NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de setembro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

Por que o plano de saúde pesa tanto no Brasil – Fonte: SaúdeDigitalNews

Reajuste dos planos de saúde: O preço da linearidade – por Omar Abujamra Junior – Fonte: SaúdeDigitalNews

NotreDame Saúde fecha parceria com Qualicorp – Fonte: Revista Apólice

Projeto proíbe cobrança por consultas de retorno em planos de saúde e atendimentos privados – Fonte: Agência Câmara de Notícias

Menos burocracia, mais inteligência: O potencial da IA para a saúde suplementar – Fonte: SaúdeDigitalNews

Diretoria Colegiada da ANS tem nova composição – Fonte: (Gov) ANS

Mais acesso a exames reforça papel da prevenção na saúde suplementar – Fonte: CBDL Diagnóstico para a Vida

ANS consulta ouvidorias de operadoras sobre atendimento aos beneficiários – Fonte: (Gov) ANS

Diretora da ANS defende parceria com governo para cobertura de terapias de alto custo por planos – Fonte: JOTA

Lucro operacional das empresas de planos de saúde cai 11% no 2º trimestre, diz ANS – Fonte: Valor Econômico

POR QUE O PLANO DE SAÚDE PESA TANTO NO BRASIL

SaúdeDigitalNews – 30/09/2026

A discussão sobre o futuro dos benefícios de saúde costuma começar pelo aumento dos custos. Novos tratamentos e uma demanda crescente por cuidado vêm pressionando empresas globalmente. Mas olhar apenas para quanto custa oferecer um plano deixa escapar uma questão importante: o papel que esse benefício desempenha não é o mesmo em todos os países. O Brasil é um caso particularmente interessante.

O país combina um sistema público universal com uma saúde suplementar fortemente ligada ao emprego. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de assistência médica somavam 52,9 milhões de vínculos em março de 2026. Desse total, 38,7 milhões estavam em planos coletivos empresariais, cerca de 73%.

Essa configuração dá ao benefício empresarial uma relevância particular na jornada de saúde e fica ainda mais evidente quando o Brasil é comparado a outros mercados. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) considera incomum a configuração do seguro privado de saúde brasileiro. Embora o SUS esteja disponível a toda a população, quem possui plano privado tende a concentrar nele o uso dos serviços de saúde.

Em países como Reino Unido, Irlanda, Nova Zelândia, Itália e Portugal, a dinâmica é diferente. Segundo a OCDE, pessoas com seguro privado continuam recorrendo de forma geral aos sistemas públicos e utilizam a cobertura privada em situações específicas, como para obter acesso mais rápido a determinados diagnósticos ou especialistas. No Reino Unido, estimativas preliminares do Office for National Statistics (ONS) indicam que o seguro voluntário respondeu por 2,8% dos gastos totais com saúde em 2025, enquanto o financiamento governamental representou 81,3%.

Não há um modelo que possa ser simplesmente transportado de um país para outro. Sistemas de saúde refletem escolhas econômicas, regulatórias e sociais. A comparação, porém, ajuda a dimensionar o papel assumido pelas empresas brasileiras.

Essa configuração também muda a forma como o benefício precisa ser administrado. Quando a cobertura oferecida pelo empregador ocupa um espaço relevante na jornada de saúde, decisões sobre desenho do plano, rede de atendimento e acesso ao cuidado ganham maior importância. Conhecer apenas o custo agregado da carteira não basta. É preciso entender onde as despesas estão concentradas, quais grupos demandam maior atenção e como condições crônicas estão sendo acompanhadas.

Prevenção e uso de dados ganham valor nesse contexto. Um plano abrangente no papel também pode perder valor para o profissional se o acesso ao cuidado for difícil ou fragmentado. A qualidade do benefício depende de como a cobertura funciona quando o trabalhador efetivamente precisa utilizá-la. A comparação internacional não oferece uma fórmula pronta, mas ajuda a enxergar uma característica brasileira que muitas vezes passa despercebida. Por aqui, administrar saúde corporativa significa gerir um benefício que ocupa um espaço particularmente relevante na vida dos profissionais. Compreender essa dimensão é fundamental para responder às necessidades da população coberta e preservar a sustentabilidade dos programas no longo prazo.

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: O PREÇO DA LINEARIDADE – POR OMAR ABUJAMRA JUNIOR

Futuro da Saúde – 29/09/2026

Em novo artigo, Omar Abujamra Junior reflete sobre o debate de reajuste dos planos de saúde no contexto da regulação

O debate sobre os reajustes dos planos de saúde voltou ao centro da agenda pública no Brasil. Projetos de lei em discussão no Congresso Nacional e Propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõem novas regras para os contratos coletivos, que concentram cerca de 80% dos beneficiários da saúde suplementar. O modelo dos planos individuais já mostrou os efeitos de uma regulação excessivamente rígida, que tornou o produto pouco acessível e levou as operadoras a reduzir drasticamente sua oferta. Repetir essa lógica nos coletivos pode transferir uma conta insustentável para o SUS.

Hoje, a recomposição das despesas assistenciais segue regras diferentes para os planos individuais e os coletivos. Nos individuais, há um teto fixado anualmente pela ANS, hoje em 5,11%; nos coletivos, o reajuste é negociado entre operadora e contratante. É esta segunda modalidade que está no centro das discussões. O PL nº 7.419/2006, que propõe atualizar a Lei dos Planos de Saúde, discute um teto fixo de reajuste, a vinculação a índices gerais de inflação ou a exigência de aprovação prévia da ANS. A agência, por sua vez, avalia um pacote que altera a fórmula de cálculo, impondo travas que limitam a elevação dos reajustes.

As duas frentes contemplam iniciativas que merecem reconhecimento, como avanços na transparência contratual e nos direitos do consumidor. Falta a elas, porém, reconhecer que o reajuste não é aumento de margem, mas a recomposição necessária para que as mensalidades acompanhem a evolução das despesas assistenciais. Conter esse índice não faz a necessidade de atendimento médico e

seus custos desaparecerem, apenas impede que a receita acompanhe as despesas reais.

O equívoco já atingiu os planos individuais. Este mercado, hoje, é uma fração do que já foi. Se, de um lado, a limitação do reajuste protege o beneficiário contra abusos, de outro, as operadoras são confrontadas com um índice que não cobre o custo real de suas carteiras. Boa parte das empresas do setor simplesmente parou de vender esse produto, que se tornou inviável.

O problema das propostas está na premissa de gerenciar um mercado estruturalmente heterogêneo por meio de uma lógica de linearidade. Isso aparece já na sugestão de submeter os reajustes coletivos a um teto fixo ou à aprovação prévia da ANS. O mecanismo ignora que os contratos coletivos são, por natureza, pactuados grupo a grupo. A mesma lógica aparece na vinculação do índice à inflação geral, que desconsidera fatores dinâmicos, como a inflação da saúde, a incorporação sistemática de novas tecnologias e o envelhecimento das carteiras.

No campo técnico, essa mesma lógica reaparece na proposta de restrição à aplicação conjunta de duas variáveis: o índice financeiro, que recompõe o preço dos insumos, e o índice de sinistralidade, que mede a relação entre despesas assistenciais e receita de cada carteira. É justamente essa análise, entre outros fatores atuariais, que ajuda a identificar a necessidade de um reajuste técnico para recompor o desequilíbrio identificado. Vedar a soma das duas variáveis trata como um só fenômeno dois fatores com origens diferentes.

O caminho para uma regulação equilibrada passa por três frentes: reduzir a assimetria de informação, dando a operadoras e contratantes acesso prévio à memória de cálculo do reajuste; preservar a lógica atuarial de cada contrato, para que o reajuste reflita o risco e o custo reais de cada carteira; e enfrentar as causas da inflação médica, fortalecendo a atenção primária, adotando remuneração por eficiência e resultado assistencial, e reforçando o combate a fraudes e desperdícios.

A proteção ao consumidor e a sustentabilidade das operadoras não são objetivos antagônicos, mas interdependentes. Um marco regulatório que preserve a segurança assistencial, jurídica e operacional é essencial para a sustentabilidade tanto dos planos de saúde quanto dos beneficiários. E isso passa por modelos de reajuste capazes de preservar a assistência das quase 53 milhões de pessoas que, atualmente, graças à saúde suplementar, não pressionam ainda mais o SUS.

NOTREDAME SAÚDE FECHA PARCERIA COM QUALICORP

Revista Apólice – 29/09/2026

Acordo prevê oferta de planos por adesão para profissionais liberais e funcionários públicos em São Paulo e Rio de Janeiro

A NotreDame Saúde fechou parceria com a Qualicorp para distribuir planos de saúde por adesão em São Paulo e no Rio de Janeiro. A oferta será direcionada a profissionais liberais e funcionários públicos e faz parte da estratégia de expansão do produto premium da Hapvida no varejo.

Segundo a companhia, a parceria prevê condições comerciais específicas para a contratação dos planos. “Essa parceria é essencial para aumentar a penetração e as vendas do produto no varejo nos mercados do Rio de Janeiro e de São Paulo, com uma proposta de valor que combina qualidade assistencial, conveniência e serviços exclusivos”, disse Gian Lucchesi, vice-presidente de Planos Premium da Hapvida.
Lançada pela Hapvida em agosto, a NotreDame Saúde é voltada ao segmento premium da saúde suplementar e conta com estrutura própria de atendimento, Concierge e canais digitais.

A rede credenciada inclui hospitais como Sírio-Libanês, Albert Einstein, HCor, Nove de Julho, Mater Dei, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Santa Catarina e Beneficência Portuguesa. Entre os laboratórios estão Fleury, Alta e unidades da Dasa.

Os planos também oferecem reembolso para atendimentos realizados fora da rede credenciada, além de aplicativo e equipe dedicada para serviços como agendamentos, consultas e exames.

PROJETO PROÍBE COBRANÇA POR CONSULTAS DE RETORNO EM PLANOS DE SAÚDE E ATENDIMENTOS PRIVADOS

Agência Câmara de Notícias – 29/09/2026

O texto está em análise na Câmara dos Deputados

O Projeto de Lei 3204/26 proíbe a cobrança de consultas de retorno por profissionais e estabelecimentos de saúde, tanto em atendimentos particulares quanto por planos de saúde. A proibição é válida enquanto durar a validade dos exames solicitados na primeira consulta.

O texto está em análise na Câmara dos Deputados.

Conforme a proposta, não configura nova consulta o retorno em data posterior devido à falta de agenda, ao tempo necessário para os exames ou a fatores ligados à continuidade do tratamento. O texto classifica o fracionamento do atendimento clínico para gerar novas cobranças como prática abusiva.

Por outro lado, o projeto permite a cobrança de nova consulta caso o paciente apresente outra queixa clínica sem vínculo com o atendimento anterior ou haja diagnóstico independente.

A fiscalização caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a órgãos de defesa do consumidor e a autoridades sanitárias. O infrator estará sujeito a advertência, multa de R$ 100 mil (aplicada em dobro em caso de reincidência) e obrigação de restituir em dobro os valores indevidamente cobrados.

Autora da proposta, a deputada Dani Cunha (PL-RJ) afirmou que a medida busca evitar custos excessivos aos pacientes. “Atualmente, milhares de brasileiros são compelidos a realizar um novo pagamento apenas para apresentar exames, acompanhar evolução clínica ou receber ajustes terapêuticos”, disse a deputada.

Próximos passos

O projeto será analisado em caráter conclusivo pelas comissões de Saúde; de Defesa do Consumidor; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, terá de ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

.

MENOS BUROCRACIA, MAIS INTELIGÊNCIA: O POTENCIAL DA IA PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

SaúdeDigitalNews – 28/09/2026

A saúde suplementar brasileira vive um momento em que eficiência operacional deixou de ser apenas uma agenda de produtividade e passou a ser uma questão de sustentabilidade. Operadoras precisam administrar grandes volumes de informações, garantir qualidade no atendimento e, ao mesmo tempo, controlar custos em uma operação cada vez mais complexa.

Nesse cenário, dois desafios merecem atenção especial: as fraudes e a burocracia. Nos reembolsos, por exemplo, estimativas do setor apontam que as irregularidades podem representar uma parcela relevante das solicitações, gerando perdas financeiras e mobilizando equipes para identificar e investigar casos suspeitos. Do outro lado, atividades manuais, como a digitação e conferência de guias, ainda consomem tempo que poderia ser direcionado a tarefas de maior valor para a operação.

O ponto em comum entre esses problemas é a dificuldade de lidar, de maneira ágil e estratégica, com o volume de dados gerados diariamente pelo setor. E é justamente aí que a tecnologia pode deixar de ser apenas uma ferramenta operacional para assumir um papel de inteligência na gestão.

Mais do que digitalizar processos, é preciso fazer com que as informações geradas pela operação possam ser analisadas e utilizadas para apoiar decisões. Em uma operadora, isso significa conectar dados assistenciais, financeiros e administrativos para identificar padrões, antecipar riscos e compreender melhor o comportamento da carteira.

A gestão da rede de atendimento é um bom exemplo. Informações demográficas podem ajudar a identificar transformações na população e antecipar necessidades futuras. Uma cidade que passa por um processo acelerado de envelhecimento, por exemplo, pode demandar uma oferta maior de determinadas especialidades. Ter essa leitura antes que a necessidade se torne um gargalo permite planejar o credenciamento e a distribuição da rede de forma mais estratégica.

O mesmo raciocínio vale para a gestão de custos. Quando informações que antes estavam dispersas podem ser analisadas conjuntamente, torna-se possível compreender melhor os fatores que influenciam indicadores como a sinistralidade e identificar pontos que exigem atenção.

A inteligência artificial amplia essa capacidade. Sistemas capazes de analisar grandes volumes de dados podem identificar comportamentos fora de padrões esperados, apoiar a seleção de solicitações que demandam auditoria e contribuir para uma atuação mais preventiva diante de possíveis irregularidades. Em vez de depender exclusivamente de análises manuais, as equipes passam a contar com inteligência para direcionar seus esforços para os casos que realmente precisam de investigação.

Há também ganhos importantes na automação de processos. Tarefas repetitivas, que exigem conferência ou inserção manual de informações, podem ser simplificadas, reduzindo o tempo gasto pelas equipes e também a possibilidade de erros. Em uma operação que movimenta milhares de informações diariamente, ganhos individuais aparentemente pequenos podem representar impactos relevantes em escala.

Mas a transformação tecnológica da saúde suplementar não deve ser medida apenas pela quantidade de processos automatizados. O principal avanço está na capacidade de transformar dados em decisões melhores. Isso exige uma mudança de perspectiva: a tecnologia não deve estar restrita ao papel de suporte à operação. Ela precisa participar da

estratégia do negócio, ajudando a responder perguntas fundamentais para a sustentabilidade das operadoras.

Em um setor no qual recursos precisam ser utilizados de maneira cada vez mais inteligente, combater fraudes e reduzir burocracias são partes de um desafio maior: construir operações mais eficientes, preditivas e sustentáveis.

A tecnologia, nesse processo, não substitui a decisão humana; ela amplia a capacidade de tomar decisões baseadas em dados, automatizar o que é repetitivo e concentrar o trabalho das equipes naquilo que exige análise, experiência e julgamento. É nessa combinação entre dados, inteligência e conhecimento do negócio que está uma das principais oportunidades para a evolução da saúde suplementar. Mais do que responder aos problemas depois que eles acontecem, a tecnologia pode ajudar o setor a antecipá-los.

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS TEM NOVA COMPOSIÇÃO

(Gov) ANS – 28/09/2026

Servidores foram designados pelo Presidente da República para os cargos de diretores interinos

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a ter nova composição após o término de mandatos e a designação de novos diretores interinos.

Permanecem em seus cargos Wadih Damous, como diretor-presidente e diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES), e Lenise Secchin, como diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

Com o término do mandato de Jorge Aquino, em 26 de agosto de 2026, Carla de Figueiredo Soares deixou a Diretoria de Gestão, onde atuava como diretora interina, e assumiu, em 3 de setembro, o cargo de diretora interina de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).

Na mesma data, Francisco José D'Ângelo Pinto assumiu o cargo de diretor interino de Gestão (DIGES).

Já em 28 de setembro, foi publicada a **Portaria de Pessoal ANS nº 273** designando Celina Maria Ferro de Oliveira para a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), após o encerramento do mandato de Eliane Medeiros, em 24 de setembro. A portaria tem efeitos a partir de 25 de setembro de 2026.

Carla de Figueiredo Soares, Francisco José D'Ângelo Pinto e Celina Maria Ferro de Oliveira foram designados pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, para compor a lista de substituição da Diretoria Colegiada da ANS. Os decretos de designação foram publicados no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2026.

Diretoria Colegiada da ANS

Wadih Damous – diretor-presidente e diretor de Desenvolvimento Setorial

Lenise Secchin – diretora de Normas e Habilitação dos Produtos

Carla de Figueiredo Soares – diretora interina de Normas e Habilitação das Operadoras

Francisco José D'Ângelo Pinto – diretor interino de Gestão

Celina Maria Ferro de Oliveira – diretora interina de Fiscalização

MAIS ACESSO A EXAMES REFORÇA PAPEL DA PREVENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

CBDL Diagnóstico para a Vida – 28/09/2026

Ampliação da cobertura da mamografia digital pela ANS evidencia importância de integrar diagnóstico, acompanhamento e orientação ao paciente

Aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a ampliação da cobertura obrigatória da mamografia digital pelos planos de saúde coloca em evidência uma discussão que vai além do acesso ao exame: como transformar a maior disponibilidade de procedimentos em uma jornada de cuidado mais preventiva, coordenada e adequada às necessidades de cada paciente.

A partir de 1º de outubro, os planos de saúde deverão garantir a cobertura da mamografia digital quando houver indicação médica, sem a restrição de idade que anteriormente vinculava a cobertura obrigatória a mulheres entre 40 e 69 anos. A nova regra também considera a indicação clínica, ampliando o acesso ao exame conforme a avaliação do profissional de saúde.

A mudança ocorre em um momento em que a prevenção e o diagnóstico precoce ganham ainda mais espaço na agenda da saúde suplementar, especialmente com a proximidade do Outubro Rosa. Para o Plano Brasil Saúde, a ampliação do acesso a exames é importante, mas seus resultados podem

ser potencializados quando o procedimento está inserido em uma jornada contínua de cuidado.

“O acesso ao exame é uma etapa importante, mas o cuidado não começa nem termina nele. É preciso conhecer o histórico e os fatores de risco do paciente, orientar sobre a necessidade de acompanhamento e garantir que, diante de um resultado que exija atenção, ele seja direcionado para a próxima etapa do cuidado”, afirma Paulo Bittencourt, CEO do Plano Brasil Saúde.

Dados do Plano Brasil Saúde reforçam a importância do acompanhamento

A experiência do Plano Brasil Saúde evidencia a presença de exames de imagem das mamas na rotina assistencial dos beneficiários. Nos últimos 12 meses, foram realizados 2.018 ultrassons das mamas, além de 1.096 mamografias digitais bilaterais e 40 mamografias convencionais bilaterais. O levantamento também registra sete procedimentos de ultrassom mamário bilateral.

Os números ajudam a dimensionar a demanda por exames relacionados à saúde das mamas e reforçam a importância de garantir que o acesso aos procedimentos esteja associado à orientação clínica e ao acompanhamento dos pacientes. Mais do que ampliar a oferta de exames, o desafio está em assegurar que cada beneficiário receba a indicação adequada, compreenda a necessidade de investigação e tenha suporte para dar continuidade ao cuidado quando necessário.

Essa lógica também se relaciona à atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), que pode funcionar como uma porta de entrada para a identificação de riscos, a avaliação clínica e a coordenação dos diferentes momentos da assistência. De janeiro a julho deste ano, o Plano Brasil Saúde registrou 5.343 consultas de Atenção Primária à Saúde, dado que ilustra a relevância desse nível de cuidado na relação dos beneficiários com o sistema de saúde.

Na prática, o acompanhamento pode começar com o médico de família, que atua como referência para conhecer o histórico do paciente, avaliar fatores de risco, identificar necessidades de investigação, solicitar exames quando indicados e acompanhar seus resultados. Essa coordenação ajuda a evitar que diferentes etapas do cuidado aconteçam de forma isolada.

Tecnologia e atenção primária na jornada de cuidado

A tecnologia também pode ampliar as possibilidades de acesso e acompanhamento. A telemedicina, por exemplo, pode ser utilizada em consultas de orientação, avaliação inicial e acompanhamento de determinadas situações, enquanto a rede presencial permanece fundamental quando há necessidade de exame físico, procedimentos, investigação mais detalhada ou atendimento especializado.

Para o Plano Brasil Saúde, a combinação entre atendimento digital, atenção primária e rede presencial permite que diferentes recursos sejam utilizados de acordo com a necessidade de cada beneficiário. Nesse modelo, exames como a mamografia deixam de ser vistos como procedimentos isolados e passam a integrar uma jornada que envolve identificação de riscos, investigação, diagnóstico, acompanhamento e direcionamento para o cuidado adequado.

A ampliação da cobertura determinada pela ANS também reforça a importância de uma atuação mais ativa dos sistemas de saúde na orientação dos beneficiários. Quanto maior o acesso a exames e recursos diagnósticos, maior a necessidade de garantir que o paciente saiba quando utilizá-los, tenha acompanhamento adequado e consiga dar continuidade ao cuidado a partir dos resultados.

“Uma gestão de saúde eficiente precisa olhar para o paciente de forma integral. A tecnologia facilita o acesso e a orientação, mas é a integração entre diferentes pontos de cuidado que permite acompanhar a pessoa ao longo do tempo e identificar, com mais precisão, quando ela precisa de prevenção, investigação, tratamento ou acompanhamento especializado”, completa Bittencourt.

A discussão ganha relevância especialmente no contexto corporativo, em que empresas e operadoras buscam conciliar acesso à assistência, qualidade do atendimento e uso mais eficiente dos recursos de saúde. Para o Plano Brasil Saúde, ampliar o acesso aos procedimentos é parte de uma estratégia maior: organizar a jornada para que cada beneficiário receba o cuidado adequado no momento adequado.

ANS CONSULTA OUVIDORIAS DE OPERADORAS SOBRE ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

(Gov) ANS – 28/09/2026

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abriu uma consulta com as Ouvidorias das operadoras de planos de saúde. A iniciativa faz parte da Agenda Regulatória para o período de 2026 a 2028 e as respostas devem ser enviadas até o dia 20 de outubro.

O objetivo da medida é conhecer e compreender como as operadoras medem a capacidade de suas centrais de atendimento e Serviços de Atendimento ao Consumidor (SACs) para solucionar as demandas dos beneficiários. O questionário também reúne perguntas relacionadas ao acompanhamento feito pelas Ouvidorias das operadoras, já

que a Resolução Normativa nº 623/2024 determina que cada uma tenha a sua metodologia própria.

A consulta foi encaminhada às ouvidorias por meio do Ofício nº 114/2026/DIRAD-DIFIS/DIFIS, em uma ação conjunta da Diretoria de Fiscalização e da Ouvidoria da ANS.

As respostas vão contribuir para o acompanhamento da norma e para o aperfeiçoamento das ações regulatórias da Agência.

DIRETORA DA ANS DEFENDE PARCERIA COM GOVERNO PARA COBERTURA DE TERAPIAS DE ALTO CUSTO POR PLANOS

Jota – 24/09/2026

Lenise Barcellos sugeriu que uma possibilidade a ser explorada seja a compra de produtos pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (**ANS**) iniciou conversas com o **Ministério da Saúde** em busca de uma parceria em modelos de compra de medicamentos de alto custo com a saúde suplementar. "Buscamos esse diálogo, pois, se esse setor ficar de fora, teremos um grande impacto financeiro", afirmou ao JOTA a diretora Lenise Barcellos.

Para a representante da agência, as modalidades de compartilhamento de risco e preço sigiloso, que vêm sendo avaliadas pelo governo para aquisição de terapias de alto custo, também podem ser exploradas pelas operadoras de saúde. Ela ressaltou, no entanto, que as medidas precisam ser monitoradas de perto. "É necessário ter uma análise criteriosa tanto no SUS quanto na saúde suplementar, para saber se a melhor solução está sendo tomada", ressaltou Barcellos, durante evento realizado pelo Instituto Consenso na terça-feira (22/9), em Brasília.

Barcellos sugeriu que uma possibilidade a ser explorada seja a compra de produtos pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil. "Seria semelhante, digamos assim, ao ressarcimento ao SUS. Só que a operadora faria esse pagamento ao governo antes, não depois. Eu preciso de determinada medicação de alto custo, o Ministério me fornece e eu pago [ao ministério]", destacou.

A diretora da ANS também adiantou que a agência tem estudado se a adoção do limiar de custo-efetividade — valor de referência usado para decidir se um novo medicamento, exame ou tratamento vale o custo para ser oferecido pelo SUS — pode ser usado também na saúde suplementar. "Contratamos uma ajuda externa para entender se esse parâmetro pode também ser utilizado para as análises de incorporação na saúde suplementar. Ele servirá para parametrizar e trazer outras linhas observacionais e não ser um limite", destacou Barcellos.

LUCRO OPERACIONAL DAS EMPRESAS DE PLANOS DE SAÚDE CAI 11% NO 2º TRIMESTRE, DIZ ANS

Valor Econômico (ANS) – 16/09/2026

As operadoras de planos de saúde registraram lucro operacional de R$ 5,6 bilhões no segundo trimestre, o que representa uma queda de 11% sobre o mesmo período do ano passado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que detalhou nesta tarde os números do setor.

O lucro líquido (métrica que considera os ganhos financeiros) somou R$ 10,9 bilhões, redução de 12%.

Considerando o acumulado do semestre, o lucro operacional somou R$ 9 bilhões, queda de 18,8%. Já o lucro líquido somou quase R$ 17 bilhões, retração de 10,5%.

Os indicadores do setor foram influenciados por efeitos não-recorrentes como a constituição de provisão técnica voluntária no valor de cerca de R$ 2,7 bilhões pela SulAmérica e um aporte na Postal (operadora de planos de saúde dos Correios), realizados no primeiro trimestre mas que ainda impactam no segundo trimestre. Entre abril e junho, houve ainda o impacto de uma reorganização societária de um grupo de saúde na área odontológica.

Ainda de acordo com dados da agência, 64% das operadoras apresentaram resultado positivo. “Esse resultado que mostra que 36% das operadoras, o equivalente a 232 operadoras, com prejuízo está dentro do patamar histórico de um terço”, disse Washington Oliveira Alves, gerente de habilitação e estudos de mercado da ANS.

As aplicações financeiras somaram R$ 142,3 bilhões, no segundo trimestre, avanço de 9,2% sobre um ano antes.

A receita do setor subiu 8,37% para R$ 201, 9 bilhões, no acumulado do semestre.

A taxa de sinistralidade ficou em 81,91%, alta de 0,76 ponto percentual.

As cinco operadoras com melhor resultado líquido, no segundo trimestre, foram: BradescoCotação de Bradesco (R$ 2 bilhões), Amil (R$ 960 milhões), Postal (R$ 875 milhões), Unimed Seguros (R$ 419 milhões) e MedSênior (R$ 387 milhões).

A ANS também apresentou dados sobre a judicialização. No acumulado do semestre, essa despesa somou R$ 2,6 bilhões. “Apesar de algumas narrativas de que a judicialização está afetando a sustentabilidade do setor, não é isso que estamos vendo. Ainda estamos tentando entender as causas da judicialização, mas o setor está bem”, disse o Alves.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) informou que avalia que os resultados no fechamento do primeiro semestre de 2026 confirmam a recuperação do segmento aos níveis pré-pandemia, mas já indicam a estabilização dessa tendência e “apontam retração em indicadores cruciais”.

“Os resultados do primeiro semestre de 2026 mostram uma queda relevante de 12,2% no resultado líquido, puxada pela retração dos resultados operacionais das operadoras. Essa redução indica que a recuperação do setor ocorrida em 2025 começa a perder força. A margem operacional caiu de 3,9% para 3,2% no período, enquanto a margem líquida recuou de 7,7% no primeiro semestre de 2025 para 6,2% em 2026, sinalizando tendência de queda. Diante disso, as operadoras continuarão empenhadas no esforço constante para manter custos sob controle, combater desperdícios e assegurar a sustentabilidade do sistema”, afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da FenaSaúde.

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

Milliman

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.