

Workshop da FenaSaúde reuniu especialistas para discutir sustentabilidade do setor, incorporação de tecnologias, fraudes, modelos internacionais de gestão e os novos critérios definidos pelo STF para a judicialização da saúde



Os desafios para tornar a Saúde Suplementar brasileira mais sustentável estiveram no centro das discussões do **Workshop FenaSaúde para Jornalistas**, realizado em agosto. No encontro, especialistas abordaram os fatores que pressionam os custos dos planos de saúde, destacaram as experiências internacionais de gestão e financiamento e as mudanças provocadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na judicialização da saúde. Considerando a margem de ganho reduzida das operadoras, fatores como o gradual envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias e medicamentos, as fraudes, os modelos de remuneração de prestadores pesam cada vez mais na conta dos custos, ao passo que os efeitos da ADI 7.265, que estabeleceu novos parâmetros para decisões judiciais envolvendo tratamentos fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda se materializam aos poucos.

O diretor-executivo da FenaSaúde, Bruno Sobral, assinalou que hoje mais de 80% dos recursos arrecadados pelas operadoras se destinam às despesas assistenciais. No ano passado, custaram R\$ 307 bilhões.

Ele avaliou os quatro grandes vetores de pressão sobre os custos. Segundo ele, o envelhecimento, em particular, tende a ampliar a utilização dos serviços de saúde e a prevalência de doenças crônicas. Já as novas tecnologias oferecem ganhos importantes para os pacientes, mas podem trazer tratamentos de custo elevado para um sistema que precisa administrar recursos limitados. O executivo defendeu, portanto, que a sustentabilidade seja encarada como uma questão coletiva.

Um dos alertas apresentados por Sobral diz respeito à velocidade de crescimento das despesas com medicamentos. Segundo os dados expostos no workshop, os gastos passaram de R\$ 7,3 bilhões em 2019 para R\$ 22,6 bilhões em 2024, aumentando sua participação nas despesas assistenciais.

Somente os medicamentos oncológicos representaram R\$ 4,2 bilhões em 2024, alta de 63% desde 2021.

Para Sobral, o debate não deve ser contrário à inovação. O desafio é avaliar adequadamente a relação entre benefício clínico, evidência científica e custo, evitando que recursos destinados a tratamentos de altíssimo custo comprometam outras necessidades de saúde. “Eu não falo de sustentabilidade para os operadores. Eu falo de sustentabilidade para todos nós que pagamos.”

Fraudes ampliam a pressão

A fraude também ganhou destaque. Segundo Sobral, a digitalização de processos, embora tenha

facilitado o acesso dos beneficiários aos serviços, abriu novas possibilidades para práticas fraudulentas, inclusive por organizações estruturadas. As operadoras vêm ampliando sistemas antifraude, equipes de investigação e cooperação com autoridades policiais e órgãos de controle. Para o executivo, combater essas práticas é necessário para proteger o próprio beneficiário e preservar recursos destinados à assistência.

Experiências internacionais apontam novos caminhos

Já o economista e CEO da Universal Health Monitor, André Medici, examinou as experiências do mercado global de Saúde Suplementar. Ele advertiu que não existe um modelo internacional que possa simplesmente ser transplantado para o Brasil, porque cada sistema responde às condições econômicas, demográficas e institucionais de seu país. Mesmo assim, ele diz que o Brasil deve observar mecanismos que funcionam em outros mercados e adapte-os à realidade nacional. Entre as tendências internacionais estão a gestão de redes, a coordenação do cuidado, a atenção primária, o uso de dados e a remuneração vinculada a resultados.

Um dos pontos destacados foi a necessidade de reduzir a dependência do modelo fee-for-service, no qual o prestador é remunerado pela quantidade de procedimentos realizados. A experiência internacional aponta para modelos híbridos, que combinam diferentes formas de pagamento e incorporam incentivos vinculados aos resultados obtidos pelos pacientes.

Para Medici, a mudança também deve alcançar a própria gestão das operadoras: sair da análise exclusiva da sinistralidade para o custo total do cuidado, da auditoria retrospectiva para a inteligência clínica e dos dados administrativos para informações clínicas integradas.

A atenção primária e a estratificação de risco ganham papel estratégico nesse modelo, permitindo identificar pacientes de maior risco, prevenir doenças e evitar procedimentos e internações desnecessários. “O futuro dos planos de saúde não está em pagar melhor as contas, mas em evitar contas desnecessárias e produzir mais saúde pelos recursos utilizados.”

Judicialização entra em nova fase

A terceira frente do debate foi apresentada pelo juiz federal Clenio Schulze, que analisou os efeitos da ADI 7.265, julgada pelo STF. Segundo Schulze, a decisão não elimina a possibilidade de recorrer à Justiça para obter tratamentos fora do rol da ANS, mas estabelece critérios mais rigorosos para essas decisões.

A prescrição médica, isoladamente, deixa de ser suficiente. O magistrado deve considerar elementos como evidência científica, alternativas terapêuticas disponíveis, posição da ANS e avaliações técnicas do NatJus.

Na avaliação do juiz, o STF criou, na prática, um novo checklist para a judicialização. A mudança reforça o papel das instituições especializadas na avaliação de tecnologias em saúde e aproxima as decisões judiciais da medicina baseada em evidências. “Não é o juiz que tem know-how”, resumiu Schulze, ao defender maior deferência às análises técnicas da ANS e da Conitec.

Quando os requisitos são preenchidos, o caso pode ser encaminhado para avaliação dos órgãos técnicos, permitindo que uma demanda individual eventualmente resulte em uma discussão mais ampla sobre a incorporação da tecnologia ao sistema.

Custo também entra na equação

Outro elemento destacado por Schulze foi o custo de oportunidade. Em um sistema de recursos finitos, a decisão de destinar milhões de reais a determinado tratamento significa deixar de aplicar esses recursos em outras necessidades.

A discussão, portanto, passa a considerar não apenas o direito individual, mas também os efeitos

coletivos das decisões. Essa lógica pode contribuir ainda para ampliar a capacidade de negociação de preços e estimular mecanismos de compartilhamento de risco, nos quais o pagamento de determinados tratamentos esteja relacionado aos resultados efetivamente alcançados.

As três apresentações convergiram para uma questão central: a sustentabilidade da Saúde Suplementar depende de decisões mais qualificadas em toda a cadeia. De um lado, o setor precisa lidar com custos crescentes, envelhecimento e novas tecnologias. De outro, precisa melhorar a gestão das redes, utilizar dados, prevenir doenças, combater fraudes e aperfeiçoar os mecanismos de remuneração.

No campo judicial, a ADI 7.265 acrescenta uma nova dimensão ao debate ao exigir maior consideração das evidências científicas, das avaliações técnicas e dos impactos coletivos. O resultado esperado é uma mudança de cultura: menos foco no volume de procedimentos e mais atenção ao valor produzido; menos decisões isoladas e maior integração entre ciência, regulação, economia e Justiça. Afinal, o custo da Saúde Suplementar, direta ou indiretamente, é financiado por todos os seus beneficiários.

Fonte: CNseg, em 08.09.2026