

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

20 de maio de 2026



ÍNDICE INTERATIVO

[Novo medicamento para câncer de próstata entra no rol da ANS](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Operadoras automatizam até 95% das análises com ia para conter pressão de custos na saúde](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Planos odontológicos atingem recorde no brasil, enquanto mercado médico-hospitalar mantém crescimento moderado](#) - Fonte: Revista Cobertura

[ANS interrompe temporariamente o programa de mapeamento de risco assistencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Operadoras de saúde focam em PMEs e planos regionais para manter expansão em 2026](#) - Fonte: O Globo

[Participações sociais em andamento](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Crescimento da população idosa desafia planos de saúde](#) - Fonte: Estado de Minas

[Nova fiscalização da ANS eleva pressão regulatória sobre planos](#) - Fonte: Revista Apólice

[ANS promove audiência pública 66](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga novas operadoras selecionadas para o projeto parto adequado](#) - Fonte: (Gov) ANS

[A voz dos cidadãos: ouvidoria da ANS divulga relatório do 1º trimestre de 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS defende cuidado centrado na pessoa e participação social na saúde suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Consulta pública 172: ANS recebe contribuições para atualização do rol](#) - Fonte: (Gov) ANS

NOVO MEDICAMENTO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA ENTRA NO ROL DA ANS

(Gov) ANS – 19/05/2026

Lista de coberturas obrigatórias também amplia proteção de bebês prematuros contra vírus respiratório

Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, no dia 15/5, a inclusão de um novo tratamento para câncer de próstata na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Trata-se do medicamento Olaparibe em monoterapia, para o tratamento de pacientes adultos com câncer de próstata metastático, em casos específicos previstos pela ANS, com mutação nos genes BRCA1 e/ou BRCA2, cuja doença progrediu após tratamento prévio com novo agente hormonal.

A proposta de inclusão do medicamento foi analisada pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) durante a 48ª e a 50ª reuniões técnicas, realizadas em fevereiro e abril. O tema também foi debatido na Consulta Pública 169 e na Audiência Pública 64, promovidas pela Agência em março.

O medicamento deverá ser coberto pelas operadoras de planos de saúde, de acordo com sua diretriz de utilização (DUT), a partir de 1º/7.

Tratamento para vírus respiratório

A ANS também aprovou uma mudança nas regras de cobertura do Niservimabe, medicamento usado na terapia imunoprolifática do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), um dos principais causadores de infecções respiratórias em bebês.

Com a atualização, bebês prematuros nascidos com menos de 37 semanas e com até 1 ano de idade poderão receber o medicamento independentemente da época do ano. Antes, a cobertura estava vinculada ao período de maior circulação do vírus.

A alteração segue a Lei 14.307/2022, que determina a inclusão no Rol da ANS de tecnologias recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

Assim, a DUT 124 passa a prever cobertura para:

· 124. Terapia Imunoprolifática para o Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

· 2.A. Crianças prematuras nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas (até 36 semanas e 6 dias), com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias), independentemente da sazonalidade do VSR.

A mudança passa a valer a partir de 25/5.

Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista de coberturas obrigatórias para os beneficiários de planos de saúde, que engloba consultas, terapias, exames, procedimentos e cirurgias para todas as doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

OPERADORAS AUTOMATIZAM ATÉ 95% DAS ANÁLISES COM IA PARA CONTER PRESSÃO DE CUSTOS NA SAÚDE

Revista Cobertura – 19/05/2026

Tecnologia avança sobre regulação e faturamento em meio à alta da sinistralidade e compressão de margens no setor. Cases serão apresentados na Hospitalar 2026, de 19 a 22 de maio em São Paulo.

Sob pressão crescente dos custos assistenciais e da deterioração dos indicadores financeiros, operadoras de planos de saúde estão acelerando a adoção de inteligência artificial para ganhar eficiência e preservar margens. Em alguns casos, a automação já alcança níveis próximos de 100% em etapas críticas da operação.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que a sinistralidade das operadoras médico-hospitalares voltou a patamares próximos ao período pré-pandemia, superando 80% em diversas carteiras. Já análises do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) apontam pressão contínua sobre as margens do setor, diante do avanço dos custos assistenciais acima da inflação geral.

Nesse cenário, ganhos marginais de eficiência passaram a ter impacto direto no resultado financeiro das operadoras. É nesse contexto que uma plataforma baseada em IA já automatiza 95,1% das respostas a solicitações de exames, consultas e internações. Em um dos projetos, o sistema

processou 9 milhões de pedidos em seis meses, com mais de 90% de autorizações realizadas automaticamente, 4,8% de negativas por inconsistências e apenas 4,9% dos casos encaminhados para análise técnica especializada.

O movimento não se limita à regulação assistencial. No faturamento, uma das áreas mais intensivas em mão de obra, a automação também avança rapidamente. Em outra operação, responsável pelo processamento de cerca de 600 mil guias médicas por mês, o uso de agentes de IA reduziu de 45 para 6 o número de profissionais dedicados à análise,

mantendo o prazo de processamento e ampliando o nível de detalhamento das auditorias.

Os dois cases, liderados pela Maida Health, serão apresentados durante a Hospitalar 2026, de 19 a 22 de maio, em São Paulo. Segundo André Machado, CEO da healtech, a adoção dessas soluções reflete uma mudança estrutural na gestão da saúde suplementar. “A pressão sobre custos e resultados tornou inevitável a incorporação de tecnologias que ampliem o controle e a previsibilidade das operações. A inteligência artificial já é um instrumento central na gestão das operadoras”, afirma o CEO.

PLANOS ODONTOLÓGICOS ATINGEM RECORDE NO BRASIL, ENQUANTO MERCADO MÉDICO-HOSPITALAR MANTÉM CRESCIMENTO MODERADO

Revista Cobertura – 19/05/2026

Nova edição da NAB do IESS mostra expansão da cobertura odontológica impulsionada pelo emprego formal e revela desigualdades regionais no acesso à odontologia suplementar

O número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos no Brasil atingiu o maior patamar da série histórica, chegando a 35,8 milhões de vínculos em março de 2026. O resultado representa crescimento de 3,6% em 12 meses, com incorporação de 1,24 milhão de beneficiários. No mesmo período, os planos médico-hospitalares alcançaram 53 milhões de beneficiários, com alta mais moderada, de 1,7% em relação a março de 2025, equivalente a 906 mil novos vínculos. Os dados fazem parte da nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB 117), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) – [clique aqui e acesse a íntegra](#) do relatório.

A Análise Especial desta edição indica que a taxa nacional de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos chegou a 16,8% da população brasileira em março de 2026. No entanto, o acesso permanece concentrado em regiões mais desenvolvidas economicamente. Enquanto o Sudeste apresenta cobertura de 22,8%, a Região Norte registra apenas 8%. Entre os estados, São Paulo lidera com taxa de 26,3%, enquanto Roraima possui apenas 2% da população coberta por planos odontológicos.

“O crescimento da odontologia suplementar é consistente e contínuo, mas ainda ocorre de forma muito desigual entre as regiões brasileiras. Os dados mostram uma forte associação entre cobertura odontológica, formalização do emprego e nível de desenvolvimento econômico”, afirma Denizar Vianna, superintendente executivo do IESS. “O dado é relevante porque é preciso pensar em mecanismos de estímulo ao mercado e também expansão de oferta de serviços odontológicos nas regiões menos desenvolvidas.”

O relatório mostra que a expansão do segmento odontológico continua fortemente sustentada pelos planos coletivos empresariais. Em março de 2026, essa modalidade

concentrava 74,7% de todos os beneficiários de planos odontológicos, totalizando 26,8 milhões de vínculos. Nos últimos 12 meses, os planos coletivos empresariais cresceram 8,0%, enquanto os planos individuais e familiares recuaram 13,6%, com perda de mais de 906 mil beneficiários.

Esse comportamento acompanha a dinâmica recente do mercado formal de trabalho. No período analisado, o estoque de empregos formais no Brasil cresceu 2,5%, alcançando 49,1 milhões de vínculos celetistas ativos. Apenas o setor de serviços adicionou mais de 763 mil empregos formais em 12 meses.

“A saúde suplementar brasileira tornou-se cada vez mais dependente da dinâmica do emprego formal, especialmente no segmento coletivo empresarial. Isso vale tanto para os planos médico-hospitalares quanto para os odontológicos”, destaca Vianna.

A NAB também mostra que os planos médico-hospitalares mantêm trajetória de crescimento, embora em ritmo mais moderado. Em março de 2026, o setor contabilizava 52,97 milhões de beneficiários. O crescimento anual foi puxado principalmente pelas seguradoras especializadas em saúde, que avançaram 8,3% em 12 meses, e pela medicina de grupo, com alta de 3,3%. Em sentido oposto, modalidades tradicionais, como cooperativas médicas e autogestão, registraram retração no período.

A composição da carteira médico-hospitalar também segue passando por mudanças estruturais. Hoje, 84% dos beneficiários estão vinculados a planos coletivos, dos quais 87% pertencem ao segmento empresarial. Os planos individuais e familiares continuam em retração e perderam 177 mil beneficiários em 12 meses.

Outro movimento relevante identificado pela NAB é o envelhecimento gradual da carteira de planos médico-hospitalares. O grupo de beneficiários com 59 anos ou mais cresceu 3,1% em 12 meses, acima da média geral do setor. Foram adicionados cerca de 262 mil beneficiários nessa faixa

etária, enquanto o grupo de 0 a 18 anos permaneceu praticamente estável.

“Os dados reforçam que o processo de envelhecimento da carteira continua sendo uma das transformações estruturais

mais importantes da saúde suplementar, reflexo das mudanças da sociedade”, afirma Vianna.

A íntegra da NAB 117 está disponível no site do IESS. (Comunicação IESS)

ANS INTERROMPE TEMPORARIAMENTE O PROGRAMA DE MAPEAMENTO DE RISCO ASSISTENCIAL

(Gov) ANS – 18/05/2026

A Agência Nacional de Suplementar (ANS) interrompeu, temporariamente, o programa de [Mapeamento do Risco Assistencial](#). A medida foi aprovada durante a [637ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada \(DICOL\)](#) realizada na sexta-feira, 15/5.

A interrupção faz parte de uma transição programada do uso dos dados do Sistema de Informações de Produtos (SIP) para o Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), a partir da entrada em vigor da Resolução Normativa nº 639/2025, que [revogou a obrigatoriedade](#) de envio de dados ao SIP pelas operadoras.

Diante disso, a partir do 1º trimestre de 2026, a Agência passa a utilizar o Padrão TISS como fonte única de dados de produção assistencial do setor de saúde suplementar.

Mapeamento do Risco Assistencial

O projeto de reestruturação do Mapeamento do Risco Assistencial prevê a revisão dos indicadores assistenciais e atuariais do programa, a realização de estudos técnicos de viabilidade, aplicabilidade e confiabilidade analítica dos resultados e testes de validação, necessários para preservar a integridade das informações e a segurança jurídica do programa, utilizado na definição dos critérios de adoção de medidas administrativas em operadoras que apresentem indícios de risco assistencial.

A divulgação das fichas técnicas dos indicadores, atualizadas após revisão, será realizada previamente à retomada do processamento do programa, garantindo previsibilidade ao setor e transparência da atuação regulatória da ANS.

OPERADORAS DE SAÚDE FOCAM EM PMES E PLANOS REGIONAIS PARA MANTER EXPANSÃO EM 2026

Valor Econômico (Globo) – 15/05/2026

Impulsionadas pelo mercado de trabalho formal, seguradoras apostam em rede própria e flexibilização de custos para enfrentar inflação médica e o envelhecimento da base de usuários.

O setor de seguro de saúde aproveita os altos índices de emprego formal e os bons resultados de 2025 para ofertar novos produtos, pensando nas pequenas e médias empresas e no segmento premium. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2025 fechou com 53,2 milhões de beneficiários de planos de assistência médica (cerca de 87% em planos coletivos, principalmente empresariais), 2% acima de 2024. As operadoras médico-hospitalares tiveram lucro líquido de R\$ 23,4 bilhões.

Em 2025, a sinistralidade, principal indicador do desempenho operacional do setor, foi a menor desde 2020: 81,7%, 2,1 pontos percentuais abaixo do anotado em 2024. De acordo com a agência, essa redução se explica principalmente “pela recomposição das mensalidades, que superou a variação das despesas assistenciais, tendência observada desde 2023”.

A Bradesco Saúde é uma das que vêm apostando em várias frentes, como produtos adaptados aos diversos perfis de clientes, com olhar regional, coparticipação e novas modalidades de reembolso. Tem nas pequenas e médias empresas um foco estratégico. “Nossa carteira de planos SPG [Seguro para Pequenos Grupos] atende a mais de um milhão de pessoas. Em 2025, tivemos um crescimento de 4,7% nessa base, em comparação a 2024”, observa Carlos Marinelli, diretor-presidente da Bradesco Saúde.

Planos com rede desenhada para as realidades locais foram lançados em São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Em abril, foi a vez do Paraná, e esse tipo de produto chegará em breve a outros mercados. Já Goiás ganhou uma solução de saúde específica para o Estado. Em 2025, a Bradesco Saúde fechou com cerca de 3,9 milhões de beneficiários, alta 3,43% sobre o ano anterior. Cerca de 98% estão em seguros empresariais.

Outra operadora com ganho de clientes é a SulAmérica Saúde & Odonto: a alta em sua base de beneficiários em 2025 foi de 11,3% sobre o ano anterior, considerando assistência médica e odonto. São cerca de 5,9 milhões,

concentrados em planos empresariais, e a expansão seguirá apoiada na ampliação de presença no Rio de Janeiro, Pará, Sergipe e Goiás — e entrada em novos mercados, como o Triângulo Mineiro, no começo de 2026.

Um dos aliados para o crescimento são os produtos regionalizados, com preços de acordo com cada praça, e flexíveis. A flexibilidade na contratação — com escolhas em tipo de acomodação, coparticipação e reembolso — ajuda a atrair pequenas e médias empresas, segmento no qual a SulAmérica cresceu mais de dois dígitos em 2025.

“As pequenas e médias empresas hoje representam uma das maiores oportunidades de expansão no setor”, diz Raquel Reis, CEO da seguradora.

Também gigante no setor, a Amil, com 6,1 milhões de clientes — 2,7 milhões em planos odontológicos e 3,5 milhões em planos médicos (dos quais 88% em planos coletivos) —, quer aumentar sua carteira empresarial, ampliando a atuação no interior paulista, em Minas Gerais e nas regiões Sul e Nordeste, além de reforçar seus maiores mercados, Rio e São Paulo.

Outro foco é ganhar mais espaço no segmento premium. No primeiro bimestre de 2026, a operadora lançou a linha de planos Black. Foram desenhados para atender às demandas alta renda, como tratamento VIP nos principais hospitais, sistema rápido de reembolso, concierge exclusivo, vacinas e odontologia premium, além de coberturas internacionais. “Com essa iniciativa, fortalecemos a nossa posição em um segmento estratégico, no qual estão os tomadores de decisão das empresas”, conta Renato Manso, CEO da Amil.

Especializada em um público com poucas opções — pessoas acima de 49 anos —, a MedSênior tem motivos para ser otimista. O envelhecimento da população brasileira vem demandando cada vez mais modelos especializados em longevidade. “Projetamos crescimento entre 45% e 50% da carteira em 2026”, diz Maely Coelho Filho, vice-presidente da operadora.

Para isso, cerca de R\$ 181 milhões foram destinados a investimentos neste ano, para projetos já realizados e previstos, de novas instalações de saúde — incluindo hospitais, pronto-socorro e centro de diagnóstico —, em Belo Horizonte, Contagem, Brasília, Vitória, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Niterói. A ideia é consolidar a atuação da operadora em praças onde já está presente.

A MedSênior tem 284 mil beneficiários, 80% deles em planos individuais. Desde o segundo semestre de 2025, atua no segmento empresarial, com foco em pequenas e médias empresas, que já são 20% da carteira.

A verticalização, com aumento da rede própria, é uma das ferramentas para controle de custos. Junto com o fortalecimento dos canais de vendas e do programa de medicina preventiva, além da oferta de produtos

regionalizados e segmentados — com opções de planos-entrada até o mais premium —, forma a base do cardápio para a MedSênior buscar suas metas.

Enquanto as gigantes se esforçam para conquistar mais clientes lançando produtos e espalhando a atuação por outros mercados e faixas de renda, as operadoras pequenas e médias enfrentam dificuldades diante de margens mais estreitas, lembra Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Em 2025, essas pequenas e médias operadoras — que atendem cerca de 11,6 milhões de beneficiários, especialmente em cidades do interior — registraram resultado operacional negativo de aproximadamente

R\$ 200 milhões e cerca de 45% delas fecharam no prejuízo. “Preservar essa capilaridade é importante para ampliar acesso, concorrência e diversidade no sistema”, ressalta o executivo.

A expectativa do setor para 2026, diz Ribeiro, está diretamente relacionada ao desempenho do mercado formal de trabalho e da atividade econômica. Se ambos continuarem em alta, a tendência é de expansão moderada da base de beneficiários. “A geração de empregos impulsiona os planos empresariais, principal porta de entrada de novos usuários no sistema”, avalia o executivo.

Para Bruno Sobral, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), embora o setor tenha chegado a cerca de 53,2 milhões de beneficiários, a proporção da população com acesso à saúde suplementar permanece estagnada. “As despesas crescem muito acima da inflação, e esse é o grande desafio para o fechamento do ano”, diz.

A entidade, junto com outras do setor, entrou na Justiça e conseguiu, no primeiro trimestre de 2026, a derrubada de uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) que determinava auditorias médicas presenciais em detrimento das feitas remotamente. Para a FenaSaúde, a iniciativa do CFM compromete a eficiência do sistema.

A auditoria médica, avalia Sobral, é essencial para garantir o uso racional dos recursos, evitando procedimentos desnecessários e sem evidência científica. “A resolução elimina as auditorias remotas, que se consolidaram com a telemedicina”, observa. Ele também aponta que o CFM está “tentando legislar sobre contratos, algo que cabe à ANS.”

O CFM diz que continuará tentando reestabelecer a medida, já que a resolução foi editada “diante de crescentes denúncias de negativas de cobertura sem respaldo técnico-científico, associadas à interferência de interesses econômicos nas decisões médicas”.

Para o CFM, a resolução regulamenta a conduta médica em proteção ao paciente para a garantia de acesso a exames, tratamentos e tecnologias, previstos em protocolos e

diretrizes clínicas com vistas a reduzir negativas injustificadas. E diz que a norma não interfere nas atribuições da ANS, uma vez que “se limita a disciplinar a auditoria médica como ato privativo de médico, preservando a relação médico-paciente e a integridade do ato médico, sem prejuízo da regulação setorial”.

Ana Cândida Sammarco, sócia da área de life sciences e saúde do escritório de advocacia Mattos Filho, observa que há grande probabilidade de que o contencioso entre o setor e o CFM se prolongue por diversas instâncias. Isso porque o tema envolve não só a delimitação de competências (ANS e CFM), como também afeta os milhões de beneficiários de planos de saúde.

Ela aponta que, caso a suspensão da resolução se torne definitiva, os beneficiários de planos podem ser afetados de diversas formas, como receber negativas de cobertura e maior judicialização da saúde. “Para as operadoras, a suspensão dos dispositivos preserva seus mecanismos tradicionais de controle de custos e regulação assistencial”, avalia a advogada.

Para ela, a auditoria documental e remota, mantida como opção, é significativamente mais ágil e econômica do que a auditoria presencial. “É importante ressaltar que as operadoras argumentam que a auditoria médica robusta, quando bem conduzida, beneficia o próprio paciente ao evitar

procedimentos desnecessários e riscos assistenciais”, ressalta Sammarco.

Apesar das movimentações das operadoras para estimular o crescimento do setor, há quem veja limites. “O aumento contínuo de preços limita a entrada de novos beneficiários e dificulta a expansão”, salienta Leandro Berbert, sócio-líder de saúde da EY. Para ele, o seguro-saúde está muito dependente do emprego formal e dos planos empresariais.

A inflação médica, lembra Berbert, segue crescendo acima da inflação geral, dificultando o controle de custos. “E, apesar de avanços pontuais, o setor foca no atendimento reativo, com pouco estímulo à prevenção, coordenação do cuidado e uso inteligente da tecnologia”, observa.

Um ponto relevante para o setor de seguro-saúde, destaca Leonardo Giusti, sócio da KPMG, é o aumento do número de beneficiários acima de 60 anos, o que eleva o uso dos planos e suas despesas assistenciais. Para ele, isso coloca em xeque a sustentabilidade do financiamento da saúde suplementar. Com uma base mais envelhecida, ressalta o consultor, torna-se necessário uma melhor coordenação do cuidado. A tarefa, diz ele, não é fácil, por conta da alta rotatividade de beneficiários — por mudanças de emprego, troca de operadora, reajustes ou redesenho de planos. “Isso reduz significativamente o horizonte de retorno dos investimentos em prevenção, coordenação do cuidado e gestão de crônicos”, salienta Giusti.

PARTICIPAÇÕES SOCIAIS EM ANDAMENTO

Gov (ANS) – 15/05/2026

Confira o tema e o prazo para envio de contribuições para as Consultas Públicas 170 e 172 e para a Audiência Pública 66

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está com duas consultas e uma audiência pública abertas para recebimento de contribuições de toda a sociedade. Confira abaixo o tema e o prazo de cada uma:

- **Consulta Pública 170**

Tem como objetivo obter contribuições da sociedade e dos agentes regulados para a proposta de nova resolução normativa referente à celebração de contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde. A consulta também se destina ao recebimento de colaborações e comentários sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras aos seus prestadores em condições específicas.

Período para envio de contribuições: 6/4 a 3/7

[Clique aqui](#) para saber mais sobre a Consulta Pública 170.

- **Consulta Pública 172**

Tem como objetivo obter contribuições sobre as propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as seguintes tecnologias:

- Ablação percutânea por cateter de campo pulsado, técnica inovadora e minimamente invasiva, a ser utilizada no tratamento específico da fibrilação atrial paroxística, um tipo de arritmia cardíaca em que os batimentos do coração ficam rápidos e irregulares;

- Bimequimabe, medicamento para tratar a hidradenite supurativa ativa, uma doença inflamatória crônica da pele, não contagiosa, caracterizada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes e cicatrizes, principalmente em regiões como axilas e virilha; nos casos moderados a graves, em adultos que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos; e

- Capivasertibe, medicamento para os casos de câncer de mama localmente avançado ou metastático, RH+ e HER2-, com uma ou mais alterações em PIK3CA/AKT1/PTEN.

Período para envio de contribuições: 13/5 a 2/6

[Clique aqui](#) para saber mais sobre a Consulta Pública 172.

- **Audiência Pública 66**

Tem como objetivo debater a proposta de incorporação ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da seguinte tecnologia:

- Bimequizumabe, medicamento para tratar a hidradenite supurativa ativa, uma doença inflamatória crônica da pele, não contagiosa, caracterizada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes e cicatrizes, nos casos moderados a graves, em adultos que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos; e

- Capivasertibe, medicamento para os casos de câncer de mama localmente avançado ou metastático, RH+ e HER2-, com uma ou mais alterações em PIK3CA/AKT1/PTEN.

Data: 22/5, das 9h30 às 12h30

[Clique aqui](#) para saber mais e para se inscrever na Audiência Pública 66.

Sobre as consultas públicas

As consultas públicas são discussões de temas relevantes, abertas à participação da sociedade por meio de contribuições que subsidiam o processo de tomada de decisão da ANS. Espera-se assim, tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes. Para isso, conta com a participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor.

Sobre as audiências públicas

As audiências públicas são encontros para ouvir a opinião de toda a sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde. Essas reuniões são previamente divulgadas no portal da Agência e no Diário Oficial da União (DOU). Após a audiência pública, é divulgado o Relatório de Audiência Pública (RAP)

CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA DESAFIA PLANOS DE SAÚDE

Estado de Minas – 14/05/2026

Avanço da longevidade aumenta demanda por atendimento médico, eleva custos da saúde suplementar e impulsiona debate sobre acesso e sustentabilidade para idosos.

O envelhecimento acelerado da população brasileira tem ampliado a pressão sobre os planos de saúde e colocado em evidência os desafios da saúde suplementar no país. Com o aumento da expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas, cresce também a demanda por atendimento médico contínuo, exames e acompanhamento especializado, especialmente entre pessoas acima dos 60 anos.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a população idosa cresceu 57,4% entre 2010 e 2022. Em 2023, o Brasil passou da marca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, movimento que deve se intensificar nas próximas décadas e impactar diretamente os serviços de saúde públicos e privados.

O cenário também preocupa especialistas do setor. Representantes da saúde suplementar alertam que o envelhecimento populacional exige mudanças estruturais no modelo de atendimento, com maior foco em prevenção, acompanhamento contínuo e integração do cuidado. A avaliação é que o aumento da média de idade dos beneficiários eleva os custos assistenciais e cria desafios para manter os planos financeiramente sustentáveis e acessíveis.

Pesquisas sobre demografia e envelhecimento apontam ainda que o Brasil vive uma transição acelerada da pirâmide etária, com redução proporcional da população jovem e aumento contínuo da população idosa. A tendência reforça a

necessidade de políticas voltadas ao envelhecimento saudável e de soluções que reduzam a sobrecarga no sistema público de saúde.

Nesse contexto, empresas do setor têm buscado ampliar soluções específicas para a terceira idade. A Ligamar Seguros defende que adaptar produtos e ampliar a cobertura para idosos é essencial para garantir qualidade no atendimento e sustentabilidade ao sistema.

Para o CEO da empresa, Manoel Alexandre de Oliveira, o plano de saúde passou a ter papel estratégico na proteção da população idosa diante do aumento da longevidade. “O envelhecimento da população exige um novo olhar do mercado. Garantir acesso ao plano de saúde na terceira idade é fundamental para preservar a qualidade de vida e evitar sobrecarga no sistema público”, afirma.

Segundo o setor, já existem no mercado planos voltados especificamente à rotina da terceira idade, com coberturas adaptadas e serviços direcionados às necessidades desse público. A proposta é ampliar o acompanhamento preventivo e reduzir complicações médicas de longo prazo.

A Ligamar Seguros afirma apostar em iniciativas focadas na continuidade do cuidado e no atendimento personalizado

Entre as soluções adotadas pela empresa está um serviço de concierge para auxiliar clientes na marcação de consultas e exames conforme a disponibilidade de agenda. “Criamos um atendimento dedicado para apoiar o cliente no agendamento de consultas e exames. É um cuidado adicional voltado

principalmente para quem precisa de mais suporte na rotina de saúde”, diz Manoel Alexandre.

A discussão sobre planos de saúde para idosos envolve ainda questões relacionadas a preço, cobertura e inclusão, já que essa faixa etária costuma demandar mais serviços médicos, impactando o equilíbrio financeiro do setor.

NOVA FISCALIZAÇÃO DA ANS ELEVA PRESSÃO REGULATÓRIA SOBRE PLANOS

Revista Apólice – 14/05/2026

Com a entrada em vigor do novo modelo de fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor de saúde passa a conviver com uma mudança estrutural na forma como o regulador acompanha e monitora as operadoras de planos de saúde. O conjunto de medidas, aprovado pela ANS em dezembro de 2025 e válidas desde 1º de maio, envolvem as Resoluções Normativas 656, 657, 658 e 659/2025 e reposiciona a atuação da agência para uma lógica mais preventiva, orientada por dados e baseada em padrões de comportamento do mercado.

Na prática a Agência ampliou o uso de indicadores regulatórios, como o Índice Geral de Reclamações (IGR), fortalece ações planejadas de fiscalização e passa a utilizar análises por amostragem para identificar falhas recorrentes nas operadoras. O novo modelo também aumenta a pressão sobre governança, compliance e qualidade do atendimento aos beneficiários, além de prever multas que podem chegar a R\$ 1 milhão por determinação descumprida. Para entender os impactos jurídicos, operacionais e regulatórios dessa mudança, a Revista Apólice conversou com Fernando Bianchi, sócio do M3BS Advogados e membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB/SP.

Revista Apólice – A entrada em vigor desse novo modelo representa apenas uma atualização operacional da fiscalização ou uma mudança estrutural na forma como a ANS passa a regular o setor?

FB: Certeza, é mudança estrutural. O novo modelo muda a forma como a ANS olha para a operadora, como classifica o que vê e como responde ao que encontra. Quando se mexe ao mesmo tempo no cálculo da multa, no jeito de fiscalizar e no tipo de penalidade, não se está ajustando o sistema antigo. Está-se trocando de sistema.

Revista Apólice – O quanto esse modelo aproxima a atuação da ANS de uma lógica mais preventiva e orientada por dados, deixando para trás uma atuação predominantemente reativa?

FB: A ANS sempre teve os dados, o que faltava era usá-los como gatilho de ação. A lógica reativa: esperar a NIP, esperar a denúncia, esperar o conflito convive agora com uma camada preventiva, em que indicadores apontam a operadora antes que o beneficiário aponte. O regulador deixa

Para Manoel Alexandre, a resposta passa por inovação e planejamento de longo prazo. “O futuro da saúde suplementar depende de produtos mais acessíveis, sustentáveis e adaptados à realidade de uma população que envelhece rapidamente”, completa o executivo.

de ser plataforma de queixa e passa a ser leitor de comportamento de mercado. No mundo ideal, a regulação deveria existir, de fato, apenas na exceção e não na regra.

Revista Apólice – Na prática, como o conceito de “regulação responsiva” muda a relação entre regulador e operadoras?

FB: Regulação responsiva é, no fundo, isto: a ANS passa a bonificar quem cumpre e a penalizar com mais rigor quem não cumpre. A operadora que coopera, corrige seus erros e mostra governança recebe um tratamento. A que reincide, esconde problema ou descumpra determinação recebe outro, muito mais duro. Não existe mais um caminho único do auto de infração, existe uma escada, e cada operadora escolhe em qual degrau quer estar

Revista Apólice – A ANS passa a atuar mais como órgão sancionador ou como indutora de comportamento e boas práticas no setor?

FB: Indução com sanção no bolso. A ANS continua sancionadora, mas a arquitetura do novo modelo aposta no efeito anterior à sanção: classificar, monitorar, divulgar, recomendar. A sanção segue existindo como instrumento, e mais pesada do que era, mas não é o único instrumento.

Revista Apólice – O modelo de análise por amostragem pode aumentar a pressão sobre operadoras que apresentam recorrência de reclamações, mesmo que os casos individuais não sejam analisados um a um?

FB: Aumenta e muito. A amostragem não dilui o risco, concentra. Antes, a estratégia de boa parte do mercado era simples: resolver com o beneficiário, deixá-lo satisfeito e tratar a NIP em si como formalidade. Funcionava porque a ANS olhava caso a caso e, resolvido o problema do beneficiário, na maioria das vezes, a NIP finalizava ali. Não funciona mais, pois qualquer NIP pode ser pescada na amostragem, e a NIP pescada vai ser lida na qualidade da resposta, na fundamentação, na rastreabilidade. Cada conjunto de NIPs vira um diagnóstico de conduta. A operadora deixa de ser julgada pelo caso e passa a ser julgada pelo padrão.

Revista Apólice – Como indicadores como o Índice Geral de Reclamações (IGR) devem ganhar peso estratégico dentro das operadoras daqui para frente?

FB: O IGR deixou de ser indicador de imagem para virar variável regulatória. Ele entra no enquadramento de fiscalização planejada, modula agravamentos de multa, sinaliza necessidade de medidas corretivas e expõe a operadora publicamente. Não é mais um número que se acompanha no relatório mensal, é um número que precisa ser gerido com a mesma disciplina com que se gere caixa da empresa.

Revista Apólice – Esse novo ambiente regulatório exige mudanças relevantes em compliance, governança e monitoramento de atendimento pelas operadoras?

FB: Exige, e eu diria em três planos: (i) Estrutura, porque compliance regulatório não cabe mais em rotina de jurídico responsivo; (ii) Processo, porque atendimento e ouvidoria precisam ter rastreabilidade, classificação e prazos auditáveis e (iii) Cultura, porque a operadora que tratar regulação como obstáculo continuará pagando o preço, que subiu.

Revista Apólice – Quais áreas das operadoras tendem a sentir mais imediatamente os efeitos das novas regras: jurídico, atendimento, auditoria, compliance ou relacionamento com beneficiários?

FB: Todas, em ondas. A primeira onda chega no atendimento e no relacionamento com o beneficiário. A segunda no compliance e na auditoria interna, que precisam captar e corrigir o que o atendimento gerou. A terceira no jurídico e/ou regulatório, que deixa de ser última instância e passa a ser braço estratégico desde a porta de entrada. Não dá para escolher uma área. A nova fiscalização atravessa a operadora.

Revista Apólice – Operadoras menores ou regionais podem ter mais dificuldade para se adaptar a esse modelo baseado em dados e monitoramento contínuo?

FB: Entendo que a dificuldade não vem do porte, vem do nível de organização. Existe operadora pequena com governança madura, processos rastreáveis e equipe regulatória ativa que vai atravessar a transição sem grandes sobressaltos. E existe operadora grande, com estrutura, orçamento e pessoal treinado, que ainda trata regulação como rotina administrativa e vai sentir o impacto de cheio. O novo modelo não pune o pequeno nem premia o grande, ele expõe quem está desorganizado e não leva autorregulação a sério.

Revista Apólice – A combinação entre fiscalização planejada e ampliação do potencial sancionatório aumenta significativamente a exposição jurídica das operadoras?

FB: Aumenta, mas de forma seletiva. A fiscalização planejada é para quem chama atenção, de forma negativa. A operadora bem governada, com indicadores saudáveis e atendimento sob controle, não entra no radar, a princípio. Quem entra é quem já vinha sinalizando problema. E para essa operadora, o golpe é duplo: ser escolhida por critério objetivo, sem espaço para argumentar acaso, e ser punida pela nova dosimetria, mais severa.

Revista Apólice – As multas que podem chegar a R\$ 1 milhão por determinação descumprida devem alterar o comportamento das empresas na relação com a ANS?

FB: Devem, e já estão. Ações estruturadas, aplicáveis a casos mais complexos, podem resultar em multas de até R\$ 1 milhão por determinação descumprida. Um milhão por determinação não é número simbólico. É preciso repensar se “vale a pena descumprir”.

Revista Apólice – A criação da chamada “Ação Coercitiva Incidental”, com possibilidade de multa diária, pode tornar a atuação regulatória mais dura em casos considerados graves?

FB: A Ação Coercitiva Incidental prevê aplicação de multa diária, especialmente quando constatado descumprimento grave das regras, com impacto relevante para os beneficiários. A multa diária muda a equação do tempo. Antes, ganhar tempo era estratégia, agora, ganhar tempo é acumular dano. O instrumento foi calibrado para casos graves, mas a definição do que é grave passa pela leitura do regulador, não apenas pela tese da operadora.

Revista Apólice – Existe risco de aumento de judicialização a partir desse novo modelo ou a tendência é justamente reduzir conflitos ao incentivar correções mais rápidas pelas operadoras?

FB: A leitura da ANS é de redução. O raciocínio do novo modelo é encadeado: a operadora aderente à regulação entrega serviço de excelência; o serviço de excelência reduz a insatisfação do beneficiário; e beneficiário satisfeito reclama menos, aciona menos a ANS e judicializa menos. Ou seja, regulação cumprida na origem evita o conflito que viraria NIP, e a NIP que viraria ação judicial.

Revista Apólice – Do ponto de vista do Beneficiário, quais mudanças práticas podem ser percebidas no atendimento e na resolução de problemas com Planos de Saúde?

FB: Resposta mais céleres e completas, principalmente com ouvidoria mais ativa. O beneficiário talvez não saiba que existe um novo modelo de fiscalização, mas vai perceber o efeito dele.

Revista Apólice – O novo modelo pode acelerar uma mudança cultural no Setor, tornando experiência do cliente e qualidade operacionais fatores cada vez mais regulatórios — e não apenas comerciais?

FB: Entendo que já acelerou, todo mundo está, no mínimo, preocupado. Experiência do beneficiário sempre foi tema de marketing; agora é tema de fiscalização. E mais: o próprio cumprimento da regulação virou ativo comercial. Uma visita técnico-assistencial da ANS, prevista na RN 666/2026, que termina em arquivamento, como por exemplo, passa a funcionar como selo de qualidade, a chancela do regulador de que aquela operadora opera dentro do padrão.

Revista Apólice – Existe risco de que operadoras passem a adotar uma postura mais defensiva ou restritiva para evitar indicadores negativos junto à ANS?

FB: A lógica é exatamente a inversa. Postura restritiva não protege indicador, destrói indicador. Operadora que nega mais, demora mais, formaliza mal, dificulta o acesso ao atendimento, gera mais insatisfação, mais reclamação, mais NIP e IGR pior. O caminho que parece defensivo é, na verdade, o caminho mais curto para entrar no radar da fiscalização planejada. A operadora que entende o novo modelo faz o oposto: amplia o cuidado na porta de entrada, resolve antes que vire reclamação, formaliza bem o que precisa ser negado. Defender-se, hoje, é atender melhor.

Revista Apólice – O senhor acredita que esse modelo inaugura uma nova fase regulatória da Saúde Suplementar no Brasil?

FB: Essa é a minha maior certeza! E não por causa das multas. O que inaugura uma fase é o desenho: planejamento, amostragem, dosimetria graduada, instrumentos coercitivos novos e indicadores com peso regulatório. Essas peças, juntas, mudam o paradigma. Saímos de uma ANS que reagia a eventos para uma ANS que lê o setor. É essa leitura que define a nova fase.

Revista Apólice – Qual deve ser o maior desafio das operadoras nos próximos meses diante dessa nova lógica de fiscalização da ANS?

FB: Sair do modo reativo. O maior desafio não é cumprir norma, é instalar internamente a lógica do regulador: medir-se antes de ser medido, corrigir antes de ser apontado, governar o dado antes que o dado governe a empresa. Quem fizer isso nos próximos meses entra na nova fase como protagonista. Quem postergar, entra como exemplo.

ANS PROMOVE AUDIÊNCIA PÚBLICA 66

Gov (ANS) – 14/05/2026

Proposta de inclusão de tratamentos para câncer de mama e doença inflamatória da pele no Rol serão debatida em 22/5

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, em 22/5, a [Audiência Pública 66](#) para debater a proposta de inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde das seguintes tecnologias:

- Bimequizumabe, medicamento para tratar a hidradenite supurativa ativa, uma doença inflamatória crônica da pele, não contagiosa, caracterizada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes e cicatrizes, nos casos moderados a graves, em adultos que falharam, apresentaram intolerância ou contra-indicação à terapia com antibióticos sistêmicos; e

- Capivasertibe, medicamento para os casos de câncer de mama localmente avançado ou metastático, RH+ e HER2-, com uma ou mais alterações em PIK3CA/AKT1/PTEN.

As propostas tiveram recomendação preliminar de não inclusão na lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde, tendo sido debatidas em reuniões técnicas da

Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Cosaúde). Elas também foram discutidas durante a 7ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL) de 2026, ocorrida em 8/5, na qual foi aprovada a realização da audiência pública.

As tecnologias também estão recebendo contribuições através da Consulta Pública 172 até 2/6. [Clique aqui](#) para saber mais.

O evento vai ocorrer de forma remota, pela plataforma Teams, com transmissão pelo YouTube, das 9h30 às 12h30.

Para participar da Audiência Pública 66, é preciso fazer inscrição até as 17h do dia 21/5, [clikando aqui](#). A gravação ficará disponível no site da Agência.

[Clique aqui](#) para conferir todos os documentos referentes a essa audiência pública, ou acesse o Portal da ANS e, no menu Acesso à Informação, entre na seção Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.

ANS DIVULGA NOVAS OPERADORAS SELECIONADAS PARA O PROJETO PARTO ADEQUADO

Gov (ANS) – 14/05/2026

Equipes serão capacitadas em Atenção Materna e Neonatal

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a lista das oito operadoras selecionadas para participar do projeto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato - Parto Adequado, uma parceria da ANS com o Institute for

Healthcare Improvement – IHI e com o Hospital Israelita Albert Einstein. Elas foram escolhidas a partir de edital complementar publicado no início de abril e passam a integrar o grupo de operadoras já classificadas e selecionadas em 2025.

[Clique aqui](#) e confira a lista das oito operadoras selecionadas. Elas poderão se juntar às operadoras Bradesco Saúde S.A., Hapvida Assistência Médica S.A. e Unimed Vale do São Francisco Cooperativa de Trabalho Médico, selecionadas no primeiro edital e que confirmaram participação no projeto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato - Parto Adequado.

A iniciativa busca a melhoria da qualidade da atenção na linha de cuidado Materna e Neonatal. As operadoras classificadas no edital poderão participar de cursos de capacitação, treinamentos e mentoria, além de trocas de experiência.

O aprendizado adquirido pelas operadoras durante a participação nas atividades previstas no edital contribuirá com o processo de estruturação da Linha de Cuidado Materna e Neonatal, por meio de ações integradas, coordenadas e centradas na saúde à gestante e ao neonato. As estratégias adotadas têm como base a experiência das fases anteriores

do Projeto e o Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP - Parto Adequado), instituído a partir da alteração da RN 506/2022 pela RN 572/2023.

Como incentivo, a ANS informa que as operadoras com participação efetiva no Projeto receberão uma pontuação adicional no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) do Programa de Qualificação Operadoras (PQO).

Mais informações:

[Clique aqui](#) para saber conhecer o edital do Projeto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato – Parto Adequado.

Saiba mais sobre [Parto Adequado](#).

A VOZ DOS CIDADÃOS: OUVIDORIA DA ANS DIVULGA RELATÓRIO DO 1º TRIMESTRE DE 2026

Gov (ANS) – 13/05/2026

Publicação apresenta dados sobre demandas recebidas pela Agência e os temas mais frequentes

Já está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Relatório Trimestral da Ouvidoria referente ao primeiro trimestre de 2026.

No período, a unidade recebeu 2.134 manifestações, das quais 1.834 eram de competência da Agência e foram tratadas dentro do fluxo da Ouvidoria, com um tempo médio de resposta de 4 dias, prazo bem abaixo dos 30 dias exigidos pela Controladoria Geral da União (CGU). As 202 demandas que não estavam relacionadas à ANS foram encaminhadas a

outras instituições e outras 104 foram arquivadas por motivos como duplicidade e dados insuficientes.

O painel reúne informações sobre os principais temas apresentados pelos cidadãos, os canais de atendimento mais utilizados e as ações desenvolvidas pela Ouvidoria no período.

Os dados estão disponíveis em formato interativo, por meio da plataforma Power BI, permitindo uma navegação dinâmica pelos indicadores e informações do trimestre.

[Confira aqui](#) o painel completo.

ANS DEFENDE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Gov (ANS) – 13/05/2026

Diretores da Agência participaram de evento organizado pela Johnson & Johnson e destacaram mudança de paradigma assistencial

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) participou, nesta terça-feira, 12/5, do evento “A Voz do Paciente na Saúde Suplementar”, promovido pela Johnson & Johnson, em São Paulo. O encontro reuniu representantes de nove associações de pacientes, especialistas do setor e integrantes da Agência em um espaço de diálogo voltado à construção de um sistema de saúde suplementar que coloque o paciente no centro das decisões.

A ANS esteve representada pelo diretor-presidente, Wadhi Damous, pela diretora de Fiscalização, Eliane Medeiros, que participaram virtualmente.

Na abertura institucional, o diretor-presidente da Agência destacou a necessidade de uma mudança de paradigma no modelo assistencial, com a superação da lógica centrada exclusivamente no pagamento por procedimentos isolados. Segundo Damous, é fundamental avançar para um cuidado contínuo, baseado em desfechos clínicos e funcionais, coordenação do cuidado e ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce.

“Precisamos colocar a pessoa no centro da regulação. Um sistema orientado apenas por procedimentos é reativo, oneroso e pouco eficiente. O foco deve estar no cuidado integral ao longo da jornada do paciente, com mais coordenação e resultados em saúde”, afirmou.

Wadih Damous também ressaltou que a sustentabilidade do sistema deve ser entendida como um equilíbrio entre viabilidade econômica e proteção ao beneficiário, rejeitando a simples transferência de custos para o usuário. Para ele, investimentos em prevenção, atenção primária estruturante e organização do cuidado são estratégias essenciais para reduzir desperdícios e garantir a continuidade da assistência.

Durante o evento, o diretor-presidente destacou ainda o novo papel da regulação, com uma atuação cada vez mais estruturante e indutora de valor, capaz de alinhar incentivos, organizar informações, promover previsibilidade regulatória e fortalecer a proteção do interesse público.

Fiscalização preventiva e responsiva

A diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, abordou o novo modelo de fiscalização da Agência, que passa a priorizar uma atuação preventiva e responsiva, com foco na resolução antecipada de problemas e na melhoria da experiência do consumidor.

“A fiscalização evolui para um modelo que busca induzir conformidade, prevenir conflitos e aumentar a resolutividade, utilizando dados, análise amostral e mediação ativa, sempre com o objetivo de proteger o beneficiário e aprimorar a qualidade da assistência”, destacou a diretora.

Eliane Medeiros ressaltou ainda o fortalecimento das ouvidorias, a adoção de regras mais claras de transparência e comunicação e o uso estratégico da informação como instrumentos para qualificar a atuação regulatória e promover maior confiança no sistema.

Inovação, governança e participação social

Outro ponto abordado pelas lideranças da ANS foi a inovação com responsabilidade, condicionada à geração de valor real em saúde, com destaque para a importância da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), da evidência científica robusta, da análise de impacto orçamentário e do monitoramento pós-incorporação.

A agenda regulatória 2026–2028 foi apresentada como instrumento de previsibilidade e diálogo com o setor, além de plataforma para enfrentar desafios estruturais como o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas, a judicialização e os custos crescentes da assistência.

A participação das associações de pacientes foi apontada como elemento importante para o fortalecimento da regulação, contribuindo para a redução de assimetrias de informação, o letramento em saúde e o aprimoramento das políticas públicas.

“O diálogo permanente com os pacientes e suas representações é essencial para uma regulação mais transparente, responsiva e comprometida com melhores desfechos em saúde”, concluiu Wadih Damous.

CONSULTA PÚBLICA 172: ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA ATUALIZAÇÃO DO ROL

Gov (ANS) – 13/05/2026

Sociedade pode enviar informações sobre as propostas de tratamentos para arritmia cardíaca, câncer de mama e doença inflamatória da pele até 2/6

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta quarta-feira, 13/5, a [Consulta Pública 172](#), com o objetivo de obter contribuições sobre as propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as seguintes tecnologias:

- Ablação percutânea por cateter de campo pulsado, técnica inovadora e minimamente invasiva, a ser utilizada no tratamento específico da fibrilação atrial paroxística, um tipo de arritmia cardíaca em que os batimentos do coração ficam rápidos e irregulares;

- Bimequizumabe, medicamento para tratar a hidradenite supurativa ativa, uma doença inflamatória crônica da pele, não contagiosa, caracterizada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes e cicatrizes, principalmente em regiões

RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA

como axilas e virilha; nos casos moderados a graves, em adultos que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos; e

- Capivasertibe, medicamento para os casos de câncer de mama localmente avançado ou metastático, RH+ e HER2-, com uma ou mais alterações em PIK3CA/AKT1/PTEN.

As tecnologias foram aprovadas para ir à consulta pública durante a [7ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada de 2026](#), realizada no dia 8/5.

Por terem recomendação preliminar desfavorável à inclusão no Rol pela área técnica da ANS, o Bimequizumabe e o Capivasertibe também passarão pela Audiência Pública 66, que será realizada no dia 22/5. [Clique aqui](#) para saber mais.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 2/6 no próprio site da ANS, onde também estão disponíveis os

documentos relacionados à proposta durante o período de consulta. Para se informar e participar, [clique aqui](#).

Vale lembrar que os formulários para envio de contribuições das consultas públicas para a atualização do Rol foram reformulados. Com a alteração, a sociedade poderá informar se concorda; discorda; ou concorda/discorda parcialmente das incorporações. Antes da mudança, as classificações dos tipos de opinião disponíveis eram: concordo; discordo; ou concordo/discordo parcialmente da recomendação preliminar

da ANS. O objetivo da modificação é conferir maior clareza e transparência ao processo de participação social.

Sobre o Rol

O Rol tem sido constantemente atualizado por meio de um processo dinâmico, que conta com ampla participação social, no qual a análise das tecnologias é feita a partir de metodologia de avaliação de tecnologias em saúde e nos princípios da saúde baseada em evidências, utilizados em diversos países ao redor do mundo.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2026 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.