
LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 06/01/2026

Recomendamos a leitura do artigo Milliman publicado no dia 06/01/2026, escrito por [Larissa Martins](#) e [João Longo](#).

Índice de Reajuste dos Planos Individuais - Prévía 2026

Nesse artigo fizemos o cálculo preliminar para o reajuste da ANS de 2026, com dados até o 3º trimestre de 2025, para os planos de saúde Individuais/Familiares, incluindo a análise segregada por porte, modalidade e classificação de regulação prudencial das OPS/SES.

[Clique aqui](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde devem se preparar para o envelhecimento da população, dizem especialistas](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Planos de saúde: Ações na Justiça disparam e já são 47% do total no setor](#) - Fonte: O Globo

[Após lucro recorde em 2025, quais os desafios do setor de saúde para 2026](#) - Fonte: Valor Econômico

[Comissão aprova suspensão de limite de cobertura para urgência de saúde](#) - Fonte: Câmara dos Deputados

[Além do bisturi: A tecnologia transformando a cirurgia ambulatorial](#) - Fonte: Saúde Business

[Apesar dos desafios, saúde suplementar vê potencial de evolução em 2026](#) - Fonte: SEGS

[IDSS 2027 \(ano-base 2026\): Fichas técnicas dos indicadores estão disponíveis](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga 10ª edição do Panorama – Saúde Suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga avaliação trimestral das operadoras com base em reclamações dos beneficiários](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS aprova novo modelo de fiscalização da saúde suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Especialistas revelam preocupação com excesso de ações judiciais sobre tratamentos de saúde](#) - Fonte: Câmara dos Deputados

PLANOS DE SAÚDE DEVEM SE PREPARAR PARA O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, DIZEM ESPECIALISTAS

Folha de São Paulo – 07/01/2026

- Lacuna entre longevidade e vida saudável é vista pelo setor como um desafio
- Consumidores se queixam de reajustes elevados e dificuldades de acesso a tratamentos

Alvo de uma série de críticas de consumidores nos últimos anos, o setor de planos de saúde deve passar por adaptações para acomodar o envelhecimento da população e a incorporação de tecnologias sem prejudicar os beneficiários, defendem especialistas.

Enquanto consumidores se queixam de reajustes elevados, cancelamentos unilaterais e dificuldades de acesso a tratamentos essenciais, o setor afirma que, até pouco tempo, se recuperava de um prejuízo operacional sem precedentes.

O ano de 2025, no entanto, marcou a retomada de resultados econômicos-financeiros positivos. A expectativa nos próximos meses é de estabilidade, afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da Fenasaúde, que representa operadoras como Bradesco Saúde, SulAmérica, Gama Saúde, Itaú

Seguros, MetLife, Odontoprev, Omint, Porto Saúde, Seguros Unimed e Unimed Nacional. Ele atrela a estabilidade a um nível "controlado de incorporações tecnológicas que façam sentido."

Já conforme Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) —que tem como associadas mais de 140 operadoras, como Notredame Intermédica, Prevent Senior e Sul América—, a recuperação está em curso, mas a perspectiva ainda é desigual diante da heterogeneidade das empresas.

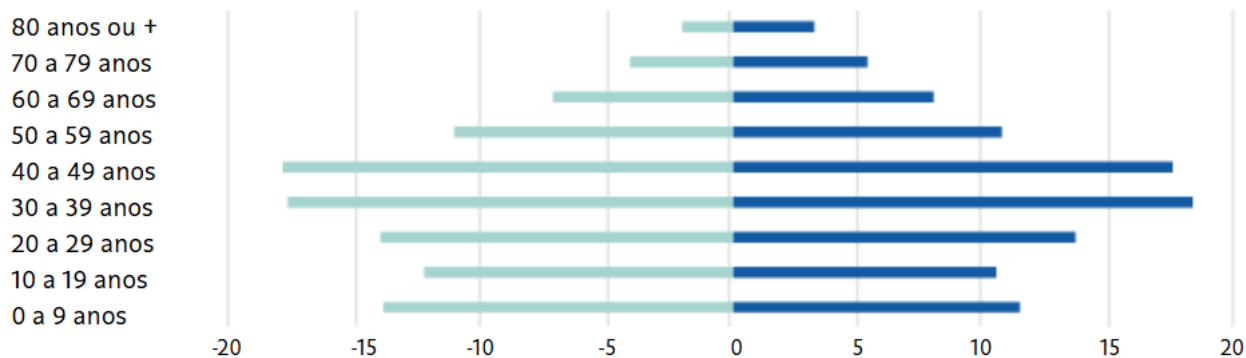
"Ainda há um conjunto muito significativo de pequenas e médias operadoras que enfrentam desafios econômico-financeiros relevantes que comprometem sua capacidade de manter estrutura, rede e atendimento", diz.

A lacuna entre longevidade e vida saudável é vista pelo setor como um desafio à medida que pode colocar em risco a sustentabilidade dos sistemas de saúde, aponta relatório do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar).

Pirâmide da estrutura etária das pessoas beneficiárias de planos privados de assistência médica

Em jun.25

Homens
Mulheres



Fonte: ANS, 2025

O envelhecimento da população, no entanto, deve ser visto como um elemento natural e como um motivo para que as empresas se preparem para o futuro, afirma Marina Paullelli, coordenadora do programa de Saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

"Em um nível individual, por exemplo, não é possível prever quando e se uma pessoa vai ficar doente, qual a situação de saúde a que ela vai ser acometida e assim por diante. Mas,

no nível coletivo, é possível fazer esse tipo de previsão justamente para calcular riscos para que as pessoas não sofram com essas práticas abusivas que são notoriamente conhecidas", afirma.

Esse foi um dos argumentos levados pelo Idec ao STF (Supremo Tribunal Federal) em julgamento sobre se a proibição de reajustes por faixa etária prevista no Estatuto da Pessoa Idosa também deveria ser aplicada a contratos

assinados antes de janeiro de 2004, data em que a lei entrou em vigor. A análise foi suspensa pelo ministro Alexandre de Moraes.

Paullelli defende que fundamentos econômicos não devem ser usados para defender a flexibilização de uma regulação. "Quando a Lei de Planos de Saúde estava sendo discutida nos anos 1990, um argumento contrário foi que a lei que regulamenta os contratos iria levar o setor à falência", afirma.

No ano passado, o STF também julgou decisão que reconheceu que os planos de saúde devem autorizar tratamentos não previstos na lista da ANS, desde que sigam cinco critérios técnicos definidos pelo tribunal. A determinação foi vista de forma positiva pelas operadoras, que preveem uma economia com a decisão.

O Judiciário tem o histórico de ser uma instituição que media conflitos entre consumidores e operadoras. Relatório recente do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) aponta que a esfera é caracterizada como pró-direito à saúde, por manter taxas elevadas de deferimento de pedidos liminares, especialmente na Justiça estadual.

Apesar disso, a judicialização não é vista como uma tendência futura pela médica Ana Maria Malik, professora do FGVsaúde. Malik afirma que ela pode ocorrer muitas vezes por falta de regras claras. Por isso, o cidadão não sabe, por vezes, o que está comprando.

"Os planos de saúde estão começando a ficar muito parecidos entre eles", afirma. "Antigamente tinha uma grande diferença entre o que era medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão. Hoje, a grande diferença é se tem

finalidade lucrativa ou não e se tem rede própria ou não, se é verticalizado ou não", diz.

A temática da cobertura ganha tração com a aprovação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) no ano passado para a abertura de uma consulta pública para avaliar a criação de um tipo de plano de saúde que cobriria apenas consultas eletivas e exames, sem direito a internações, atendimento de pronto-socorro e terapias. Na época, o MPF (Ministério Público Federal) publicou uma nota técnica com críticas à proposta.

"É isso que está em disputa. Quando a gente pensa que os procedimentos de alta tecnologia, os mais complexos, quem oferece a cobertura para eles, em geral, é o SUS. Porque sempre aparece alguma restrição. Isso tem sido mais ou menos a regra do jogo", diz.

A ideia é uma agenda antiga das empresas, diz Lucas Nogueira, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP. "A ideia geral de ultrasegmentação, ou seja, a empresa pode vender um contrato que tem um monte de letrinhas miúdas, é proibida por lei", diz.

O futuro da saúde suplementar dependerá das escolhas políticas que o Brasil fará em relação ao alcance do subsídio às operadoras, afirma Nogueira, considerando mecanismos como as deduções de imposto de renda e desonerações fiscais.

Conforme Malik, é necessária não apenas uma regulação maior por parte da ANS. "Precisa-se também que as operadoras queiram oferecer serviços que interessem à população."

PLANOS DE SAÚDE: AÇÕES NA JUSTIÇA DISPARAM E JÁ SÃO 47% DO TOTAL NO SETOR

O Globo – 05/01/2026

Em sete estados, volume de disputas com operadoras já supera as travadas contra o SUS

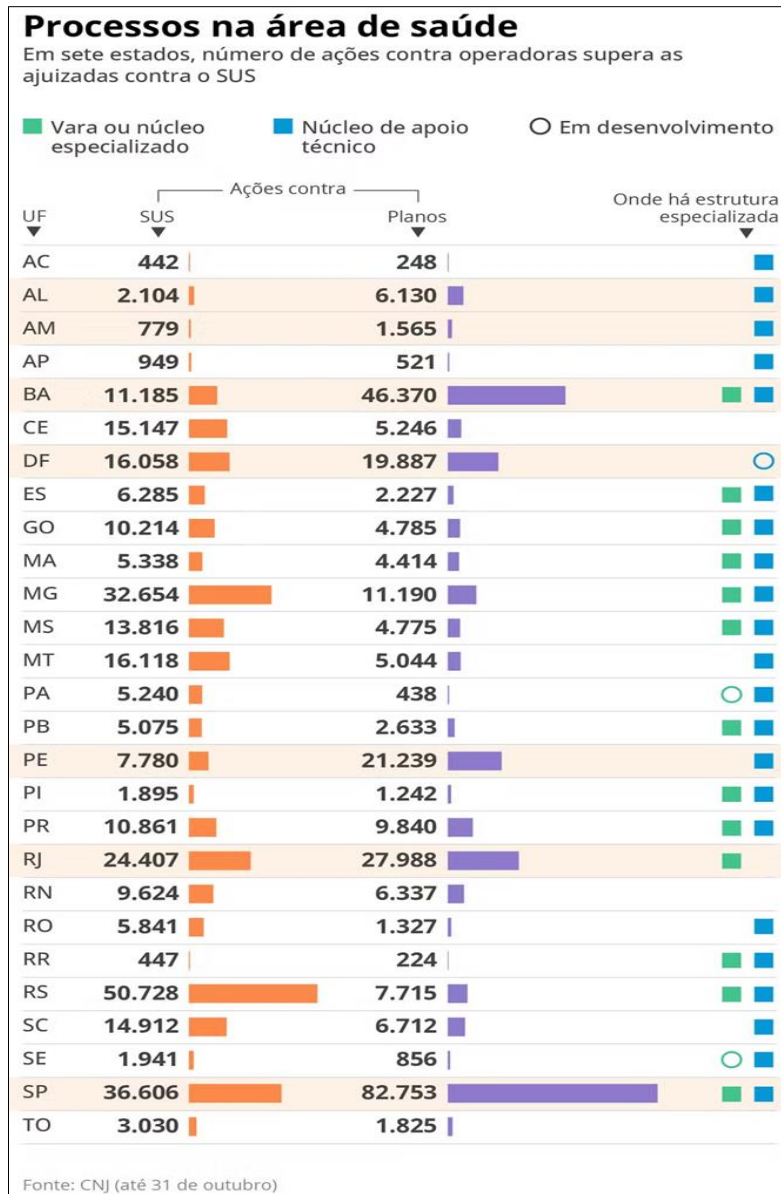
O volume de ações judiciais de consumidores contra planos de saúde já responde por 47% de toda a judicialização da saúde no país. Há cinco anos, esse percentual era de 40%. O crescimento é percebido em vários estados. Em sete deles, as disputas que questionam o serviço prestado por operadoras já superam o número de processos contra o Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia.

O cenário desafia magistrados e pressiona os preços dos contratos, que sofrem reajustes mais severos pelas operadoras numa tentativa de compensar as perdas com os processos.

Os processos na área de saúde são ajuizados tanto contra a saúde pública como também a chamada suplementar, sistema de planos e seguros de saúde privados que opera paralelamente ao SUS. Neste último caso, são consumidores desassistidos e com dificuldades na resolução de conflitos, seja direto com as empresas ou via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), até o fim de outubro de 2025, consumidores levaram aos tribunais 283.531 ações contra operadoras de planos de saúde, um volume 7% maior que o registrado em igual período de 2024. Considerando também os processos contra o SUS, o número total de disputas na Justiça chegou a 593.007 nos primeiros dez meses do ano passado, segundo últimos dados disponíveis.

Recusa de tratamento



Em alguns estados, a discrepância entre o volume de processos contra o SUS e contra operadoras se destaca. No Rio, foram 28 mil ações abertas entre janeiro e outubro contra planos de saúde, 15% acima das 24 mil contra a saúde pública. No estado mais populoso do país, São Paulo, essa diferença é de 126%, e na Bahia a disparidade alcança 315%.

De acordo com o advogado Rafael Robba, especialista em Direito à Saúde do escritório Vilhena Silva, a maioria das ações são por recusa de tratamento, portabilidades negadas e reajustes abusivos.

— A falta de caminho administrativo tem levado os consumidores à Justiça, que tentam resolver falhas e omissões regulatórias — afirma.

Para ele e muitos consumidores, os canais de diálogo com as operadoras são ineficientes. Reclamações de demandas não resolvidas e sequer respondidas pelos SACs de operadoras lideram as reclamações de usuários contra o setor na plataforma Consumidor.gov.

— O atendimento é cada vez mais automatizado, e muitas vezes a única interface de contato é um aplicativo, o que dificulta o processo para muitos usuários — critica Robba.

Canais de atendimento

A ANS não monitora a produtividade das centrais de atendimento das operadoras, apenas das ouvidorias. No ano passado, apenas 25% dos 111 mil requerimentos feitos por usuários nos canais para reanálise assistencial, quando há negativa inicial de um procedimento, foram revertidas pelas

operadoras. Além disso, documento da ANS aponta que, em média, operadoras de grande porte têm apenas sete profissionais atuando em ouvidorias.

Para o diretor-presidente da agência, Wadih Damous, o alto volume de processos é um sinal de que os canais de atendimento, inclusive os da ANS, não estão funcionando:

— Não deveria ser assim, mas é compreensível que seja. Os consumidores precisam ter confiança de que alguém vai ouvir aquela demanda. Na própria ANS precisamos otimizar isso, com um atendimento mais próximo, mais empático.

Diretor-executivo da Federação Nacional dos Planos de Saúde (FenaSaúde), Bruno Sobral admite que muitas vezes os conflitos são “uma questão de comunicação”, e que as operadoras precisam investir em melhorias dos SACs.

— Sugerimos à ANS a contratação de uma auditoria externa, escolhida pelo próprio órgão, para abrir essa discussão. Podem existir falhas nos SACs, estamos abertos a abrir isso, entender se há centrais mais produtivas, outras menos — diz.

Varas especiais em 12 estados

Com o elevado número de ações na Justiça contra os planos de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), tribunais de 12 estados já têm varas ou núcleos com juízes dedicados exclusivamente a disputas entre usuários e a saúde suplementar ou pública. Em outros dois, há projetos sendo desenvolvidos nesse sentido. Foi a forma que a Justiça encontrou de dar conta da crescente demanda da população.

Integrante do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e supervisora do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), Daiane Lira explica que esse movimento é parte de um tripé de atuação da Justiça em processos que têm saúde como tema. As varas são o primeiro pilar. O segundo são os Natjus, núcleos estaduais de apoio que reúnem informações técnicas para ajudar magistrados na tomada de decisão, e que estão presentes em 22 estados.

— Essas ferramentas racionalizam as decisões. O juiz especializado passa a conhecer melhor as regras e normas, que são muitas e complexas nesse setor. Mais importante do que reduzir o volume é resolver os problemas e garantir que as pessoas tenham acesso aos seus direitos — avalia a conselheira.

Por isso, completa o tripé a promoção da conciliação, com a resolução dos conflitos via acordos. Essa é a principal estratégia de tribunais como os de São Paulo (TJSP) e do Rio (TJRJ) para enfrentar o estoque de processos. A ideia é resolver o problema antes que a ação seja criada, segundo o desembargador César Cury, presidente do Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (Nupemec-TJRJ).

Uso de IA

A iniciativa recentemente implementou uma plataforma de inteligência artificial pré-processual, que, com base em estatísticas da Justiça, mostra para as partes envolvidas na disputa quais as chances de aquela ação dar certo — o que acaba, segundo Cury, estimulando uma solução consensual.

Nos últimos dois anos, o Nupemec celebrou 55 mil acordos, garantindo uma economia ao tribunal de cerca de R\$ 200 milhões.

— A lógica é tentar evitar que o problema surja e, em surgindo, resolvê-lo rápido. O processo é uma solução incerta e cara para o consumidor e para a empresa — diz o desembargador.

Cury ainda sustenta que um caminho para a redução da judicialização “pela raiz” seria a inclusão nos contratos dos convênios de uma cláusula exigindo que a conciliação judicial seja o primeiro passo na solução dos conflitos nos tribunais. Ele argumenta, porém, que as operadoras precisam aprimorar seus canais de relacionamento com os usuários:

— As empresas têm que ser mais responsivas. Uma reclamação recorrente que ouvimos é que o consumidor não consegue falar com a operadora, o atendimento é demorado, dificultado.

Operadoras esperam alguma redução no volume de processos nos próximos anos como reflexo de decisão recente do Supremo Tribunal Federal (STF), que aumentou os requisitos para casos em que os planos de saúde são obrigados a cobrir procedimentos ou tratamentos fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Antes de 2022, o rol da ANS era taxativo: as operadoras só precisavam oferecer o que constava da lista. Depois disso, ele passou a ser considerado exemplificativo, ou seja, apenas uma referência. E muitos usuários recorreram à Justiça a fim de obter acesso a tratamentos que não constavam na lista.

Nas contas da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), desde então as operadoras gastaram cerca de R\$ 16 bilhões em ações judiciais.

O setor não divulga qual o peso específico da judicialização na fórmula de reajuste anual dos contratos, mas os processos são recorrentemente usados como argumento pelas operadoras para justificar correções mais elevadas ao consumidor.

— A lógica é que se tem um custo novo, isso precisa ser repassado. Dimensionamos isso pelo discurso das empresas. No começo do ano passado, por exemplo, observamos que uma determinada operadora teria um reajuste 1,5 ponto percentual maior para acomodar o preço da judicialização — pondera Vinicius Figueiredo, analista de Saúde do Itaú BBA.

Presidente da Abramge, Gustavo Ribeiro defende que os custos com os processos “precisam ser alocados”. Na visão dele, parte dessa judicialização expressiva vem de um maior acesso à Justiça pelos usuários. Para Ribeiro, pesa também a chamada “advocacia predatória”, com advogados estimulando a abertura de processos, inclusive pelas redes sociais.

— Não quero dizer que toda judicialização é indevida. Obviamente que há lacunas. Mas isso se traduz no reajuste. Só no ano passado (2024) foi um impacto de R\$ 6,8 bilhões no setor com judicialização. São custos não previstos e que precisam ser alocados. Não há mágica (nas contas) — afirma Ribeiro.

APÓS LUCRO RECORDE EM 2025, QUAIS OS DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE PARA 2026

Valor Econômico – 05/01/2026

No acumulado dos nove primeiros meses do ano passado, o lucro operacional das operadoras de saúde somou R\$ 8,6 bilhões

O setor de saúde fechou 2025 com indicadores positivos tanto do lado das operadoras de planos de saúde quanto dos estabelecimentos como hospitais e laboratórios de medicina diagnóstica. Há exceções como o Rio de Janeiro que continua sendo fortemente impactado pelos problemas da Unimed. Já em 2026, ano de eleição, o cenário pode ser mais complexo às operadoras com a nova gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, nos primeiros quatro meses, se mostrou mais pró consumidor.

No acumulado dos nove primeiros meses de 2025, o lucro operacional das operadoras de saúde somou R\$ 8,6 bilhões, o que representa salto de 160% sobre o mesmo período de 2024. Esse desempenho é consequência de uma variação de 10% na linha da receita que atingiu R\$ 284,5 bilhões contra incremento de 5% nas despesas médicas que ficaram em R\$ 202,9 bilhões. As operadoras impuseram reajustes elevados entre 2023 e 2024. Em 2025, a majoração foi inferior ao dos dois anos anteriores, mas houve também um controle de custos médicos por meio de planos de saúde com mais coparticipação, menos reembolso e rede credenciada restrita.

Há uma expectativa que o reajuste se mantenha controlado também em 2026. Os analistas começaram a divulgar as primeiras projeções para o aumento do plano individual. O Citi espera um aumento de 8,6%, enquanto o BTG estima 7,5%. Em 2025, a variação máxima foi de 6,06%.

Segundo os analistas, o reajuste do individual terá forte impacto da Hapvida, que tem uma carteira relevante no plano individual e teve uma taxa de sinistralidade superior ao do mercado.

A Hapvida protagonizou o noticiário no setor de saúde no ano passado. As ações da companhia despencaram quase 50% no pregão do dia 13 de novembro com a divulgação dos resultados do terceiro trimestre que vieram muito abaixo do esperado pelo mercado. Mesmo com a família fundadora e a companhia recomprando papéis, não houve ainda uma recuperação. Houve uma quebra de confiança com o mercado. Há algumas semanas, a operadora anunciou uma

troca na liderança. Jorge Pinheiro, CEO, vai passar sua cadeira para o vice-presidente financeiro, Lucas Adib, que deve assumir no fim de 2026. Jorge Pinheiro será presidente do conselho. A ideia é começar 2027 com a nova estrutura de comando.

Do lado dos hospitais e redes de medicina diagnóstica, o cenário também foi positivo. Houve uma redução na pressão das operadoras, que em 2022 enfrentaram uma forte crise. Agora, as duas pontas voltaram a conversar sobre temas estruturais para o setor de saúde.

No segmento de prestação de serviços de saúde, a notícia de 2025 foram as conversas entre Rede D’Or e Fleury que não avançaram devido à preço, segundo fontes.

A Bradesco Seguros e D’Or, por sua vez, fecharam negócios relevantes na área hospitalar. A empresa da família Moll vendeu cerca de 50% dos hospitais de Campinas, Glória D’Or e Maternidade Star para a seguradora que pagou quase R\$ 1 bilhão pelos três ativos. Esses estabelecimentos passaram a compor o portfólio da Atlântica D’Or, que é a empresa hospitalar da Rede D’Or com Bradesco Seguros. Essa combinação de negócios foi o caminho encontrado para que os hospitais passassem a ser credenciados pela Bradesco.

No ano passado, a praça do país que enfrentou as maiores dificuldades no setor de saúde foi o Rio de Janeiro. A expectativa é que em 2026 o cenário não seja tão melhor diante do tamanho da dívida da Unimed, cerca de R\$ 2 bilhões, com a rede hospitalar do Rio. Não há até o momento nenhum plano de pagamento anunciado pela cooperativa médica. A Unimed do Brasil assumiu a gestão médica, mas o passivo continua com a Unimed Ferj que, por sua vez, ficará com apenas 7% da receita para pagar as despesas administrativas e dívida.

Os primeiros quatro meses da nova gestão de Wadih Damous à frente da ANS foram marcados por ações envolvendo a Unimed Ferj, priorizando os usuários. Anteriormente, Wadih liderava a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) e foi indicado para agência reguladora pelo presidente Lula, do qual é bem próximo. Antes de assumir, havia dúvidas no setor, se ele seria mais voltado às operadoras ou consumidor

COMISSÃO APROVA SUSPENSÃO DE LIMITE DE COBERTURA PARA URGÊNCIA DE SAÚDE

Câmara dos Deputados – 30/12/2025

O projeto que suspende resolução do Conselho de Saúde Suplementar continua em análise na Câmara

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou em dezembro a revogação de limite de 12 horas para atendimento de urgência e emergência por plano ou seguro de natureza ambulatorial, quando o beneficiário estiver cumprindo carência.

Na prática, a regra suspensa pela proposta obriga o usuário a pagar pelos procedimentos médicos que ultrapassem o período de 12 horas, ou então ser removido para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parecer favorável

O texto aprovado é o Projeto de Decreto Legislativo 954/18, do deputado Celso Russomanno (Republicanos-SP), que suspende artigo da Resolução 13/98, do Conselho de Saúde Suplementar (Consu). A comissão acatou o parecer favorável do relator, deputado Bruno Farias (Avante-MG).

"A limitação imposta pela resolução, que restringe a cobertura a 12 horas, não encontra respaldo legal", observa Bruno Farias. "A lei requer que, em situações de risco de vida ou lesões irreparáveis, o atendimento seja garantido conforme a avaliação médica, sem restrições temporais."

Próximo passo

A proposta deve ser analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania antes de ir à votação do Plenário.

ALÉM DO BISTURI: A TECNOLOGIA TRANSFORMANDO A CIRURGIA AMBULATORIAL

Saúde Business - 29/12/2025

A acessibilidade das tecnologias robóticas em cirurgias ambulatoriais cresce com novos entrantes, robôs menores e custos reduzidos, acelerando sua integração nas UCAs.

A percepção tradicional de que a cirurgia ambulatorial se restringe a procedimentos de baixa complexidade está se tornando rapidamente obsoleta. Longe de ser um ambiente para intervenções simples, a Unidade de Cirurgia Ambulatorial (UCA), está emergindo como um centro de excelência e alta tecnologia. A fronteira que separava os hospitais gerais das UCAs está sendo constantemente redesenhada, impulsionada por um arsenal de tecnologias que viabilizam a realização de procedimentos cada vez mais complexos com segurança, eficiência e uma recuperação acelerada.

A convergência da cirurgia robótica, inteligência artificial (IA), Internet das Coisas (IoT) e análise preditiva de dados não está apenas otimizando processos, mas catalisando uma mudança de paradigma fundamental na forma como a assistência cirúrgica é planejada, executada e acompanhada, redefinindo o escopo da cirurgia ambulatorial, transformando-a em um pilar essencial para a sustentabilidade e competitividade dos sistemas de saúde modernos.

Cirurgia robótica e minimamente invasiva

Procedimentos de baixa e média complexidade já são uma realidade, porém, percebemos agora uma nova fase de migração de alguns casos de alta complexidade para o ambiente ambulatorial, graças aos avanços na cirurgia

minimamente invasiva, com a videocirurgia e mais recentemente a robótica, assumindo a vanguarda dessa transformação.

Plataformas como o sistema Da Vinci, da Intuitive Surgical, o Hugo, da Medtronic, o Versius, da CMR Surgical e o Toumai da MicroPort, conferem aos cirurgiões um nível de precisão, destreza e visualização 3D aprimorada que eram inimagináveis em procedimentos cirúrgicos há poucos anos atrás. Uma revisão sistemática recente, analisando 25 estudos, revelou que a cirurgia robótica assistida por IA pode melhorar a precisão cirúrgica em até 40% e reduzir as complicações intraoperatórias em 30%.

Esses ganhos de precisão se traduzem em menor trauma tecidual, sangramento reduzido, incisões menores e, conseqüentemente, menos dor no pós-operatório. Para o paciente, isso significa uma recuperação mais rápida e um retorno mais ágil às atividades diárias, eliminando a necessidade de longos períodos de internação hospitalar.

Para a UCA, a eficiência é notável. A capacidade de realizar procedimentos complexos, como artroplastias de joelho e quadril, histerectomias e prostatectomias, com alta previsibilidade e recuperação otimizada, permite um giro de sala mais rápido e uma gestão de leitos mais eficaz. Dados da Bain & Company projetam que a proporção de artroplastias de joelho realizadas em UCAs nos EUA saltará de 10% para quase 30% até meados desta década, um crescimento impulsionado diretamente pela viabilidade clínica e econômica que a tecnologia robótica proporciona.

Ainda restritas a grandes centros urbanos e redes hospitalares, o uso da robótica está se tornando cada vez mais acessível e viável em estruturas cirúrgicas ambulatoriais. A quantidade de novos entrantes no mercado brasileiro, o desenvolvimento de robôs de menor porte, específicos para determinados tipos de procedimentos e a redução do custo de aquisição, são fatores que irão permitir a integração desta tecnologia em um curto espaço de tempo nas UCAs.

Inteligência artificial na gestão do fluxo cirúrgico

Se a robótica redefine a execução do ato cirúrgico, a inteligência artificial (IA) está revolucionando tudo o que acontece antes e depois. A IA atua como o cérebro operacional da UCA moderna, e o Brasil já desponta com healthtechs que desenvolvem soluções robustas para otimizar desde o agendamento de salas e a gestão de insumos até a personalização de protocolos e a previsão de desfechos clínicos.

A gestão anestésica é uma área fundamental para cirurgia ambulatorial e campo fértil para a inovação. A Anestech exemplifica esse avanço ao digitalizar toda a jornada perioperatória, com mais de 1 milhão de procedimentos registrados, criando um vasto repositório de dados para análise. A plataforma gera dashboards de performance que permitem aos gestores acompanhar indicadores críticos, como a taxa de ocupação de salas, o tempo de giro cirúrgico e a adesão a protocolos de segurança que impactam diretamente os desfechos e a viabilidade da cirurgia ambulatorial.

Em outra frente, o robô Laura, da Laura Care, atua na predição de riscos, sendo capaz de analisar dados do prontuário em tempo real e alertar a equipe sobre o risco de deterioração clínica, como a sepse, com até 10 horas de antecedência. Para a cirurgia ambulatorial, essa capacidade preditiva é fundamental, pois ajuda a estratificar pacientes com maior precisão, garantindo que apenas os candidatos com perfil de risco adequado sejam alocados para o procedimento em regime de curta permanência, o que minimiza a chance de complicações e reinternações.

IoT e Monitoramento Remoto: Estendendo o Cuidado Além da UCA

A segurança do paciente após a alta é uma das maiores preocupações na cirurgia ambulatorial. A Internet das Coisas (IoT), através de wearables (dispositivos vestíveis) e sensores domésticos, cria uma ponte digital entre o paciente em casa e a equipe clínica, garantindo um monitoramento contínuo e proativo. Essa rede de segurança digital é o que permite que procedimentos mais complexos sejam realizados com confiança fora do ambiente hospitalar.

Uma revisão de literatura publicada no periódico mHealth identificou que a maioria dos estudos sobre o tema utiliza acelerômetros e pedômetros de pulso (como os da Fitbit e Apple) para monitorar a atividade física como um marcador de recuperação funcional. No entanto, a tecnologia vai muito além. Dispositivos modernos podem aferir continuamente sinais vitais como frequência cardíaca, saturação de oxigênio (SpO2), temperatura e pressão arterial. Esses dados, chamados de biomarcadores digitais, são transmitidos em tempo real para uma central de monitoramento, onde algoritmos de IA analisam os padrões e disparam alertas automáticos à equipe médica ao detectar qualquer desvio da normalidade.

Um estudo da Mayo Clinic, embora não tenha encontrado diferença estatística nas taxas de readmissão, destacou um benefício qualitativo imenso: os pacientes relataram uma profunda “paz de espírito” ao se sentirem constantemente cuidados, mesmo à distância. Essa percepção de segurança é crucial para a experiência do paciente e para a adesão ao tratamento. A detecção precoce de complicações, como infecções, eventos tromboembólicos ou arritmias, permite uma intervenção imediata, muitas vezes antes que o quadro se agrave, evitando uma visita ao pronto-socorro ou uma reinternação. A combinação de IoT e IA possibilita um modelo de cuidado que é ao mesmo tempo descentralizado e altamente vigilante.

O futuro cirúrgico é um hub tecnológico de alta eficiência

As Unidades de Cirurgia Ambulatorial estão se consolidando não apenas como uma alternativa, mas como o modelo preferencial para uma gama crescente de procedimentos cirúrgicos. A imagem da UCA como um simples “day hospital” está sendo superada rapidamente, ela está se transformando em um hub tecnológico de alta eficiência, onde a convergência de robótica, inteligência artificial e IoT irá criar um ecossistema de cuidado preciso, preditivo e personalizado. A capacidade de oferecer desfechos clínicos superiores, com uma experiência do paciente aprimorada e a um custo significativamente menor, posiciona este modelo como uma peça-chave para a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo o Brasil, onde o potencial para reduzir filas e otimizar recursos é imenso.

O investimento estratégico em tecnologia ganhará cada vez mais força para suportar a competitividade e a expansão do modelo ambulatorial. As UCAs que abraçarem a transformação digital estarão mais bem preparadas para atrair os melhores talentos médicos, firmar parcerias estratégicas com operadoras de saúde e, o mais importante, oferecer aos pacientes o mais alto padrão de cuidado cirúrgico e pós-operatório. O futuro da cirurgia não está apenas no aprimoramento assistencial, mas na inteligência que o cerca, redefinindo o que é possível realizar além das paredes do hospital tradicional

APESAR DOS DESAFIOS, SAÚDE SUPLEMENTAR VÊ POTENCIAL DE EVOLUÇÃO EM 2026

SEGS - 29/12/2025

Setor avança na recuperação pós-pandemia, mas desafios econômicos, regulatórios e estruturais exigem cautela em 2026

O setor de saúde suplementar brasileiro se prepara para um ano de desafios em 2026, mas também com oportunidades de avanços significativos para os 53 milhões de beneficiários. Para a FenaSaúde, a recuperação recente das operadoras, após anos de resultados negativos no período pós-pandemia, precisa ser analisada com cautela, considerando a preponderância dos resultados financeiros no resultado total e as desigualdades estruturais que ainda afetam principalmente pequenas operadoras em cidades menores do Norte e Nordeste.

Cenário macroeconômico pressiona rentabilidade do setor

Entre 2021 e 2023, as despesas do setor superaram as receitas em mais de R\$ 17 bilhões, deixando cicatrizes profundas. É importante destacar que, apesar dos sinais de retomada, o lucro líquido das operadoras médico-hospitalares registrou variação de -14,1% em relação ao trimestre anterior, passando de R\$ 5,5 bilhões para R\$ 4,8 bilhões.

Merece atenção o fato de que o lucro líquido do 3º trimestre de 2025 teve contribuição do resultado operacional (R\$ 2,0 bilhões), mas principalmente do resultado financeiro (R\$ 4,2 bilhões), muito relacionado ao cenário macroeconômico, no qual a taxa básica de juros da economia, a taxa Selic, se mantém em patamares elevados. Por fim, o setor apresenta grande heterogeneidade, e 1 a cada 4 operadoras apresenta resultado líquido negativo.

A margem de lucro também apresentou mudança, variando de 6,7% para 5,6%. O índice combinado, que representa a relação entre as despesas operacionais (administrativas, de comercialização e assistenciais) e as receitas provenientes das contraprestações efetivas, apresentou aumento de 1,1 p.p., passando de 94,2% para 95,3%. Além disso, as operadoras de planos de saúde com resultado operacional negativo aumentaram desde o início do ano: eram pouco menos de 1/3 (202 operadoras — 31,7%) no 1T25 e já são quase metade agora (315 operadoras — 49,2%). Ao todo, 8,65 milhões de beneficiários estão em operadoras com resultado operacional negativo.

Perspectivas e desafios para o setor em 2026

“Para 2026, projetamos um setor de saúde suplementar com foco em sustentabilidade, inovação e ampliação do acesso à população. É fundamental avançar em modelos de financiamento equilibrados, adotar novas tecnologias como inteligência artificial, fortalecer a coordenação do cuidado e a

atenção primária, e implementar soluções como franquias para tornar os planos mais acessíveis. Precisamos também combater fraudes e reduzir a judicialização excessiva, garantindo que a expansão ocorra de forma responsável e com qualidade”, afirma Raquel Reis, CEO da SulAmérica e Presidente da FenaSaúde.

“A saúde suplementar é um ambiente complexo e sua boa condição econômico-financeira é essencial para o equilíbrio do sistema de saúde brasileiro como um todo. Quando o setor funciona bem, o SUS também se beneficia”, destaca Bruno Sobral, Diretor-Executivo da FenaSaúde. “O desafio de 2026 será ampliar o acesso de forma responsável garantindo que a incorporação de novas tecnologias não comprometa a sustentabilidade do setor principalmente para os beneficiários de pequenas cidades e regiões mais vulneráveis.”

Para a entidade, a expansão da oferta de planos de saúde em 2026 dependerá de preços acessíveis, especialmente para pequenas empresas, segmento considerado termômetro do crescimento do setor. No entanto, o cenário permanece complexo: a regra de reajuste dos planos individuais limita a oferta desse produto, concentrando o mercado nos planos coletivos, que representam hoje mais de 83% das contratações.

O crescimento da saúde suplementar seguirá atrelado ao desempenho econômico do país, ainda de acordo com a FenaSaúde. Entre janeiro e setembro de 2025, foram criados 1,7 milhão de empregos formais, elevando para 48,9 milhões o número de vínculos ativos, o que tende a impulsionar a contratação de planos de saúde no próximo ano. O envelhecimento populacional e a incorporação de tecnologias de alto custo continuam pressionando os sistemas de saúde no Brasil e no mundo, tornando a racionalização das despesas assistenciais uma prioridade para 2026. Além disso, a ANS deixará para o próximo ano discussões regulatórias estruturantes, como reajuste de planos coletivos, coparticipação, oferta de planos segmentados e revisão do marco regulatório da Lei no 9.656/1998. Apesar das incertezas, o setor tem potencial para avanços significativos, desde que as decisões sejam tomadas de forma ampla, transparente e baseada em evidências, equilibrando a ampliação do acesso com a sustentabilidade do sistema.

Sobre a FenaSaúde

Fundada em 2007, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) representa operadoras de planos de assistência médica e odontológica, atuando no relacionamento institucional com órgãos reguladores, poderes constituídos e a sociedade em geral. São associadas à entidade as maiores operadoras do país: Bradesco Saúde, SulAmérica, Gama Saúde, ItaúSeg Saúde, MetLife,

IDSS 2027 (ANO-BASE 2026): FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES ESTÃO DISPONÍVEIS

(Gov) ANS - 26/12/2025

Agência fez alterações para ampliar a consistência técnica e o alinhamento da qualificação às diretrizes nacionais e internacionais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza para consulta em seu portal nesta sexta-feira, 26/12, as fichas técnicas do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) para o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2027, ano-base 2026. Elas passam a contar com alterações nos indicadores, feitas com vistas à atualização de bases de dados, parâmetros e evidências científicas para ampliar a consistência técnica e o alinhamento às diretrizes nacionais e internacionais. Também foram incorporados dados recentes da Fiocruz (SISAPI) e de inquéritos nacionais, como o VIGITEL 2025 e a Pesquisa Saúde Bucal no Brasil 2023, bem como revisadas as interpretações e recomendações com embasamentos na literatura atual, incluindo estudos do *National Institute for Clinical Excellence* (Nice), da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e de sociedades científicas nacionais e internacionais.

Dentre as novidades, destacam-se o aprimoramento do detalhamento clínico e epidemiológico e a atualização das metodologias de cálculo. De forma transversal, as mudanças reforçam o estímulo à atenção primária, à coordenação do cuidado e à qualificação da linha de cuidado do idoso e de condições crônicas, em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com evidências internacionais.

As principais alterações foram:

- 1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos: atualizações pontuais das referências epidemiológicas, da interpretação, ações esperadas, nomenclatura simplificada e inclusão de evidências científicas recentes;
- O indicador 1.5 – Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncológica foi reformulado e passou a ser denominado Taxa de procedimentos diagnósticos de rastreamento para o câncer de colo de útero. Para o ano-base 2026 foram incluídos no cálculo os códigos da TUSS 22 relacionados ao teste de DNA-HPV. Essa alteração teve o objetivo de alinhamento com as diretrizes da OMS e Ministério da Saúde;
- Adequação da faixa etária da população-alvo para 18 anos ou mais, acompanhando a literatura de referência sobre o cuidado com o paciente com diabetes, e atualização da estimativa de prevalência de diabetes, de 7,47% para 9,2%, com base no VIGITEL 2025, além da atualização da Nomenclatura simplificada para “Cuidado em Diabetes”,

alinhando-se à linguagem inclusiva e às diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde de utilização de expressões centradas na condição de saúde e não na pessoa;

- 1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos: alteração da meta;
- 1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base: destaque para a nova certificação oncológica e adequação das pontuações para indução da participação voluntárias das operadoras nos programas de indução da qualidade da ANS, incluindo participação em mais de 1 concomitantemente;
- 2.1 - Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário: alterações realizadas com base no resultado mais recente do Censo Brasileiro de Diálise - CBD 2023;
- 3.1 - Índice de Capital Regulatório: ajustes necessários à regulação prudencial da ANS, com revisão das críticas;
- 3.2 - Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar: alteração de Peso zero para Peso 1, após teste no ano-base 2025;
- 3.3 - Índice Geral de Reclamações (IGR): Alteração de peso 1 para peso 2;
- 4.5 - Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS – Bônus: alteração da meta para percentual mais desafiador: 10%.

Indicadores de assistência odontológica

- Os indicadores 1.7 - Cárie Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE e 1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia foram consolidados no indicador 1.7 - Proporção de Procedimentos Odontológicos Preventivos e foi elaborado o novo indicador 1.8 - Proporção de Beneficiários com 12 anos ou mais que realizaram Raspagem Supragengival (com peso zero em 2026), buscando maior alinhamento com a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e convergência do monitoramento da qualidade da atenção à saúde bucal na saúde suplementar com o modelo de monitoramento nacional;
- Os indicadores 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário e 2.9 - Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodôntico Concluído também sofreram

atualização da meta com base nos dados da pesquisa Saúde Bucal BRASIL 2023;

Embora mais desafiadores, os indicadores que avaliarão o desempenho das operadoras em 2027, relativo ao IDSS ano-base 2026, incorporam avanços que ampliam a acurácia da avaliação das operadoras, alinhando-se às diretrizes de saúde do país e para o setor de saúde suplementar,

contribuindo para um acompanhamento mais qualificado do desempenho no próximo ciclo avaliativo.

As fichas técnicas do IDSS 2027 (ano-base 2026) são divulgadas com antecedência para oferecer ao setor mais previsibilidade, segurança jurídica e transparência, além de tempo hábil para planejamento e adequação antes do início do processamento, previsto para 30/4/2027. [Clique aqui](#) para acessar a íntegra das fichas técnicas.

ANS DIVULGA 10ª EDIÇÃO DO PANORAMA – SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS - 23/12/2025

Boletim reúne informações até o terceiro trimestre de 2025, com análises sobre o setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publica nesta terça-feira, 23/12, a [10ª edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar](#), com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde referentes ao terceiro trimestre de 2025, já contemplando os dados de beneficiários atualizadas até outubro. A publicação mostra o crescimento, no último ano, dos consumidores na saúde suplementar: 2,88% nos planos exclusivamente odontológicos e 2,70% nos planos médico-hospitalares e destaca a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar, através do programa Agora Tem Especialistas.

O Panorama é elaborado com base em dados enviados pelas operadoras de planos de saúde a sistemas de informação da ANS, tais como o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e Sistema de Informação de Produtos (SIP).

Confira abaixo algumas das informações apresentadas pela 10ª edição do boletim Panorama - Saúde Suplementar:

Assistência à saúde

O boletim apresenta a análise da frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia. A utilização dos serviços de saúde considera o número de procedimentos realizados por pessoa. Assim, ao longo de 2024, observou-se uma trajetória de redução no uso desses serviços. No entanto, no quarto trimestre de 2024, houve uma leve reversão dessa tendência, com um pequeno aumento na utilização. Já o primeiro e segundo trimestres de 2025, a tendência de queda em relação aos mesmos trimestres do ano anterior foi retomada.

Agora Tem Especialistas

Criado pelo Ministério da Saúde com o principal objetivo de reduzir o tempo de espera por atendimentos no SUS, o programa permite que as operadoras convertam dívidas de Ressarcimento ao SUS e outros valores devidos em serviços

que serão prestados diretamente aos pacientes da rede pública de saúde, por meio de termos de compromisso firmados com gestores municipais e estaduais. Com isso, a ANS reforça sua atuação no acompanhamento da execução desses serviços e na avaliação dos impactos sobre os beneficiários das operadoras participantes. A iniciativa conta, atualmente, com as seguintes especialidades ofertadas: cardiologia, ginecologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Assim, o boletim mostra a distribuição das consultas por especialidade, considerando somente as consultas médicas ambulatoriais, estando dentre as mais consultadas na saúde suplementar no segundo trimestre de 2025 as especialidades selecionadas pelo Agora Tem Especialistas.

Utilização do SUS

A publicação traz a Utilização da rede do SUS por beneficiários, apresentando os dados sobre internações e procedimentos de média e alta complexidade realizados por usuários de planos de saúde no sistema público, assim como valores cobrados e efetivamente pagos pelas operadoras para ressarcimento ao SUS. Nos últimos cinco anos, das cerca de 12 milhões de internações anuais no SUS e registradas em Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), cerca de 1,7% ocorreram em pacientes cobertos por planos privados de saúde com assistência médica. Já as internações ocorridas no SUS no ano de 2024, até o mês de setembro, notificadas pela ANS às operadoras no ano de 2025, representaram mais de 2,05% do total do SUS.

Despesas médicas

Com foco no comportamento dos indicadores de resultado do setor de saúde suplementar na operação médico-hospitalar, a seção Cenário econômico-financeiro mostra que, no terceiro trimestre de 2025, o setor continua em alta, tanto no resultado líquido quanto no resultado operacional. O resultado líquido acumulado nos últimos quatro trimestres atingiu R\$ 14 bilhões, completando oito trimestres consecutivos de resultados positivos neste recorte.

Demandas de consumidores

A 10ª edição do Panorama – Saúde Suplementar apresenta a evolução das reclamações tratadas por meio na Notificação

de Intermediação Preliminar (NIP), seção em que é possível observar que, nos meses de janeiro a outubro de 2025, as reclamações registradas pelos consumidores diminuíram em relação ao mesmo período de 2024, indicando uma tendência de redução. A melhora também foi observada pelo Índice Geral de Reclamações (IGR), que é calculado pela média de reclamações e a média do número de beneficiários de uma mesma operadora, no mesmo período. Através dele, pode-se observar que os planos de assistência médico hospitalar

tiveram no ano de 2024 a média de 58,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários, enquanto de janeiro a outubro de 2025 foi de 50,6, reclamações para cada 100 mil beneficiário.

Esses e outros dados podem ser conferidos no Panorama, que segue mantendo uma seção sobre Aspectos Normativos e Legais, colaborando para uma melhor visão de como está a regulamentação do setor de planos de saúde.

ANS DIVULGA AVALIAÇÃO TRIMESTRAL DAS OPERADORAS COM BASE EM RECLAMAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

(Gov) ANS - 22/12/2025

Resultados passam a integrar ações de transparência previstas na RN 623/2024 e utilizam o Índice Geral de Reclamações (IGR)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira, 22/12, as informações sobre o desempenho das operadoras de planos de saúde no relacionamento com seus beneficiários, com base no Índice Geral de Reclamações (IGR). A divulgação está prevista na [Resolução Normativa \(RN\) 623/2024](#), em vigor desde 1º/7/2025, e reforça o compromisso da Agência com a transparência e a qualificação da relação entre operadoras e usuários de planos de saúde.

A RN 623/2024 define regras para as operadoras de planos privados de assistência à saúde e administradoras de benefícios sempre que o beneficiário solicitar procedimentos ou serviços de cobertura assistencial, como consultas, exames e cirurgias, ou não assistencial, em qualquer modalidade de contratação. A norma determina que o consumidor receba informações claras, adequadas e precisas sobre os serviços contratados sempre que fizer uma solicitação. Além disso, reforça a transparência ao prever a avaliação trimestral do desempenho das operadoras de planos de saúde, por metas, nas segmentações médico-hospitalar e odontológica, com base no IGR. O indicador considera a quantidade de reclamações registradas em relação ao número de beneficiários de cada operadora.

Segundo o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, a divulgação das listas amplia o acesso da população a informações sobre o setor. “O cidadão tem o direito de saber como as operadoras se comportam quando surgem problemas. Tornar esses dados públicos, mostrando quem tem um relacionamento melhor com seus clientes, é uma forma de ampliar a concorrência no setor, de estimular as operadoras a qualificarem o atendimento, e, também, de dar mais clareza ao consumidor sobre a atuação de sua operadora”, afirma.

Listas divulgadas

Nesta primeira divulgação, a ANS disponibiliza no site as Listas de Excelência no relacionamento com o consumidor, por modalidade da operadora: assistência médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica. As listas reúnem as operadoras com menores índices de reclamação no trimestre, conforme critérios definidos na RN 623/2024.

A partir de março de 2026, a cada trimestre, também serão divulgadas as Listas de Redução de reclamações, que reúnem as operadoras que demonstraram esforço para melhorar o serviço prestado a seus beneficiários, com redução do número de reclamações em dois trimestres consecutivos.

“É importante compreender que a inclusão de uma operadora nas listas não significa que ela seja excelente em todos os aspectos. A análise considera exclusivamente o desempenho no IGR, que relaciona o volume de reclamações ao número de beneficiários”, explica a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros. E complementa: “Estamos organizando um webinar no início do próximo ano para detalhar essas listas e o que esperamos das operadoras. Em breve daremos mais informações sobre data, horário e inscrições”, avisa.

Confira abaixo o desempenho das operadoras de planos de saúde no Índice Geral de Reclamações (IGR)

3º trimestre de 2025

No 3º trimestre de 2025, a meta do IGR para o Critério de Excelência foi de 2,4 para operadoras com planos médico-hospitalares (MH) e de 0,6 para operadoras que oferecem apenas planos exclusivamente odontológicos (OD).

Essas metas são calculadas a partir do indicador do IDSS (3.3 - Índice Geral de Reclamação Anual - IGR Anual), com um acréscimo de 20%. Para o ano de 2025, a meta do IGR no IDSS foi de 2 para operadoras com planos MH e de 0,5 para operadoras com planos OD.

A meta também é considerada cumprida quando a operadora tem registrado, no trimestre, até três demandas nos planos MH ou até duas demandas nos planos OD. Se a operadora oferecer os dois tipos de plano, é necessário atingir a meta em ambos os indicadores, conforme as regras definidas no Anexo II da RN nº 623/2024.

- Lista de Excelência no relacionamento com o consumidor – assistência médico-hospitalar
- Lista de Excelência no relacionamento com o consumidor – assistência exclusivamente odontológica

[Clique aqui](#) para mais informações sobre as avaliações trimestrais.

ANS APROVA NOVO MODELO DE FISCALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS - 19/12/2025

Norma moderniza atuação fiscalizatória, amplia ações planejadas e fortalece indução à conformidade regulatória no setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL), realizada na sexta-feira, 19/12, uma norma que institui o Novo Modelo de Fiscalização do Setor de Saúde Suplementar. A iniciativa representa um avanço na modernização da atuação fiscalizatória da Agência, com maior foco na prevenção de conflitos, na melhoria da experiência do beneficiário e no incremento de incentivo à adoção de boas práticas pelas operadoras e administradoras de benefícios.

O novo modelo foi desenvolvido no âmbito da Agenda Regulatória da ANS 2023-2025 e se baseia em uma abordagem de regulação responsiva, que combina instrumentos preventivos, indutores e sancionatórios. A proposta foi amplamente debatida em 2025, com início na Consulta Pública nº 147, que garantiu a participação da sociedade e dos agentes regulados na construção da nova norma, e ao longo do ano em eventos técnicos voltados ao aprimoramento do modelo de fiscalização.

Os principais objetivos da norma são a redução do tempo de análise das reclamações, a atuação mais rápida da fiscalização diante dos problemas identificados e a criação de um sistema que estimula o cumprimento das normas pelas operadoras, tornando os processos fiscalizatórios mais eficientes e alinhados à realidade do setor, com o intuito de intensificar a adesão regulatória dos entes regulados e, consequentemente, proporcionar melhores serviços aos consumidores.

“O novo modelo de fiscalização reforça o papel da ANS como indutora de boas práticas no setor. A proposta é provocar a mudança de cultura com os direitos dos beneficiários respeitados e a melhoria do atendimento das operadoras, sem abrir mão de medidas coercitivas quando necessárias”, destacou a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros.

A norma aprovada pela Diretoria Colegiada entrará em vigor em 1º de maio de 2026 e será aplicada exclusivamente às

infrações ocorridas a partir dessa data, conforme parecer da Procuradoria Federal junto à ANS.

Entre as principais mudanças trazidas pelo novo modelo, destacam-se:

- **Análises individuais de demandas por amostragem**, realizadas com base em critérios previamente definidos e aprovados pela Diretoria Colegiada;
- **Remodelação das ações planejadas e estratégicas de fiscalização;**
- **Ajustes em tipos infrativos e no valor das multas pecuniárias;**

Análises individuais de demandas por amostragem

A adoção da avaliação por amostragem tem como objetivo tornar a atuação fiscalizatória mais ágil e efetiva, sem prejuízo ao tratamento das reclamações dos beneficiários. As demandas continuarão sendo recebidas normalmente pela ANS e encaminhadas às operadoras na fase de mediação eletrônica por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta criada pela Agência para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores.

No novo modelo, parte das reclamações seguirá sendo analisada individualmente, dentro da capacidade operacional da fiscalização, enquanto as demandas não selecionadas servirão de base para as ações planejadas da ANS, além de impactarem em diversos indicadores. Essa abordagem permite evitar o acúmulo de processos, distribuir melhor a força de trabalho da Agência e identificar, de forma mais rápida, padrões de conduta que demandem atuação regulatória mais ampla.

A seleção por amostragem também possibilita análises mais tempestivas, realizadas em um período de até 45 dias, após a distribuição aos analistas, favorecendo respostas mais rápidas não apenas da diretoria de Fiscalização, mas também de outras áreas da ANS. Importante destacar que qualquer reclamação não resolvida poderá ser incluída nas análises individualizadas, conforme critérios definidos e a prerrogativa fiscalizatória da Agência.

Ações de Fiscalização Planejada

O novo modelo reorganiza as Ações de Fiscalização Planejada (AFP), que passam a ter papel central na atuação da Agência. Essas ações são estruturadas em diferentes modalidades, de acordo com a gravidade da situação identificada e o desempenho das operadoras nos indicadores da ANS, especialmente o Índice Geral de Reclamações (IGR).

As ações passam a contemplar desde a Ação Planejada Preventiva de Fiscalização (APP), de caráter orientador, até a Ação Planejada Focal (APF) e a Ação Planejada Estruturada (APE), esta última aplicável a casos mais complexos e com previsão de penalidades em caso de descumprimento das determinações da fiscalização, que podem chegar a R\$ 1 milhão por determinação da ANS, além de restrição de exercício do cargo para o administrador da operadora.

O modelo também contempla a Ação Coercitiva Incidental (ACI), que pode ser instaurada quando, no curso de outras ações de fiscalização planejada, houver aumento recente no registro de reclamações ou quando verificada situação de descumprimento relevante da legislação setorial que impacte negativamente a prestação de serviços à coletividade de beneficiários.

Inspirado nos princípios da regulação responsiva, o novo modelo busca estimular a autorregulação orientada, com foco na correção de falhas operacionais, na prevenção de conflitos

e na redução do volume de reclamações registradas nos canais da ANS, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços oferecidos no setor de saúde suplementar.

“Ao priorizar ações planejadas e graduais, a ANS fortalece um ambiente regulatório mais previsível, que estimula ajustes tempestivos por parte das operadoras e contribui para a qualificação dos serviços prestados aos beneficiários”, ressaltou Eliane Medeiros.

Ajustes nos tipos de infração e nos valores das multas

A proposta aprovada também estabelece mudanças nas regras de aplicação de multas às operadoras. A norma atualiza os tipos de infração previstos e revisa os valores das multas aplicáveis. Com isso, as penalidades passam a ter valores mais altos, com aumento escalonado que, ao final do período de implementação, representa elevação total de até 170% em relação aos valores atualmente vigentes.

Exemplo: hoje, o tipo infrativo de negativa de cobertura prevê multa-base de R\$ 80 mil por conduta. Para fatos ocorridos a partir de maio de 2026, o valor passará a ser de R\$ 108 mil; a partir de janeiro de 2027, R\$ 162 mil; e, a partir de janeiro de 2028, R\$ 216 mil.

Assim, uma denúncia de negativa de cobertura que hoje resulte em processo sancionador gera multa-base de R\$ 80 mil. Já as denúncias relativas a fatos ocorridos após a entrada em vigor da norma, em maio de 2026, estarão sujeitas aos novos valores, conforme o escalonamento previsto.

ESPECIALISTAS REVELAM PREOCUPAÇÃO COM EXCESSO DE AÇÕES JUDICIAIS SOBRE TRATAMENTOS DE SAÚDE

Câmara dos Deputados - 17/12/2025

Tema foi discutido em audiência da Câmara dos Deputados

O aumento de ações judiciais para garantir tratamentos de saúde no Brasil foi tema de audiência pública da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados na terça-feira (16).

Esse quadro reflete o grande número de pedidos negados por planos de saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as filas para conseguir fazer exames, consultas e cirurgias.

Para o defensor público Ramiro Sant’ana, se as políticas públicas fossem efetivamente cumpridas, a situação seria outra.

“Por lei, depois de incorporar um tratamento, o SUS tem 180 dias para disponibilizá-lo em todo o território nacional. É um prazo razoável, mas que não costuma ser respeitado. E, como o tratamento não é disponibilizado, resta ao cidadão recorrer à Justiça”, disse.

Alcindo Cerci Neto, do Conselho Federal de Medicina, ressaltou que, muitas vezes, a Justiça é o único caminho para o paciente garantir o tratamento mais adequado.

“A judicialização se transformou, sim, em instrumento de acesso à saúde. É a única ferramenta, às vezes, que a população pode utilizar para conseguir tratamentos que seus médicos sabem que são melhores”, afirmou.

Daiane Nogueira de Lira, do Conselho Nacional de Justiça, alertou para os riscos que os excessos de processos judiciais podem trazer.

“A gente precisa de decisões baseadas em medicina e evidências científicas robustas para garantir a segurança dos pacientes”, comentou.

A deputada Adriana Ventura (Novo-SP), que propôs o debate, defendeu o diálogo com todos os envolvidos no setor em busca de alternativas para diminuir a judicialização.

Para ela, é necessário ter mecanismos que garantam o atendimento integral e universal do SUS.

“Há pedidos judiciais de medicamentos e terapias que são insustentáveis. Deve-se pensar na sustentabilidade do sistema de saúde, porque os recursos são finitos”, declarou.

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](https://www.milliman.com)

