

*Apresentação***20 anos de IESS**

RBSS — edição especial em comemoração aos 20 anos de IESS

*Apresentação do número especial da RBSS e dos artigos de autores convidados*Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i2.130>**AUTOR**

José Cechin

Engenheiro pelo ITA e economista (Unicamp e Universidade de Cambridge). Ex-Ministro da Previdência e Assistência Social. Fundador e primeiro superintendente executivo do IESS, integra atualmente seu Conselho Deliberativo.

CONTATO

José Cechin
jcechin@iess.org.br

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

APRESENTAÇÃO

Em 2026, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) completa 20 anos. Esta apresentação do número especial da Revista Brasileira de Saúde Suplementar (RBSS) registra a história do Instituto, desde sua concepção até o presente, e introduz os artigos dos autores convidados. O texto recupera a fundação do IESS (Ata de 17 de julho de 2006), o contexto do mercado de saúde suplementar no início da regulação — Lei nº 9.656/1998 e criação da ANS —, e as realizações do Instituto nas áreas educativa, informativa e de pesquisa, com destaque para a VCMH, as pesquisas de opinião, a atuação na judicialização e a própria RBSS. Em seguida, descreve o mercado em 2026 — organização empresarial, mensalidades, regulação, incorporação tecnológica e judicialização — e reflete sobre o futuro do setor, sustentando que a saúde suplementar permanecerá necessária ao lado do sistema público e que sua sustentabilidade dependerá de reformas, construídas a partir do diálogo e da confiança entre os atores. Como material suplementar, são disponibilizadas as entrevistas completas dos fundadores Luiz Carlos Trabuco Cappi, Geraldo Rocha Mello e Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas.

Palavras-chave: IESS; saúde suplementar; história institucional; regulação; sustentabilidade.

ABSTRACT*20 Years of IESS: Presentation of the RBSS Special Issue*

In 2026, the Institute for Supplementary Health Studies (IESS) turns 20. This presentation of the special issue of the Brazilian Journal of Supplementary Health (RBSS) records the Institute's history, from its conception to the present, and introduces the invited authors' articles. It recalls the founding of IESS (the founding minutes of 17 July 2006), the context of the supplementary health market at the start of regulation — Law 9,656/1998 and the creation of the ANS — and the Institute's achievements in education, information, and research, including the VCMH index, opinion surveys, its work on judicialization, and the

RBSS itself. It then describes the market in 2026 — corporate organization, premiums, regulation, technology adoption, and judicialization — and reflects on the sector's future, arguing that supplementary health will remain necessary alongside the public system and that its sustainability will depend on reforms built through dialogue and trust among stakeholders. The full interviews of founders Luiz Carlos Trabuco Cappi, Geraldo Rocha Mello, and Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas are available as supplementary material.

Keywords: IESS; supplementary health; institutional history; regulation; sustainability.

“Não queremos ser amados, queremos ser compreendidos”

(autor não reconhecido, mas atribuída a Luiz Carlos Trabuco Cappi)

Revista Brasileira de Saúde Suplementar, RBSS

Neste ano de 2026, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, IESS, completa 20 anos de existência. Entre suas múltiplas realizações, que mencionarei nesta introdução, está a edição da Revista Brasileira de Saúde Suplementar, RBSS, a primeira e, até o momento, única revista desse setor, no formato “streaming”. Os artigos submetidos passam por avaliação interna e em seguida por dois referees independentes. Se aceitos, são imediatamente adicionados à lista dos publicados.

Admitem-se artigos que tratem de saúde suplementar ou de saúde que digam respeito tanto ao setor público quanto ao suplementar.

A revista se destina a fomentar estudos e debates sobre esse importante setor que atualmente cobre um quarto da população brasileira, obteve receitas de contraprestações efetivas de R\$ 350,6 bilhões nos doze meses encerrados no primeiro trimestre de 2026, destinada em sua maior parte (R\$ 283,3 bilhões ou 80,8%) a custear os serviços de assistência à saúde de seus beneficiários.

Esse número especial traz artigos de autores convidados.

A celebração de 20 anos de existência oferece uma excelente oportunidade para registrar sua história, desde sua concepção até o presente, lembrada e narrada por seus fundadores. Assim, nesta data o IESS documenta um pouco de sua história, esperando que possa inspirar outras iniciativas similares.

A Fundação do IESS

A chegada ao vigésimo aniversário do IESS é uma ocasião apropriada para falarmos de sua constituição e registrarmos sua história até o momento.

O Instituto nasceu da percepção de que o setor de saúde suplementar carecia de um instituto que pudesse fazer análises do setor, produzir informações sistematizadas, comunicar-se com os diversos stakeholders, esclarecer a opinião pública sobre os fundamentos em que se baseia a operação do setor, fornecer subsídios para a interlocução com os três poderes da República, com os formadores de opinião e com a população.

Essa percepção era fortemente influenciada pela visão pouco favorável, senão efetivamente negativa, que a população tinha dos planos de saúde e das próprias operadoras. Esta foi a opinião manifestada pelos próprios fundadores em conversas com vários deles.

Assim, lideranças do setor iniciaram conversas no sentido de constituir um Instituto, um “think tank” para o setor. As conversas continuaram durante meses até o acordo final que resultou na assinatura da Ata de constituição em 17 de julho de 2006 — o marco histórico da criação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, IESS.

Adoto, portanto, essa data como a data da fundação do IESS.

Assinaram a Ata de Constituição:

Edson de Godoy Bueno, pela Amil Assistência Internacional Ltda.; Geraldo Rocha Mello, pela Medial Saúde S.A.; Luiz Carlos Trabuco Cappi, pela Bradesco Saúde S.A.; Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas, pela Sul América Seguro Saúde S.A.; Paulo César Carvalho da Silva Afonso, pela Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda.; e Paulo Sérgio Barros Barbanti, pela Intermédica Sistema de Saúde S.A.

Os fundadores se dispuseram a fornecer depoimentos sobre a fundação do IESS, abordando, não exclusivamente, os seguintes aspectos: o que a motivou, as principais características do mercado à época, a percepção da população sobre os planos de saúde, a visão dos desafios e principais preocupações do setor, a interlocução entre as lideranças das operadoras e as perspectivas do mercado.¹

¹Obtivemos depoimentos de Trabuco, Rocha Mello e Patrick, que estão resumidos no texto. As versões completas e editadas estão em anexo a esta introdução. Reconhecemos as contribuições para a fundação e manutenção do IESS de Edson de Godoy Bueno, que nos deixou em 2017, e de Paulo Barbanti, que não pôde manifestar sua visão por motivos de saúde.

Apresento a seguir um resumo dos depoimentos (as íntegras revisadas estão disponíveis como material suplementar a esta introdução).

Luiz Carlos Trabuco Cappi²

Trabuco relata que a criação do IESS e da FenaSaúde resultou da percepção de que a saúde suplementar possuía grande relevância econômica e social, mas carecia de coordenação institucional e de espaços estruturados para diálogo entre os diversos atores do mercado. Segundo ele, as duas entidades nasceram de uma mesma visão: a FenaSaúde como representante institucional do setor e o IESS como um centro de estudos capaz de produzir conhecimento, antecipar tendências e qualificar o debate público.

Trabuco destaca que, no início dos anos 2000, o setor era altamente fragmentado e enfrentava desafios decorrentes da implementação do novo marco regulatório. Nesse contexto, o IESS foi concebido para ampliar a compreensão da sociedade sobre a saúde suplementar e fornecer subsídios técnicos para discussões regulatórias, econômicas e assistenciais.

Quanto à evolução do mercado, observa que houve forte profissionalização das empresas, abertura de capital, consolidação de grupos empresariais e avanço das práticas de governança corporativa. Para ele, essas transformações contribuíram para o amadurecimento do setor e ampliaram sua capacidade de investimento.

O executivo avalia que os desafios atuais exigem maior alinhamento entre os principais participantes do mercado e defende a construção de uma visão estratégica de longo prazo para a saúde suplementar. Nesse cenário, considera que o IESS continua desempenhando um papel fundamental ao promover estudos, fomentar o debate qualificado e contribuir para que as discussões sobre o setor sejam pautadas por evidências e análises técnicas.

Geraldo Rocha Mello³

Rocha Mello resgata o contexto que levou à criação do IESS e a evolução da saúde suplementar no Brasil ao longo das últimas décadas. O setor enfrentava forte desgaste de imagem junto à imprensa, entidades médicas e órgãos de defesa do consumidor, sem

²Presidente do Conselho de Administração do Bradesco e uma das principais lideranças dos setores financeiro, de seguros e de saúde suplementar no Brasil.

³Médico fundador e um dos principais executivos da Medial Saúde, uma operadora de plano de saúde do Brasil.

dispor de informações estruturadas para responder às críticas de forma técnica e baseada em evidências.

Nesse cenário, surgiu a necessidade de criar uma instituição capaz de produzir, organizar e divulgar dados confiáveis sobre custos, sinistralidade, reajustes e acesso à saúde suplementar. A proposta também buscava ampliar o diálogo com a imprensa, a academia, os consumidores e os formuladores de políticas públicas. Para isso, foi convidado José Cechin, ex-ministro da Previdência Social, que contribuiu para a estruturação do Instituto.

Rocha Mello destaca ainda o papel da saúde suplementar na ampliação do acesso aos serviços de saúde, a adesão crescente da população aos planos de saúde, os desafios regulatórios enfrentados pelo setor nos primeiros anos da ANS e as transformações ocorridas no mercado.

Ele enfatiza a necessidade de o setor evoluir muito no uso da inteligência artificial e sugere um extenso direcionamento para a transformação desse setor.

Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas⁴

Patrick lembrou a criação do Instituto em um contexto de grandes mudanças no setor de saúde suplementar, marcado pela Lei dos Planos de Saúde e pela criação da ANS. Segundo ele, tratava-se de um período em que o setor passou a ser mais regulado e focado na proteção do consumidor, mas ainda com lacunas importantes na discussão sobre sua sustentabilidade econômico-financeira. À época, a CNseg era o espaço institucional que existia no setor, enquanto a FenaSaúde ainda não estava estruturada, o que evidenciava a ausência de um fórum técnico dedicado à saúde suplementar.

Nesse cenário, o IESS surgiu como um think tank independente, inspirado em experiências como a The Geneva Association, com foco na produção de estudos técnicos sobre a sustentabilidade do setor. Patrick destacou que o Instituto não podia, de maneira nenhuma, ser confundido com entidades como a FenaSaúde ou a CNseg, voltadas à defesa dos interesses das operadoras. O objetivo do IESS era promover estudos técnicos, discutir a sustentação do mercado e contribuir para um setor mais dinâmico, entendendo o “mercado” como o ecossistema completo da saúde suplementar, incluindo também prestadores como hospitais, ainda que de forma indireta.

⁴Patrick foi CEO da Sul América, um conglomerado de seguros e de saúde suplementar.

Patrick destacou o papel dos fundadores na consolidação do Instituto e sua relevância na produção de conhecimento sobre regulação, custos e sustentabilidade do sistema. Na sua avaliação, o IESS cumpriu sua missão ao longo de 20 anos ao qualificar o debate público e aproximar o setor de reguladores, imprensa e formuladores de políticas públicas.

Por fim, Patrick apontou o amadurecimento da ANS e do próprio mercado, mas ressaltou como desafios persistentes a insegurança jurídica, a judicialização e o risco regulatório, que ainda limitam o potencial de crescimento e inovação da saúde suplementar no Brasil.

Lançamento

O lançamento público do IESS aconteceu em um almoço com centenas de convidados em 19 de setembro de 2006. Na ocasião, foi anunciado que o objetivo do Instituto é “desenvolver pesquisa e gerar conhecimento e propostas para a sustentabilidade equilibrada do setor”.

Na apresentação que fiz, abordei temas que permanecem atuais 20 anos depois.

Mencionei que se observa no mundo uma tendência, que chamo de secular (porque acontece continuamente, com poucas exceções pontuais) e universal (porque vem acontecendo em todos os países que passam por um processo de desenvolvimento). Ilustrei essa tendência para um conjunto de 8 países desenvolvidos com dados desde 1960 até 2003. Em 1960, as despesas com saúde como proporção do PIB estavam entre 3% e pouco menos de 6%. Em 2003, estavam entre 6% e mais de 16%.

Apontava como principais promotores do crescimento das despesas a frequência de utilização, a incorporação de tecnologias, a rapidez da obsolescência, o envelhecimento populacional e as ineficiências na utilização. Essas continuam sendo as explicações para o fenômeno. O setor precisava prestar atenção à escalada dos custos, às ineficiências, à necessidade de conferir prioridade à prevenção e aos hábitos de vida. A obesidade já estava no radar, mas ainda hoje é pouco enfatizada, quer pelo sistema suplementar, quer pelo público.

As observações não ficaram apenas nos aspectos negativos do crescimento das despesas (que alguns preferem denominar de “investimentos” em saúde, o que no máximo consegue oferecer certo conforto espiritual), mas também no significativo aumento da

expectativa de vida, na redução da mortalidade infantil e maternal, nas maiores chances de recuperação da saúde e nos menores tempos de tratamento com menores sofrimentos.

Sobre a regulamentação, a proposição era de que preservasse a liberdade de iniciativa e escolha (materializada na Lei de Liberdade Econômica nº 13.874, de 2019).

Havia, na ocasião, certa angústia entre as lideranças do mercado quanto à permanência ou sobrevivência da saúde suplementar, que parecia não contar com apoio do Governo. Alternativamente, o setor suplementar poderia ficar sufocado pela elevação dos custos sem a necessária contrapartida de reajustes.

Minha opinião na época, que continua até o presente, era que a possibilidade de grande encolhimento do setor suplementar era de muito baixa probabilidade. Os argumentos em suporte a essa visão eram econômicos, essencialmente ligados à baixa capacidade financeira ou fiscal do setor público, por diversos motivos.

Primeiro, a saúde pública perdeu, a partir de 1993, o repasse ao Ministério da Saúde de 30% das receitas do INSS, pois a despesa com benefícios previdenciários ultrapassou, e muito, a arrecadação própria, sem perspectivas de retorno. Segundo, a estrutura de gastos da União está fortemente concentrada em pagamentos e transferências a pessoas — cerca de três quartos das despesas primárias, tanto em 2005 quanto atualmente —, restando pouco espaço orçamentário para acomodar crescimentos das despesas com saúde.

Terceiro, a via tradicional de financiamento — a elevação da carga tributária — encontra limite na carga já elevada, superior a 30% do PIB e comparável à de países europeus, com destaque para a carga sobre os salários e com forte resistência da sociedade a novos aumentos. Quarto, embora o Brasil destine à saúde perto de 10% do PIB, o gasto per capita é 4 a 5 vezes menor que o dos países avançados, distância que alimenta expectativas e gera enorme pressão por aumento do gasto público em saúde.

Esses argumentos, expressos em 2006, permanecem inteiramente válidos hoje. Portanto, eu diria que são altamente improváveis iniciativas que visem à redução do sistema suplementar, que continuará sendo necessário para cuidar da atenção à saúde dos brasileiros ao lado do sistema público. Tanto hoje quanto na época, não se vislumbravam alterações tecnológicas ou institucionais que pudessem alterar essa perspectiva por décadas à frente.

Mercado na época

O início do século XXI marca os primeiros anos da regulamentação da saúde suplementar. A Lei dos Planos de Saúde, Lei nº 9.656, foi publicada no dia 3 de junho de 1998 e sucessivamente alterada por medidas provisórias até a MP 2.177-44, de agosto de 2001, versão que se tornou permanente.

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/2000, com os encargos de regular e fiscalizar o setor. Essa agência nasceu sem órgão precedente que regulasse e fiscalizasse o setor, como fora o caso de muitas outras agências reguladoras. A atividade regulatória da ANS foi intensa, com a edição de sucessivas normas regulamentadoras, que partiam do princípio de que nenhuma regulação seria pior do que alguma, ainda que imperfeita.

Mas as novidades da agência demandaram grandes esforços de adaptação das operadoras. As operadoras teriam precisado de um tempo de adaptação um pouco mais dilatado para que a transição tivesse sido um pouco menos traumática e onerosa.

A regulamentação teve resultados positivos muito importantes, pois tornou o mercado mais seguro para os beneficiários e para as operadoras concorrentes entre si. Mas, ao mesmo tempo, introduziu certa rigidez no sistema, especialmente no desenvolvimento de novos produtos, mais bem adaptados às conveniências do consumidor. Esse aspecto foi apontado logo no início da regulamentação.⁵

Já nesse início, as operadoras tinham uma elevada preocupação com o controle dos reajustes dos planos individuais (eram definidos pela ANS, ouvido o Ministério da Fazenda). Os percentuais de reajustes aprovados eram insuficientes para recompor os aumentos das despesas, assim alegavam as operadoras, que viam nesse controle uma possível ameaça à sustentabilidade econômico-financeira. O movimento de suspensão da comercialização desses planos começa já em 2004.

Temia-se que o controle dos reajustes fosse estendido aos planos coletivos, uma demanda insistente entre os órgãos de defesa do consumidor, na imprensa e entre parlamentares. Não obstante as diversas iniciativas nesse sentido, a ideia nunca prosperou.

Na opinião pública, a percepção prevalecente era de que as operadoras enriqueciam seus acionistas às custas da cobrança de preços muito altos e reajustes abusivos. Pelo lado

⁵Ver a respeito o livro “Saúde Suplementar: 10 anos de regulação”, IESS, 2008.

das operadoras, embora cada uma tivesse sua área de comunicação, não havia um programa de comunicação social que esclarecesse as questões relativas à formação dos preços, aos reajustes anuais, aos reajustes por mudança de faixa etária, nem explicações sistemáticas de por que eram necessários ou dos fundamentos da operação do setor. Por isso, o IESS começou com um programa de comunicação social para esclarecer essas questões que deixavam os consumidores insatisfeitos.

A judicialização era outra questão importante, acentuada pelo Estatuto do Idoso, com vigência iniciada em janeiro de 2004. À vista desse estatuto, a ANS precisou alterar a regra dos reajustes por faixa etária. Até então, prevaleciam 7 faixas etárias, com reajustes admitidos depois dos 60 anos e até os 70 anos de idade. A nova resolução da ANS fixou 10 faixas, admitindo a última mudança na passagem dos 58 para os 59 anos de idade. Com ela, todos os reajustes que a legislação anterior permitia depois dos 60 anos foram antecipados para os 59 anos.

A questão jurídica que emergiu do Estatuto do Idoso dizia respeito à sua aplicação: se somente aos beneficiários de contratos celebrados a partir de 2004 ou se também aos celebrados anteriormente. A questão se fundava no fato de os contratos celebrados até o fim de 2003 serem atos jurídicos perfeitos, porque celebrados em concordância com as normas vigentes na data da celebração, e lei posterior não poderia afetá-los senão para beneficiá-los. À vista desse Estatuto, beneficiários demandaram a não aplicação dos reajustes contratados aos beneficiários que completavam 60 anos. A demanda ficou sem decisão terminativa até 10 de outubro de 2025, data em que o STF pacificou, decidindo que o Estatuto se aplicaria a todos os beneficiários que completassem 60 anos, independentemente da data da contratação. A decisão permitiu que fosse dado fim às inúmeras ações em curso, interpostas nas mais de duas décadas desde o Estatuto.

Contudo, essa não era a única causa de demandas judiciais. A escalada da judicialização já estava em curso, motivando preocupações tanto entre as operadoras quanto no próprio judiciário, com reiteradas manifestações de magistrados, inclusive de Ministros do STF. Várias iniciativas vêm sendo tentadas com o objetivo de reduzir essa intensa judicialização, incentivando a busca de entendimentos negociados administrativamente antes do início da ação judicial.

Um dos temas judicializados recorrentemente é a cobertura de procedimentos não constantes do Rol da ANS. Consumidores e órgãos de defesa do consumidor sempre advogaram que o Rol era simplesmente exemplificativo, devendo as operadoras cobrir

procedimentos não constantes do Rol desde que o laudo do médico assistente os prescrevesse. Era a etapa da supremacia do laudo médico, em que os juízes se sentiam incompetentes para questioná-lo.

Houve diversas idas e vindas nessa matéria até que o STF, na ADI 7265, de 18 de setembro de 2025, pacificou o tema, fixando um conjunto de requisitos jurídicos e procedimentais nas decisões de magistrados de todas as instâncias. Destaco um ponto que me parece muito importante — o fim da supremacia do laudo médico como fundamento da decisão, que deve se basear nas evidências de alto grau de sua eficácia e segurança, e não apenas no laudo. Penso que as determinações dessa ADI têm potencial para conter o ímpeto judicante, não apenas pelas evidências de alto grau, mas também e especialmente pelas exigências procedimentais — negativa expressa da operadora, consulta a bases de dados, pareceres, notas técnicas etc. A sua efetividade requer nova postura e adaptação por parte dos julgadores, sendo essencial que existam as informações e pareceres para consulta, que o acesso a elas seja fácil e seu conteúdo de fácil entendimento.

Convém ainda termos uma breve descrição do mercado de planos de saúde no começo deste século. A organização do setor era completamente diferente da atual. Havia um número elevado de operadoras, de diferentes tamanhos, e prestadores (hospitais e laboratórios) singulares não organizados em redes, com poucas exceções. A maioria dos laboratórios tinha nomes de família. Nenhuma empresa dessas áreas (operadoras, hospitais e laboratórios) estava listada em Bolsa de Valores.

Como tende a acontecer em todos os setores da atividade econômica, o começo do século marcou o início de profundas transformações na saúde privada. Intensificou-se o movimento de consolidação de operadoras, com aquisições, fusões ou transferências de carteiras determinadas pela ANS. Destaco que consolidação e redução do número de operadoras não equivalem à concentração, que é objeto de atenção do sistema de defesa da concorrência. Mesmo com o desaparecimento de centenas de operadoras, ainda temos um elevado número delas de pequeno porte, que podem se ver diante de dificuldades financeiras ou mesmo de solvência caso um de seus pouco numerosos beneficiários venha a precisar de medicações de altíssimo custo, na casa de dezenas ou mais de milhões de reais. Por isso, o movimento de consolidação não terminou. A expectativa é de que continue, já que ainda existem muitas operadoras, assim como hospitais e laboratórios, de porte pequeno ou médio não integrados em redes. Porém, antecipo que a consolidação está atualmente tomando novas formas.

Passo agora a uma breve descrição do desenvolvimento do número de beneficiários nesse primeiro quarto do século XXI. Iniciados no período dos “50 anos em cinco”, haviam atingido pouco mais de 30 milhões no ano seguinte à criação da ANS. Permaneceu nesse patamar até 2004. Houve forte expansão em 2005, parcialmente atribuída pelas operadoras ao aperfeiçoamento do sistema de informação e registro de beneficiários.⁶ Dessa data em diante, o número de beneficiários cresceu continuamente até dezembro de 2014, quando atingiu 50,1 milhões. Nos anos de crise econômica, entre 2015 e 2018, houve perdas de 3,5 milhões de beneficiários. Sua recuperação se iniciou em junho de 2020, em plena pandemia. Desde então, o número de beneficiários vem crescendo continuamente, de forma modesta, em linha com o crescimento do emprego celetista.

Importa ressaltar o intenso envelhecimento do conjunto dos beneficiários — a faixa etária de 60 e mais anos de idade cresceu sistematicamente desde o início da série histórica, em 2001. Os planos individuais e coletivos por adesão apresentaram um envelhecimento bem mais acelerado. Isso se explica, no caso dos planos individuais, pelo grande esforço das famílias para preservar os planos de seus parentes idosos. Na modalidade “Coletivos por Adesão”, o alto percentual de idosos se deve ao fato de esta modalidade prevalecer entre as estatais ou estatais privatizadas. Os fundos de pensão fechados dessas empresas, criados a partir de meados da década de 1970, ofereciam planos de saúde junto com os planos de complementação de aposentadoria.

Realizações do IESS

O acervo de trabalhos do IESS é grande e está inteiramente disponível para acesso gratuito por todos os interessados. Por isso, apresentarei apenas algumas das que me parecem mais relevantes.

Educativas e informativas

Começo pelas atividades que estão no âmbito educativo e informativo. A atividade dos planos de saúde se assemelha à dos seguros. Fundamenta-se, portanto, no mutualismo ou solidariedade entre o grupo segurado, e sua precificação deve ser baseada no cálculo atuarial, de difícil entendimento. O lançamento de um plano de saúde precisa obter da

⁶O número de beneficiários existente na data da criação da ANS é bastante incerto, porque não havia registros consolidados de beneficiários. Com a obrigatoriedade do registro determinada pela ANS, o número de beneficiários foi sendo aperfeiçoado e ganhando credibilidade.

ANS a autorização prévia de funcionamento, mediante a submissão da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), com a população-alvo acompanhada das demonstrações de despesas estimadas para a formação da faixa de preços autorizada. A operadora é livre para fixar o preço inicial dentro da faixa compatível com as demonstrações e cálculos da NTRP.

No mutualismo, princípio fundamental dos seguros que vem dos sumérios, todos os participantes contribuem com uma cota periódica (tecnicamente denominada de prêmio) e o montante arrecadado se destina a reparar o dano econômico decorrente de um sinistro (doença que precisa de tratamento — nota-se que a própria nomenclatura técnica já confunde!). Os não iniciados em seguros têm, compreensivelmente, dificuldades com esses conceitos. Por isso, entre os objetivos do Instituto, sempre esteve, desde sua criação, o de contribuir para um melhor entendimento das bases técnicas de funcionamento, na presunção de que o melhor entendimento contribui para reduzir conflitos e visões negativas desse setor.

O acervo informativo e educativo do IESS é extenso. Promoveu cursos para os mais distintos públicos: formadores de opinião, beneficiários, consumidores potenciais, equipes das operadoras, entre tantos outros.

Destaco uma iniciativa importante do Instituto, atendendo solicitação do COPEDEM e da ESMAT, na organização de cursos para magistrados de primeiro grau. A ESMAT já dispunha de canais virtuais que alcançavam parte substantiva dos magistrados do Estado, além de cooperação com tribunais do exterior. O objetivo desses cursos é familiarizar juízes com os conceitos dos seguros, com os dilemas do setor e as questões que afligem tanto operadoras quanto beneficiários.

O IESS teve atuação intensa na área da judicialização, para além de sua atuação educativa e informativa antes mencionada. O Instituto organizou Congressos Jurídicos anuais, chegando à sua XIII edição, celebrando os 20 anos de fundação. Com os congressos, abriu-se um espaço de diálogo e construção coletiva, para o encontro do Direito com a Saúde, para enfrentar os desafios contemporâneos da Saúde Suplementar. Mesmo durante o período pandêmico de impedimento para aglomerações, a iniciativa foi mantida no novo formato de painéis virtuais, que alcançaram grandes audiências.

Conquanto seja difícil dimensionar resultados práticos dessas iniciativas, podemos observar importantes avanços. Passamos a ouvir depoimentos públicos de magistrados

sobre as demandas das sextas-feiras depois do expediente, solicitando tutela antecipada para procedimentos caros, como cirurgias bariátricas, baseadas em laudos que provinham de um mesmo escritório e afirmavam a urgência e a iminência do óbito caso não fossem imediatamente realizados. Estudos do IESS mostraram que a cirurgia bariátrica não pode ser de urgência, porque, se o fosse, o paciente não poderia ser operado. Ouvimos depoimentos públicos de desembargadores que dirigiam o plano próprio de saúde e que haviam constatado uma extraordinária coincidência: as demandas eram apresentadas nas sextas-feiras depois do expediente comercial, provinham de um mesmo escritório, eram assinadas pelo mesmo profissional e solicitavam a mesma unidade de atendimento.

Reajuste e VCMH

Os planos individuais tinham seus reajustes definidos pela ANS, sem regras definidas e balizados inclusive com vistas a não pressionarem a inflação. Em diálogos com o setor público, as operadoras individualmente levavam seus dados mostrando a necessidade de um reajuste que preservasse seu equilíbrio econômico-financeiro. Obtinham, em resposta, que os dados mostrados não revelavam a situação do setor como um todo. Eram necessários dados consolidados de todas as carteiras de planos individuais do setor, que mostrassem a variação das despesas per capita, dado que definiria um índice de reajuste necessário para a manutenção da sustentabilidade dessas carteiras. Foi assim que surgiu a ideia de mensurar a variação das despesas per capita desses planos (VCMH), decomposta em seus principais componentes (preços dos serviços de assistência à saúde, frequência de utilização e incorporação de tecnologia). Sua construção, até que o IESS obtivesse uma série temporal confiável, demorou dois anos, porque envolveu a extração padronizada dos dados, tarefa demorada pela ausência de uma norma-padrão para os registros dos dados econômico-financeiros. A série, que já conta com 19 anos de dados, mostra o peso dos fatores preço e frequência na variação das despesas per capita. O componente incorporação de tecnologia está associado tanto à variação dos preços quanto à da frequência. O índice se tornou uma referência no mercado, sendo referido nas negociações entre operadoras e contratantes de planos.

O índice mede a variação das despesas entre dois períodos de 12 meses consecutivos, para um conjunto expressivo de planos individuais, considerando os beneficiários que já cumpriram seus períodos de carência. É criticado, mas frequentemente por incompreensão. O conceito VCMH não foi uma invenção do IESS, mas uma forma aceita internacionalmente de medir variação de custos.

Pesquisa de opinião

A opinião pública sobre os planos de saúde apresentada na mídia costumava ser negativa. Em 2011, o IESS desenhou uma pesquisa de opinião que medisse a percepção tanto dos beneficiários quanto dos não-beneficiários, as formas de utilização, as autorizações de procedimentos, o destino dos resultados dos exames, entre outras variáveis de interesse. A pesquisa foi aplicada a cada dois anos, para 1.600 pessoas com planos e 1.600 sem planos, em oito regiões metropolitanas, com resultados consistentes ao longo do tempo. Os níveis de satisfação mostrados são comparáveis aos de outras pesquisas, como as do IBGE, da própria ANS e das operadoras.

A imagem negativa veiculada na mídia tem afetado a credibilidade dos resultados. Apresentados em reunião conjunta de três comissões da Câmara dos Deputados, as manifestações foram de absoluta incredulidade nos resultados apresentados (quero crer que por conveniência político-eleitoral).

Celebração de 10 anos da Lei dos Planos de Saúde

Em 2008, a Lei dos Planos de Saúde completou dez anos de existência. Para celebrar o aniversário, o IESS organizou a publicação “Saúde Suplementar: 10 anos de regulação”. Boa parte dos desafios então presentes permanece até hoje. Antecipávamos a necessidade de flexibilizar as normas para a constituição de planos de saúde, revisar as formas de pagamento, direcionar as ações para a atenção primária à saúde e enfatizar ações de promoção da saúde. Não obstante os progressos obtidos nessas áreas, esses tópicos continuam válidos nos tempos atuais.⁷

Prêmio IESS e Revista Brasileira de Saúde Suplementar, RBSS

Como forma de estimular estudos em saúde suplementar, o Instituto organiza o Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar, anual, com 15 edições já realizadas. Os premiados testemunham a importância que a premiação tem em suas carreiras. Os examinadores afirmam a alta e crescente qualidade técnica dos trabalhos submetidos, e não apenas dos premiados.

Com o mesmo objetivo, foi lançada em agosto de 2023 a RBSS, a primeira e, até o momento, única revista em saúde suplementar, na forma streaming, de modo que os artigos submetidos e aprovados são imediatamente incluídos. A primeira edição foi

⁷Listar os principais livros publicados pelo IESS e dar o link quando existente.

composta por artigos de autores convidados. Hoje, a revista recebe muitas ofertas de artigos para publicação, e o número de acessos também continua crescendo.

Para finalizar essa parte, alegre-me observar a credibilidade que a revista alcançou nesses 3 anos. Suas publicações são referência no setor.

Mercado em 2026

Organização empresarial

Passados 26 anos da criação da ANS, a organização do mercado é profundamente diferente. Muitas unidades empresariais se organizaram em redes de hospitais e redes de laboratórios, por aquisições e fusões. Operadoras, hospitais e laboratórios precisaram crescer para fortalecer sua capacidade competitiva e negociar com mais equilíbrio os contratos de prestação de serviços.

O crescimento dos custos da atenção à saúde, diante da capacidade financeira limitada dos adquirentes de planos, induziu negociações entre competidores com vistas a integrar os serviços e conseguir melhor gestão no atendimento. O momento recente testemunha a formação de unidades empresariais integradas, por aquisições ou parcerias, em que um mesmo grupo detém operadora, rede de hospitais e serviços laboratoriais.

Longe das unidades com nomes de família que caracterizavam o setor no início deste século, muitas empresas abriram o capital e passaram a ser listadas em bolsa, movimento que trouxe consigo a intensificação da profissionalização da gestão.

Se esse movimento consegue reduzir os custos da atenção prestada ainda não está bem demonstrado, mas certamente o arranjo pode permitir melhores resultados empresariais. Uma questão a ser analisada é o efeito desses conglomerados sobre a competição, tema que é objeto do sistema de defesa da concorrência.

Mensalidades

As mensalidades e os reajustes dos planos de saúde têm que seguir a evolução dos custos, dado que a fonte dos recursos financeiros é uma só — as mensalidades de quem compra os planos. Enquanto os custos continuarem crescendo, os preços e mensalidades dos planos terão que acompanhar, para que as operadoras não entrem em insolvência. Há duas formas principais de conter os custos: pela gestão da prestação dos serviços ou pela redução do adoecimento. A primeira busca saída nas novas formas de organização empresarial; a segunda exige múltiplas ações para endereçar cada um dos múltiplos

fatores que impulsionam os custos, entre elas a adoção da atenção primária e a promoção da saúde, que pode evitar ou postergar o adoecimento, ou ainda torná-lo menos severo. Isso está alinhado com as recomendações para um envelhecimento saudável, com a compressão da morbidade nos anos finais de vida.

Regulação

É importante que se reconheça o esforço regulatório da ANS, mesmo desejando que fosse mais arrojado. A regulação busca a construção de um mercado saudável, que preserve o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e seja compatível com o poder aquisitivo dos consumidores e das empresas que oferecem planos para seus colaboradores. Regulação que beneficiasse somente uma das partes, qualquer delas, inviabilizaria a comercialização. Alcançar esse equilíbrio regulatório é uma missão essencial e de difícil equacionamento, dadas as pressões de todos os lados.

Como apontado antes, a regulação padronizou os planos de saúde, que se distinguem entre si apenas pela rede de atendimento. O aspecto positivo da padronização é a facilidade de compreensão por parte dos adquirentes de planos e dos vendedores ou corretores. O lado negativo é a inibição de iniciativas para desenvolver planos acessíveis aos mais diversos segmentos da sociedade, especialmente para os de renda insuficiente diante dos altos preços.

A sociedade brasileira é muito desigual, e as pessoas têm possibilidades econômicas muito diferentes entre si, assim como aspirações e visões de futuro diversas. As pesquisas de opinião revelam que o brasileiro deseja possuir plano de saúde. As pessoas sem plano afirmam que não o têm pois o preço é alto demais para suas rendas. Se há na população o desejo de ter e entre os empresários a disposição para oferecer, por que não permitir a realização desses desejos, ofertando planos com diferentes coberturas e, portanto, diferentes preços, como existem em outras partes do mundo?

A ANS cogitou adotar essa iniciativa, valendo-se do sand box regulatório, mas recuou devido à forte reação popular contrária, em boa medida por incompreensão da proposta. Para diminuir esse tipo de resistência, faz-se necessária uma ampla campanha de esclarecimento de suas condições. A adoção poderia ampliar o número de beneficiários e a taxa de cobertura.

Avanço notável foi alcançado na área da fiscalização, com as RN da ANS 656, 657, 658 e 659, de 22/12/2025, com eficácia a partir de maio de 2026. Essas Resoluções

equacionaram antigas demandas do setor, relativas à proporcionalidade das sanções, à dosimetria e à aplicação às operadoras e administradoras de planos de saúde. Adotou-se a Fiscalização Programada, responsiva, mais bem direcionada, com metas de redução das reclamações.

O setor enfrenta o desafio dos efeitos do envelhecimento — desejável e resultado dos avanços econômico-sociais e da tecnologia médica —, pois junto com ele vêm o aumento da incidência de doenças crônicas, de trato continuado e dispendioso, levando à maior utilização dos serviços de assistência à saúde. A população brasileira entrará em declínio dentro de uma década e meia, com acentuado encolhimento dos jovens e acelerado crescimento dos idosos, especialmente dos septuagenários e acima.

A precificação dos planos a partir do Estatuto do Idoso segue dez faixas etárias, com duas condições de contorno: o limite do preço da décima faixa a seis vezes o da primeira e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode superar a variação acumulada da primeira para a sétima. Ocorre que a variação dos custos normalmente supera a variação acumulada das mensalidades. O sistema se equaciona pela adoção de preços inferiores aos custos na última faixa e superiores aos custos nas faixas abaixo. O esquema, engenhoso, envolve solidariedade explícita dentro de cada faixa etária e intergeracional implícita. Para que se mantenha, é necessário que se mantenha também a proporção de jovens para idosos. O envelhecimento altera essa proporção — haverá cada vez menos jovens para um número crescente de idosos —, rompendo o equilíbrio.

Não vejo solução fácil para esse desafio. O objetivo dessa forma de precificação foi facilitar ou permitir que os idosos permanecessem nos planos. Uma das formas de reequacionar o desequilíbrio que vai emergindo é o deslocamento para cima de toda a estrutura de preços por faixa etária, isto é, um aumento proporcional para todas as faixas. Assim se mantém a solidariedade intergeracional, mas afastar-se-iam os jovens, por notarem que a mensalidade estaria muito acima de seu custo médio. Portanto, não funcionaria.

Alternativamente, propõe-se admitir reajustes nas idades acima dos 60 anos, como prevaleciam até fins de 2003. Para viabilizar essa proposta, seria necessário elevar a idade definidora de idoso no Estatuto. É tecnicamente perfeita e em sintonia com os princípios do seguro, mas rejeitada pela sociedade. Ademais, o idoso tende a ter menor renda relativamente à remuneração de quando em atividade econômica.

Está aqui um desafio em busca de uma solução.

Incorporação de tecnologia

A incorporação de tecnologia continua sendo o principal impulsionador do crescimento das despesas. As décadas deste século testemunham um ritmo inovador sem precedentes na história — medicamentos, equipamentos, procedimentos, para citar alguns. As medicações antineoplásicas orais, poderosas e com menores efeitos colaterais, introduzidas em escala crescente a partir de 2013; as imunobiológicas, as terapias celulares, as CAR-T cells. Há milhares de ensaios clínicos que, aprovados, exercem pressão pela incorporação imediata.

Solicitações de incorporação agora são contínuas, devendo a ANS decidir em 180 dias, prorrogáveis por mais 120 (para antineoplásicos orais o prazo é menor, 120 dias prorrogáveis por mais 60). Desejamos a incorporação célere sem termos plena consciência dos custos que traz.

Judicialização

Trabalho recente do IESS estima que o número de casos de judicialização seguirá aumentando, podendo chegar a perto de um milhão de novos casos em 2035 se nenhuma ação for adotada. A estimativa precede a ADI 7265, que deverá afetar a trajetória então estimada.

As motivações para demandar continuam presentes, intensificadas pela disparidade de acesso no País, pelas diferenças dos gastos absolutos entre Brasil e Comunidade Europeia, pelo tempo entre o anúncio da inovação em alguma parte do mundo e a incorporação, e pela maior propensão aos cuidados de saúde e consciência dos direitos.

O futuro

*Predição é muito difícil, especialmente acerca do futuro.*⁸

A Saúde Suplementar atravessou períodos de turbulência nestas duas décadas recentes. No lugar das dúvidas quanto à sua continuidade, entrou questão similar — a da sustentabilidade. Mudança retórica ou questão relevante?

⁸Niels Bohr, físico dinamarquês, Prêmio Nobel de Física em 1922 por suas contribuições fundamentais à compreensão da estrutura atômica e da mecânica quântica: “Prediction is very difficult, especially if it's about the future.”

O conceito de sustentabilidade é muito amplo, aplicado a situações muito diferentes. O ponto de vista econômico-financeiro se refere aos adquirentes de planos — pessoas jurídicas para seus funcionários ou pessoas naturais em planos individuais, familiares ou coletivos por adesão. Enquanto os adquirentes conseguirem absorver os reajustes necessários, derivados dos aumentos das despesas, as operadoras não terão problemas significativos de sustentabilidade.

A negociação entre ofertantes de planos e adquirentes será crescentemente tensa, na medida em que o aumento das mensalidades reduz a margem disponível dos compradores. Espera-se crescimento contínuo da fração da renda destinada à saúde. A acomodação se dá pela alteração da cesta de consumo e pelo aumento da produtividade global da economia. Lembremos que o gasto per capita como proporção do PIB per capita dos norte-americanos passou de 6% em 1970 para mais de 18% em 2020, baixando para 16,6% em 2023. Teria sido lunático aquele que, em 1970, tivesse antecipado um aumento para 18% em 2020?

Atualmente não se vislumbra, no horizonte de mais de uma década, nada que possa reduzir a tendência de crescimento das despesas per capita com saúde, obviamente ressalvada a observação de Niels Bohr.

A inexorabilidade dessa tendência não pode nos manter inertes como espectadores passivos, inibindo ações necessárias para infletir a tendência. Os sistemas de saúde precisam ser reformados, quer por ajustes pontuais continuados, quer por renovação profunda, que envolva tanto o sistema público quanto o suplementar. A necessidade está amplamente percebida, apesar de não se observar diálogo público, acadêmico ou não, sobre o tema.

O que estaria inibindo a iniciativa do debate, das avaliações e da formulação de propostas? A resposta explícita ou implicitamente mencionada é a desconfiança que prevalece entre os atores da saúde (insisto, pública e privada). Adicionaria o não reconhecimento de uma liderança capaz de propor, coordenar ou liderar a construção do entendimento e de proposições.

Mudanças virão — pela dor ou pelo amor. Essa frase de conteúdo espiritualista parece se aplicar: a dor é representada por empresas pressionadas pelos custos, beneficiários reclamando de acesso e qualidade, pagadores reclamando dos preços altos;

o amor, pelos resultados da transformação que beneficiaria todos os stakeholders da saúde.

Material suplementar

As entrevistas completas dos fundadores Luiz Carlos Trabuco Cappi, Geraldo Rocha Mello e Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas, revisadas pelos entrevistados, acompanham este artigo como material suplementar, disponível no site da RBSS.