NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

07 de outubro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

Com foco nas pessoas, Wadih Damous quer melhorar a regulação dos planos de saúde – Fonte: Valor Econômico

ANS apresenta balanço de beneficiários de agosto – Fonte: Gov (ANS)

Resultado da saúde suplementar recua no 1º semestre – Fonte: Revista Cobertura

Mamografia digital passa a ter cobertura sem restrição de idade ou gênero – Fonte: Gov (ANS)

Internações por apendicite aguda crescem 84,4% nos planos – Fonte: Medicina S/A

Saúde suplementar exige decisões além da prescrição médica – Fonte: Migalhas

Prevenção ganha espaço diante dos desafios da saúde suplementar – Fonte: SEGS

Tratamento de TDAH não pode ser interrompido com fim de contrato de plano de saúde – Fonte: Consultor Jurídico

COM FOCO NAS PESSOAS, WADIH DAMOUS QUER MELHORAR A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 06/10/2026

Diretor-presidente da ANS é o convidado do segundo episódio do videocast ‘Concedo a Palavra’, apresentado pelo professor Flavio Galdino

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS), Wadih Damous, trabalha com foco nas pessoas. Há um ano à frente da ANS, o advogado quer aperfeiçoar a regulação dos planos de saúde, com parâmetros objetivos para reajustes e negociação de preços. Damous é o segundo convidado do videocast “Concedo a Palavra”, em que o advogado e professor Flavio Galdino debate temas jurídicos de forma clara e acessível.

"Tem sido uma experiência desafiadora, é um setor extremamente complexo. O que se quer é o foco no ser humano", disse Damous na entrevista. "Falo sempre na pessoa humana, é ela que deve estar no centro das preocupações quando se fala em saúde".

Damous, que já presidiu por duas vezes a Ordem dos Advogados do Brasil no Rio de Janeiro (OAB-RJ), diz que é preciso entender as necessidades das pessoas e as ponderações das operadoras.

"Nós temos que entender, ouvir. É claro que existe uma parte mais vulnerável, e sempre terei um olhar especial para isso. Não fui para a ANS administrar lucro de operadoras, mas também não fui para quebrá-las. Quero aperfeiçoar a regulação, enfrentar a vida real, que é a reclamação de reajuste, rescisão unilateral, reembolso... E, paralelamente, a questão da incorporação das novas tecnologias", disse Damous a Flavio Galdino.

Damous foi também secretário nacional do Consumidor (Senacon) entre 2023 e 2025 e, agora, aprofunda a experiência na regulação da saúde suplementar. Ao apresentar o colega, Galdino lembrou que, atualmente, segundo a ANS, 25% da população do país depende dos planos de saúde, o que corresponde a cerca de 53 milhões de pessoas.

"Às vezes as pessoas não compreendem muito bem como funciona esse setor, e eu o convidei para trazermos um pouco de luz ao assunto, desta que é uma área muito sensível da vida individual e da vida coletiva", observou Galdino.

Inflação da área médica

O diretor-presidente da ANS explicou que a agência regula e fixa o percentual de reajuste dos planos individuais — medida prevista no marco regulatório do setor —, mas não estabelece um teto para os reajustes dos empresariais, que são definidos conforme regras contratuais e negociações entre as partes. E revelou estar trabalhando em uma possível coopezação com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para que o órgão meça a inflação específica da área médica, criando um parâmetro transparente para os reajustes.

"Ficou claro que não vamos tolerar abusos. Se o abuso estiver configurado, a ANS vai atuar nos termos da lei, nos limites que a lei que rege o setor permite", afirmou Damous.
Os advogados debateram sobre sustentabilidade do setor, alta sinistralidade e insolvência dos planos. Foi destacado o atual desafio de equilibrar a necessidade dos pacientes de acessar novas tecnologias, como tratamentos avançados, com custos altos.

"Novas tecnologias surgem de forma intensiva e, com isso, cresce a demanda da indústria farmacêutica e dos cidadãos", diz Damous, explicando o que a ANS vem considerando: "Os fatores evidência científica, eficácia, resultado e preço. A ANS tem procurado se emparelhar em termos de qualidade, recursos humanos e tecnológicos para responder às questões. E temos negociado preço. Do que adianta ter novos medicamentos, se forem inalcançáveis?".

Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o grau de judicialização na saúde suplementar ultrapassou o da pública. Em 70% dos casos, lembrou Galdino, há concessão de liminar. Para Damous, a judicialização é o sintoma e não a causa. Se há judicialização, diz ele, é porque algo falhou antes, inclusive a ANS e sua regulação.

O segundo episódio já está disponível no site do Valor Econômico e na CBN.

O videocast é patrocinado pelo Instituto Justiça & Cidadania, uma realização do professor Flavio Galdino e da Editora Globo.

ANS APRESENTA BALANÇO DE BENEFICIÁRIOS DE AGOSTO

Gov (ANS) – 05/10/2026

Setor conta com mais de 53 milhões de consumidores em planos de assistência médica e 37,3 milhões nos exclusivamente odontológicos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira, 5/10, os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a agosto: 53.164.516 nos planos de assistência médica e 37.311.529 nos planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados podem ser conferidos na Sala de Situação, ferramenta de pesquisa sobre informações do setor de planos de saúde disponível no portal da reguladora

Beneficiários por tipo de contratação

	Planos de assistência médica		Planos exclusivamente odontológicos	
Individual ou familiar	8.350.302	15,71%	5.900.972	15,82%
Coletivo empresarial	38.977.827	73,32%	27.994.315	75,03%
Coletivo por adesão	5.813.795	10,94%	3.414.407	9,15%
Não identificado	22.592	0,04%	1.835	0,00%

Fonte: SIB/ANS - 08/2026

Adesões e cancelamentos

A movimentação de entrada e saída de beneficiários nas operadoras é acompanhada pela ANS por meio da taxa de rotatividade, que é calculada com dados de adesões (novos beneficiários, transferência de carteira, mudança voluntária de plano etc.) e cancelamentos de vínculos (encerramento do contrato de plano coletivo de uma empresa, saída de beneficiários do setor, óbito etc.).

Nos últimos 12 meses, foram informados 16.117.456 adesões e 15.434.267 cancelamentos em planos de assistência médica, resultando em uma taxa de rotatividade de 29,41%. Em agosto, foram registradas 1.237.646 adesões e 1.175.486 cancelamentos, compondo uma taxa de rotatividade de 2,21%.

Importante! Os dados de beneficiários de planos de saúde refletem os números de vínculos de indivíduos a planos de saúde. Isso porque uma mesma pessoa pode ter mais de um plano e, portanto, mais de um vínculo

Atenção! Os números podem sofrer alterações retroativas devido às revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência médica		Exclusivamente odontológica	
	ago/25	ago/26	ago/25	ago/26
Acre	46.316	47.264	19.855	20.531
Alagoas	383.749	380.924	361.663	373.679
Amapá	64.212	56.363	47.519	48.662
Amazonas	691.680	708.928	631.290	670.945
Bahia	1.740.799	1.747.150	1.927.963	2.075.216
Ceará	1.490.423	1.499.927	1.449.885	1.554.915
Distrito Federal	1.000.547	1.052.436	715.766	799.902
Espírito Santo	1.377.423	1.422.351	863.394	961.778
Goiás	1.943.220	1.958.371	961.167	1.026.287
Maranhão	530.835	534.820	368.610	423.438
Mato Grosso	685.868	694.447	302.735	314.933
Mato Grosso do Sul	683.268	673.141	444.419	466.795
Minas Gerais	5.849.154	5.898.117	3.022.596	3.293.588
Pará	895.407	893.555	584.012	614.854
Paraíba	464.748	467.919	570.478	591.631
Paraná	3.182.804	3.214.152	2.006.320	2.128.185
Pernambuco	1.438.810	1.443.235	1.390.354	1.501.491
Piauí	414.597	412.590	244.034	276.911
Rio de Janeiro	5.540.581	5.567.508	3.927.011	4.302.395
Rio Grande do Norte	636.725	682.493	619.368	611.927
Rio Grande do Sul	2.662.094	2.663.337	1.096.790	1.155.094
Rondônia	166.002	172.569	120.768	124.813
Roraima	32.371	32.282	14.685	15.038
Santa Catarina	1.723.496	1.743.559	967.808	1.028.896
São Paulo	18.315.663	18.682.074	11.561.921	12.487.271
Sergipe	341.406	334.730	262.714	279.022
Tocantins	131.498	134.297	145.475	159.475

Fonte: SIB/ANS - 08/2026

RESULTADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR RECUA NO 1º SEMESTRE

Revista Cobertura – 02/10/2026

Em transmissão ao vivo, FenaSaúde apresentou análise dos dados da ANS e indicadores setoriais, apontando que a sustentabilidade do sistema segue como o principal desafio

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) realizou nesta quinta-feira, 01/10, mais uma edição de sua transmissão online dedicada à análise de dados e indicadores do setor. Durante a live, a entidade discutiu os dados econômico-financeiros do primeiro semestre de 2026 recém-divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que confirmam a recuperação do segmento aos níveis pré-pandemia, mas já sinalizam estabilização dessa tendência e retração em indicadores cruciais. A transmissão foi conduzida por Bruno Sobral, Diretor-Executivo da FenaSaúde; Rafael Scherre, Diretor de Regulação Econômica da entidade; e João Marchi, Coordenador de Informação em Saúde Suplementar.

O cenário permanece demandando atenção, especialmente em relação à sustentabilidade das operadoras. A margem operacional do primeiro semestre de 2026 ficou em 3,2%, ante 3,9% no mesmo período de 2025. Na comparação do resultado líquido, a queda foi de 12,2% no período, o que

corresponde a uma margem líquida setorial de 6,2%, contra 7,7% registrada no ano anterior.

“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 continuam empenhadas no esforço constante para manter custos sob controle, combater desperdícios e assegurar a sustentabilidade do sistema”, afirma Bruno Sobral, Diretor-Executivo da FenaSaúde.

O executivo destaca ainda o histórico de rentabilidade do setor, respaldado por estudo recente da LCA Consultoria. Entre 2010 e 2025, a margem líquida média do setor foi de 3,5%. No entanto, ao desconsiderar o resultado financeiro, a margem no mesmo período foi de apenas 0,6%, evidenciando a forte pressão sob a qual as operadoras operam no longo prazo.

“Isso mostra como as operadoras trabalham no limite da precificação necessária para cobrir as despesas. Com a sinistralidade do setor frequentemente superior a 80% e margens tão apertadas, é fundamental construir um ambiente de incorporação tecnológica cada vez mais baseado em evidências, além de atuar diariamente no combate rigoroso às fraudes e aos desperdícios”, reforça Sobral.

Despesas crescem acima das receitas

Os dados da ANS corroboram o alerta da entidade: houve uma retração de 10,4% no resultado operacional em relação ao primeiro semestre de 2025, enquanto o resultado financeiro registrou um salto de 10,3%. Como proporção do resultado antes dos impostos, o resultado operacional respondeu por 39%, enquanto o financeiro representou 52%. Já o Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) recuou para 14%, ante os 16% registrados no fechamento de 2025. Segundo o balanço da ANS, a receita das operadoras com mensalidades somou R$ 175,8 bilhões de janeiro a junho, montante 9,6% superior ao do mesmo período de 2025. Por outro lado, as despesas assistenciais subiram 9,9%, chegando a R$ 143,0 bilhões e superando a evolução das receitas. Com isso, a sinistralidade nos planos médico-hospitalares atingiu 81,9% — um avanço de 0,8 ponto percentual em relação ao mesmo período do ano anterior (81,1%).

Estabilidade na cobertura e avanços com fatores moderadores

A base de clientes registrou estabilidade no período: o setor encerrou o semestre com 53,2 milhões de beneficiários em planos de assistência médica (+0,5% ante o fim de 2025) e 37 milhões em planos exclusivamente odontológicos (+3,6%). A taxa de cobertura dos planos médico-hospitalares permanece estagnada em patamar próximo a 25% da população brasileira há mais de uma década.

Para moderar custos e aumentar o acesso, ferramentas como coparticipação e franquia vêm ganhando espaço no mercado: em 2025, 69% dos beneficiários de planos coletivos já estavam em contratos com fatores moderadores. Com base nos dados mais recentes da ANS, esses planos foram, em média, 35% mais baratos que os planos sem fatores moderadores.

Judicialização

Durante a transmissão ao vivo, a equipe técnica da FenaSaúde também analisou os dados mais recentes sobre a judicialização no setor:

- O crescimento das despesas decorrentes de decisões judiciais segue impondo forte pressão sobre o setor. No fechamento do semestre, a série acumulada em 12 meses indica cerca de R$ 5,2 bilhões em despesas com indenizações judiciais, recorde histórico.
- A equipe mostrou a tendência de evolução das ações judiciais em comparação com o SUS e o cenário preocupante para o futuro próximo. Na série acumulada de 4 trimestres, são 374 mil novos casos na saúde suplementar no fechamento do semestre, número que supera os 358 mil novos casos do SUS na mesma base de comparação.
- Decisões que concedem coberturas sem observância à medicina baseada em evidências geram insegurança jurídica e oneram as mensalidades de todos os beneficiários. O setor reforça a importância da aplicação dos critérios estabelecidos pelo STF (ADI 7.265) para a concessão de tratamentos fora do rol. Medida equivalente aconteceu para o SUS no 2º semestre de 2024 (Temas 6 e 1234) e foi capaz de estabilizar a evolução de novos casos. O setor espera que a ADI 7.265 seja capaz de produzir efeitos semelhantes para a saúde suplementar.

Propostas para o futuro

Foram divulgadas ainda as propostas da FenaSaúde para os presidenciáveis, essenciais para a agenda da saúde suplementar:

- Carta Aberta aos Presidenciáveis. Uma iniciativa conjunta da FenaSaúde e grandes setores regulados: aviação civil (ABEAR); rodovias (ABCR); saneamento (ABCON) e telecomunicações (Conexis Brasil Digital). As entidades sugeriram caminhos para que o país avance na agenda de inclusão social e desenvolvimento econômico, aumentando geração de empregos e prosperidade para os brasileiros, e chamaram atenção para o importante papel da iniciativa privada nessa trajetória, em parceria com os governos. A agenda apresentada

aos presidenciáveis está organizada em dois pilares: melhoria da qualidade regulatória e fortalecimento da segurança jurídica, com redução da litigiosidade, problemas comuns aos setores econômicos representados.
https://fenasaude.org.br/noticias/aviacao-rodovias-saneamento-saude-e-telecom-defendem-melhoria-no-ambiente-de-negocios-em-carta-aos-presidenciaveis

- Propostas FenaSaúde para o Futuro da Saúde Suplementar Brasileira – Agenda 2027-2030. No contexto do debate de propostas aos presidenciáveis, a FenaSaúde destaca a urgência de prioridades estruturantes para a saúde suplementar: i) mais integração entre os sistemas público e privado (prontuário eletrônico unificado); ii) ampliação do acesso à saúde com responsabilidade (novos produtos de menor custo, mais acessíveis e segmentados); iii) maior racionalidade na incorporação de tecnologias em saúde (instância única e nacional responsável pela ATS); e iv) combate a fraudes e desperdícios na saúde suplementar (aperfeiçoamento da legislação aplicável e obrigatoriedade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES).
https://fenasaude.org.br/noticias/fena-saude-apresenta-propostas-para-o-futuro-da-saude-suplementar-aos-presidenciaveis

MAMOGRAFIA DIGITAL PASSA A TER COBERTURA SEM RESTRIÇÃO DE IDADE OU GÊNEROTERNAÇÕES

GOV (ANS) – 02/10/2026

Mudança entrou em vigor na quinta-feira, 1º/10, ampliando o acesso ao exame na saúde suplementar

O mês de outubro começou com uma mudança importante para quem precisa de um dos principais recursos para o diagnóstico do câncer de mama: a mamografia digital. Na quinta-feira, 1º/10, entrou em vigor a atualização aprovada em 3/9 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que amplia a cobertura obrigatória do exame pelos planos de saúde, sem restrição de idade ou de gênero, desde que haja indicação do médico.

Até então, a mamografia digital tinha cobertura obrigatória para mulheres de 40 a 69 anos. Com a retirada da diretriz de utilização que limitava o acesso ao exame, a decisão sobre sua realização passa a ser baseada na avaliação clínica de cada caso. A medida vale para o rastreamento, o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento do câncer de mama.

A mudança coincide com o início do Outubro Rosa, campanha mundial de conscientização sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama. Seu objetivo é ampliar o conhecimento da população sobre o problema e incentivar a busca por atendimento diante de sinais e sintomas suspeitos.

Nas últimas décadas, o câncer de mama manteve-se como o tipo de câncer mais frequente entre as brasileiras, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa estimada atualmente é de 66,54 novos casos por 100 mil mulheres.

O diagnóstico precoce é um dos principais aliados no enfrentamento da doença. Identificá-lo em seus estágios iniciais, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), aumenta as possibilidades de tratamento e contribui para reduzir a mortalidade.

E vale lembrar que o câncer de mama também pode atingir os homens. Segundo o Ministério da Saúde, eles representam cerca de 1% dos casos. Por isso, a ampliação da cobertura da mamografia digital beneficia pessoas de ambos os gêneros quando houver indicação médica para a realização do exame.

Fique alerta!

Entre os sinais que merecem atenção das mulheres estão o aparecimento de nódulos nas mamas, alterações na pele, retração do mamilo, saída espontânea de secreção e caroços na região das axilas. Nos homens, a presença de nódulo palpável na mama também deve ser investigada.

Nesta quinta-feira também entrou em vigor a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde do dispositivo ou sistema intrauterino hormonal (DIU/SIU) para as pacientes com endometriose. Clique aqui para saber mais.

INTERNAÇÕES POR APENDICITE AGUDA CRESCEM 84,4% NOS PLANOS

MEDICINA S/A – 02/10/2026

As internações por apendicite aguda registradas na saúde suplementar brasileira cresceram 84,4% entre 2016 e 2025, passando de 27,7 mil para 51,1 mil. No mesmo período, o número médio de beneficiários de planos médico-hospitalares aumentou cerca de 9%. Com isso, a frequência de internações passou de 57,6 para 97,2 registros por 100 mil beneficiários, um aumento de 68,8%. Os dados são do novo estudo "*Apendicite Aguda na Saúde Suplementar Brasileira:*

Evolução das Internações entre 2016 e 2025", produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O crescimento foi especialmente acentuado em 2025. Depois de relativa estabilidade entre 2022 e 2024, o número de internações aumentou 29,3% em apenas um ano, passando de 39,5 mil para 51,1 mil. O movimento foi concentrado nos registros classificados como K35.9, categoria da CID-10 referente à apendicite aguda sem outra especificação: eles representaram 94,5% do aumento registrado entre 2024 e 2025.

"O estudo olha para uma população de mais de 52 milhões de beneficiários. É um recorte da saúde suplementar, claro, mas um crescimento dessa magnitude chama a atenção e levanta uma pergunta: será que estamos vendo o mesmo movimento no restante do sistema de saúde brasileiro?", afirma Denizar Vianna, superintendente executivo do IESS.

O aumento das internações, porém, não significa necessariamente que a ocorrência da doença tenha crescido na mesma proporção. O estudo trabalha com internações registradas e não com a incidência da apendicite na população. Além disso, mudanças na codificação, na composição das operadoras, na completude ou no processamento dos registros podem influenciar as comparações ao longo do tempo.

Adolescentes apresentam maior frequência de internações

A idade é outro dado que chama a atenção. Em 2025, a maior frequência foi observada entre beneficiários de 15 a 19 anos, com 156,2 internações por 100 mil beneficiários. Entre 20 e 29 anos, foram 137,8 por 100 mil e, entre 30 e 39 anos, 117,2. A frequência diminuiu progressivamente nas faixas etárias seguintes.

Nas faixas etárias mais avançadas, entretanto, o perfil é diferente. Apesar da menor frequência de internações, os indicadores assistenciais são mais elevados. Entre os beneficiários com 80 anos ou mais, o tempo médio de permanência hospitalar chegou a 5,1 dias e 18,1% das internações envolveram utilização de UTI. Considerando todas as idades, esse percentual foi de 1,2%.

"A apendicite aparece com mais frequência entre os jovens, mas é nos idosos que a internação tende a exigir mais recursos. Aos 80 anos ou mais, quase uma em cada cinco internações teve utilização de UTI", destaca Vianna.

Outro dado ajuda a mostrar o perfil assistencial: 82,6% das internações analisadas em 2025 foram classificadas como atendimentos de urgência ou emergência. O tempo médio de permanência foi de dois dias, com mediana de um dia. A técnica cirúrgica pôde ser identificada em 76% das internações e, entre esses registros, 78,8% apresentaram procedimento por videolaparoscopia. Já a análise das despesas, após o tratamento dos registros potencialmente inconsistentes, apontou uma mediana de aproximadamente R$ 5,3 mil por internação.

"O dado de 2025 chama a atenção de modo especial. Precisamos acompanhar os próximos anos para entender se esse crescimento vai se manter e investigar melhor o que está por trás dele", afirma Vianna.

SAÚDE SUPLEMENTAR EXIGE DECISÕES ALÉM DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Migalhas – 02/10/2026

STF estabelece critérios técnicos para a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS, conciliando evidências científicas, segurança do paciente e sustentabilidade.

Mais de 53 milhões de brasileiros possuem hoje vínculos com planos de assistência médica. O número ajuda a dimensionar porque decisões sobre cobertura não dizem respeito apenas ao paciente, ao médico e à operadora envolvidos em determinado processo. Em um sistema dessa escala, cada discussão sobre incorporação de tratamentos também envolve critérios científicos, segurança assistencial, regulação e sustentabilidade.

Esse talvez seja um dos pontos mais relevantes do debate que se consolidou no STF em torno da cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mais importante do que classificar o rol simplesmente como aberto ou fechado é reconhecer que a prescrição médica, embora essencial para definir a condução clínica de um paciente, não pode funcionar isoladamente como critério jurídico para impor uma cobertura.

A assistência à saúde convive hoje com uma velocidade inédita de desenvolvimento de medicamentos, terapias e tecnologias. Nem toda inovação, entretanto, possui o mesmo grau de evidência científica, segurança ou efetividade. Há tratamentos promissores que ainda estão em avaliação, alternativas já cobertas capazes de produzir resultados equivalentes e tecnologias cujo benefício pode não estar suficientemente demonstrado para determinada indicação.

É justamente por isso que a regulação possui um papel que não deve ser confundido com simples restrição de acesso. Cabe à ANS avaliar evidências, acompanhar a incorporação de tecnologias e estabelecer parâmetros para um sistema que precisa atender milhões de beneficiários de forma contínua.

Ao analisar a ADIn 7.265, o STF procurou organizar essa equação estabelecendo parâmetros objetivos para a cobertura excepcional de procedimentos e tratamentos não incorporados ao rol da ANS. Nessa hipótese, o custeio somente poderá ser admitido quando estiverem cumulativamente demonstrados os cinco requisitos fixados pela Corte: prescrição por profissional habilitado; registro sanitário perante a ANVISA; existência de evidências científicas de alto nível quanto à eficácia e à segurança da terapêutica; inexistência de alternativa terapêutica adequada já contemplada no rol; e ausência de manifestação expressa da ANS contrária à sua incorporação.

A relevância desse entendimento está menos na criação de uma barreira e mais na exigência de fundamentação. Uma indicação médica deixa de ser tratada, por si só, como prova suficiente de que determinado procedimento deve necessariamente integrar a cobertura contratada.

Esse cuidado é particularmente importante porque a relação entre médico e paciente possui uma finalidade distinta daquela exercida pela regulação. O profissional assistente avalia as necessidades clínicas individuais e deve buscar a melhor alternativa terapêutica para aquela pessoa. A ANS, por sua vez, precisa analisar evidências e impactos em escala coletiva. O Judiciário, quando chamado a interferir nessa relação, não deveria substituir nenhuma dessas funções.

Por isso, outro avanço importante está na valorização do apoio técnico às decisões judiciais. A consulta a estruturas como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário permite que questões altamente especializadas sejam examinadas à luz da medicina baseada em evidências, e não exclusivamente da urgência apresentada no processo.

Essa mudança de perspectiva é especialmente relevante em ações envolvendo doenças graves ou tratamentos inovadores. São situações naturalmente sensíveis, nas quais a urgência do paciente é legítima. Mas reconhecer essa urgência não elimina a necessidade de verificar se o tratamento possui eficácia demonstrada, se é seguro e se existem alternativas disponíveis.

A discussão tampouco deve ser reduzida a uma oposição entre pacientes e operadoras. Os planos de saúde funcionam segundo uma lógica coletiva de compartilhamento de riscos. Os recursos que financiam a assistência de um beneficiário são formados pelas contribuições do conjunto de participantes. Decisões individuais de cobertura, portanto, também produzem efeitos sobre esse equilíbrio.

Sustentabilidade, nesse caso, não é um interesse exclusivo das empresas. É condição para que o próprio sistema possa continuar oferecendo assistência aos seus beneficiários.

Esse raciocínio ganha ainda mais relevância em um mercado que supera 53 milhões de vínculos médico-hospitalares e no qual novas tecnologias são incorporadas continuamente. A própria ANS definiu para sua Agenda Regulatória 2026-2028 prioridades relacionadas à qualidade da atenção, ao acesso aos serviços e ao equilíbrio das relações assistenciais e econômicas.

O desafio, portanto, não é escolher entre inovação e regulação, nem entre o direito do paciente e a sustentabilidade das operadoras. É construir decisões capazes de combinar esses elementos.

A medicina continuará avançando e novos tratamentos continuarão chegando aos tribunais antes mesmo que todas as respostas estejam disponíveis. Quanto maior for esse movimento, mais importante será evitar soluções baseadas em um único elemento do processo.

Na saúde suplementar, proteger o paciente também significa exigir evidência, segurança e critérios técnicos. E preservar a capacidade do sistema de atender milhões de pessoas amanhã precisa fazer parte das decisões tomadas hoje.

PREVENÇÃO GANHA ESPAÇO DIANTE DOS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

SEGS– 30/09/2026

Durante muito tempo, a discussão sobre saúde corporativa se resumiu ao reajuste do plano de saúde. Hoje, essa abordagem já não basta. Com projeções de reajustes entre 9% e 10% para os contratos empresariais em 2026 — praticamente o dobro da inflação estimada de 4,8% —, as empresas brasileiras enfrentam um desequilíbrio financeiro iminente. O plano de saúde já representa o segundo maior custo das organizações com seus colaboradores, atrás apenas da folha de pagamento, exigindo que as lideranças parem de apenas pagar a conta e passem a liderar a organização desse cuidado.

O grande desafio dessa transição de postura, no entanto, é que as companhias estão presas em um impasse complexo: por um lado, o plano de saúde é o benefício mais valorizado pelos profissionais e indispensável para reter talentos. Por outro, o modelo tradicional do setor estimula a utilização desordenada e ineficiente da rede credenciada, empurrando as contas para patamares insustentáveis.

Esse ciclo vicioso já provoca impactos severos: a pesquisa Cenário do RH no Brasil 2025, da ABRH, revela um recuo histórico no número de empresas que conseguem oferecer o benefício. Trata-se de um sinal claro de que o mercado atingiu o limite financeiro, tornando urgente a transição para soluções que controlem custos sem desamparar as pessoas.

É nesse ambiente que a atenção primária ganha espaço definitivo. Quando o colaborador é acompanhado ao longo do tempo pela mesma equipe de saúde, diminuem drasticamente as internações evitáveis, as idas desnecessárias aos prontos-socorros e a realização de exames redundantes. Um estudo da Johns Hopkins com clínicas instaladas no ambiente corporativo comprovou um retorno de até US$3,61 para cada dólar investido, impulsionado justamente por essa racionalização de procedimentos. O grande mérito desse modelo não está em acumular mais exames ou consultas, mas em acompanhar a jornada de saúde do colaborador de forma contínua, usando dados e tecnologia para mapear fatores de risco antes que eles evoluam para quadros graves.

Minha trajetória de mais de duas décadas no Hospital das Clínicas da Unicamp vi inúmeros pacientes darem entrada com quadros graves que poderiam ter sido facilmente prevenidos ou manejados meses antes em consultas de atenção básica. Hipertensão descontrolada, diabetes ainda não diagnosticada e sinais iniciais de sofrimento emocional ilustram bem essa dinâmica. Se detectados cedo, exigem intervenções muito mais simples, entregam desfechos clínicos infinitamente melhores e evitam custos catastróficos. Quando transpomos esse aprendizado do hospital público para as corporações, percebemos que o gargalo financeiro das empresas é, na verdade, a falta de uma coordenação preventiva no cuidado de seus profissionais.

Vale ressaltar que o problema não reside no plano de saúde, ele continua sendo um benefício essencial. O desafio real é operacionalizar e gerir essa saúde de forma integrada. Para que um programa de Atenção Primária à Saúde (APS) entregue impacto real, é indispensável garantir qualidade assistencial, adesão ativa dos colaboradores, integração estreita com a rede credenciada e um acompanhamento rigoroso de indicadores de desempenho. Sem esses pilares bem estruturados, dificilmente haverá redução de sinistros ou melhoria clínica real.

Para que essa mudança de rota ocorra de fato, a saúde corporativa precisa deixar de ser encarada apenas como um encargo operacional do RH. Ela afeta diretamente a saúde financeira, a produtividade interna e a sustentabilidade de longo prazo do negócio. Por essa razão, esse debate deve migrar definitivamente para a mesa do C-level, integrando diretores financeiros (CFOs) e a alta liderança executiva na tomada de decisões estratégicas de saúde.

Empresas que estruturam uma atenção primária consistente passam a negociar reajustes com maior previsibilidade porque conseguem acompanhar com precisão a saúde de sua população. O segredo do modelo não está em onde a clínica se localiza, seja física ou por telessaúde, mas na continuidade do cuidado. O médico de família que conhece o histórico de vida de cada paciente toma decisões muito mais assertivas, direciona os casos com clareza e evita que queixas simples se transformem em eventos de alto custo para a corporação. Cuidar preventivamente é a única saída sustentável para equilibrar as contas corporativas e garantir o bem-estar de quem faz o negócio acontecer

*Diretor Médico na HealthBit e presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Fundação Centro Médico de Campinas. Médico Assistente da Faculdade de Medicina da Unicamp, infectologista com mais de 23 anos de experiência no Hospital das Clínicas da Unicamp, atuou como docente da disciplina de Atenção Primária à Saúde da Unicamp até 2023. Com ampla experiência clínica e em gestão, sua trajetória é marcada pela liderança em projetos voltados ao controle de surtos infecciosos e potenciais pandemias.

TRATAMENTO DE TDAH NÃO PODE SER INTERROMPIDO COM FIM DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

Consultor Jurídico – 13/09/2026

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça decidiu que, mesmo que a operadora de plano de saúde exerça regularmente seu direito de resilição unilateral de contrato coletivo, não é possível a interrupção repentina de cobertura para tratamento multidisciplinar de beneficiário diagnosticado com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Apesar desse entendimento, com base no Tema 1.082 do STJ, os ministros concluíram que a obrigação de custeio deve ocorrer até a comprovação de alta médica ou de estabilização do quadro clínico do paciente, ou até a migração para plano de saúde familiar ou individual, a portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo interessado.

Na origem, a mãe de uma criança ajuizou ação com pedido de indenização por danos morais, alegando que o contrato de plano de saúde havia sido indevidamente rescindido enquanto a menor se encontrava em tratamento de TDAH.

O juízo de primeira instância determinou que a ré se abstivesse de rescindir imotivadamente o contrato e, caso já tivesse ocorrido o encerramento, que o pacto fosse restabelecido.

Em segundo grau, o Tribunal de Justiça de São Paulo também condenou a operadora ao pagamento de indenização por danos morais por considerar a conduta abusiva e contrária aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato.´

No recurso especial, a operadora sustentou que, embora a paciente necessite de acompanhamento multidisciplinar contínuo para potencializar suas habilidades cognitivas, sociais e comportamentais, o tratamento não se enquadra como indispensável à manutenção da sobrevivência ou à

preservação de sua incolumidade física, o que afasta a aplicação do Tema 1.082, fixado pela 2ª Seção do STJ.

Cobertura até alta médica

Relatora do caso, a ministra Nancy Andrighi destacou que a tese fixada no repetitivo se aplica a pacientes em tratamento médico cuja suspensão ou interrupção possa causar risco de morte ou agravamento da doença, impondo à operadora a manutenção da cobertura até a alta médica ou a estabilização do seu quadro clínico.

A magistrada salientou que o STJ tem aplicado a tese em situações como tratamentos oncológicos e psiquiátricos, cirurgias autorizadas durante a vigência do plano e tratamentos de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

Por outro lado, a relatora observou que não há a obrigação de manutenção da cobertura quando a operadora oferece alternativas que impeçam a descontinuidade do serviço, como a migração para plano de saúde individual ou familiar, a cobertura de carência para mudança de plano ou contratação de outro plano coletivo pelo beneficiário.

Assistência vitalícia

Nancy Andrighi também ressaltou que a Lei 14.254/2021, embora dirigida ao poder público, revela a necessidade de acompanhamento integral do indivíduo com TDAH, incluindo o diagnóstico precoce e o apoio terapêutico especializado na rede de saúde por equipe multidisciplinar.

Contudo, a ministra enfatizou que, conforme decidido pelo STJ em precedentes que aplicaram o Tema 1.082, a cobertura deve perdurar por tempo razoável, sem que se torne um mecanismo de assistência vitalícia
.
No caso dos autos, a relatora reconheceu que a operadora, ao encerrar o contrato, não agiu devidamente para evitar a descontinuidade do tratamento em curso, apesar de a beneficiária possuir condição que a torna dependente da assistência à saúde e das terapias multidisciplinares prescritas.

Entretanto, dando provimento parcial ao recurso da empresa, a ministra estabeleceu que a obrigação de custeio deve continuar até a alta médica ou a estabilização do quadro clínico da paciente, salvo se a operadora oferecer uma das alternativas que não resultem em descontinuidade do serviço de assistência à saúde. *Com informações da assessoria de imprensa do STJ.*

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.