
ÍNDICE INTERATIVO

[“Queremos a inclusão de medicamentos orais na saúde suplementar”, afirma Valderílio Azevedo, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia](#) – Fonte: Futuro da Saúde

[Os cinco desafios da odontologia suplementar para a próxima década – por Flávio Marcos Batista](#) – Fonte: Futuro da Saúde

[OUTUBRO ROSA: saúde suplementar realizou mais de 5 milhões de mamografias](#) – Fonte: JRS Portal

[Gestão orientada por dados apoia operadoras de planos de saúde no controle de custos e na eficiência operacional](#) – Fonte: Saúde Digital News

[Benefícios em saúde passam a incluir telemedicina, cartão de desconto e terapia](#) – Fonte: O Globo

[OAB SP apoia Semana Nacional de Conciliação em Saúde Suplementar](#) – Fonte: OAB SP

[Outubro Rosa: especialista lista cinco direitos das mulheres na saúde suplementar](#) – Fonte: Tribuna Norte Leste

[A gestante que a operadora ainda não sabe que precisa acompanhar também representa um risco financeiro](#) – Fonte: Saúde Digital News

[ANS intensifica fiscalização após 326 mil reclamações e planos de saúde investem em capacitação](#) – Fonte: SEGS

[ANS quer diretrizes para tratamento de TEA por planos de saúde](#) – Fonte: JOTA

“QUEREMOS A INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS ORAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR”, AFIRMA VALDERÍLIO AZEVEDO, PRESIDENTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Futuro da Saúde – 27/10/2026

Novo presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, Valderílio Azevedo analisa a saúde e o acesso no Brasil

A falta de acesso aos melhores tratamentos ainda é uma barreira na saúde, e isso não ocorre apenas no Sistema Único de Saúde (SUS). É o caso da artrite reumatoide. Enquanto a rede pública oferta oito produtos biológicos, com moléculas-alvo específicas, além das medicações tradicionais, na saúde suplementar, o acesso a medicamentos orais com moléculas-alvo específicas continua difícil, já que não foram incorporados ao rol de cobertura dos planos de saúde como no SUS.

Com esse exemplo, o pesquisador Valderílio Azevedo ilustra as diferenças entre a saúde pública e suplementar e os desafios para doenças reumatológicas no Brasil. Recém-eleito presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), ele falou ao Futuro da Saúde sobre esse e outros temas, como a ampliação dos biossimilares no Brasil e as propostas da sua gestão.

Uma delas envolve incluir medicamentos orais nos planos de saúde e propor negociações conjuntas com o Ministério da Saúde. “Estamos trabalhando nessa defesa da incorporação de algumas moléculas alvo-específicas na saúde suplementar, a exemplo do SUS. Através da nossa Comissão de Políticas Públicas, vamos agendar uma conversa com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para discutir essas questões. Queremos que isso seja feito de uma forma que garanta essa equidade no sistema, mas que também não onere demais e venhamos a ter algum gap econômico-financeiro no sistema”, afirma o médico.

Segundo ele, a ideia é trabalhar em conjunto com outras entidades representativas, como Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), e entidades governamentais, de forma mais propositiva, “no sentido de aperfeiçoar regulamentações e leis, em benefício de pacientes com doenças reumatológicas”.

Em relação aos biossimilares, Azevedo avalia que o Brasil avançou significativamente na incorporação desses medicamentos, que hoje já são utilizados por milhares de pacientes. Para ele, a recente atualização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sobre intercambialidade trouxe mais respaldo a esse uso na prática clínica. No entanto, é possível avançar mais. “É preciso uma política mais assertiva para mostrar que os biossimilares representam um caminho importante para a sustentabilidade dos sistemas de saúde”, afirma. Nesse sentido, defende a realização de campanhas de informação e conscientização para ampliar a confiança nesses medicamentos.

Confira os principais trechos abaixo:

Quando pensamos no tratamento para doenças reumatológicas no SUS e na saúde suplementar, há uma diferença muito grande?

Valderílio Azevedo – Uma das pautas em que temos trabalhado é a equidade entre a saúde suplementar e o sistema público. Já existe uma diferença natural entre os dois sistemas, porque muitos produtos incorporados ao SUS por meio dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) demoram mais do que o esperado para chegar aos pacientes da saúde suplementar. Embora atualmente também devam ser incorporados em até 60 dias, os custos são diferentes. No SUS, o governo negocia com volumes maiores e consegue condições mais favoráveis. Já na saúde suplementar, as negociações ocorrem de forma descentralizada, entre centenas de operadoras, o que impacta os preços e o acesso.

Pode dar um exemplo e como a Sociedade atua?

Valderílio Azevedo – Pacientes com artrite reumatoide têm acesso hoje pelo sistema público a oito produtos biológicos, sendo três moléculas-alvo específicas, além das medicações tradicionais. Tratamos muito bem os nossos pacientes com artrite reumatoide no Brasil. Foi uma conquista construída ao longo desses 20 anos para essa incorporação. É muito melhor às vezes que países europeus essa disponibilidade desses produtos. Porém, na saúde suplementar, os pacientes não têm acesso, por exemplo, às moléculas via oral, a não ser que seja solicitada por uma via administrativa, já que elas não foram incorporadas como no SUS. Também atuamos na defesa da incorporação de algumas dessas moléculas-alvo específicas pela saúde suplementar. Por meio da nossa Comissão de Políticas Públicas, estamos buscando uma agenda com a ANS para discutir essas questões. O objetivo é avançar na equidade de acesso sem comprometer a sustentabilidade do sistema. Esse é um ponto sensível, especialmente em um setor que reúne mais de 600 operadoras de saúde no Brasil.

Nesse caso da artrite reumatoide, o custo do medicamento infusional é muito diferente do custo do medicamento oral?

Valderílio Azevedo – A situação é diferente. Hoje, há biossimilares incorporados ao sistema público que chegam a custar de duas a três vezes menos do que na saúde suplementar. Essa diferença de preço também é observada em outras terapias, incluindo tratamentos para doenças raras e terapias gênicas. Em muitos casos, as negociações realizadas pelo SUS permitem que esses tratamentos sejam

oferecidos por menos da metade do preço praticado na saúde suplementar, ou até por valores três vezes menores. Gostaríamos que essas condições de negociação também pudessem beneficiar a saúde suplementar, já que se trata, em última instância, da mesma população atendida pelo sistema público

E o custo desses medicamentos para cada um dos pacientes pagar do próprio bolso é exorbitante em alguns casos.

Valderílio Azevedo – Hoje, com a entrada dos imunobiológicos e algumas moléculas-alvo específicas, a diversidade de opções é maior, mas claramente muito mais caras que no passado. Essa é uma realidade que estamos enfrentando, porque se chegamos até aqui com esse aumento de custos na saúde por causa dos anticorpos monoclonais ou das proteínas de fusão, que dependem exclusivamente desse avanço na biotecnologia, o que já está acontecendo é as incorporações sequenciadas que vão ser cada vez maiores também das terapias gênicas ou terapias celulares dentro do tratamento de várias enfermidades. Estamos vendo uma realidade já em CAR-T cells no Brasil, mas temos outras terapias gênicas que vão chegar. Recentemente uma criança na Universidade da Pensilvânia que tinha uma deficiência de uma enzima que metaboliza amônia, que são detritos presentes no clareamento de proteínas. E essa criança não tinha essa enzima. É uma doença rara (CPS1) e até bem pouco tempo atrás era uma sentença de morte numa criança muito jovem. Então, uma terapia gênica chamada CRISPR foi capaz de modificar, fazer uma edição genética nessa criança de tal forma que ela produziu essa enzima.

Isso é o próximo passo da medicina?

Valderílio Azevedo – Estamos começando a vivenciar uma nova evolução da medicina, que é a medicina personalizada. Obviamente, continuaremos tendo tratamentos de ampla utilização, especialmente nas doenças autoimunes, mas o desafio agora é identificar qual terapia é mais adequada para cada paciente. Isso depende de avanços em áreas como genômica, proteômica e transcriptômica, que permitirão identificar marcadores capazes de orientar a escolha terapêutica desde o início. Já está acontecendo na oncologia. No passado, os cânceres de mama eram tratados de forma muito semelhante. Hoje, com os testes genéticos e o maior conhecimento sobre os tumores, conseguimos identificar perfis mais responsivos a terapias hormonais, biológicas ou a outras abordagens específicas. Esse processo também está avançando nas doenças autoimunes e deve representar um dos grandes avanços da medicina na próxima década.

O Brasil já aproveita todo o potencial dos medicamentos biossimilares para a incorporação de tecnologias?

Valderílio Azevedo – Não estamos usando todo o potencial, mas já houve um grande avanço. Acompanho essa categoria de produtos farmacêuticos desde o início dos anos 2000. A primeira regulação foi a europeia, de 2006, quando

aprovaram o primeiro biossimilar. É uma categoria com a qual já temos duas décadas de experiência. No Brasil, porém, sua incorporação foi um pouco mais lenta. A regulação aqui começou em 2010, e o primeiro medicamento só foi aprovado em 2015. Hoje, temos dezenas de produtos aprovados, cerca de 70 biossimilares. Há também um conjunto de moléculas que deve ser aprovado nos próximos anos, de medicamentos biológicos cujas patentes expiram. A grande vantagem dos biossimilares é a redução de custos, porque são medicamentos equivalentes. Essa equivalência é reconhecida pela regulação: não se trata de terapias nem inferiores nem superiores aos medicamentos de origem.

Isso não é suficiente para ampliar o acesso?

Valderílio Azevedo – Ao longo desses 20 anos, houve uma certa resistência, inclusive da classe médica, à aceitação dos biossimilares. Hoje existe menos resistência, também pelo fato de não ter havido nenhum problema de saúde pública no mundo associado a esses produtos. Isso traz mais segurança para a comunidade científica, e esses medicamentos vêm cumprindo seu papel de reduzir custos. Entre 2022 e 2023, houve uma virada, com a incorporação de mais biossimilares de moléculas inovadoras. Foi uma incorporação tardia, mas positiva, que continua acontecendo no sistema público. Já temos milhares de pessoas sendo tratadas com biossimilares. Não é mais uma questão de decidir se devem ou não ser utilizados, nem tem relação com a autonomia do médico. Por que não incorporar uma terapia de menor custo? Temos ampliado essa discussão porque ela envolve responsabilidade social e sustentabilidade.

Alguém é contra a adesão dos biossimilares?

Valderílio Azevedo – A própria indústria farmacêutica de inovação não é contra biossimilares. Ela tem se posicionado a favor mostrando que temos que realmente avançar para que os biossimilares sejam cada vez mais incorporados. Ainda há um espaço muito grande para ampliar o uso.

Esse ano a Anvisa fez uma atualização regulatória sobre intercambialidade. Qual a importância dessa atualização?

Valderílio Azevedo – A intercambialidade de biossimilares ocorre quando é possível trocar um medicamento por outro durante o tratamento sem prejuízo à eficácia ou à segurança do paciente. É um conceito um pouco diferente da substituição automática. A intercambialidade sempre foi uma celeuma em relação aos biossimilares, porque eles não foram aprovados por uma via regulatória específica para intercambialidade, com exceção dos Estados Unidos, que separaram os conceitos de biossimilaridade e intercambialidade. No restante do mundo, isso não ocorreu. A própria União Europeia entendeu, em determinado momento, que precisava regulamentar essa questão de alguma forma ou, pelo menos, deixar claro, por meio de uma recomendação, que a troca não representava um problema. A Anvisa, por volta de 2018, publicou uma nota técnica estabelecendo que a intercambialidade era uma decisão a ser

tomada entre médico e paciente. Não foi uma política ideal, mas era a política possível naquele momento, porque a própria agência entendia que ainda não havia dados suficientemente robustos para regulamentar o tema.

E o que isso provocou?

Valderílio Azevedo – Houve um problema. Ao deixar essa decisão para médico e paciente, ela acabou sendo transferida para duas pessoas que, em tese, não dominam a questão regulatória nem necessariamente conhecem em profundidade o que é um biossimilar. Houve muita reação contrária. Para produtos equivalentes, não é necessária a opinião do médico sobre a equivalência, porque a própria regulação já a estabelece. Esses produtos não terão mais nem menos efeitos adversos; terão praticamente o mesmo perfil de segurança. A eficácia também não deve variar de forma relevante e, se houver alguma falha, o paciente tem o direito de retornar ao produto que utilizava originalmente ou migrar para outra categoria terapêutica. As informações precisam ser claras. O que a Anvisa fez agora, em 2026, foi reconsiderar tudo o que havia sido publicado e definir que não há problema em realizar a intercambialidade de produtos biossimilares, desde que sejam respeitadas as boas práticas clínicas. Ainda faltou definir alguns aspectos do que são essas boas práticas clínicas, mas isso representa um avanço enorme, porque também abre espaço para que políticas mais assertivas relacionadas a essa categoria sejam melhor implementadas no Brasil.

A ampliação desses medicamentos pode reduzir drasticamente o gasto do SUS?

Valderílio Azevedo – Em 2023, o Brasil gastou em torno de R\$ 16 bilhões com terapias, sendo R\$ 5 bilhões com terapias biológicas. Neste ano, provavelmente gastará um pouco mais. Os biossimilares não são a panaceia que vai resolver essa questão, mas podem, obviamente, compor essa estratégia de sustentabilidade. Porque o dinheiro economizado com essa entrada pode servir, inclusive, para incorporar novas terapias. Afinal, os recursos economizados com sua adoção podem, inclusive, ser destinados à incorporação de novas terapias. Por isso, precisamos de mais estudos de farmacoeconomia no Brasil. Trata-se de uma necessidade urgente para demonstrar de que forma os

recursos economizados estão sendo empregados na saúde, especialmente na melhor remuneração de procedimentos e na incorporação de novas tecnologias.

O Brasil incentiva, através de políticas públicas, a ampliação da produção local desses medicamentos?

Valderílio Azevedo – O Brasil tem uma política muito positiva nesse campo, por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), que envolvem a transferência de tecnologia e incluem diversos biossimilares. Embora não tenham sido criadas especificamente para eles, os biossimilares estão contemplados nessa política. Já contamos com grandes institutos e empresas atuando nesse segmento, como o Instituto Butantan e a Bio-Manguinhos, além de companhias como Bionovis e Libbs. O país reúne condições bastante favoráveis para se tornar uma referência na incorporação de biossimilares, como já ocorre em diversos países europeus.

O que falta para darmos o próximo passo?

Valderílio Azevedo – Ainda falta avançar em alguns pontos. O primeiro deles é uma política mais assertiva para mostrar que os biossimilares representam um caminho importante para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Hoje, não vemos campanhas federais de divulgação explicando o que são esses produtos. Ainda existem muitas dúvidas entre a população. Se elas persistem até mesmo entre os médicos, imagine entre os leigos. Também são necessárias campanhas de educação mais amplas, tanto na saúde suplementar quanto na saúde pública.

Como foi no caso dos genéricos, por exemplo?

Valderílio Azevedo – Exatamente. Com os genéricos, em 1999, também houve uma grande celeuma. No caso dos biossimilares, a situação é um pouco diferente, porque a regulação é muito mais robusta. Ela exige, por exemplo, ensaios clínicos, algo que não é exigido para os genéricos. Além disso, são exigidos estudos de qualidade e um exercício de comparabilidade bastante rigoroso, que envolve análises extensas, com dezenas de testes comparando as duas moléculas, além da avaliação de eficácia e segurança.

OS CINCO DESAFIOS DA ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR PARA A PRÓXIMA DÉCADA – POR FLÁVIO MARCOS BATISTA

Futuro da Saúde – 27/10/2026

Em artigo exclusivo, Flávio Marcos Batista fala sobre os desafios da odontologia no mercado de saúde suplementar

A Odontologia Suplementar brasileira alcançou um novo recorde e ainda tem um amplo espaço para expansão. Em julho deste ano, o Brasil ultrapassou 37 milhões de Beneficiários de Planos exclusivamente Odontológicos, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Apesar do avanço, a cobertura corresponde a 17,4% da população.

Os dois números ajudam a dimensionar o momento do setor. Nas últimas décadas, conseguimos ampliar o acesso à assistência odontológica e incorporar a saúde bucal ao pacote de benefícios de milhões de trabalhadores brasileiros. Agora, entramos em uma etapa diferente. A questão para os

próximos dez anos não será apenas quantos novos Beneficiários conseguiremos incorporar, mas também, que mercado queremos construir para atendê-los. Nesse horizonte, cinco desafios devem ocupar cada vez mais espaço na agenda da odontologia suplementar.

O primeiro deles é seguir ampliando o acesso e encontrar novos caminhos para o crescimento. Chegar a mais brasileiros exigirá compreender realidades econômicas, profissionais e regionais distintas e desenvolver modelos capazes de atender públicos que ainda estão fora da odontologia suplementar.

O mercado corporativo continuará sendo fundamental nesse processo. Cerca de três em cada quatro beneficiários de planos odontológicos estão hoje vinculados a contratos coletivos empresariais. O benefício odontológico conquistou espaço na relação entre empresas e trabalhadores, mas existe oportunidade para avançar entre famílias, profissionais autônomos, pequenas empresas e diferentes perfis de consumidores. Um dos desafios da próxima década será justamente fazer com que a expansão do Setor alcance também esses públicos.

O segundo desafio está em transformar acesso em cuidado contínuo e prevenção. Apenas ampliar a cobertura não será suficiente. O crescimento precisa vir acompanhado de uma mudança na própria relação do beneficiário com a saúde bucal. Ter acesso ao plano é a porta de entrada; transformar esse acesso em acompanhamento regular e prevenção é o passo seguinte.

A odontologia possui uma característica especialmente favorável a essa transformação: grande parte das doenças bucais pode ser prevenida ou identificada precocemente. Quanto mais conseguimos estimular consultas periódicas, diagnóstico precoce e hábitos adequados, maior é a possibilidade de evitar tratamentos mais complexos no futuro. Tratamentos, prevenção e acompanhamento contínuo são partes complementares do cuidado e precisam caminhar juntos para ampliar os resultados em saúde bucal.

O terceiro desafio é garantir que crescimento e sustentabilidade caminhem juntos. A dimensão alcançada pelo mercado aumenta também sua responsabilidade dentro do sistema de Saúde brasileiro e exige condições para que ele continue se desenvolvendo. Isso significa segurança jurídica, previsibilidade regulatória e diálogo permanente entre operadoras, ANS, prestadores, poder público e consumidores.

Regulação e sustentabilidade não são forças opostas. Uma regulação eficiente protege o beneficiário, estimula boas práticas e cria condições para investimento e inovação. Mas é importante reconhecer as particularidades da odontologia suplementar. Sua dinâmica assistencial, estrutura de custos, utilização e modelos de contratação são diferentes daqueles encontrados nos planos médico-hospitalares. Nos próximos anos, será fundamental que a evolução Regulatória acompanhe o amadurecimento do segmento e considere essas especificidades, sem comprometer sua capacidade de ampliar o acesso.

O quarto desafio será transformar inovação em resultados concretos para beneficiários, cirurgiões-dentistas e operadoras. Inteligência artificial, análise de dados, automação, atendimento digital e novas ferramentas de diagnóstico começam a modificar a relação entre esses diferentes atores.

O desafio não será simplesmente incorporar novas tecnologias, mas determinar como elas podem produzir melhores resultados. Dados podem contribuir para identificar perfis de risco e orientar ações preventivas. Ferramentas digitais podem facilitar o acesso e reduzir etapas burocráticas. A inteligência artificial pode apoiar processos clínicos e administrativos. Tudo isso, porém, precisa caminhar junto com segurança da informação, ética, qualidade assistencial e proteção dos dados dos Pacientes.

Por fim, o quinto desafio talvez seja também o mais amplo: integrar definitivamente a Saúde Bucal ao conceito de Saúde integral.

Durante muito tempo, boca e corpo foram tratados quase como universos independentes. Essa separação não corresponde à forma como devemos enxergar a Saúde das pessoas. A Saúde Bucal precisa estar incorporada às estratégias de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida.

Essa mudança não depende apenas das operadoras. Exige diálogo entre cirurgiões-dentistas, empresas contratantes, entidades profissionais, academia, órgãos reguladores e poder público.

O próximo passo será fazer com que esse avanço se traduza, cada vez mais, em uma visão integrada da Saúde das pessoas. Para a próxima década, o desafio será fazer com que o desenvolvimento da Odontologia Suplementar se traduza em avanços no cuidado oferecido aos beneficiários, na continuidade da assistência e na integração da saúde bucal à saúde integral

OUTUBRO ROSA: SAÚDE SUPLEMENTAR REALIZOU MAIS DE 5 MILHÕES DE MAMOGRAFIAS

JRS – 27/10/2026

Levantamento do setor destaca o acesso a exames e consultas com especialistas

Em um mês marcado pela conscientização sobre o câncer de mama e pela importância do diagnóstico precoce, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) destaca dados que ajudam a dimensionar a assistência oferecida pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. De acordo com o Mapa Assistencial da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), ano-base 2025, os planos de saúde realizaram mais de 5 milhões de mamografias no Brasil.

Outro avanço importante para a assistência foi a ampliação, pela ANS, da cobertura obrigatória da mamografia digital, que passou a valer no início deste mês, sem restrição de idade ou gênero, desde que haja indicação médica. A medida amplia as possibilidades de acesso à tecnologia para a investigação diagnóstica e o acompanhamento do câncer de mama, considerando as necessidades clínicas de cada paciente.

GESTÃO ORIENTADA POR DADOS APOIA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO CONTROLE DE CUSTOS E NA EFICIÊNCIA OPERACIONAL

Saúde Digital News – 27/10/2026

Monitoramento de indicadores apoia a identificação de desvios, o planejamento financeiro e a ocorrência de decisões mais assertivas na saúde suplementar

O aumento das despesas assistenciais e a necessidade de equilibrar a sustentabilidade financeira sem comprometer a qualidade do atendimento aos beneficiários tornam a gestão da sinistralidade uma prioridade para as operadoras de planos de saúde. Nesse cenário, o acompanhamento sistemático dos indicadores e a análise das informações da operação são fundamentais para identificar desvios, compreender os fatores que elevam os custos e definir planos de ação de forma mais preventiva.

Para Kele Dias, executiva de negócios da CeosGO, empresa especializada em planejamento estratégico, gestão da qualidade, indicadores, projetos, riscos e melhoria contínua, quando os dados são organizados e acompanhados por meio de indicadores, a gestão passa a ter uma visão mais clara do desempenho da operação. Isso permite identificar desvios, analisar suas causas e direcionar ações com mais segurança.

“Fazer esse tipo de monitoramento exige uma visão completa da operação. Quando os indicadores são acompanhados de forma contínua e visual, a operadora consegue identificar desvios, investigar suas causas e planejar ações com mais agilidade, em vez de atuar apenas de forma reativa”, afirma.

Para Hellen Miyamoto, Diretora de Regulação Assistencial da FenaSaúde, a ampliação da cobertura representa um avanço no acesso ao exame, com a indicação médica como critério para sua realização.

“A ampliação da cobertura da mamografia digital representa um avanço importante para a assistência na saúde suplementar. A realização do exame deve considerar a indicação médica, permitindo que a tecnologia seja utilizada de forma adequada às necessidades de cada paciente. Os dados de 2025 também mostram a dimensão da assistência oferecida pelo setor, tanto na realização de exames quanto no acesso a consultas especializadas. O compromisso é assegurar o diagnóstico oportuno e o cuidado cada vez mais qualificado para pacientes com câncer de mama”, afirma.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a análise dos dados das operadoras deve considerar

diferentes aspectos da operação, incluindo modalidades de contratação e grupos de serviços, entre outros fatores. Esse acompanhamento contribui para identificar quais contratos, serviços ou segmentos demandam maior atenção e direcionamento de recursos.

“É justamente nesse contexto que o uso de ferramentas de gestão permite consolidar e cruzar informações, facilitando a

análise dos indicadores e a identificação de variações e tendências ao longo do tempo. A partir dessas informações, é possível estabelecer prioridades e apoiar o planejamento estratégico”, explica a executiva de negócios da CeosGO.

A partir das informações organizadas, a operadora consegue comparar resultados entre períodos, identificar variações relevantes e investigar suas causas. Esse processo contribui não apenas para o acompanhamento da sinistralidade, mas também para o planejamento orçamentário, a gestão de riscos e o direcionamento das ações relacionadas à qualidade e à gestão do cuidado.

Nesse sentido, o valor dos indicadores não está apenas na apresentação dos resultados, mas na capacidade de transformar dados em um processo contínuo de gestão: acompanhar o desempenho, identificar desvios, compreender

suas causas, definir prioridades, estabelecer planos de ação e monitorar os resultados alcançados.

A tecnologia, no entanto, não substitui a auditoria assistencial, a análise técnica ou a avaliação das necessidades dos beneficiários. Seu papel é oferecer recursos para organizar e cruzar informações, facilitando uma gestão baseada em evidências e decisões mais fundamentadas. Dessa forma, pode contribuir para a identificação de oportunidades de melhoria, a priorização de ações e uma utilização mais eficiente dos recursos.

BENEFÍCIOS EM SAÚDE PASSAM A INCLUIR TELEMEDICINA, CARTÃO DE DESCONTO E TERAPIA

O Globo – 25/10/2026

Companhias de grande porte usam serviços para reduzir custos com planos, enquanto micro e pequenas empresas recorrem ao modelo para substituir convênio médico e garantir acesso a funcionários

O convênio médico tradicional deixou de ser sinônimo de benefício em saúde no mercado de trabalho. Serviços como telemedicina, sessões de terapia e cartões de desconto para consultas e exames entraram na lista de auxílios oferecidos aos funcionários pelos empregadores. Enquanto empresas de maior porte usam essas ferramentas para ampliar o cuidado e tentar conter o custo do plano de saúde, pequenas e médias empresas (PMEs) recorrem a essas alternativas para garantir algum acesso à saúde quando o preço do convênio não cabe no orçamento.

O movimento ganha força em um mercado de trabalho aquecido. Com a taxa de desemprego nas mínimas históricas — 5,3% em agosto, a menor para o período desde 2012 —, a rotatividade aumenta, e benefícios de saúde se tornam um diferencial para retenção de profissionais.

O plano de saúde é a segunda condição de trabalho mais valorizada pelos trabalhadores, atrás apenas da estabilidade, apontou pesquisa do instituto Ideia. Para empresas, porém, o custo da oferta ou manutenção do convênio pode ser um gargalo, principalmente para negócios menores.

Reajuste médio de 12,9%

Números compilados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que o reajuste médio dos planos de saúde está em 12,9% no caso dos contratos para menos de 30 usuários, voltados para microempreendedores individuais (MEIs) e PMEs. O percentual está abaixo do registrado nos últimos anos, mas muito acima dos 4,58% de inflação acumulada no país nos 12 meses terminados em setembro, como mediu o IBGE.

Sem muito espaço no orçamento, mas com a necessidade de se manterem atrativos, negócios de menor porte têm buscado alternativas na saúde privada. Na rede de clínicas Dr.

“Mais do que acompanhar um percentual, é preciso entender o que está por trás dele. A gestão orientada por dados ajuda a conectar informações, acompanhar a evolução dos indicadores e estabelecer prioridades. Quando esses dados são incorporados à rotina de gestão, tornam-se uma ferramenta para identificar problemas, orientar planos de ação e acompanhar resultados, contribuindo para uma gestão mais preventiva, eficiente e sustentável”, conclui Kele.

Consulta, a procura de empresas pela assinatura do cartão que dá descontos em consultas e exames aumentou.

O CEO Massanori Shibata Jr. diz que as empresas clientes são principalmente pequenos varejistas, restaurantes e startups que argumentam não conseguir bancar um plano tradicional, mas querem oferecer benefício em saúde.

— Estruturamos um modelo para atender empresas e discutimos com grupos de pequenos empresários. Um deles tinha uma padaria com seis funcionários. Perguntei: “Por que o senhor não tem um plano de saúde?” e ele respondeu “Você vai pagar para mim? Sabe quanto custa?” — lembra. — Atendemos empresas pequenas, de até 200 vidas. Isso representa 5% da nossa base de clientes, e estamos nos estruturando para atender empresas maiores.

Empresas de grande porte, geralmente com maior estrutura financeira, costumam oferecer convênio médico, mas o reajuste também pesa. A média da correção dos contratos está em 8,27% este ano, mas alcança percentuais bem mais altos a depender do nível de sinistralidade da carteira. Essa métrica mede quanto da mensalidade é usado para custear a utilização dos serviços pelos usuários, e é um dos fatores analisados pelas operadoras para definir o reajuste.

Quanto mais alta a sinistralidade, maior a correção. Em todo o setor, a taxa encerrou o primeiro semestre em 81,9%, mas a depender da empresa, o cenário é mais grave. Por isso, departamentos de recursos humanos de grandes companhias têm buscado caminhos para acompanhar mais de perto a saúde dos funcionários e reduzir os custos do plano.

Na Motiva (ex-CCR), de transporte e infraestrutura, a adesão a um programa interno de atenção primária, implementado em parceria com o grupo de medicina diagnóstica Fleury, levou a uma economia de R\$ 22 milhões em dois anos. O valor é equivalente à fatura de dois meses do plano de saúde da companhia, que é de pós-pagamento: a empresa paga taxa por usuário e mais os valores do uso do plano em si.

O NAP, como o programa foi batizado, oferece aos 16 mil funcionários da Motiva e a seus 22 mil dependentes consultas com médicos de família, ortopedistas, psiquiatras e psicólogos presencialmente em algumas das unidades da empresa e também on-line.

Especialista em Saúde Suplementar e Auditoria em Saúde da companhia, Tania Gallegos Ranieiri calcula que 80% das queixas dos usuários são resolvidas dentro do NAP. Pesquisa feita na companhia por consultoria independente identificou que, entre 2024 e 2025, usuários que aderiram ao programa tiveram idas a prontos-socorros 11% menos frequentes do que os que não buscaram o NAP. Já o número de internações foi 46% menor, o que se traduz em redução de despesas para a empresa e menos absenteísmo.

— Fomos ensinados a consumir saúde de uma forma equivocada. Quando vamos ao pronto-socorro por uma queixa aguda, o médico não nos acompanha ao longo do tempo. Não é um cuidado longitudinal. Por isso, trabalhamos a atenção primária de forma preventiva — justifica.

A redução de custos, segundo a executiva, não se dá apenas nos atendimentos de urgência e emergência, mas também em casos de doenças crônicas e quadros mais complexos. Caso de Claudio Ruzon, coordenador de implantação de tecnologia da Motiva Trilhos, que opera as linhas 4 e 5 do metrô de São Paulo e o VLT Carioca. Depois de passar mal durante uma viagem a trabalho, Claudio procurou atendimento no NAP, passou por uma consulta com uma médica de família e fez exames. Ele diz que o atendimento ágil garantiu o diagnóstico antecipado de um linfoma:

— O resultado assusta, mas a Vanessa, enfermeira do NAP, deu as orientações, acompanhou cada passo e me ajudou com a marcação de exames e consultas. Se não fosse isso, teria demorado mais de um mês para ser diagnosticado.

O programa foi implementado por meio do Pra Você Card, produto com soluções de saúde sob medida para empresas do Fleury. Diretor executivo comercial do grupo de medicina diagnóstica, Alesandro Ferreira explica que a ferramenta não é um cartão de desconto, mas um convênio entre os empregadores e a empresa. Como benefício, empregados e dependentes podem ter acesso a consultas, exames e vacinas com preços reduzidos ou custeados pelo empregador.

Benefício valorizado

O Fleury não detalha números, mas Ferreira calcula que o

volume de usuários das soluções triplicou em dois anos: — O turnover é um processo muito caro, e os benefícios estão tão valorizados quanto o próprio salário.

A telessaúde é outra ferramenta que desponta não apenas como um serviço oferecido pelas operadoras de planos de saúde, mas também diretamente pelas empresas empregadoras, seja para garantir algum atendimento em saúde ou reduzir o custo do convênio. Na Conexa, já são dez mil empresas contratantes, que somam 35 milhões de usuários. Do total, 16% estão empregados em PMEs e o restante em grandes companhias como Vivo, Azul e Marfrig.

Os serviços incluem atendimento médico de urgência e com especialistas, além de sessões de psicologia, nutrição e fonoaudiologia. O vice-presidente Médico Gabriel Garcez relata que muitas das empresas procuram a Conexa se queixando sobre o custo dos planos de saúde, mas reconhecendo a necessidade e a importância de que alguma cobertura seja oferecida:

— Em alguns casos, principalmente varejistas, a empresa não consegue pagar um convênio para todos os colaboradores, e a telessaúde aparece com uma alternativa pelo menos na parte ambulatorial. Dependendo do pacote, o custo é de R\$ 60 por pessoa, contra R\$ 300 num plano de entrada.

Outras companhias operam no setor. Caso da Starbem, com 1 milhão de usuários de 16 mil contratantes, como CSN, SmartFit, Decolar, Nestlé e Vulcabras. Do total, porém, 90% das empresas do portfólio são PMEs.

Professora de Gestão de Pessoas da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV Eaes), Vanessa Cepellos avalia que a busca por benefícios mais em conta é opção para empresas de orçamento reduzido se for a única saída:

— Há risco de que empresas maiores identifiquem como oportunidade só de reduzir custos, o que pode ser prejudicial a longo prazo, pois muitas iniciativas são pontuais

OAB SP APOIA SEMANA NACIONAL DE CONCILIAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

OAB SP - 28/10/2026

Iniciativa será realizada de 9 a 13 de novembro nos Tribunais de Justiça e busca ampliar a resolução consensual de conflitos na área

A OAB São Paulo apoia a realização da Semana Nacional de Conciliação em Saúde Suplementar, que acontece de 9 a 13

de novembro de 2026 nos tribunais de Justiça. A iniciativa integra um acordo de cooperação institucional coordenado pelo CNJ (Conselho Nacional de Justiça) para o desenvolvimento de medidas voltadas à conciliação, mediação, desjudicialização e resolução consensual de conflitos no âmbito da saúde suplementar.

Durante a semana, serão realizadas audiências de conciliação, com a participação de advogados e advogadas acompanhando seus clientes e contribuindo para a construção de soluções consensuais para as demandas. A proposta é estimular o diálogo entre as partes e ampliar as possibilidades de resolução dos conflitos relacionados ao setor.

A Ordem Paulista incentiva a advocacia a participar das audiências eventualmente designadas, com orientação prévia aos clientes sobre as possibilidades de composição e preparação para o diálogo. A atuação dos profissionais é considerada fundamental para assegurar que as partes estejam devidamente esclarecidas sobre seus direitos e sobre as alternativas para a solução consensual de cada caso

OUTUBRO ROSA: ESPECIALISTA LISTA CINCO DIREITOS DAS MULHERES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Tribuna Norte Leste – 23/10/2026

Advogado especialista em Direito Médico explica o que as beneficiárias precisam saber para evitar negativas indevidas dos planos de saúde.

Conhecer os direitos garantidos pelos planos de saúde pode fazer diferença na prevenção de doenças e no acesso a tratamentos. Entre as mulheres, alguns procedimentos costumam gerar dúvidas, especialmente quando envolvem mamografia, métodos contraceptivos e acompanhamento da gestação.

Segundo o advogado Eduardo Amorim, especialista em Direito Médico e presidente da Comissão de Direito Médico da OAB-ES, as beneficiárias devem conhecer as regras de cobertura e saber como agir diante de uma eventual negativa.

Um dos principais pontos é a mamografia. O exame está entre os procedimentos de prevenção e diagnóstico relacionados à saúde da mulher e possui cobertura obrigatória pelos planos de saúde nas situações previstas pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A cobertura pode variar de acordo com a idade da beneficiária, indicação médica e diretrizes estabelecidas pela agência.

“A mamografia é uma ferramenta fundamental para o diagnóstico precoce do câncer de mama. A mulher precisa saber que a cobertura do exame está submetida às regras da saúde suplementar e que, havendo indicação e preenchimento dos critérios previstos, a operadora deve garantir o acesso ao procedimento”, explica Eduardo Amorim.

Outro direito que merece atenção é o acesso ao DIU como método contraceptivo. O planejamento familiar integra o atendimento em saúde e a legislação brasileira assegura o direito de homens e mulheres decidirem livremente sobre ter ou não filhos. Nos planos de saúde, a cobertura de procedimentos relacionados à contracepção deve observar as regras estabelecidas pela ANS e as condições de cobertura contratadas.

De acordo com o advogado, a paciente também deve ficar atenta não apenas à cobertura do dispositivo, mas ao conjunto do procedimento. “Quando a mulher busca um método contraceptivo, é importante entender quais etapas

estão contempladas pelo plano, desde a avaliação médica até a inserção do dispositivo. Havendo indicação e cobertura para o procedimento, uma negativa precisa ser devidamente fundamentada”, afirma.

Pré-natal e parto também estão entre os direitos que exigem atenção. Nos planos com cobertura obstétrica, a beneficiária tem direito ao acompanhamento da gestação e à assistência ao parto dentro das coberturas previstas no contrato e na regulamentação da saúde suplementar. O conhecimento dessas regras é especialmente importante desde o início da gravidez.

Outro ponto é a cobertura de exames e procedimentos indicados pelo médico para investigação, acompanhamento e tratamento de condições que afetam a saúde feminina. A existência de uma indicação médica, porém, não significa automaticamente que todo procedimento terá cobertura: é necessário verificar o contrato, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e eventuais critérios de utilização.

Por fim, está o direito à informação diante de uma negativa. Caso o plano não autorize um exame, procedimento ou tratamento, a beneficiária deve solicitar à operadora a justificativa formal da decisão. Com a documentação em mãos, é possível avaliar se a negativa está de acordo com o contrato e com as normas da saúde suplementar e, quando necessário, buscar os canais de reclamação ou orientação jurídica.

“Uma negativa de cobertura não deve ser simplesmente aceita como uma decisão definitiva. A paciente tem direito de saber por que aquele procedimento foi recusado e quais são as regras utilizadas pela operadora. Informação é o primeiro passo para que ela possa defender o próprio direito à saúde”, ressalta Eduardo.

Para o especialista, o tema ganha ainda mais relevância porque muitas mulheres desconhecem as regras específicas da saúde suplementar. Mamografia, DIU, acompanhamento da gestação, exames e tratamentos fazem parte de uma série de situações em que conhecer as condições de cobertura pode evitar atrasos e dificuldades no acesso à assistência.

Cinco direitos para as mulheres conhecerem

Mamografia: verificar as regras de cobertura e os critérios estabelecidos pela ANS para realização do exame;
DIU: conhecer as condições de cobertura do método contraceptivo e dos procedimentos relacionados à sua inserção;

Pré-natal e parto: beneficiárias de planos com cobertura obstétrica têm direito à assistência prevista no contrato e nas normas da ANS;

A GESTANTE QUE A OPERADORA AINDA NÃO SABE QUE PRECISA ACOMPANHAR TAMBÉM REPRESENTA UM RISCO FINANCEIRO

Saúde Digital News – 23/10/2026

Uma gestante pode estar na carteira de uma operadora de saúde, realizar consultas e exames e, ainda assim, permanecer fora de uma jornada estruturada de acompanhamento. Para a gestão, essa invisibilidade tem uma consequência que vai além da assistência, significa que existe um risco que a operadora ainda não conhece e, portanto, não consegue antecipar nem gerenciar.

Na saúde materna, essa lacuna também pode ter impacto financeiro. Estudo publicado em 2025, com dados do Sistema Único de Saúde (SUS), estimou em aproximadamente R\$ 37,6 bilhões os custos hospitalares relacionados a partos e recém-nascidos no período analisado. Desse total, cerca de R\$ 9,7 bilhões corresponderam a custos de UTI, enquanto a prematuridade respondeu pela maior parcela dos custos de internação entre os cuidados neonatais.

Os números são do sistema público e não podem ser transportados diretamente para a saúde suplementar, mas ajudam a dimensionar uma equação relevante também para as operadoras: quando o risco assistencial aumenta, cresce também a exposição a eventos de maior complexidade e custo. É por isso que identificar precocemente as gestantes de uma carteira deve ser entendido também como estratégia de negócio.

Operadoras já possuem uma enorme quantidade de informações sobre suas beneficiárias. Consultas, exames, procedimentos, prescrições e internações produzem sinais que, quando analisados de forma integrada, podem ajudar a identificar uma gestação e colocar essa paciente no radar antes que uma intercorrência faça isso.

O benefício econômico começa justamente nessa antecipação. Quanto mais cedo a gestante é identificada, maior é a janela para acompanhamento, estratificação de risco e direcionamento do cuidado. A operadora passa a ter a possibilidade de gerenciar o risco antes que ele se transforme em utilização de maior complexidade e custo, em vez de conhecer seu impacto financeiro somente depois que o evento ocorreu.

Isso não significa afirmar que uma gestante acompanhada não terá uma internação, um parto prematuro ou que seu recém-nascido não precisará de UTI. São desfechos

Exames e tratamentos: procedimentos indicados para prevenção, diagnóstico e tratamento devem ser analisados conforme a cobertura contratada e a regulamentação;

Negativa de cobertura: a paciente pode solicitar a justificativa formal da operadora e buscar os canais de contestação quando entender que seu direito foi desrespeitado.

multifatoriais. O ponto é outro: existe uma diferença importante, tanto assistencial quanto financeira, entre conhecer previamente uma população de risco e descobrir sua existência quando o custo já se materializou.

Essa mudança de lógica é particularmente relevante em um setor pressionado pelo crescimento dos custos assistenciais. Eficiência não depende apenas de negociar preços, controlar utilização ou analisar despesas depois que elas aconteceram. Passa também por identificar antecipadamente onde estão os riscos capazes de gerar os próximos custos.

É nesse momento que dados deixam de ser apenas infraestrutura tecnológica e passam a ser instrumento de gestão do negócio.

Ao transformar informações dispersas em inteligência acionável, a operadora consegue identificar quem precisa de atenção, priorizar populações de maior risco e direcionar recursos para o momento em que há maior possibilidade de produzir impacto. Em outras palavras, ganha capacidade de decidir onde, quando e com quem investir antes que a complexidade aumente.

Na saúde materna, portanto, prevenção e sustentabilidade financeira não deveriam ocupar lados diferentes da mesa. A mesma inteligência que permite encontrar uma gestante e acompanhá-la mais cedo também dá à operadora maior capacidade de conhecer sua exposição ao risco e planejar melhor a utilização de seus recursos.

Em um modelo de saúde cada vez mais pressionado por custos, antecipar o cuidado também é antecipar o risco financeiro. E talvez esteja aí uma das aplicações mais importantes dos dados para o negócio: deixar de olhar apenas para quanto um evento custou e começar a identificar, antes dele, quem precisa de cuidado.

Porque uma gestante que ainda não está no radar não representa uma paciente que a operadora ainda precisa encontrar. Representa também um risco assistencial e financeiro que ainda não começou a ser gerenciado.

Luiza Soeiro, líder do time assistencial da level.

ANS INTENSIFICA FISCALIZAÇÃO APÓS 326 MIL RECLAMAÇÕES E PLANOS DE SAÚDE INVESTEM EM CAPACITAÇÃO

SEGS – 23/10/2026

Com regras que ampliam o uso de indicadores, modificam a aplicação de multas e exigem maior capacidade de resposta das operadoras, IBDSS promove curso para preparar gestores e profissionais para o novo cenário regulatório.

Mais de 326 mil reclamações de consumidores em um único ano, um mercado com mais de 53 milhões de vínculos de beneficiários de assistência médica e um novo sistema de fiscalização que pode tornar mais severas as consequências financeiras e administrativas das irregularidades. Esse é o cenário enfrentado pelas operadoras de planos de saúde desde que entraram em vigor, em 1º de maio de 2026, as novas regras de fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para contribuir com a preparação das operadoras diante dessas mudanças, o Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar (IBDSS) promoverá, em novembro, um curso voltado à compreensão das novas exigências regulatórias e à identificação de medidas para prevenir infrações, reduzir riscos jurídicos e financeiros e aprimorar os mecanismos internos de controle. A capacitação abordará desde as alterações nos processos de fiscalização e aplicação de penalidades até a utilização de indicadores, a atuação das Ouvidorias e a necessidade de documentar as providências adotadas pelas empresas.

Com o tema O Novo Modelo de Fiscalização da ANS — Processo Administrativo Sancionador, Ações de Fiscalização Planejada e Regulação Orientada por Dados, o curso será realizado online, nos dias 3, 5, 10 e 12 de novembro, reunindo especialistas em direito e regulação da saúde suplementar. A iniciativa busca oferecer a dirigentes, gestores, advogados e profissionais de compliance instrumentos para compreender o novo ambiente regulatório e avaliar a capacidade de suas organizações de atender às exigências da agência.

De acordo com o presidente do IBDSS, José Luiz Toro da Silva "estamos diante de uma mudança importante na forma de fiscalização da saúde suplementar. As operadoras precisam compreender que não basta mais responder às demandas da ANS ou solucionar reclamações isoladamente. É fundamental desenvolver mecanismos de prevenção, acompanhar indicadores, identificar falhas recorrentes e demonstrar, com informações consistentes, que as providências adotadas estão produzindo resultados. O objetivo do curso é justamente contribuir para que dirigentes e profissionais compreendam as novas regras e estejam preparados para enfrentar os desafios jurídicos, operacionais e financeiros desse modelo."

Os números ajudam a dimensionar o desafio. Em 2025, a ANS registrou 326.592 reclamações de beneficiários, segundo dados de seu relatório anual de gestão. O total representa uma redução de 13,5% em relação às 377.467

demandas contabilizadas em 2024, mas evidencia a dimensão dos conflitos que precisam ser administrados pelas operadoras.

Ao mesmo tempo, o mercado continua expressivo. Em agosto de 2026, havia 53,16 milhões de vínculos em planos de assistência médica e 37,31 milhões em planos exclusivamente odontológicos, conforme levantamento da agência. Os números representam vínculos contratuais e não necessariamente pessoas distintas, uma vez que um mesmo consumidor pode possuir mais de um plano.

A combinação entre a dimensão do setor, o volume de reclamações e as novas exigências regulatórias coloca a capacidade de prevenção e solução de problemas no centro da gestão das operadoras.

Multas podem crescer e ampliar exposição financeira das empresas

Um dos pontos de maior impacto do novo modelo é a revisão das penalidades administrativas. As Resoluções Normativas nº 656, 657, 658 e 659, editadas em 2025, introduziram mudanças nos procedimentos de fiscalização, no processo administrativo sancionador e nos critérios utilizados para calcular multas.

A regulamentação prevê uma transição até 2028, com aplicação escalonada dos novos valores-base. Segundo o programa de capacitação do IBDSS, em determinadas hipóteses, a elevação poderá chegar a 170% ao final do período.

- O aumento não é uniforme nem automático. O valor efetivamente aplicado dependerá do tipo de infração, da classificação da operadora, das circunstâncias consideradas no processo e das regras de dosimetria, explica o advogado José Luiz Toro da Silva

A revisão das penalidades também introduz novos enquadramentos relacionados à prestação de informações, ao cumprimento de determinações da ANS e à participação das operadoras nas ações de fiscalização.

Para as empresas, isso amplia a importância de prevenir falhas, manter controles internos eficientes e documentar as medidas adotadas para corrigir irregularidades.

O presidente do IBDSS destaca que o impacto potencial vai além do pagamento de multas. O sistema regulatório também contempla, nas hipóteses legalmente previstas, medidas que podem atingir administradores, incluindo suspensão e inabilitação. "Essas consequências dependem de procedimentos específicos e não decorrem automaticamente

de qualquer descumprimento. Ainda assim, reforçam a necessidade de envolvimento da alta administração na gestão dos riscos regulatórios.

ANS passa a observar padrões de comportamento das operadoras

De acordo com José Luiz Toro da Silva, a mudança mais significativa talvez esteja na forma de identificar os problemas. A nova fiscalização incorpora de maneira mais estruturada a chamada regulação responsiva, abordagem que combina instrumentos de orientação, correção e sanção conforme a gravidade das situações identificadas e a resposta das empresas.

O modelo utiliza informações sobre reclamações, desempenho e funcionamento das operadoras para orientar a atuação da agência.

Entre os instrumentos relevantes está o Índice Geral de Reclamações (IGR), indicador que relaciona a quantidade de queixas registradas à base de beneficiários das empresas.

- Em vez de considerar apenas uma ocorrência isolada, a fiscalização pode examinar a repetição de falhas, a evolução dos indicadores e a capacidade da operadora de corrigir problemas persistentes. A Resolução Normativa nº 658/2025 disciplina as Ações de Fiscalização Planejada, que permitem diferentes formas de acompanhamento e intervenção regulatória, conforme o enquadramento e a situação da empresa.

A consequência prática é que a fiscalização passa a exigir maior articulação entre áreas que, tradicionalmente, nem sempre atuam de forma integrada: atendimento, Ouvidoria, jurídico, compliance, tecnologia da informação e direção executiva.

“Agora, não basta conhecer a norma ou responder a uma reclamação. Torna-se fundamental identificar suas causas, acompanhar os resultados das providências adotadas e manter evidências de que os problemas estão sendo enfrentados”.

Reclamações continuam no centro do sistema, mas análise muda

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), instrumento utilizado pela ANS para estimular a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras, também passou por mudanças.

A agência informa que aproximadamente oito em cada dez demandas encaminhadas por esse mecanismo são resolvidas na etapa de intermediação.

Pelas novas regras, a análise individualizada de determinadas reclamações não solucionadas passa a ocorrer por amostragem, conforme critérios estabelecidos pela fiscalização. Isso não significa que as reclamações deixem de

ser registradas ou que as operadoras estejam dispensadas de atender aos consumidores.

A mudança está na forma de selecionar e examinar parte das demandas, ao mesmo tempo que os dados produzidos pelo sistema continuam relevantes para o acompanhamento do desempenho das empresas. Essa lógica amplia a importância de identificar problemas recorrentes e de desenvolver mecanismos internos capazes de evitar sua repetição.

- Uma reclamação solucionada individualmente pode revelar, por exemplo, uma falha de procedimento que afeta outros beneficiários. O desafio da gestão passa a incluir a identificação dessas causas e a adoção de medidas que ultrapassem a solução de cada caso.

Ouvidorias e qualidade dos dados tornam-se pontos críticos

Outro aspecto importante da reformulação é a crescente atenção à capacidade das operadoras de demonstrar resultados. As Ouvidorias assumem papel estratégico nesse processo, especialmente na avaliação das respostas oferecidas aos beneficiários, na identificação de falhas recorrentes e na recomendação de melhorias.

A Resolução Normativa nº 623/2024, relacionada ao atendimento dos consumidores, integra esse ambiente de maior exigência sobre os procedimentos de relacionamento com os usuários. O novo cenário também amplia a relevância da qualidade das informações utilizadas pelas empresas.

- Registros inconsistentes, indicadores incompletos ou ausência de documentação sobre medidas corretivas podem dificultar a demonstração de conformidade durante uma fiscalização.

Assim, a organização dos dados deixa de ser apenas uma atividade administrativa e passa a integrar a estratégia de prevenção de riscos.

Para os gestores, uma questão torna-se central: como demonstrar, de maneira objetiva e verificável, que a operadora identificou um problema, adotou providências adequadas e acompanhou os resultados?

A resposta envolve mecanismos de autoavaliação, definição de indicadores, integração entre departamentos e aperfeiçoamento dos processos de atendimento e controle.

Mudanças exigem preparação jurídica e operacional

A entrada em vigor das novas regras também cria desafios para as equipes responsáveis pela defesa administrativa das operadoras.

Além das alterações no processo sancionador, passam a exigir atenção os critérios de dosimetria das multas, as possibilidades de reparação de irregularidades, as determinações decorrentes das ações planejadas e os procedimentos de contestação das decisões da agência.

Questões como aplicação das normas no tempo, proporcionalidade das sanções, eventual sobreposição de penalidades e utilização de ferramentas tecnológicas na análise das informações também integram o debate.

- A adaptação ao novo modelo, portanto, não se limita à atualização de procedimentos jurídicos. Ela envolve a capacidade de antecipar riscos, compreender indicadores, revisar fluxos de atendimento e construir mecanismos de governança compatíveis com as exigências regulatórias.

Capacitação terá especialistas em direito e regulação da saúde

O curso promovido pelo IBDSS terá oito horas de duração, distribuídas em quatro encontros ao vivo, com aulas expositivas, discussão de casos hipotéticos, exercícios práticos e espaço para perguntas.

A programação abordará a arquitetura normativa do novo modelo, o funcionamento da NIP, a dosimetria das multas, as Ações de Fiscalização Planejada, a atuação das Ouvidorias e as estratégias de defesa administrativa e judicial.

O corpo docente será formado por José Luiz Toro da Silva, advogado, professor, presidente do IBDSS e consultor jurídico da UNIDAS, com mais de 30 anos de atuação no setor; Rafael Dias da Cunha, advogado e professor com

formação em direito da regulação, saúde e proteção de dados; e Emerson Moisés Dantas de Medeiros, advogado com experiência nas áreas consultiva e contenciosa da saúde suplementar.

Os participantes receberão material digital atualizado, checklist de prontidão para as operadoras e certificado de participação.

ANS QUER DIRETRIZES PARA TRATAMENTO DE TEA POR PLANOS DE SAÚDE

JOTA – 22/10/2026

A proposta prevê uma orientação geral que possa ser adaptada pelos diferentes profissionais às necessidades de cada paciente

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prepara um documento com diretrizes para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), afirmou a diretora de Normas e Habilitação das Operadoras, Carla de Figueiredo Soares. O projeto será feito com participação do Poder Judiciário, operadoras de planos de saúde, sociedades médicas e profissionais da área, além dos órgãos reguladores.

A proposta prevê uma orientação geral que possa ser adaptada pelos diferentes profissionais às necessidades de cada paciente. "Não é um protocolo único e exclusivo, mas com flexibilidade para atender às diversas condições desse espectro", informou.

A agência também deve usar a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para permitir a integração de dados clínicos entre a saúde suplementar e o sistema público, a partir do acordo de cooperação com o Ministério da Saúde. Este uso foi classificado pela diretora como uma "possibilidade promissora" para garantir a continuidade e comunicação dos diversos serviços.

Fluxo de atendimento

As diretrizes devem trazer tópicos sobre organização do atendimento, começando pelo acolhimento das necessidades, a orientação com referências claras para cada indicação terapêutica e o acompanhamento contínuo. Segundo Soares, será estabelecido o cuidado centrado na pessoa, a integração entre prestadores e a continuidade ao

longo da vida, em articulação com a educação e a assistência social.

O projeto também inclui investimentos em capacitação de equipes, em qualificação de informação e na rede de prestadores.

A adaptação às diferenças regionais, considerando a disponibilidade de especialistas, a capacidade estrutural local e a articulação dos recursos existentes no território também deve ser tratada no projeto. "Havendo a necessidade de estabelecer uma política pública, precisamos do envolvimento de todos os demais profissionais de saúde que participam da linha de cuidado", disse.

Soares afirma que a meta é organizar a assistência aos pacientes, uma vez que garantias de atendimento e cobertura já estão pacificadas na legislação e na regulação da agência. Ela ressaltou, ainda, que a atuação da agência distingue a garantia contratual da efetiva prestação da assistência à saúde.

A falta de coordenação do cuidado, afirmou, transfere a responsabilidade operacional para as famílias, que passam a ter a tarefa de localizar profissionais, conciliar agendas, integrar informações e buscar respostas de forma isolada.

Ela argumentou também que a simples liberação de um volume elevado de procedimentos não garante qualidade no tratamento. "Nos preocupa muito essa falta de clareza quanto ao número de sessões prescritas, quanto à indicação clínica, e preocupa também aos familiares."

É dessa incerteza, indicou, que nasce a judicialização. Segundo Soares, a organização do cuidado pode prevenir litígios e oferecer dados claros para as decisões do Poder Judiciário. A diretora apresentou a proposta em evento sobre

judicialização, mas não informou um calendário para que essas discussões ocorram ou data para a publicação das diretrizes.

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.