



Os desafios para ampliar o acesso aos planos de saúde, incorporar novas tecnologias e, ao mesmo tempo, preservar a sustentabilidade do sistema estiveram no centro do Workshop para Jornalistas “Conectando perspectivas para compreender os desafios da saúde suplementar”, realizado pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em 25 de agosto, no Rio de Janeiro.

O encontro reuniu o diretor-executivo da FenaSaúde, Bruno Sobral; o economista e CEO da Universal Health Monitor, André Médici; e o juiz federal Clenio Schulze. Ao longo das apresentações, foram abordados o crescimento dos custos assistenciais, o envelhecimento da população, a incorporação de tecnologias, as fraudes, a judicialização e experiências adotadas por diferentes países para tornar os sistemas de saúde mais eficientes.

Atualmente, a saúde suplementar reúne 53,1 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares e mais de 36 milhões de usuários de planos odontológicos. Cerca de um em cada quatro brasileiros possui plano de saúde, proporção que permanece próxima de 25% da população há mais de uma década. A expectativa é que o segmento encerre 2026 com 53,5 milhões a 54 milhões de beneficiários.

Segundo Bruno Sobral, a capacidade de expansão está diretamente relacionada ao crescimento econômico, ao emprego formal e à oferta de produtos compatíveis com o orçamento das famílias e das empresas. “Para que mais pessoas possam ter acesso aos planos de saúde, precisamos controlar os custos e aumentar a renda do país. A sustentabilidade não é uma questão apenas das operadoras, mas de todo o sistema e dos próprios beneficiários”, afirmou.

Custos assistenciais avançam

A dimensão do setor pode ser observada pelo volume de atendimentos. São aproximadamente 2 bilhões de procedimentos por ano, incluindo, diariamente, 791 mil consultas médicas, 3,4 milhões de exames, 27 mil internações, 197 mil terapias e 558 mil procedimentos odontológicos. A atividade também sustenta uma ampla cadeia formada por 189 mil estabelecimentos de saúde, 470 mil médicos e cerca de 5 milhões de empregos diretos e indiretos.

Em 2025, as despesas assistenciais aumentaram 11,1%, passando de R\$ 276,8 bilhões para R\$ 307,5 bilhões. As maiores altas ocorreram nas internações, com avanço de 15,6%, e nas terapias, com 15,5%. Sobral explicou que o crescimento dos custos decorre de diferentes fatores, entre eles o envelhecimento da população, a maior prevalência de doenças crônicas, a incorporação de tecnologias e medicamentos de alto custo e as perdas provocadas por fraudes e desperdícios.

Os gastos das operadoras com medicamentos, por exemplo, passaram de 7,3% das despesas assistenciais, em 2019, para 10,2%, em 2024. Para o executivo, a chegada de novas tecnologias é

positiva, mas precisa ser acompanhada de avaliação científica e econômica. “Queremos novas soluções capazes de curar e melhorar a vida das pessoas. Mas a incorporação precisa considerar os benefícios que serão entregues e o impacto para todo o sistema, porque, no final, esse custo é compartilhado entre os beneficiários”, ressaltou.

Outro vetor de pressão é a mudança demográfica. Dados apresentados no workshop indicam redução de 12% no número de beneficiários entre 20 e 39 anos e crescimento de 32% entre aqueles com mais de 60 anos. Nas próximas duas décadas, a população brasileira com 80 anos ou mais deverá aumentar 140%.

Sobral destacou que viver mais é uma conquista, mas exige mudanças no modelo assistencial, com acompanhamento contínuo, atenção primária e melhor coordenação entre os profissionais envolvidos no cuidado. “Não estamos falando apenas de um idoso doente ou saudável, mas de sua capacidade de continuar ativo, manter a mobilidade e participar da vida familiar. Gerenciar esse cuidado ao longo do tempo será fundamental”, disse.

Experiências internacionais

Ao apresentar modelos adotados em outros países, André Médici observou que não existe uma solução única para organizar e financiar a saúde. Cada sistema reflete condições econômicas, demográficas, institucionais e culturais próprias. Por isso, segundo ele, o Brasil deve aprender com as experiências internacionais, sem simplesmente reproduzi-las. “Não existe receita de bolo para a saúde. Podemos observar o que está funcionando em outros países, evitar erros e adaptar as experiências às nossas condições”, explicou.

Entre as tendências internacionais, Médici destacou a substituição gradual do pagamento por procedimento por modelos que remuneram resultados. No sistema tradicional, conhecido como fee for service, hospitais, clínicas e profissionais recebem de acordo com a quantidade de consultas, exames e tratamentos realizados. O modelo baseado em valor procura associar a remuneração à qualidade da assistência e aos resultados obtidos pelos pacientes.

O economista citou ainda as organizações responsáveis pelo cuidado nos Estados Unidos, a concorrência regulada entre seguradoras na Holanda, a força da atenção primária na Inglaterra e o uso intensivo de dados e prontuários eletrônicos em Israel.

Para ele, os sistemas mais bem-sucedidos combinam diferentes instrumentos, como coordenação do cuidado, prevenção, gestão de doenças crônicas, avaliação de tecnologias e integração de informações. “Quando temos necessidades potencialmente ilimitadas e recursos finitos, precisamos estabelecer prioridades. Os maiores ganhos observados hoje vêm da coordenação do cuidado e da prevenção”, afirmou.

Médici também defendeu uma mudança na gestão das carteiras, com maior uso de dados clínicos para identificar riscos e agir antes do agravamento das doenças. “Precisamos sair da pergunta ‘quanto gastamos?’ para entender quem pode adoecer e como agir antecipadamente. Informação não é apenas custo; é investimento para melhorar a assistência e utilizar melhor os recursos”, acrescentou.

Novos critérios para a judicialização

A judicialização foi outro tema de destaque. De acordo com o juiz federal Clenio Schulze, o Brasil pode chegar a aproximadamente 1 milhão de processos relacionados à saúde em 2026. Pela primeira vez, segundo ele, as ações envolvendo a saúde suplementar superaram aquelas direcionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Schulze apresentou os efeitos da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7.265, julgada em setembro de 2025. A decisão estabeleceu parâmetros para a cobertura, em situações excepcionais, de tratamentos que não fazem parte do Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Entre os requisitos estão a prescrição médica, a inexistência de decisão contrária da ANS, a ausência de alternativa terapêutica adequada no rol, o registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a comprovação de eficácia e segurança por evidências científicas de alto nível.

O magistrado explicou que, durante muitos anos, a apresentação de uma prescrição médica era, em grande parte dos casos, suficiente para a concessão judicial de tratamentos não incorporados. Agora, os juízes também precisam considerar a análise da ANS e consultar os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), responsáveis pela elaboração de notas técnicas baseadas em evidências. “Não é mais possível fundamentar uma decisão apenas na prescrição ou no relatório apresentado pela parte. O Judiciário precisa analisar a evidência científica e respeitar o papel técnico da agência reguladora”, afirmou.

Na avaliação de Schulze, a decisão do STF fortalece a atuação da ANS e tende a qualificar a judicialização, embora seus efeitos ainda estejam em fase de consolidação. “O Judiciário não pode ser um espaço para experiências em saúde. A discussão sobre tratamentos experimentais precisa ocorrer nas instâncias técnicas e científicas adequadas”, enfatizou.

Caminhos para o futuro

O workshop também apontou a necessidade de ampliar a interoperabilidade de dados, combater fraudes de forma coordenada e aperfeiçoar os processos de avaliação e incorporação de tecnologias. Segundo a FenaSaúde, as despesas decorrentes da judicialização ultrapassaram R\$ 5 bilhões no acumulado de 12 meses até o primeiro trimestre de 2026, alta de 11%. Somente nos três primeiros meses do ano, foram registrados 89 mil novos casos, crescimento de 20,5% em comparação com o mesmo período de 2025.

No combate às fraudes, Sobral destacou o uso crescente de inteligência artificial e aprendizado de máquina para identificar comportamentos suspeitos em diferentes operadoras. A entidade também vem ampliando a interlocução com autoridades policiais e órgãos de fiscalização.

Para os participantes, a sustentabilidade da saúde suplementar dependerá de ações articuladas entre operadoras, prestadores, profissionais de saúde, órgãos reguladores, Poder Judiciário, empresas e beneficiários. Entre os principais caminhos estão a prevenção, a atenção primária, a gestão de doenças crônicas, a remuneração baseada em valor, a avaliação criteriosa de tecnologias e a integração de dados. “A resposta não está apenas em conter preços. É preciso transformar o plano tradicional, focado em financiamento e transações, em uma organização voltada ao cuidado, ao valor e aos resultados”, concluiu Médici.

Fonte: Sincor-SP, em 27.08.2026