apenas como despesa adicional. Inteligência Artificial e integração de dados podem contribuir para diagnósticos mais precisos e redução de desperdícios. O acordo entre o Ministério da Saúde e a HealthAI, anunciado no Congresso Abramge de 2025, é um exemplo de como a cooperação e a inovação podem abrir novas frentes para o sistema de saúde.

Durante muito tempo, o debate sobre saúde suplementar foi dominado por uma lógica de reação: diante de uma nova regra ou nova tecnologia, discutia-se como o setor deveria responder. O momento atual exige outra postura. Precisamos antecipar tendências e discutir hoje as soluções para problemas que se tornarão críticos amanhã.

Isso significa reconhecer que saúde pública e saúde suplementar fazem parte do mesmo ecossistema. Fortalecer a capacidade de diálogo entre esses dois ambientes é essencial para um país que precisa ampliar o acesso à saúde.

Os próximos anos trarão transformações ainda mais rápidas. Nossa contribuição será tanto mais relevante quanto maior for a nossa capacidade de combinar representação institucional com conhecimento técnico e defesa legítima do setor com uma visão mais ampla sobre a saúde

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.