NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

21 de outubro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

ANS participa de debates sobre os rumos da saúde suplementar no Conahp 2026 – Fonte: Gov (ANS)

Corregedoria regulamenta Justiça 4.0 para saúde suplementar – Fonte: Tudo Rondonia

Coparticipação em planos de saúde avança sem limite definido, e ANS tenta rever regra de 1998 – Fonte: FEEBPR

Como garantir a sustentabilidade dos planos de saúde diante dos desafios do setor? – Fonte: SEGS

ANS sugere traçar diretrizes para tratamento de pessoas com autismo por planos de saúde – Fonte: Futuro da Saúde

Judicialização do TEA na saúde suplementar - causas, resposta dos tribunais e o caminho da mediação técnica – Fonte: Migalhas

Planos de saúde somam 15,4 milhões de cancelamentos em 1 ano – Fonte: Valor Econômico

Avançar no diálogo do setor e ultrapassar 25% da população brasileira são desafios da saúde suplementar em 2027 – Fonte: Futuro da Saúde

STJ fixa primeira tese no rito da relevância sobre canabidiol domiciliar – Fonte: Futuro da Saúde

Somente 25% dos brasileiros possuem plano de saúde – Fonte: O Globo

ANS PARTICIPA DE DEBATES SOBRE OS RUMOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO CONAHP 2026

Gov (ANS) – 20/10/2026

Representantes da Agência integraram a programação do congresso anual da Anahp

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, e a diretora-adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos, Dominic Lourenço, representaram a reguladora no Conahp 2026, realizado no Transamérica Expo Center, em São Paulo, nos dias 14 e 15 de outubro. O congresso anual, promovido pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), reuniu lideranças, especialistas e representantes da área para discutir os caminhos do setor, com a construção de soluções para uma saúde mais integrada, eficiente e sustentável.

Na cerimônia oficial de abertura, Wadih Damous defendeu o papel da ANS na transformação da saúde e como os marcos regulatórios podem promover mudanças estruturais. “Cabe a todos nós, que direta ou indiretamente atuamos no setor da saúde suplementar e da saúde pública, promover uma reflexão sobre como a regulação pode evoluir de um papel predominantemente normativo e fiscalizador, para uma atuação cada vez mais indutora de transformação, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais sustentável, inovador, e preparado para os desafios das próximas décadas”, afirmou o diretor-presidente.

Ainda no primeiro dia do congresso, Wadih Damous participou, como debatedor, da mesa “A regulação e seu papel na transformação da saúde no Brasil”, ao lado do presidente-executivo da Interfarma, Renato Porto; do diretor-executivo da Abramge, Marcos Novais; e do diretor-executivo da Anahp, Antônio Britto. O encontro foi moderado pelo médico e professor da FSP-USP e da FGV, Gonzalo Vecina.

Já no segundo dia de evento, 15/10, Dominic Lourenço participou do debate “O futuro da saúde suplementar: caminhos para a evolução do modelo”. A mesa foi moderada pelo CEO do A.C. Camargo Cancer Center, Victor Piana, e contou ainda com o superintendente-geral da Fundação Zerrener, Eduardo Spinussi, e a vice-presidente Comercial e de Ciclo da Receita da Rede Mater Dei de Saúde, Renata Salvador.

“No Conahp 2026, tive a oportunidade de dialogar sobre o futuro da saúde suplementar a partir das perspectivas dos prestadores de serviços de saúde e dos contratantes. O debate evidenciou a necessidade de aprimoramento do setor para superarmos os desafios que temos pela frente”, finalizou Dominic Lourenço.

CORREGEDORIA REGULAMENTA JUSTIÇA 4.0 PARA SAÚDE SUPLEMENTAR

Tudo Rondonia – 19/10/2026

As ações focam nos planos e seguros privados de saúde

Com foco no aprimoramento do atendimento às demandas relacionadas à saúde suplementar, a Corregedoria Geral da Justiça de Rondônia (CGJ-RO), publicou, o Provimento nº 25/2026, assinado pelo desembargador Glodner Luiz Pauletto, corregedor-geral da Justiça. O documento regulamenta o funcionamento do 4º Núcleo de Justiça 4.0 no âmbito do 1º Grau do Poder Judiciário de Rondônia (PJRO), com competência inicial restrita aos Juizados Especiais Cíveis da Comarca de Porto Velho.

A iniciativa visa atender de forma mais eficiente às demandas que envolvem a relação jurídica entre beneficiário e operadora de plano de saúde privado, excluídas as classificadas no ramo saúde pública.

O novo núcleo processará e julgará ações relativas a planos de saúde, fornecimento de medicamentos, reajuste contratual, tratamento médico-hospitalar, insumos e tratamento domiciliar (home care).

Estão excluídas da competência do 4º Núcleo de Justiça 4.0 ações de cobrança, monitórias e executivas propostas por operadoras de planos, bem como demandas de reembolso, restituição de valores, reparação de danos ou pretensão pecuniária exclusiva, garantindo a especialização dos processos voltados à tutela dos direitos dos usuários de saúde suplementar.

A competência exclusiva se aplica aos processos distribuídos após a implantação do núcleo e depende de opção expressa da parte autora no ajuizamento da ação, sendo possível a escolha também por emenda espontânea à petição inicial. As demandas já em tramitação nos Juizados Especiais Cíveis da comarca permanecerão em suas respectivas unidades até o efetivo arquivamento, vedada a redistribuição ao 4º Núcleo.

Erros de classificação poderão ser corrigidos pela Central de Processos Eletrônicos do 1º Grau (CPE1G), mediante determinação judicial ou de ofício, conforme prevê o Provimento

COPARTICIPAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE AVANÇA SEM LIMITE DEFINIDO, E ANS TENTA REVER REGRA DE 1998

FEEBPR – 19/10/2026

Estudo mostra que mecanismo pode orientar paciente a usar melhor o sistema, mas, mal calibrado, afasta quem precisa de cuidado. Operadoras se opõem a percentual máximo e a teto anual e dizem que mais restrições reduzem a oferta do mercado já estagnado (Por Cláudia Collucci)

Pagar parte da consulta, do exame ou do procedimento virou regra nos planos de saúde contratados por empresas. Em 2025, 71,1% dos beneficiários de planos coletivos empresariais estavam em contratos com coparticipação, franquia ou os dois, ante 63,5% em 2020.

Nas empresas com mil ou mais vidas, a fatia chega a 79,1%. Entre as pequenas, com até 49 beneficiários, saltou de 43,3% para 58,1% no período. Os planos coletivos concentram 84% dos 53 milhões de usuários da saúde suplementar.

O avanço, apontado em estudo recente de pesquisadoras da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), ocorre sob uma regra de quase 30 anos, que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) começou a rever.

A agência instalou neste ano uma câmara técnica sobre o tema, que reúne operadoras, consumidores, prestadores de serviços de saúde e Ministério Público. Até o momento, foram realizadas quatro reuniões. Em nota, a ANS informou que ainda não há data para consulta pública nem para a aprovação de uma nova norma.

O estudo da UFMG, feito a pedido do Iess (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), mantido por operadoras de saúde, analisou nove países (Estados Unidos, Chile, Itália, Austrália, Alemanha, França, Japão, Coreia do Sul e China) e mostra que a cobrança pode orientar o paciente a usar melhor o sistema, mas, mal calibrada, afasta quem precisa de cuidado.

A principal norma sobre o tema no Brasil é a resolução n.º 8 do Consu (Conselho de Saúde Suplementar), de 1998. Ela proíbe que a cobrança funcione como "fator restritor severo" ao acesso, mas nunca definiu o que isso significa. Não há percentual máximo nem teto para o total desembolsado.

A regra também não protege doentes crônicos nem isenta exames preventivos. E muitos beneficiários só descobrem quanto pagaram quando aparece o desconto no contracheque. Em 2018, uma nova resolução que permitia coparticipação de até 40% e criava limites de desembolso foi suspensa pelo STF (Supremo Tribunal Federal) e, depois, revogada pela ANS.

De acordo com o estudo da UFMG, não há modelo único de coparticipação, mas todos os países analisados protegem o usuário contra gastos excessivos, com tetos, isenções ou valores menores conforme renda, idade e condição de saúde. As experiências analisadas são, majoritariamente, de sistemas públicos de saúde.

Segundo a pesquisadora Cristiana Vidigal Lopes, uma das autoras do estudo, elas combinam percentual de coparticipação, franquia, limite de desembolso e proteção a grupos vulneráveis, como crônicos e pacientes com câncer. "A gente tem que olhar todos esses instrumentos, não olhar só um isoladamente."

A cobrança também tem potencial de orientar o caminho do paciente dentro do sistema de saúde, mostra o estudo. Na Coreia do Sul, a coparticipação vai de 30% em clínicas a 60% em hospitais de alta complexidade. Na França, o reembolso de consulta com especialista cai de 70% para 30% se a pessoa não passar antes pelo médico de referência.

Na Itália, há cobrança pelo uso do pronto-socorro em casos não urgentes. Na Alemanha, o teto anual de desembolso cai de 2% para 1% da renda para crônicos graves que seguem programas de acompanhamento.

"O ponto central não é fazer o beneficiário utilizar menos os serviços de saúde, mas criar incentivos para uma utilização mais adequada", diz Denizar Vianna, superintendente executivo do Iess.

O estudo mostra também o outro lado. Um experimento da Rand Corporation, feito nos EUA entre 1974 e 1982, concluiu que a cobrança corta na mesma proporção, cerca de um terço, cuidados eficazes e de pouca utilidade, incluindo exames preventivos. Entre pessoas pobres e mais doentes, a cobertura integral reduziu em cerca de 10% o risco estimado de morte.

"A simples redução da utilização não pode ser considerada, isoladamente, uma medida de sucesso", afirma Vianna. Segundo ele, no Brasil, há planos que isentam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e rastreamentos, mas não se sabe quão comum é a prática.

Entidades de defesa do consumidor e o Judiciário entendem que a coparticipação em planos de saúde é legal, mas não pode ser abusiva, servindo apenas para moderar o uso, e não para inviabilizar o tratamento do paciente.

Mônica Viegas Andrade, professora da UFMG e coordenadora do estudo, afirma que a cobrança não deve recair sobre tratamentos indicados pelo médico. "Copagamento para cuidado oncológico, por exemplo, não faz o menor sentido do ponto de vista da racionalidade econômica."

Segundo Andrade, há consenso na literatura de que a cobrança modera o uso até cerca de 30% do valor do procedimento. Acima disso, passa a restringir o acesso. "Se o objetivo é moderar a demanda, não tem muito porquê a gente colocar restrições maiores."

Ela diz que valores mais altos são admitidos para direcionar o paciente, como desestimular o uso de prestadores fora da rede, desde que haja "um caminho substituto" mais barato. Para a pesquisadora, a ANS terá de trabalhar com tetos e salvaguardas, como proteção a vulneráveis e limite de gasto das famílias, e não com regras muito detalhadas.

Em maio, a diretora de normas e habilitação dos produtos da ANS, Lenise Secchin, afirmou à Folha que nem sempre é possível dizer que 20% ou 30% de coparticipação são abusivos, porque depende das variáveis envolvidas. Por exemplo, a agência já analisou casos de franquias de até 60% cujo impacto nominal era relativamente baixo —o que dificulta a adoção de um parâmetro único.

Entre as possibilidades regulatórias na ANS estão a criação de um teto percentual ou nominal para a coparticipação, além de limites para determinados procedimentos considerados mais sensíveis, como internações e atendimentos em UTI. Há preocupação em evitar uma regulamentação excessivamente engessada, baseada em listas fixas de procedimentos permitidos ou proibidos.

A Fenasaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) se opõe a percentual máximo e a teto anual. "Não há dados que evidenciem que esse seja um problema que demande, hoje, uma solução regulatória", afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da federação. Para ele, mais restrições reduziriam a oferta num mercado estagnado em 25% da população.

Segundo Sobral, a expansão dos planos com coparticipação resulta de um entendimento entre empresas e operadoras diante de custos médicos que sobem acima da inflação. Ele diz que o mecanismo contribui para reajustes menores, mas reconhece que não há dados públicos que comparem planos com e sem o mecanismo.

Outro ponto em discussão é a necessidade de mais transparência, com o usuário sabendo o valor antes do procedimento. É um raro consenso no setor. As pesquisadoras defendem que isso seja condição das novas regras, e a Fenasaúde também apoia.

Em nota, a ANS informou que ainda não definiu qual percentual é considerado adequado para limitar a coparticipação. Segundo a agência, a análise vai buscar equilíbrio entre reduzir o uso desnecessário e evitar cobranças excessivas, levando em conta a relação entre o valor da coparticipação e a mensalidade.

Segundo a ANS, os limites devem evitar que a cobrança dificulte o acesso, sobretudo para quem faz tratamento contínuo, e considerar o peso no orçamento do consumidor em relação à mensalidade. A lista de procedimentos isentos também não foi fechada.

O critério em discussão é o "risco moral": seriam isentos os procedimentos em que a cobertura do plano não tende, por si só, a estimular uso desnecessário. Ainda não está decidido se a lista incluirá medicamentos de alto custo e terapias contínuas. (Fonte: Folha SP)

COMO GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE DIANTE DOS DESAFIOS DO SETOR?

SEGS – 19/10/2026

Por Jose Luiz Toro da Silva, Presidente do IBDSS – Instituto Brasileiro de Direito de Saúde Suplementar

Diante do aumento de reclamações e processos, as operadoras de planos de saúde têm exposto que a alta judicialização ameaça a sustentabilidade financeira do setor. Argumentam que cumprem rigorosamente os limites do Rol de Procedimentos da ANS, que a liberação indiscriminada de terapias sem comprovação científica ou fora da regulação eleva os custos e gera desequilíbrio atuarial para todos os beneficiários. Já o ponto de vista dos usuários em reclamações e processos contra planos de saúde baseia-se na sensação de quebra de contrato, desamparo em momentos de vulnerabilidade e recusa abusiva de coberturas essenciais para tratamentos, exames ou cirurgias.

Nestes quase 30 anos de atuação em milhares de disputas, estruturação e gestão de planos de saúde, posso afirmar que pontos centrais dessa questão continuam sendo postos de lado.

Supor que todos os planos de saúde são iguais. Supor que todos os pedidos de usuários são justos. Entender por que os planos de saúde não podem cobrir todos os tratamentos. E de como o princípio do mutualismo é propositalmente esquecido porque a saúde suplementar migrou para uma lógica de uso contínuo e individualista. Como ensina Dr. Nelson Teich, operadoras, beneficiários e o mercado priorizam disputas de preços, reajustes e o uso imediato dos serviços, ignorando o equilíbrio coletivo do fundo comum.

As empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas, as autogestões e as seguradoras atuam com a certeza de que vai funcionar o pacto intergeracional que fundamenta os planos de saúde como um mercado privado regulamentado pelo Estado. Na saúde suplementar, esse pacto é um acordo de solidariedade financeira entre idades. Os jovens pagam

um valor maior do que o custo real do seu uso médico atual. Esse dinheiro extra ajuda a pagar os custos mais altos dos beneficiários mais idosos, que usam mais os serviços.

Todavia, esse pacto intergeracional está em crise hoje porque há uma demanda enorme, principalmente de questões de tratamento de espectro autista, que virou uma questão muito grande em termos de custo para as operadoras ao ponto de estarem gastando mais em T.E.A. do que em oncologia. E isso distorce a equação do pacto intergeracional.

Quando se expõe esse fato, as críticas batem sempre nos enormes lucros dos planos de saúde. Aqui está outra distorção. Como apresentei para empresários em recente congresso sobre a sustentabilidade do setor, quem tem um lucro "absurdo" são quatro operadoras e boa parte desse lucro é financeiro, não é um lucro operacional.

As autogestões, a quem represento há muitos anos, são deficitárias e são as próprias pessoas que, de fato, pagam os seus planos de saúde.

Quando se aceitar isso, poderemos caminhar para um diálogo sobre política pública de saúde ao invés de somente levar as grandes questões para a Justiça. Um diálogo em que os empregadores – que pagam a conta – possam ser também ouvidos.

Para ficar claro: o Brasil gasta 10% do PIB (R$ 12,7 trilhões em 2025) em saúde. Só que o gasto maior é da iniciativa privada, não é do poder público. O estado gasta 4% para 203 milhões de brasileiros, só que a iniciativa privada gasta 6% para 53 milhões de brasileiros.

Se o tema sustentabilidade das empresas numa política de saúde pública não acontecer vamos continuar nos deparando com graves distorções como como a enfrentada numa autogestão. A liminar obtida na Justiça para concessão de um tratamento representava muito mais do que todos os seus recursos do ano.

E aí vem outro ponto central sempre deixado de lado. O sistema é suplementar, atua ao lado do sistema público (SUS). Não o substitui. Quando um paciente que possui plano de saúde é atendido na rede pública (por exemplo, em um socorro de urgência em um acidente), o SUS realiza o atendimento. E isso deveria ocorrer também em casos complexos, talvez sem a perda de obrigações por parte do plano. Afinal, o sistema suplementar não isenta a obrigação do Estado, mas a operadora privada é obrigada por lei a reembolsar o cofre público (Ressarcimento ao SUS) pelos custos daquele procedimento prestado, caso ele faça parte da cobertura do contrato do paciente.

ANS SUGERE TRAÇAR DIRETRIZES PARA TRATAMENTO DE PESSOAS COM AUTISMO POR PLANOS DE SAÚDE

Futuro da Saúde – 18/10/2026

Agência defende maior coordenação do cuidado e critérios de qualidade assistencial para reduzir conflitos entre beneficiários e operadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) defendeu a adoção de diretrizes para orientar o atendimento de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) pelos planos de saúde. Durante evento realizado no Superior Tribunal de Justiça (STJ), na última quinta-feira, 15, a agência destacou que a fragmentação dos atendimentos, as dificuldades de acesso e a falta de continuidade das terapias podem contribuir para o aumento da judicialização. Desse modo, sugere a aplicação de boas práticas, com foco na qualidade assistencial, na coordenação do cuidado e na prevenção de conflitos.

O Brasil possui 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, o equivalente a 1,2% da população, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, a discussão ocorre em meio ao aumento da demanda por tratamentos para TEA e por seu impacto financeiro sobre os planos de saúde. Segundo levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), realizado em 2023 com um grupo de operadoras associadas, as terapias para autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento (TGD) representaram 9,13% dos custos médicos, superando os gastos com tratamentos oncológicos (8,7%).

Diante desse cenário, a ANS propõe a articulação entre diferentes setores para buscar maior segurança assistencial. "A nossa proposta consiste em reunir a sociedade, o órgão regulador, o Poder Judiciário, as operadoras de planos de saúde, as sociedades médicas e as sociedades de profissionais de saúde para traçarmos algumas diretrizes. Não se trata de estabelecer um protocolo fechado e único, mas de construir orientações que tragam segurança, clareza e transparência", disse Carla Soares, diretora interina da ANS.

Entre as medidas apresentadas, a agência destacou a importância de organizar o atendimento de acordo com as diferentes realidades regionais, considerando a disponibilidade de especialistas, a capacidade da rede credenciada e a necessidade de qualificação dos profissionais. A ANS ressaltou, entretanto, que a adaptação às condições locais não pode justificar o descumprimento das coberturas e dos direitos assegurados aos beneficiários.

Outro ponto defendido pela reguladora é a adoção de critérios de qualidade que ultrapassem a quantidade de procedimentos realizados. Segundo Soares, a avaliação da assistência deve considerar a continuidade do tratamento, a participação dos pacientes e familiares nas decisões e os resultados alcançados a partir de objetivos individualizados. Contudo, os indicadores assistenciais não poderiam substituir

a avaliação clínica nem ser utilizados para estabelecer limites automáticos à quantidade de terapias.

A ANS ainda apontou a necessidade de melhorar a coordenação do cuidado, diante das dificuldades enfrentadas pelos beneficiários para compreender e dar continuidade ao tratamento. De acordo com a diretora, a falta de clareza sobre as prescrições e indicações clínicas gera insegurança para pacientes e familiares. Isso reforça a importância de integrar informações e facilitar a articulação entre os profissionais envolvidos na assistência.

Nesse contexto, a diretora destacou as oportunidades trazidas pelos avanços tecnológicos no tratamento de dados e pela possibilidade de integração das informações da saúde suplementar com as do sistema público, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Segundo ela, essas ferramentas podem contribuir para uma assistência mais coordenada. “Temos momentos promissores para que possamos avançar numa agenda de tratar o cuidado desse paciente com acolhimento, orientação e acompanhamento”, avaliou.

Apesar das sugestões, a diretora destacou que o incentivo a boas práticas não representa, por si só, a criação de um modelo assistencial obrigatório para o tratamento do TEA ou de uma mudança regulatória. “Não estou falando de políticas regulatórias, mas acredito que é possível traçar caminhos para trazer segurança assistencial. Isso, com certeza, irá refletir no nível de desconfiança, de conflito e irá diminuir também a judicialização que envolve este tema tão sensível”, afirmou Soares.

Judicialização e TEA

A judicialização envolvendo planos de saúde e o TEA cresceu expressivamente no Brasil devido às recusas de cobertura e à limitação de sessões por parte das operadoras. Nos últimos anos, o STJ tem analisado os casos. Em junho de 2022, o tribunal reconheceu a obrigatoriedade de cobertura ilimitada de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para esses pacientes. O entendimento foi reforçado em março de 2026, quando a Segunda Seção estabeleceu que é abusiva a limitação do número de sessões de terapias multidisciplinares prescritas. Apesar disso, ainda há controvérsias sobre a cobertura de tratamentos específicos, como a musicoterapia, que passou a ser analisada pelo tribunal em setembro deste ano.

Na avaliação da ANS, no entanto, os conflitos que chegam ao Judiciário podem ter origem em problemas anteriores ao ajuizamento das ações. Para a diretora, a falta de articulação entre os profissionais responsáveis pelo atendimento, as dificuldades de acesso à informação e as falhas na continuidade do cuidado podem contribuir para o surgimento de disputas entre beneficiários e operadoras.

Assim, a adoção de boas práticas de coordenação assistencial poderia contribuir para prevenir conflitos evitáveis. A proposta também considera a possibilidade de que a organização da assistência seja levada em conta na análise das disputas judiciais. Nesse caso, as operadoras poderiam apresentar informações que comprovem a existência de linhas de cuidado efetivamente disponíveis, profissionais habilitados, acesso aos serviços, acompanhamento individualizado e indicadores sobre a qualidade do atendimento.

No evento, o ministro do STJ, Ricardo Villas Bôas Cueva, também defendeu a adoção de protocolos assistenciais claros, transparentes e baseados em evidências científicas para orientar o tratamento e reduzir a judicialização. “Teríamos que levar em conta qual é a carga horária que se tem em cada grau de comprometimento do TEA. Isso não é evidente hoje. Essa é uma das maiores reclamações das operadoras e também de alguns grupos de pais que, de algum modo, se sentem explorados pelo fato de não terem a informação adequada”, observou o ministro.

Além disso, o magistrado propôs a adoção de auditorias especializadas pelas operadoras, com equipes multidisciplinares capacitadas para avaliar as necessidades individuais dos pacientes e a efetividade dos tratamentos prescritos. “As operadoras teriam que sair do modelo de auditoria tradicional, que não consegue resolver as particularidades do TEA, para uma auditoria especializada. Obviamente, isso dependeria de investimento em equipes mais treinadas e também em um modelo mais eficiente para evitar a judicialização excessiva que tem ocorrido”, pondera Cueva.

JUDICIALIZAÇÃO DO TEA NA SAÚDE SUPLEMENTAR - CAUSAS, RESPOSTA DOS TRIBUNAIS E O CAMINHO DA MEDIAÇÃO TÉCNICA

Migalhas – 16/10/2026

Mediação técnica prévia pode reduzir disputas sobre tratamentos para pessoas com TEA, conciliando a indicação médica com a capacidade de atendimento da rede credenciada.

Poucos temas cresceram tão rápido na saúde suplementar quanto os litígios sobre tratamento do Transtorno do Espectro Autista. Não é um fenômeno de um tribunal ou de um estado específico. Está em todos os tribunais de justiça do país, e em todas as operadoras, com uma constância que já não permite tratá-lo como onda passageira.

Diante desse volume, a explicação mais comum atribui o problema ao excesso de litigância. É uma leitura parcial. Ela aponta um dos fatores e para por aí, sem alcançar o que está por trás do fenômeno. Vale, então, olhar para a causa.

A causa raiz não está em nenhum dos dois lados isoladamente. Está na ausência de uma instância técnica entre a negativa e o processo. Quando a operadora nega ou limita a cobertura, a família em regra enxerga apenas uma saída, a do Judiciário, ainda que a recusa possa ter fundamento e que faltasse, ali, um caminho técnico intermediário para resolvê-la.

A operadora, por sua vez, costuma ter motivos objetivos para recusar. Nega porque havia clínica credenciada apta que não foi utilizada, porque a documentação apresentada é incompleta ou suscita dúvida, porque há indícios de fraude, ou porque solicitou exames complementares que não lhe foram entregues. São razões legítimas. O ponto é que elas raramente encontram, antes do processo, um espaço técnico onde possam ser examinadas junto com a prescrição do médico assistente.

Falta a instância que confronte, com competência e total imparcialidade, a indicação de um lado e a objeção do outro.

Em mais de uma década dedicada à advocacia contenciosa e à resolução de conflitos, aprendemos que a maioria dessas disputas não chega ao processo por divergência real de mérito, e sim porque ninguém as examinou tecnicamente antes.

A resposta dos tribunais, quando se lê o conjunto e não o caso isolado, é mais coerente do que parece. A régua mudou, e mudou de forma clara. A definição da quantidade e da técnica do tratamento passou a ser prerrogativa do médico assistente, com respaldo na regulação da ANS, que assegura cobertura sem limite de sessões para o TEA. O STJ, em julgamento sob o rito dos repetitivos, consolidou que é abusiva a limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar prescritas ao paciente com autismo. Discutir necessidade no abstrato e sem provas cabais, portanto, tornou-se caminho perdido.

Isso não significa, porém, um cheque em branco. A prerrogativa se apoia em um pressuposto, o de que o diagnóstico e a indicação estejam corretos e bem documentados. E esse pressuposto nem sempre se verifica.

Como se sabe, o diagnóstico do espectro admite graus, e nos casos de menor intensidade, o grau 1, a definição é mais sutil e mais suscetível a imprecisão. Nessas situações, uma apuração mais profunda serve aos dois lados. Serve à família, que carrega o peso emocional de um diagnóstico e merece precisão, e serve à operadora, que pode estar custeando um tratamento intensivo desenhado para um grau que não é o do paciente.

A mesma jurisprudência que fechou a porta da negativa genérica traçou outros contornos, e eles dizem muito sobre a solução.

No dano moral, o STJ fixou em repetitivo, no tema 1.365, que a simples recusa de cobertura não gera, por si só, dano moral presumido. A condenação depende da constatação de outros elementos, de prova concreta de que a recusa causou lesão efetiva à esfera pessoal do beneficiário, e não do mero descumprimento contratual. O ônus, portanto, é de quem alega, e não se satisfaz com a simples negativa.

Nos casos de reembolso, a segunda seção assentou, no EAREsp 1.459.849, que a restituição de despesas fora da rede é excepcional, e se limita ao valor de tabela quando a operadora dispõe de rede apta para o tratamento.

Há um fio que atravessa esses julgados. O tribunal decide a favor de quem chega com prova concreta e individualizada, e contra quem chega com alegação genérica, seja de que lado for. E é natural que assim seja, porque a cognição judicial se forma sobre aquilo que consta dos autos. Onde falta prova técnica idônea, o julgador decide no limite do que lhe foi trazido, e o resultado passa a depender menos do direito e mais da qualidade da instrução.

É desse fio que nasce a solução, e ela não é jurídica, é estrutural. Se o que decide o caso é a prova técnica e a aptidão da rede, o que falta ao sistema é exatamente uma instância técnica antes do processo.

Não falamos de teoria. Atuamos na resolução consensual de conflitos complexos e de longa duração, alguns tidos como insolúveis, inclusive no âmbito dos mecanismos de solução consensual do próprio STJ, e é dessa vivência que extraímos uma convicção. O melhor caminho quase nunca é a sentença ao fim de anos de litígio, e sim a mediação prévia bem conduzida ou uma perícia técnica séria e imparcial, produzida cedo.

Uma mediação técnica entre a operadora e o paciente, prévia ao litígio, capaz de examinar o caso concreto com competência e sem o interesse que pode contaminar a avaliação de qualquer das partes. Não para negar tratamento, mas para definir, caso a caso, o tratamento adequado, no prestador adequado, dentro do que o contrato prevê.

Essa instância se sustenta sobre três apoios, e nenhum deles é dispensável:

O primeiro é a rede credenciada apta e documentada. Falar em rede como solução sem cuidar da aptidão é ilusão. A operadora que pretende oferecer atendimento na própria rede precisa, antes, ter rede especializada e suficiente para o tratamento, e ter como demonstrá-lo. Rede apta e bem documentada é o que sustenta a decisão da operadora e lhe dá segurança.

O segundo é a própria mediação técnica, um filtro qualificado que olhe o caso, no detalhe, antes de ele virar processo, e que por ser imparcial tenha peso para as duas partes e para o juiz, se o litígio vier assim mesmo.

O terceiro, do lado do paciente, é a documentação completa e a disposição de colaborar. Diagnóstico bem fundamentado, prescrição que explique o método e a carga horária à luz do quadro concreto, relatórios de evolução, e abertura para uma

avaliação técnica de confirmação por equipe especializada. A busca por prestador credenciado e especializado, reconhecido pela operadora, soma nessa direção, porque reduz a desconfiança que a fraude, infelizmente comum, instalou no setor. É essa documentação, aliada à disposição de colaborar, que resolve o caso sem processo, e é ela que prevalece quando o processo existe.

Repare que a solução serve aos dois lados, e é por isso que ela é sustentável. A criança recebe o tratamento certo mais cedo, sem o desgaste de anos de liminar e perícia. A operadora contém custo de forma legítima e decide com segurança, apoiada em prova e não em impressão. E o Judiciário deixa de ser a primeira instância técnica de um caso que nunca deveria ter chegado a ele nessa condição.

Daí uma proposta concreta, submetida ao debate. Um protocolo de mediação técnica prévia, estruturado em etapas simples. Recebida a negativa, o caso seria encaminhado, antes de qualquer ação, a uma avaliação por equipe técnica imparcial, que confirmaria o diagnóstico e o grau, aferiria a adequação da indicação ao quadro concreto e verificaria a existência de rede credenciada apta. Do exame resultaria uma recomendação técnica, que orientaria a autocomposição e, não havendo acordo, instruiria desde logo o processo. É uma etapa de dias, não de anos, e desloca a decisão do improviso da urgência para o terreno da prova.

A explosão de litígios sobre autismo não é uma doença do sistema. É o sintoma da falta de uma instância técnica entre a negativa e a ação. Construída essa instância, com rede apta, mediação imparcial e documentação sólida, boa parte do litígio recua sozinha. O que sobra chega ao juiz já examinado, e decide-se melhor

Combater a judicialização, no fim, não é reduzir o acesso à Justiça. É tornar a Justiça o último recurso, e não o primeiro. É o que defendemos, e o que a nossa experiência confirma.

PLANOS DE SAÚDE SOMAM 15,4 MILHÕES DE CANCELAMENTOS EM 1 ANO

Valor Econômico – 16/10/2026

Dados da ANS apontam 15,4 milhões de cancelamentos e 16,1 milhões de adesões a planos de saúde em 12 meses. Apesar da elevada rotatividade, o setor mantém mais de 53 milhões de vínculos médico-hospitalares. Os números revelam a intensa movimentação do mercado brasileiro e reforçam a importância de avaliar preços, reajustes, rede credenciada, coberturas e condições contratuais antes de contratar ou trocar de plano de saúde.

O mercado brasileiro de planos de saúde registrou cerca de 15,4 milhões de cancelamentos de vínculos médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em agosto de 2026. No mesmo intervalo, foram contabilizadas aproximadamente 16,1 milhões de adesões, segundo balanço divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em outubro.

Apesar do volume expressivo de saídas, o setor encerrou agosto com mais de 53 milhões de vínculos de assistência médica. Os dados mostram intensa movimentação contratual, mas não permitem concluir que 15,4 milhões de pessoas ficaram sem cobertura: cancelamentos e adesões contabilizam vínculos, e uma mesma pessoa pode mudar de plano ou possuir mais de um contrato.

Por que ocorrem tantos cancelamentos?

A movimentação pode estar relacionada a mudanças de emprego, encerramento ou substituição de contratos coletivos, alterações na composição de grupos empresariais e decisões individuais de contratação. Parte dos beneficiários deixa um plano e ingressa em outro.
Por isso, o total de cancelamentos não deve ser interpretado isoladamente. O contraste com o número de novas adesões ajuda a dimensionar a dinâmica do setor, sem revelar, por si só, os motivos específicos de cada desligamento.

Empresas precisam olhar além da mensalidade

Para microempreendedores individuais (MEIs), pequenas e médias empresas, a escolha de um plano de saúde exige atenção à abrangência geográfica, à rede credenciada, ao tipo de acomodação e às regras de utilização.

Também é necessário verificar os requisitos de elegibilidade, o número mínimo de vidas, as carências aplicáveis e as condições de inclusão e exclusão de beneficiários. Planos individuais, coletivos por adesão e coletivos empresariais seguem regras distintas.

Reajustes e custos iniciais merecem atenção

O preço de entrada não resume o custo de um contrato. Empresas devem avaliar como funcionam os reajustes e se há coparticipação em consultas, exames ou outros procedimentos, conforme o produto contratado.

Os planos coletivos não estão sujeitos ao mesmo teto anual de reajuste definido pela ANS para planos individuais e familiares regulamentados. Assim, compreender as condições contratuais é parte essencial da comparação.

Além das mensalidades futuras, vale analisar o desembolso inicial e eventuais condições oferecidas por intermediários. Empresas que pesquisam alternativas podem consultar as condições de contratação do plano de saúde Porto Saúde empresarial, observando a elegibilidade e as regras informadas pela corretora responsável. Benefícios

concedidos por corretoras independentes não devem ser confundidos com descontos oficiais da operadora.

Rede credenciada influencia a decisão

A disponibilidade de hospitais, laboratórios e profissionais nas localidades relevantes para os beneficiários pode pesar tanto quanto o preço. Produtos com abrangência regional e nacional podem atender necessidades diferentes, e a rede deve ser conferida para o plano específico em avaliação.

No caso de coparticipação, também é importante entender quando há cobrança adicional e quais critérios são previstos em contrato. Comparar apenas a mensalidade pode gerar uma visão incompleta do custo de utilização.

Cancelamento não é sinônimo de perda definitiva de cobertura

Os indicadores divulgados pela ANS representam entradas e saídas de vínculos. Eles não mostram, isoladamente, quantas pessoas permaneceram sem assistência privada após o encerramento de um contrato.

Mudanças entre operadoras, trocas de emprego e reorganizações de contratos coletivos podem produzir cancelamentos seguidos de novas adesões. Os dados ainda estão sujeitos a atualizações informadas pelas operadoras.

Trocar de plano de saúde exige planejamento

A elevada movimentação de vínculos também chama atenção para os cuidados necessários durante a troca de planos. Antes de encerrar um contrato, o beneficiário deve verificar as condições de ingresso no novo produto, especialmente em relação às carências, à rede credenciada e à continuidade dos atendimentos.

Em determinadas situações, a portabilidade de carências permite mudar de plano sem cumprir novamente períodos já atendidos, desde que sejam respeitados os requisitos estabelecidos pela ANS.

Para empresas, a substituição de um contrato coletivo também exige planejamento. É importante avaliar as datas de encerramento e início das coberturas, as regras de movimentação cadastral e as condições aplicáveis aos colaboradores e dependentes.

Outro cuidado envolve a conferência dos hospitais, laboratórios e profissionais disponíveis no novo produto. Mesmo quando duas opções apresentam preços semelhantes, as diferenças de rede e abrangência podem influenciar diretamente a experiência dos beneficiários.
A análise antecipada dessas condições ajuda a reduzir imprevistos e favorece uma transição mais organizada entre contratos.

O que os números revelam para o consumidor?

A combinação de milhões de cancelamentos e adesões reforça a necessidade de decisões informadas. Antes de contratar ou trocar de plano, empresas e consumidores devem comparar coberturas, rede assistencial, condições de reajuste, coparticipação e regras de permanência.

O balanço evidencia um mercado amplo e dinâmico, no qual a adequação do contrato às necessidades reais pode ser mais importante do que uma vantagem pontual de preço.

AVANÇAR NO DIÁLOGO DO SETOR E ULTRAPASSAR 25% DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SÃO DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2027

Futuro da Saúde – 14/10/2026

Durante o Conahp, executivos reforçam necessidade de encontrar pautas comuns para ampliar capacidade da saúde suplementar

O Congresso Nacional de Hospitais Privados (Conahp) de 2026, que acontece entre 14 e 15 de outubro, teve como tema em seu primeiro dia o olhar para o futuro da saúde e das instituições. Executivos e especialistas apontam que, apesar das eleições federais e estaduais, a tendência é que os problemas e os desafios do setor continuem semelhantes. Mas isso não quer dizer que o setor deve ficar parado. A cobrança é por mais diálogo para elencar pautas comuns para diferentes elos.

“Do ponto de vista imediato, a grande questão inicial de 2027 é, pelo menos, a manutenção do orçamento da saúde. Para a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), a primeira questão é dentro do próprio setor de saúde suplementar. Conversa-se pouco e nem sempre se conversa bem, e isso faz com que o setor se apresente ao país e ao governo de forma pulverizada, em dezenas de dezenas de pleitos, que são específicos de apenas uma entidade ou apenas um setor”, afirma Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp, em entrevista ao Futuro da Saúde.

A ampliação da saúde suplementar também é outro tema considerado prioritário. O setor possui 25% da população brasileira como beneficiário de planos de saúde. Historicamente, o crescimento está atrelado à redução do desemprego. Contudo, apesar do número recorde, com mais de 53 milhões de beneficiários, a cobertura não ultrapassa esse teto de 25%. Por isso, executivos defendem que é preciso questionar e encontrar caminhos para aumentar o número de pessoas com planos de saúde.

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se coloca à disposição para coordenar um diálogo. A partir da constatação de que há um conflito, o primeiro passo é todo mundo sentar à mesa e debater, construindo o consenso possível. Já ouvi pessoas dizendo que não querem se sentar. Me coloco à disposição, mas tem que haver a vontade de todos”, aponta Wadih Damous, diretor-presidente da ANS, durante painel com presença de representantes de hospitais, planos de saúde e indústrias farmacêuticas.

A ampliação do número de beneficiários passa por grandes debates, como o modelo assistencial, as despesas, a reavaliação de produtos dos planos de saúde, a incorporação de tecnologias e as mudanças regulatórias. Os temas, que podem chegar ao Congresso Nacional e ao Judiciário, podem estar na agenda do setor ao longo de 2027. A expectativa é que a aproximação e o diálogo saiam do papel para unir esforços na saúde.

“Fazemos essa reflexão às vésperas do segundo turno de uma eleição presidencial. Não cabe ao Conahp escolher entre elas, mas tem algo que transcende o calendário eleitoral, que é o fato de governos terem mandatos, mas as necessidades de saúde das populações atravessam gerações”, disse Gabriel Dalla Costa, diretor geral do Hospital Glória D’Or, durante abertura do Congresso.

Desafios da saúde suplementar

“Estamos há 38 anos com esse sistema de saúde. O Brasil sabe responder se quer mais saúde suplementar ou está satisfeito com 25%? O modelo deu certo nesse período. Mas o que nos trouxe até aqui nos leva mais 38 anos? A energia que nos trouxe até aqui não é suficiente para nos levar daqui pra frente. Precisamos parar e analisar. Queremos uma proposta que abra futuro”, provoca Antônio Britto, da Anahp.

O pedido de mais diálogo no setor tem como mote resolver questões históricas, mas também busca ampliar o número de pessoas com acesso a planos de saúde. Hospitais, indústrias de dispositivos médicos, farmacêuticas e operadoras podem ser beneficiadas se o setor encontrar caminhos para ultrapassar os 25%.

A preocupação sobre a sinistralidade de pequenas e médias operadoras foi apontada como uma das principais da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). “Se olharmos para as últimas décadas, elas tinham sinistralidade média menor do que a das grandes operadoras, e hoje isso está se invertendo. O fato é que estamos incorporando tecnologias a carteiras que não conseguem diluir esse custo em escala. Como vamos aprimorar o modelo para trazer mais vidas e fazer essa diluição?”, aponta Marcos Novais, diretor executivo da entidade.

Dados da ANS apontam que a sinistralidade média do setor foi de 81,9% no 1º semestre deste ano. No entanto, separando por porte das operadoras, as pequenas atingiram 79,5%, as médias 82,8% e as grandes 81,9%. A agência incorporou 25 itens em 2025, entre procedimentos, medicamentos, indicações e ampliações de uso. A lei 14.307, de 2022, estabeleceu prazo máximo de 180 dias para avaliação de tecnologias na saúde suplementar e incorporação obrigatória de tratamentos incluídos no SUS.

Tema da Agenda Regulatória 2026-2028 da ANS, a discussão sobre linhas de cuidado na saúde suplementar pode ganhar força no próximo ano, impulsionada pelo diretor-presidente da agência, Wadih Damous. “É o debate que quero trazer para a regulação, assim como os temas da prevenção e da atenção básica à saúde. Não estou inaugurando nenhuma novidade na ANS, mas estou falando do centro da minha agenda estratégica, que é efetivar na regulação dessa política. É a prioridade da minha diretoria (Desenvolvimento Setorial – DIDES)”, disse ele, durante painel no Conahp.

Na avaliação de Renato Porto, presidente-executivo da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), as linhas de cuidado podem, inclusive, colaborar com os próprios planos de saúde e empresas, que são os pagadores do benefício para seus colaboradores.

“Quando fazemos uma linha de cuidado, quem paga esse plano de saúde vai entender que ele é rentável, mostrando que vale a pena e reduzindo o absenteísmo. Precisamos sair da lógica do curto prazo e dialogar para resultados em longo prazo. Saúde não foi feita para se resolver em 30 segundos”, afirma ele.

STJ FIXA PRIMEIRA TESE NO RITO DA RELEVÂNCIA SOBRE CANABIDIOL DOMICILIAR

Migalhas – 14/10/2026

2ª seção reafirmou que planos não são obrigados a custear o medicamento sem previsão de cobertura, ressalvadas as exceções legais e regulatórias.

A 2ª seção do STJ decidiu, por unanimidade, que os planos de saúde não são obrigados a fornecer medicamentos à base de canabidiol para uso domiciliar quando não houver previsão legal ou contratual de cobertura, ressalvadas as hipóteses estabelecidas pela legislação ou por normas regulatórias.
O julgamento, concluído em sessão virtual nesta quarta-feira, 14, marcou o primeiro reconhecimento de relevância de questão federal infraconstitucional em que o tribunal, na mesma sessão, reafirmou sua jurisprudência e fixou tese vinculante.

Segundo o entendimento aprovado, a autorização excepcional de importação concedida pela Anvisa não basta para impor o custeio à operadora.

Uso domiciliar

Relator da proposta, o ministro Sérgio Kukina destacou que a orientação já é adotada pelas duas turmas de Direito Privado do STJ. Conforme apontou, foram identificados mais de 700 julgamentos sobre o assunto.

O ministro explicou que o art. 10, VI, da lei 9.656/98 permite excluir da cobertura os medicamentos destinados ao uso domiciliar, com exceções previstas em lei, contrato ou regulamentação específica.

Para Kukina, a autorização para importar o produto e a obrigação de custeá-lo são questões distintas. Ainda que a autorização afaste o obstáculo relacionado à ausência de registro sanitário, ela não modifica a natureza domiciliar do tratamento nem cria, por si só, cobertura obrigatória.

Relevância reconhecida

Kukina ressaltou a importância jurídica, econômica e social da controvérsia, diante do crescimento das demandas envolvendo saúde suplementar.

Segundo o ministro, a discussão exige conciliar a proteção da saúde e a função social dos planos com a preservação do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e a sustentabilidade do setor.

A proposta foi apresentada por Kukina na condição de presidente da Cogepac — Comissão Gestora de Precedentes, Jurisprudência e Ações Coletivas. A nova sistemática permite que integrantes da comissão proponham a análise da relevância e a tese de reafirmação de jurisprudência, mesmo sem integrar a seção competente para a matéria.

Julgamento em sessão única

O caso seguiu o procedimento sumário previsto na emenda regimental 55/26. Por essa via, o STJ reconhece a relevância e fixa a tese no mesmo julgamento, quando já existe jurisprudência consolidada.

O procedimento dispensa a suspensão nacional de processos e permite a formação de precedente qualificado a ser observado pelas instâncias ordinárias.

A regulamentação também prevê um modelo bifásico, no qual a relevância é examinada em sessão virtual e o mérito fica para julgamento presencial posterior.

Tese fixada

"As operadoras de planos de saúde não estão obrigadas a custear medicamentos à base de canabidiol para uso domiciliar quando inexistir previsão legal ou contratual de cobertura, salvo nas hipóteses expressamente estabelecidas pela legislação de regência ou por normas regulatórias aplicáveis, não sendo a mera autorização de importação suficiente para ampliar o objeto do contrato ou afastar as limitações de cobertura legitimamente previstas."

SOMENTE 25% DOS BRASILEIROS POSSUEM PLANO DE SAÚDE

O Globo – 14/10/2026

Dados da ANS mostram que três em cada quatro brasileiros seguem sem plano privado, principalmente pelo custo; Ivete Gama, CMO da Ultra Academia, analisa como o cuidado integral com saúde e bem-estar pode se tornar mais acessível para diferentes perfis de renda.

O acesso à saúde privada no Brasil segue restrito a uma minoria. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o país somava cerca de 53,1 milhões de vínculos em planos médico-hospitalares em maio de 2026, taxa de cobertura próxima de 25% da população. Na prática, três em cada quatro brasileiros ficam fora da saúde suplementar.

Do total de beneficiários, 38,7 milhões, cerca de 73%, estão vinculados a planos coletivos empresariais, enquanto apenas 8,5 milhões possuem contratos individuais ou familiares. Os números mostram que o acesso à assistência médica privada segue fortemente atrelado ao emprego formal, deixando de fora autônomos, informais, desempregados e trabalhadores de empresas que não oferecem o benefício.

A ausência de cobertura não reflete falta de interesse. Pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em parceria com o Vox Populi, realizada em 2025 com 3,2 mil entrevistados em oito regiões metropolitanas, mostrou que 61% das pessoas sem plano gostariam de ter um. Entre os motivos para não contratar, 53% apontaram o preço elevado e 49% afirmaram não ter condições financeiras, enquanto 17% disseram priorizar outras despesas do orçamento familiar.

Para Ivete Gama, CMO da Ultra Academia, essa dificuldade financeira se reflete diretamente na forma como as famílias conseguem, ou não, cuidar da própria saúde de forma completa. "Durante muito tempo, cuidar da saúde de forma completa foi tratado quase como um privilégio. A pessoa precisava contratar uma academia, pagar consultas com nutricionista, buscar atendimento psicológico e ainda tentar manter um plano médico. Quando somamos todos esses custos, percebemos como é difícil encaixar o cuidado integral no orçamento familiar", afirma.

A pressão financeira também atinge parte de quem já possui assistência médica privada. Para o ciclo entre maio de 2026 e

abril de 2027, a ANS fixou em 5,11% o teto de reajuste dos planos individuais e familiares regulamentados, percentual que, segundo a própria agência, é o menor já definido para essa modalidade. A medida, no entanto, alcança apenas a parcela de beneficiários vinculada a esse tipo de contrato, já que a maioria da população coberta está em planos coletivos empresariais, com regras de reajuste distintas.

Fragmentação também encarece o cuidado

Além do custo do plano de saúde em si, o acesso ao bem-estar completo costuma ser fragmentado entre diferentes contratos: a academia em um lugar, a orientação nutricional em outro e o acompanhamento psicológico em um terceiro. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 31% dos adultos no mundo não atingem os níveis recomendados de atividade física, prática que ajuda a prevenir doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, além de reduzir sintomas de ansiedade e depressão.

Para Ivete, essa fragmentação ajuda a explicar por que o cuidado com a saúde costuma ficar em segundo plano. "Saúde não pode ser lembrada apenas quando a pessoa adoece. Precisamos facilitar o acesso a uma jornada contínua, que inclua exercício, orientação, prevenção e suporte emocional. Quanto mais simples e acessível for esse caminho, maior será a possibilidade de as pessoas realmente cuidarem de si mesmas", destaca.

Diante desse cenário, a Ultra Academia lançou o plano Ultra 360, que reúne, em uma mensalidade a partir de R$ 187, acesso a todas as unidades da rede e a serviços como telemedicina 24h, orientação nutricional e atendimento psicológico. O produto não substitui a cobertura médico-hospitalar regulamentada pela ANS nem o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionando como um ecossistema complementar voltado à atividade física, prevenção e acesso facilitado a cuidados de saúde.

Segundo Gama, a proposta também amplia o papel das academias na rotina das pessoas. "A academia deixou de ser apenas um lugar para treinar. Ela pode ser uma porta de entrada para uma vida mais ativa e para uma relação mais próxima com a própria saúde. O Ultra 360 nasceu para conectar essas diferentes necessidades de forma simples, acessível e possível para toda a família", explica a CMO da Ultra Academia.

Com mais de 300 mil alunos e presença em 16 estados, a rede vem ampliando sua atuação além da estrutura tradicional de musculação e aulas coletivas, buscando se posicionar como parte de um ecossistema de saúde sem abandonar a proposta original de democratizar o acesso ao fitness.

A tendência de buscar soluções integradas, em vez de serviços isolados, também aparece em outras frentes do mercado de bem-estar, à medida que academias, empresas de tecnologia e profissionais de saúde passam a atuar de forma mais complementar. "O grande desafio do mercado não é apenas criar novos serviços, mas fazer com que eles cheguem às pessoas. Queremos mostrar que cuidar do corpo, da mente e da alimentação pode fazer parte da mesma rotina e não precisa ser algo restrito a uma pequena parcela da população", conclui Ivete Gama.

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.