
ÍNDICE INTERATIVO

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

[ANS divulga números de beneficiários em abril](#) - Fonte: (Gov) ANS

[28 anos da lei: transparência e futuro da saúde suplementar](#) - Fonte: Tribuna Online

[ANS abre chamamento público sobre cartões de desconto e pré-pagos na área da saúde](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS realiza webinar sobre dados econômico-financeiros do 1º trimestre de 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Bloqueio orçamentário ameaça fiscalização, segurança jurídica e projetos estratégicos para o desenvolvimento do Brasil](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Cosaúde avalia propostas de incorporação de novos medicamentos ao rol de coberturas obrigatórias](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS lança cartilha que ajuda o consumidor a entender doenças preexistentes em planos de saúde](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Planos são obrigados na justiça a aplicar aos 'falsos coletivos' o mesmo reajuste de contratos individuais](#) - Fonte: Jornal de Brasília

[ANS divulga plano periódico de monitoramento do risco assistencial 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS define teto de 5,11% para reajuste de planos de saúde individuais/familiares](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS debate inovação, qualidade e integração com o SUS na hospitalar 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Prematuros terão acesso à proteção contra VSR o ano inteiro; planos não poderão mais restringir cobertura](#) - Fonte: G1

[Atlântica D'Or anuncia novo hospital no Rio de Janeiro](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Planos de saúde coletivos têm reajuste médio de 9,9% este ano](#) - Fonte: Tribuna Online

PARTICIPAÇÕES SOCIAIS EM ANDAMENTO

(Gov) ANS – 03/06/2026

Confira o tema e o prazo para envio de contribuições para a Consulta Pública 170 e a Chamada Pública 4

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está com uma consulta e uma chamada 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.

- **Chamada Pública 4**

Tem como objetivo obter contribuições sobre

empresas que oferecem serviços de cartões de desconto, cartões pré-pagos e serviços semelhantes na área da saúde. O prazo para envio de contribuições vai até 3 de agosto de 2026.

Período para envio de contribuições: 2/6 a 3/8

[Clique aqui](#) para saber mais sobre a Chamada Pública 4.

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 os chamamentos públicos

Os chamamentos públicos são procedimentos feitos pela administração pública para selecionar parceiros com o objetivo de desenvolver atividades ou projetos de interesse público. Essas parcerias são celebradas por meio de termos de colaboração, fomento ou acordos de cooperação.

ANS DIVULGA NÚMEROS DE BENEFICIÁRIOS EM ABRIL

(Gov) ANS – 03/06/2026

Saúde suplementar mantém patamar de 53 milhões de consumidores em planos de assistência médica e chega a 36 milhões nos exclusivamente odontológicos



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira, 3/6, os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a abril: 52.957.510 nos planos de

assistência médica e 35.977.773 nos planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados podem ser conferidos na [Sala de Situação](#), ferramenta de pesquisa sobre

informações do setor de planos de saúde disponível no portal da reguladora.

Evolução de beneficiários - Abril/2026		
 Planos de assistência médica	52.957.510	+8,1mil em um mês +837 mil em um ano
 Planos exclusivamente odontológicos	35.977.773	+177,1 mil em um mês +1,2 mi em um ano

Distribuição por tipo de contratação

Em abril de 2026, manteve-se a tendência de crescimento do número de beneficiários em planos de assistência médica coletivos empresariais (0,09% no mês e 2,75% acumulados em 12 meses). Os planos individuais tiveram variação negativa (-0,26 em abril e -2,14% em 12 meses), assim como

os planos coletivos por adesão (-0,07% em um mês e -0,25% desde abril de 2025).

Em relação aos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o comportamento também se manteve, com destaque para o crescimento anual dos planos coletivos, tanto empresariais (7,85%) quanto por adesão (6,02%).

Beneficiários por tipo de contratação				
	Planos de assistência médica		Planos exclusivamente odontológicos	
Individual ou Familiar	8.439.116	15,9%	5.739.752	16,0%
Coletivo Empresarial	38.709.167	73,1%	26.946.557	74,9%
Coletivo por Adesão	5.786.063	10,9%	3.288.707	9,1%

Adesões e cancelamentos

A movimentação de entrada e saída de beneficiários nas operadoras é acompanhada pela ANS por meio da taxa de rotatividade, que é calculada com dados de adesões e cancelamentos de vínculos ao longo de um período determinado.

Nos últimos 12 meses, foram informadas 15.822.115 adesões e 14.985.363 cancelamentos em planos de assistência médica, resultado em uma taxa de rotatividade de 28,8%, ou seja, quase um terço dos vínculos foram substituídos ao longo de um ano. Contudo, vale observar que essa taxa tem apresentado pouca variação nos últimos anos.

O mercado de planos exclusivamente odontológicos, que tem apresentado crescimento, também conta com elevada taxa de rotatividade. Nos últimos 12 meses, essa taxa foi de 40,7%, resultado de 15.349.303 adesões e 14.145.343 cancelamentos, ou seja, pelo menos quatro em cada 10 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos não estavam no seu atual plano em abril de 2025.

Embora o número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos seja 32% menor que o dos planos de assistência médica, o número de adesões e cancelamentos tem sido crescente neste segmento e, nos últimos 12 meses, foram praticamente iguais aos dos planos médicos.

A taxa de rotatividade em planos odontológicos foi maior que a dos planos de assistência médica em todas as unidades da federação, sendo o número de adesões maior em 14 delas.

Não há variações significativas entre as unidades da federação com relação a essa taxa, com a maioria delas situando-se em torno da média nacional, embora se observem alguns poucos valores extremos, especialmente nos estados menores.

Importante! Os dados de beneficiários de planos de saúde refletem os números de vínculos de indivíduos a planos de saúde. Isso porque uma mesma pessoa pode ter mais de um plano e, portanto, mais de um vínculo.

Também cabe destacar que os novos vínculos, ou adesões, referem-se a todo tipo de entrada, tais como novos beneficiários, transferência de carteira, mudança voluntária de plano etc. Da mesma forma, os cancelamentos se referem a todo tipo de saída, como encerramento do contrato de plano coletivo de uma empresa, saída de beneficiários do setor, óbito etc.

Atenção! Os números podem sofrer alterações retroativas devido às revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Crescimento por estado

No comparativo com abril de 2025, houve evolução no número de beneficiários em planos de assistência médica em

24 das 27 unidades federativas, com destaque para estados da Região Norte: Roraima (5,97%), Amazonas (4,68%), Rondônia (4,65%), Acre (3,68%) e o Distrito Federal (6,22%).

Entre os odontológicos, os maiores crescimentos no período, foram nos Estados de Espírito Santo (8,03%) e Piauí (7,89%).

Veja abaixo a evolução de beneficiários por estado no período de abril de 2025 a abril de 2026:

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	abr/25	abr/26	abr/25	abr/26
Acre	45.073	46.732	21.836	20.266
Alagoas	386.253	386.693	367.946	366.445
Amapá	63.907	63.825	47.582	48.409
Amazonas	672.854	704.342	606.930	629.248
Bahia	1.722.273	1.750.997	1.927.176	1.961.360
Ceará	1.473.387	1.492.299	1.427.909	1.466.842
Distrito Federal	985.615	1.046.916	764.112	780.915
Espírito Santo	1.355.903	1.405.101	864.591	934.024
Goiás	1.935.908	1.959.859	975.671	994.719
Maranhão	521.837	533.359	384.335	387.611
Mato Grosso	679.888	684.579	307.859	305.506
Mato Grosso do Sul	680.174	686.159	438.770	444.007
Minas Gerais	5.781.582	5.864.795	3.070.117	3.130.584
Pará	886.001	883.623	592.663	592.966
Paraíba	455.908	466.521	559.957	578.453
Paraná	3.166.969	3.195.167	1.989.729	2.088.126
Pernambuco	1.441.182	1.445.576	1.388.167	1.429.885
Piauí	408.663	410.090	240.934	259.942
Rio de Janeiro	5.563.500	5.557.720	3.902.356	4.137.407
Rio Grande do Norte	629.521	641.644	612.967	641.592
Rio Grande do Sul	2.636.030	2.654.146	1.124.683	1.130.888
Rondônia	161.308	168.813	129.703	122.634
Roraima	31.330	33.201	13.717	14.189
Santa Catarina	1.704.685	1.734.995	961.759	1.006.519
São Paulo	18.214.317	18.615.885	11.634.501	12.150.043
Sergipe	339.914	341.129	263.501	269.258
Tocantins	128.371	130.529	148.967	81.156

Fonte: SIB/ANS - 03/2026

28 ANOS DA LEI: TRANSPARÊNCIA E FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Tribuna Online – 03/06/2026

Ao completar 28 anos, legislação segue como pilar da saúde suplementar e enfrenta novos desafios de transparência, inovação e acesso

Considerada a mais importante da saúde suplementar, a Lei dos Planos de Saúde pode ser estruturada em um tripé que

visa organizar, regularizar e proteger o mercado e as vidas assistidas pelos planos de saúde.

Ao completar 28 anos em 2026, olhar para tudo o que foi construído na saúde suplementar é reconhecer a capacidade dessa legislação de se manter viva, relevante e necessária

diante das transformações sociais, econômicas e tecnológicas. É também uma oportunidade para refletir sobre os desafios ainda pendentes e o papel central dessa lei na construção de um setor mais transparente, eficiente e comprometido com o beneficiário.

Ao longo desses 28 anos, a lei se consolidou como um marco regulatório fundamental para a organização dos planos de saúde no País. Seu impacto vai muito além da formalidade jurídica, pois deu previsibilidade às relações entre operadoras, prestadores e consumidores, estabelecendo bases mais sólidas para o funcionamento do setor.

Em um ambiente historicamente marcado por assimetrias de informação, esse avanço foi decisivo para fortalecer a segurança assistencial e ampliar a confiança do usuário. Em situações em que alguém contratava o plano sem entender o que estava coberto, cada vez mais a clareza passou a ser parte essencial do processo.

Mas toda lei que se torna madura também precisa ser continuamente debatida. E é justamente nesse ponto que reside a força desta data, pois abre espaço para discutir o que foi conquistado e o que ainda precisa ser aperfeiçoado. A saúde suplementar avançou muito nos últimos anos. Os perfis dos beneficiários mudaram. As demandas se tornaram mais complexas. Hoje, falamos de telessaúde, saúde mental, integração de dados, jornadas assistenciais mais eficientes, ampliação do acesso, verticalização dos serviços e,

principalmente, de transparência na relação entre operadoras e usuários.

Nesse cenário, a transparência deixa de ser apenas uma exigência administrativa e passa a ser valor estruturante. O beneficiário quer entender o que está contratando, quais os limites da cobertura, como funciona a rede credenciada, quais os prazos de atendimento e de que forma as decisões da operadora impactam sua jornada de cuidado. Quanto mais clara for essa relação, maior será a legitimidade do sistema e menor o espaço para conflitos, ruídos e judicialização.

Também é preciso reconhecer que o aperfeiçoamento dos planos de saúde depende de inovação, responsabilidade e compromisso com resultados concretos. Não basta ampliar acesso no papel; é necessário garantir acesso real, com qualidade, continuidade e resolatividade.

Isso exige investimento em modelos assistenciais mais integrados, atenção coordenada e uso inteligente da tecnologia. A lei, nesse contexto, deve ser vista como instrumento de equilíbrio entre sustentabilidade econômica e proteção do consumidor.

O setor de saúde suplementar continuará avançando em governança, clareza regulatória e foco no beneficiário, e o que regula o setor deve acompanhar de perto as novas demandas. A lei permanece como pilar essencial para esse processo, mas sua efetividade depende da capacidade de todos os atores envolvidos de transformá-la em prática cotidiana.

ANS ABRE CHAMAMENTO PÚBLICO SOBRE CARTÕES DE DESCONTO E PRÉ-PAGOS NA ÁREA DA SAÚDE

(Gov) ANS – 02/06/2026

Contribuições vão ajudar a definir regras para esses serviços e ampliar a proteção do consumidor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, a partir de 2 de junho, a Chamada Pública nº 4, que tem o objetivo de receber informações sobre empresas que oferecem serviços de cartões de desconto, cartões pré-pagos e serviços semelhantes na área da saúde. O prazo para envio de contribuições vai até 3 de agosto de 2026.

Com a medida, a ANS pretende reunir dados que possibilitem entender melhor como esses serviços funcionam e, com isso, desenvolver uma futura regulamentação que traga mais clareza, segurança e proteção para os consumidores.

“Precisamos conhecer esse mercado, saber quais são as empresas que atuam nele, como são os produtos comercializados e quantas pessoas utilizam esse tipo de serviços. Essas informações são importantes para que a ANS avalie se há necessidade de estabelecer regras mais claras para esse tipo de serviço, garantindo que o consumidor saiba exatamente o que está contratando”, explica o diretor-presidente da Agência, Wadih Damous.

A atuação da ANS sobre o mercado de cartões de desconto, cartões pré-pagos e serviços correlatos de saúde é, também, consequência da decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que confirmou a competência e estabeleceu que a Agência deve regular e fiscalizar essas atividades.

O que será analisado

As empresas participantes deverão informar, entre outros pontos:

- como o serviço funciona e quais atendimentos são oferecidos
- se existem limitações, carências ou exclusões de cobertura
- forma de pagamento, reajustes e condições de cancelamento
- tipo de rede de atendimento (própria, credenciada ou livre escolha)

- preços cobrados e perfil do público atendido
- informações econômico-financeiras das empresas

Quem pode participar

A participação é aberta às entidades privadas, incluindo pessoas jurídicas de direito privado, serviços sociais autônomos, sociedades civis, empresárias ou autônomas, que realizem atividades de administração, disponibilização ou comercialização de serviços de assistência à saúde vinculados a desconto ou similares, possuindo ou não rede própria, credenciada, conveniada, contratada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Como enviar contribuições

As contribuições devem ser enviadas exclusivamente pelo portal da ANS, por meio de formulário eletrônico disponível na área de participação social do site da Agência.

Por que isso é importante para o consumidor

As informações coletadas nesta etapa servirão de base técnica para futuras decisões da ANS sobre o tema.

Na prática, isso pode resultar em regras mais claras para esses serviços, ajudando o consumidor a:

- entender melhor o que está contratando
- comparar opções com mais segurança
- evitar confusão entre cartões de desconto e planos de saúde

Comitê Interno vai discutir regulação do tema

Para analisar as informações levantadas pela Chamada Pública nº 4 e discutir a regulação do tema, foi instituído um Comitê Interno que será composto por representantes de todas as diretorias e da Presidência da ANS. Esse grupo poderá, caso considere necessário, fazer visitas às empresas que atuam no segmento analisado.

A criação do comitê foi feita por meio da Portaria PRESI nº 8, publicada no Diário Oficial da União no dia 29/5/2026. O Comitê terá duração de 90 dias, prorrogáveis por igual período.

[Clique aqui e acesse a página da Chamada Pública nº 4.](#)

ANS REALIZA WEBINÁRIO SOBRE DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 1º TRIMESTRE DE 2026

(Gov) ANS – 02/06/2026

O evento acontecerá no dia 9/6, com transmissão ao vivo pelo YouTube da Agência, a partir das 14h

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, no dia 9/6, um webinar para apresentar os dados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde até o 1º trimestre de 2026. O evento será transmitido a partir das 14h, ao vivo, pelo canal da Agência no YouTube.

Na mesma data, os dados divulgados estarão disponíveis no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, no portal

da Agência. A ferramenta traz dados como o percentual de operadoras com resultados positivos, despesas por forma de pagamento (por procedimento, reembolso etc.), além de números de contraprestações e eventos (totais e per capita) por tipo de cobertura do plano (médico-hospitalar e odontológico), a relação entre patrimônio e resultado das operadoras e outros indicadores.

Qualquer interessado poderá participar do evento. Para se inscrever, [clique aqui](#).

BLOQUEIO ORÇAMENTÁRIO AMEAÇA FISCALIZAÇÃO, SEGURANÇA JURÍDICA E PROJETOS ESTRATÉGICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO BRASIL

(Gov) ANS – 02/06/2026

Confira a nota do Comitê das Agências Reguladoras Federais – COARF

O Comitê das Agências Reguladoras Federais (COARF) recebe com profunda preocupação a publicação do Decreto nº 12.990, de 29 de maio de 2026, que promove novo bloqueio de recursos no Orçamento da União e impõe uma redução linear de

aproximadamente 18% nos limites de movimentação e empenho dos órgãos federais.

A medida atinge diretamente as agências reguladoras federais em um momento de expansão dos investimentos em infraestrutura, aumento das demandas regulatórias e ampliação da carteira de projetos estruturantes em diversos setores essenciais para o desenvolvimento nacional.

As agências reguladoras exercem papel estratégico para o funcionamento do Estado brasileiro. São responsáveis pela fiscalização de contratos de concessão, pela regulação de serviços públicos, pela proteção dos usuários, pela garantia da segurança jurídica dos investimentos e pela manutenção da estabilidade regulatória necessária ao crescimento econômico do país.

O novo bloqueio orçamentário gera preocupação concreta quanto à capacidade operacional das agências de manter, com o mesmo nível de excelência, atividades essenciais de fiscalização, monitoramento, regulação, inovação tecnológica e acompanhamento de contratos de longo prazo que movimentam centenas de bilhões de reais em investimentos privados.

O cenário se torna ainda mais sensível diante do histórico recente de sucessivas restrições orçamentárias enfrentadas pelas agências reguladoras. Nos últimos anos, essas instituições vêm acumulando perdas significativas de capacidade operacional, mesmo diante do aumento de suas atribuições legais e da crescente complexidade dos setores regulados.

É importante destacar que a discussão não se limita a uma questão administrativa ou fiscal. Trata-se de uma questão de Estado. O enfraquecimento das estruturas regulatórias impacta diretamente a capacidade do poder público de assegurar serviços de qualidade à população, preservar a confiança dos investidores, garantir a execução de contratos de longo prazo e manter a previsibilidade regulatória indispensável para o ambiente de negócios brasileiro.

O COARF reafirma que a autonomia financeira das agências reguladoras não constitui privilégio institucional, mas condição

necessária para o adequado cumprimento de suas missões legais. Trata-se de instrumento essencial para assegurar estabilidade regulatória, previsibilidade aos investidores e qualidade na prestação dos serviços públicos regulados.

Nesse contexto, ganha ainda mais relevância a discussão em torno do Projeto de Lei Complementar nº 73/2025, atualmente em tramitação no Senado Federal, que busca conferir tratamento adequado às atividades das agências reguladoras no âmbito das limitações orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A proposta reconhece a natureza estratégica das atividades desempenhadas pelas agências e busca assegurar condições mínimas para que possam exercer plenamente suas competências legais, preservando a capacidade regulatória do Estado brasileiro e a segurança jurídica necessária aos investimentos de longo prazo.

As agências reguladoras federais permanecem comprometidas com a continuidade de suas atividades, com a proteção dos usuários dos serviços regulados e com a defesa do interesse público. Contudo, alertam que a manutenção de sucessivos bloqueios orçamentários pode comprometer progressivamente a capacidade operacional necessária para garantir a plena execução de suas atribuições legais e institucionais.

O COARF seguirá atuando junto aos Poderes da República em busca de soluções que preservem a capacidade técnica, a independência institucional e a sustentabilidade operacional das agências reguladoras, pilares essenciais para a confiança dos investidores, para a qualidade dos serviços prestados à população e para o desenvolvimento sustentável do Brasil

COSAÚDE AVALIA PROPOSTAS DE INCORPORAÇÃO DE NOVOS MEDICAMENTOS AO ROL DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS

(Gov) ANS – 01/06/2026

Encontro foi realizado no dia 26/05 com o objetivo de debater propostas de atualização no Rol

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 26 de maio, a 51ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol (Cosaúde). O objetivo foi analisar propostas de inclusão de novos tratamentos às coberturas obrigatórias dos planos de saúde. A comissão debateu ainda proposta de atualização da cobertura de exame genético já previsto no rol.

Na abertura do encontro, a diretora da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Lenise Secchin, destacou que todas as decisões da Agência são baseadas em estudos científicos e têm como principal foco atender às necessidades das famílias brasileiras. Segundo ela, “manter o equilíbrio do

setor é essencial para garantir que os beneficiários continuem tendo acesso aos serviços de saúde”.

A reunião também reforçou a importância da participação da sociedade nesse processo. As contribuições ajudam a ANS a tomar decisões mais transparentes e alinhadas com as necessidades reais dos pacientes.

Entre os temas discutidos, esteve a atualização da Diretriz de Utilização (DUT) da **Análise Molecular de DNA**, para aprimorar a cobertura do **Sequenciamento Completo do Exoma** para o diagnóstico de pessoas com deficiência intelectual cuja causa ainda não foi identificada, permitindo detectar alterações genéticas que não aparecem em outros exames.

Outro ponto importante foi a análise das contribuições recebidas na consulta pública e na audiência pública sobre as propostas de inclusão de dois medicamentos no rol de coberturas obrigatórias:

- **Evolocumabe:** indicado para redução do LDL-colesterol em pessoas que já tiveram eventos cardiovasculares graves, como infarto ou AVC, e continuam com colesterol alto mesmo após o uso de estatinas;
- **Acalabrutinibe com Venetoclax:** voltado para o tratamento da leucemia linfocítica crônica ou do linfoma linfocítico de pequenas células, dois tipos de câncer do sangue, em pacientes que ainda não receberam tratamento.

Essas propostas ainda estão em avaliação e passarão pelas próximas etapas até a decisão final da ANS.

O que é a Cossaúde

A Cossaúde é um grupo formado por representantes de diferentes setores da área da saúde. Ela tem a função de ajudar a ANS a definir quais exames e tratamentos devem ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde, sempre buscando garantir acesso a cuidados seguros e eficazes para a população.

Clique abaixo para assistir à 51ª Reunião Técnica da Cossaúde.

[51ª Reunião da COSAÚDE](#)

ANS LANÇA CARTILHA QUE AJUDA O CONSUMIDOR A ENTENDER DOENÇAS PREEXISTENTES EM PLANOS DE SAÚDE

(Gov) ANS – 01/06/2026

Guia prático explica como funcionam as regras quando o beneficiário já possui algum diagnóstico antes de aderir ao plano

Na hora de contratar um plano de saúde, muita gente se vê diante de dúvidas — e até inseguranças — sobre o que precisa declarar, o que será coberto e o que pode mudar no futuro. Pensando nisso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) preparou um material para orientar o consumidor nesse momento tão importante.

Já está disponível no portal da ANS a cartilha “Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes”, um guia prático que explica, de forma simples e direta, como funcionam as regras quando o beneficiário já possui algum diagnóstico antes de aderir ao plano.

Quando uma condição de saúde já faz parte da sua história

Imagine alguém que já convive com uma condição de saúde — como o uso de próteses, pinos ou até um marcapasso — e decide contratar um plano. Nesses casos, é fundamental que essas informações sejam compartilhadas desde o início.

A cartilha explica que são consideradas doenças ou lesões preexistentes aquelas que a pessoa já sabe que possui no momento da contratação. Por isso, preencher corretamente a Declaração de Saúde, documento obrigatório nesse processo, é mais do que uma formalidade: é uma forma de garantir transparência e evitar problemas futuros.

Entendendo os prazos e as possibilidades

Um dos pontos que mais geram dúvidas é a chamada Cobertura Parcial Temporária (CPT). Na prática, trata-se de um período — que pode chegar a até 24 meses — em que alguns atendimentos relacionados exclusivamente à condição

preexistente podem ter restrições. Isso inclui procedimentos de alta complexidade, cirurgias e internações em leitos de tecnologia avançada.

Mas a cartilha também mostra que existem caminhos. Um deles é o agravo, uma alternativa em que o consumidor pode negociar com a operadora o pagamento de um valor adicional na mensalidade para ter acesso à cobertura completa dessas condições, mesmo antes do fim do prazo.

Seus direitos também estão protegidos

Além de explicar os prazos, o material reforça algo essencial: o consumidor não está sozinho. A ANS esclarece, por exemplo, a diferença entre carência e as restrições específicas relacionadas às doenças preexistentes — dois conceitos que muitas vezes são confundidos.

Outro ponto importante é que nem sempre a ausência de informação pode ser considerada omissão. Situações como a identificação prévia da condição pela própria operadora, por meio de exames, ou a inclusão de recém-nascidos e crianças dentro dos prazos legais têm regras próprias de proteção.

E mais: cabe à operadora comprovar qualquer suspeita de omissão. Durante esse processo, o beneficiário não pode ter o atendimento negado nem o contrato cancelado antes da conclusão da análise administrativa pela ANS.

Informação para escolher com mais confiança.

Ao reunir essas orientações, a nova cartilha da ANS busca dar mais autonomia ao consumidor, ajudando cada pessoa a tomar decisões com mais clareza e segurança sobre sua saúde.

Para acessar a cartilha completa, [clique aqui](#)

PLANOS SÃO OBRIGADOS NA JUSTIÇA A APLICAR AOS ‘FALSOS COLETIVOS’ O MESMO REAJUSTE DE CONTRATOS INDIVIDUAIS

Jornal de Brasília – 01/06/2026

Decisões judiciais de primeira e segunda instância têm obrigado operadoras de planos de saúde a aplicarem aos chamados contratos de “falso coletivo”—planos empresariais com poucos beneficiários, geralmente de uma mesma família— os mesmos índices de reajuste definidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para planos individuais e familiares.

As sentenças declaram nulas cláusulas que autorizam aumentos com base na sinistralidade e na variação de custos médico-hospitalares (VCMH), critérios típicos dos contratos coletivos, empresariais ou por adesão, firmados via sindicatos e associações. Em alguns casos as operadoras também são condenadas a devolver valores cobrados a mais.

Em geral, as decisões citam precedentes do STJ (Superior Tribunal de Justiça) que admitem, em situações excepcionais, o tratamento desses contratos como planos individuais, devido à vulnerabilidade do consumidor e à baixa capacidade de negociação em grupos reduzidos.

Em maio, por exemplo, a ministra Maria Isabel Gallotti, do STJ, negou recurso de uma operadora de plano de saúde e manteve decisão que limitou o reajuste do contrato coletivo com apenas cinco beneficiários aos índices definidos pela ANS para planos individuais e familiares, modalidade que reúne cerca de 7,7 milhões de beneficiários no país, ou 14,5% dos 52,9 milhões de usuários.

De acordo com essas decisões, os reajustes baseados em sinistralidade e custos médico-hospitalares, são inválidos, devendo ser substituídos pelos índices anuais fixados pela ANS ao planos individuais e familiares.

Na última sexta-feira (29), a agência aprovou o reajuste máximo de 5,1% para planos de saúde individuais e familiares. Já os contratos coletivos seguem sem teto definido pela agência e têm os percentuais negociados entre operadoras e contratantes. Nos primeiros dois meses deste ano, os reajustes foram de 9,9%, em média.

Segundo dados da ANS, os contratos com menos de 30 beneficiários têm registrado aumentos mais elevados. Em 2025, esse grupo teve reajuste médio de 14,24%, quase cinco pontos percentuais acima dos contratos de maior porte, cuja média ficou em 9,62%. Cerca de 1 em cada 4 beneficiários estava vinculado a esse tipo de contrato nos primeiros meses de 2026.

Advogados que atuam em ações contra operadoras relatam uma crescente onda de decisões favoráveis aos consumidores em casos envolvendo reajustes de contratos considerados falsos coletivos. Segundo o advogado Rafael

Robba, sócio do escritório Vilhena Silva, a taxa de sucesso tem sido próxima de 90%.

“São consumidores reféns do plano, muitas vezes idosos ou pessoas em tratamento, que não conseguem migrar para outra operadora e acabam submetidos a reajustes muito superiores aos autorizados para planos individuais”, afirma.

A microempresária Fernanda Vilaboim, 59, está entre os beneficiados por esse tipo de decisão. Titular de um plano empresarial com três vidas —ela e dois filhos—, viu a mensalidade saltar de R\$ 1.900 para mais de R\$ 12 mil ao longo de oito anos.

Sem condições de arcar com o valor, ela foi à Justiça, que determinou a aplicação retroativa dos índices autorizados pela ANS para planos individuais nos últimos oito reajustes. Com isso, a mensalidade caiu para menos da metade, cerca de R\$ 6.000, e ela ganhou o direito à restituição do que pagou a mais.

“O valor foi ficando insustentável, era uma batalha todo mês para pagar a mensalidade e quase desisti. Pensei em mudar de plano, mas, aos 59 anos, com dois cânceres [de mama] no meu histórico, tive medo de não ser aceita”, diz.

Robba afirma que uma decisão repetitiva recente do STJ sobre rescisão unilateral de contratos coletivos com até 29 vidas trouxe mais segurança para consumidores questionarem reajustes abusivos sem temor de cancelamento imotivado.

Mas ainda não existe entendimento consolidado nos tribunais superiores que obrigue a adoção desse critério em todo o país. A advogada Rosana Chiavassa explica que decisões favoráveis têm ocorrido em situações muito específicas e não podem ser generalizadas.

“O que existe são decisões pontuais, analisando casos concretos, geralmente de núcleo familiar reduzido, com características muito particulares. Isso não significa que qualquer plano empresarial familiar se enquadre nessa hipótese.”

Chiavassa afirma que a ausência de definição objetiva sobre o conceito de família aplicável a esses contratos ainda gera insegurança jurídica. “Será preciso que o STJ estabeleça parâmetros claros em julgamento repetitivo.”

Para o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa de Consumidores), a questão revela uma falha histórica da ANS. “O problema central é regulatório. A falsa coletivização decorre da falta de regras mais protetivas para contratos coletivos, que acabaram sendo empurrados ao consumidor diante da

retração da oferta de planos individuais”, afirma a advogada Marina Paulelli.

Para ela, enquanto a agência não avançar na regulação dos reajustes e do cancelamento unilateral, a tendência é de aumento da judicialização. “O Judiciário segue funcionando como instância corretiva diante de lacunas regulatórias que já são denunciadas há quase duas décadas.”

A ANS entende que os planos de saúde coletivos possuem regras, cálculos atuariais e dinâmicos de mercado próprios. Por isso, a agência não estipula teto de reajuste para essa modalidade, nem reconhece, administrativamente, a equiparação automática aos reajustes dos planos individuais.

Em nota, a Fenasau (Federação Nacional de Saúde Suplementar) afirma que, embora haja um número crescente de decisões judiciais sobre o tema, ainda não existe jurisprudência consolidada.

Para a entidade, o entendimento de que esses contratos devem ser reclassificados desconsidera a legislação do setor e as normas da ANS, que permitem expressamente a contratação por pequenas e médias empresas e até por empresários individuais, sem exigência de número mínimo de beneficiários.

A nota sustenta que essas decisões impõem às operadoras a conversão compulsória de contratos coletivos em individuais, alterando condições originalmente pactuadas e submetendo-os a regras distintas, como o controle de reajustes, sem respaldo legal ou regulatório.

Diz, ainda, que intervenções judiciais dessa natureza, ainda que voltadas à proteção de casos individuais, podem produzir efeitos negativos para o conjunto dos beneficiários, com risco de aumento de preços e redução da oferta de planos.

ANS DIVULGA PLANO PERIÓDICO DE MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL 2026

(Gov) ANS – 29/05/2026

Documento estabelece critérios para análise e adoção de medidas administrativas

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta sexta-feira, 29/5, o Plano Periódico Anual de Monitoramento do Risco Assistencial 2026, conforme previsto no artigo 5º da Resolução Normativa (RN) 479/2022. O objetivo do documento é estabelecer os critérios de priorização da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) para o encaminhamento de operadoras às áreas responsáveis pela análise e adoção das medidas administrativas previstas no art. 4º do mesmo normativo, que trata da visita técnico-assistencial, suspensão de comercialização de produtos e do regime especial de direção técnica.

O Monitoramento do Risco Assistencial consiste no acompanhamento periódico das operadoras, a partir da

análise da regularidade de aspectos assistenciais, atuariais e de estrutura e operação de seus produtos, para a identificação de indícios de anormalidades e a preservação da continuidade e da qualidade do atendimento à saúde aos beneficiários do setor.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial [clique aqui](#).

O Plano Periódico de 2026 foi aprovado pela DIPRO em 20/5/2026, conforme Despacho 102/2026/DIPRO. Os critérios de priorização do Monitoramento do Risco Assistencial dispostos no documento serão aplicados aos resultados dos quatro trimestres de avaliação do Monitoramento do Risco Assistencial no ano-base 2026, nos termos descritos no documento.

Para consultar o Plano Periódico 2026, [clique aqui](#).

ANS DEFINE TETO DE 5,11% PARA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS/FAMILIARES

(Gov) ANS – 29/05/2026

Percentual é o mais baixo já definido pela Agência, com exceção do reajuste de 2021, após a pandemia de Covid-19

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião de Diretoria Colegiada realizada nesta sexta-feira (29/5), o índice máximo de 5,11% para o reajuste anual dos planos de saúde de assistência médica individuais/familiares.

O percentual é o menor já definido pela ANS, com exceção de 2021, quando houve reajuste negativo em razão da redução do uso dos serviços de saúde durante o período de isolamento social da Covid-19, o que levou à diminuição dos custos das operadoras.

O índice de 5,11% se aplica a cerca de 7,7 milhões de beneficiários, o equivalente a 14,5% dos 52,9 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil (dados

de março de 2026), e é válido para os contratos regulamentados – firmados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998.

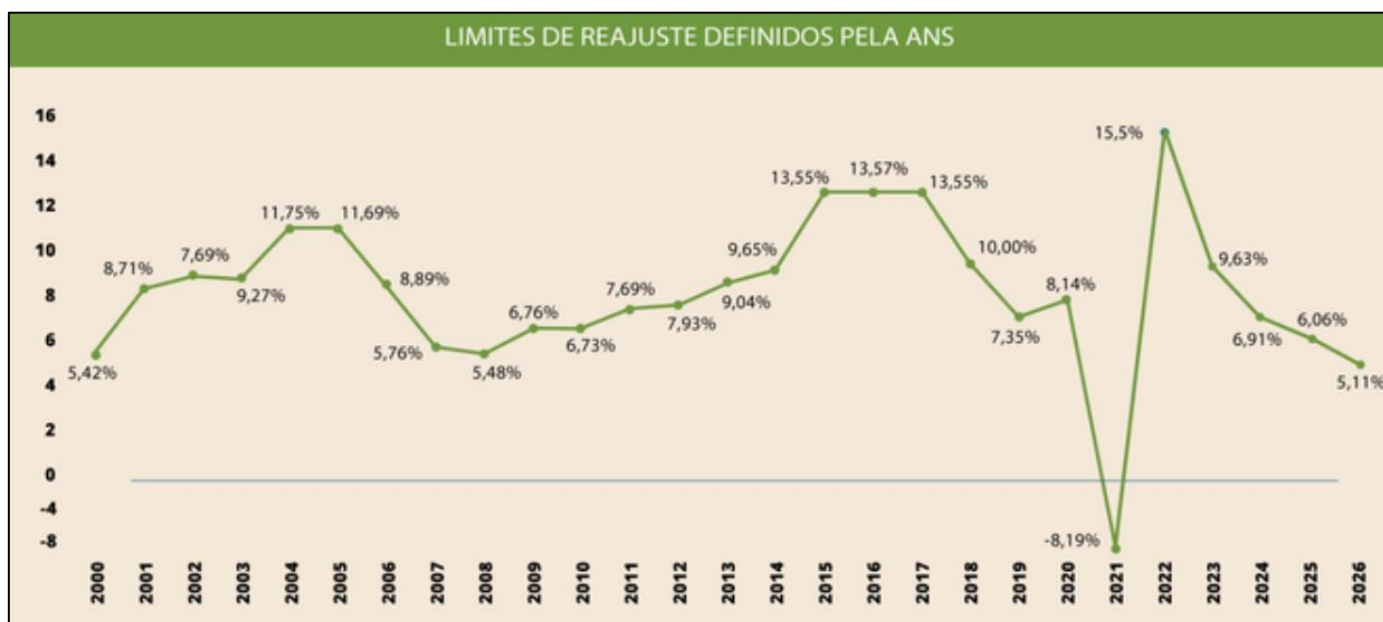
“Esse é o reajuste mais baixo já definido pela ANS, o que traz alívio para o cidadão que se esforça para manter um plano de saúde para sua família. Nosso objetivo é sempre buscar o equilíbrio, garantindo a sustentabilidade do setor e a capacidade de pagamento dos beneficiários”, afirma o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous.

O percentual foi calculado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, apreciado pelo Ministério da Fazenda e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada da Agência. A decisão segue agora para publicação no Diário Oficial da União.

A aplicação do reajuste anual só pode ser feita pela operadora no mês de aniversário do contrato (data de contratação do plano). Para os contratos com aniversário em maio e junho, a cobrança deverá começar em julho ou, no máximo em agosto, retroagindo até o mês de aniversário.

“O resultado é reflexo de uma metodologia baseada no comportamento do setor, considerando tanto o aumento dos custos assistenciais quanto a frequência de utilização dos serviços. A fórmula evita aumentos excessivos para o consumidor e, ao mesmo tempo, garante que os planos continuem oferecendo atendimento de qualidade e de forma sustentável”, destaca a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Lenise Secchin.

Histórico dos percentuais de planos de saúde individuais/familiares



Metodologia considera uso dos planos e custos do setor

Para definir o percentual de 2026, a ANS utilizou a metodologia aplicada desde 2019, que leva em conta:

- a frequência de utilização dos serviços de saúde
- a variação das despesas assistenciais dos planos individuais/familiares.

O cálculo combina:

- IVDA (Índice de Valor das Despesas Assistenciais) – peso de 80%

- IPCA (inflação oficial), excluindo o subitem “Plano de Saúde” – peso de 20%

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores ganhos de eficiência do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

Despesas assistenciais em 2025 e 2024 – Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.



As despesas assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 8,32% em 2025 comparado a 2024. Essa variação observada nos custos assistenciais reflete o aumento dos preços dos serviços e insumos de saúde, bem como aumento no padrão de consumo de serviços de saúde associado a fatores como mudanças no perfil etário dos consumidores e incorporações no rol de procedimentos da saúde suplementar.

Diferença entre índice de inflação e índice de reajuste de planos de saúde

Os índices de inflação medem a variação de preços de produtos e serviços. Já os índices de reajuste de planos de saúde são “índices de valor”, pois medem a variação combinada não somente de preços, mas também de quantidades consumidas. Dessa forma, o percentual calculado pela ANS considera aspectos como as mudanças nos preços dos produtos e serviços em saúde, bem como as mudanças na frequência de utilização dos serviços de saúde.



Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais/familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (5,11%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do

mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Entenda como o reajuste é aplicado

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir do mês de aniversário de cada contrato. Para os contratos com data de aniversário em maio e junho, a

cobrança deverá começar, em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato. Confira no exemplo abaixo:

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE NOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES		
No exemplo abaixo, foi considerado o valor de R\$ 100 para a mensalidade de um plano de saúde com aniversário em maio. Para saber a data de aniversário do seu plano, verifique no contrato o mês em que ele foi assinado.		
2026 - 2027		
Consumidor recebe em Maio boleto ainda sem reajuste.	MAI	R\$ 100,00 (mensalidade) = R\$ 100,00 (total)
Consumidor recebe em Junho boleto ainda sem reajuste.	JUN	R\$ 100,00 (mensalidade) = R\$ 100,00 (total)
Consumidor recebe em Julho a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a Maio .*	JUL	R\$ 105,11 (mensalidade reajustada) + R\$ 5,11 (retroativo Maio) = R\$ 110,22 (total)
Consumidor recebe em Agosto a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a Junho .	AGO	R\$ 105,11 (mensalidade reajustada) + R\$ 5,11 (retroativo Junho) = R\$ 110,22 (total)
Consumidor recebe em Setembro a nova mensalidade reajustada.	SET	R\$ 105,11 (mensalidade) = R\$ 105,11 (total)
<small>*É possível que alguns consumidores recebam o boleto de julho ainda sem reajuste. Neste caso, os valores retroativos serão cobrados a partir de agosto.</small>		

[Perguntas e respostas sobre o reajuste 2026.](#)

Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Buscador de Planos de Saúde - Guia ANS](#), no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, [confira aqui](#).

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Atendimento telefônico: Disque ANS - 0800 701 9656: atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais.
- Atendimento eletrônico [Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor](#).
- Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800 021 2105.
- Atendimento presencial nos Núcleos da ANS existentes nas cinco regiões do país. [Confira como agendar seu atendimento](#).

ANS DEBATE INOVAÇÃO, QUALIDADE E INTEGRAÇÃO COM O SUS NA HOSPITALAR 2026

(Gov) ANS – 28/05/2026

Agência participou de debates sobre tecnologia em saúde, qualidade hospitalar, fiscalização e ampliação do acesso à atenção especializada

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esteve presente na Hospitalar 2026, realizada entre os dias 19 e 22 de maio, em São Paulo, participando de debates estratégicos sobre inovação, qualidade assistencial, fiscalização, integração entre o SUS e a saúde suplementar e sustentabilidade do setor.

Na abertura do evento, no dia 19/5, o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, destacou o papel da tecnologia na transformação da assistência à saúde e defendeu que os avanços do setor devem estar acessíveis à população: “A tecnologia faz parte do nosso dia a dia: em casa, no trabalho e no lazer. Mas, quando aplicada à saúde, ela ganha uma dimensão ainda mais importante: a de promover bem-estar e qualidade de vida para as pessoas”, afirmou.

Damous ressaltou a importância de garantir acesso amplo às inovações em saúde. “Desejamos que todas essas conquistas estejam acessíveis aos cidadãos, sem exclusão social. Afinal, as pessoas devem estar no centro do processo tecnológico”, completou.

Congresso ANS debate integração, qualidade e fiscalização

Durante a programação da Hospitalar, a Agência realizou o Congresso ANS, reunindo representantes da reguladora, do Ministério da Saúde, operadoras, prestadores e especialistas para discutir temas prioritários da saúde suplementar.

Integração SUS e saúde suplementar

O Congresso foi aberto pela diretora de Fiscalização, Eliane Medeiros, que anunciou a mesa “Integração SUS e Saúde Suplementar: o Papel do Programa Agora Tem Especialistas”, com a presença do diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial da ANS, Andrey Corrêa; da gerente de Integração e Ressarcimento ao SUS, Adriana Bion; e do diretor do Departamento de Estratégias para a Expansão e Qualificação da Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Rodrigo Oliveira.

Durante o debate, Andrey Corrêa enfatizou o papel da integração entre os setores público e privado para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde especializados: “A ANS está de portas abertas para construir soluções conjuntas e ampliar a adesão das operadoras em iniciativas que fortaleçam a assistência à população e aumentem a capilaridade da qualidade da saúde no país”, disse.

Representando o Ministério da Saúde, Rodrigo Oliveira pontuou os desafios estruturais enfrentados pelo sistema de saúde

diante do envelhecimento populacional e da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira: “O aumento da expectativa de vida e a predominância das doenças crônicas aumentaram fortemente a demanda por atenção especializada, diagnóstico e tratamento. Precisamos ampliar a oferta desses serviços e utilizar todos os instrumentos disponíveis para enfrentar esse desafio”, explicou.

Rodrigo Oliveira elogiou a parceria institucional entre a ANS e o Ministério da Saúde no desenvolvimento do Programa Agora Tem Especialistas. “Desde a sabatina, o diretor-presidente Wadih Damous se colocou à disposição da pasta e tem sido um aliado de primeira linha na implementação deste programa”, ressaltou.

Já Adriana Bion apresentou aspectos do componente de Ressarcimento ao SUS, esclarecendo que o mecanismo envolve exclusivamente atendimentos previstos na cobertura contratual dos beneficiários dos planos de saúde.

Qualidade hospitalar e transparência

Na sequência, a mesa “Indução da Qualidade em Saúde Suplementar” abordou o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (Qualiss) e o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-Qualiss).

Integraram o debate o diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial, Andrey Corrêa, a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde, Raquel Lisbôa, além de representantes de hospitais participantes do PM-Qualiss.

Os painelistas destacaram o crescimento da adesão ao programa e o uso dos indicadores assistenciais pelos hospitais para aprimorar processos internos, acompanhar resultados e fortalecer a cultura de qualidade, segurança do paciente e transparência para a sociedade.

“Os indicadores não servem apenas para monitoramento. Eles ajudam os hospitais a aprimorar processos internos e fortalecem a qualidade da assistência prestada aos pacientes”, afirmou Raquel Lisbôa.

Também foi comentada a importância da divulgação dos resultados para que os cidadãos possam comparar informações assistenciais e utilizar critérios de qualidade na escolha dos serviços de saúde.

Fiscalização e relacionamento com beneficiários

A terceira mesa do Congresso ANS, “Estratégias Fiscalizatórias na Saúde Suplementar”, foi conduzida pelo diretor-adjunto de

Fiscalização, Marcus Braz, e pelo coordenador de Assuntos Normativos e Institucionais, Alex Urtado.

O painel abordou as regras determinadas pela Agência para o relacionamento entre operadoras e beneficiários (Resolução Normativa nº 623/2024) e o Novo Modelo de Fiscalização da ANS, apresentado pela gerente-geral de Operações Fiscalizatórias, Carolina Gouveia, e por Alex Urtado.

Durante a apresentação, os representantes da Agência explicaram a evolução das estratégias fiscalizatórias da ANS, com foco em ações preventivas, monitoramento orientado por risco e indução de boas práticas no setor.

Rede hospitalar e contratualização

Na mesa seguinte, “Prestadores de Serviços Assistenciais na Saúde Suplementar”, a gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais, Andréia Abib, apresentou aspectos regulatórios relacionados ao redimensionamento da rede hospitalar.

Durante a exposição, Andréia Abib reforçou a necessidade de manutenção da assistência aos beneficiários nos processos de descredenciamento e substituição de prestadores. “Os hospitais mais utilizados pelos beneficiários não podem ser descredenciados sem substituição equivalente”, alertou.

A gerente explicou também que a ANS considera equivalente o prestador que possua os mesmos serviços utilizados, no mesmo município e com grau de qualificação compatível com o prestador substituído.

A mesa seguiu com debate sobre contratualização, conduzido pelo coordenador de Contratualização, Carlos Ximenes.

Informações assistenciais e regras contratuais

O último dia do Congresso ANS foi dedicado a debates sobre informações em saúde suplementar e regras contratuais dos planos de saúde.

Na mesa “Informações em Saúde Suplementar”, a assessora de Informações Assistenciais, Flávia Tanaka, apresentou dados e indicadores relacionados à assistência prestada aos beneficiários da saúde suplementar. Em seguida, Márcio Nunes de Paula, da Assessoria de Informações e Sistema, abordou os números das reclamações registradas por consumidores na ANS.

Finalizando o Congresso, o painel “Planos de Saúde: Regras Contratuais” reuniu a gerente-geral Regulatória da Estrutura dos Produtos, Cátia Mantini, e a gerente de Processos Sancionadores, Julgamento e Intervenção, Alexandra Campos, em debate sobre contratação, cobertura assistencial, rescisão contratual e portabilidade de carências.

Durante a apresentação, foram abordadas as principais dúvidas e demandas recebidas pela ANS sobre contratação de planos de saúde, exercício da portabilidade e rescisão de contratos, além de orientações sobre direitos dos beneficiários, regras regulatórias e funcionamento do Guia ANS de Planos de Saúde.

Também foram discutidos aspectos relacionados à transparência das informações prestadas aos consumidores e à necessidade de comunicação clara em todas as etapas da contratação e da portabilidade.

Participação em eventos parceiros

Além do Congresso ANS, representantes da Agência estiveram presentes em painéis promovidos por entidades do setor durante a Hospitalar 2026.

A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Lenise Secchin, participou do painel “Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e Compartilhamento de Risco: o equilíbrio entre inovação, acesso e sustentabilidade”, promovido pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

A mesa também contou com a presença da CEO da Laços Saúde e ex-diretora da ANS, Martha Oliveira, e da superintendente de ATS e Cobertura Assistencial da FenaSaúde, Hellen Miyamoto. A moderação foi conduzida pelo diretor executivo da Abramge, Marcos Novais.

Durante sua apresentação, Lenise Secchin destacou a importância do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como instrumento de garantia de direitos aos beneficiários.

“O rol é a lista que estabelece a cobertura obrigatória que deve ser assegurada pelas operadoras aos beneficiários. Seu processo de atualização é contínuo, transparente e baseado em rigor técnico”, explicou.

A diretora frisou a importância da participação social e técnica nos processos regulatórios da Agência, incluindo a atuação da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), da qual Hellen Miyamoto é integrante.

Martha Oliveira, por sua vez, abordou os impactos da inteligência artificial no desenvolvimento de novas tecnologias em saúde e nos processos de avaliação tecnológica. “Vamos viver um futuro profundamente impactado por tecnologias que ainda estão sendo desenvolvidas. Hoje, já existem medicamentos criados integralmente com inteligência artificial, o que acelera processos em uma velocidade inédita. Da mesma forma, essa tecnologia também pode contribuir para os processos de ATS, tema que ainda precisa amadurecer no setor”, destacou.

Já a diretora de Gestão, Carla Soares, integrou o painel “Saúde em Transformação: Cuidando do Agora e do Amanhã”,

promovido pelo SindHosp, no qual debateu os desafios da transformação do setor de saúde diante das mudanças demográficas, tecnológicas e assistenciais.

“A saúde vive hoje uma transformação profunda, impulsionada por mudanças tecnológicas, demográficas e assistenciais. O desafio é construir um sistema mais integrado, sustentável e centrado nas pessoas”, declarou a diretora.

A ANS também participou da “Jornada Regulatória ABIMED 2026 – Dia da Convergência Regulatória”. No painel “Instâncias de ATS no Brasil: peculiaridades e necessidades do SUS e da Saúde Suplementar e relação com o processo de registro sanitário”, a diretora-adjunta de Normas e Habilitação dos

Produtos, Dominic Lourenço, representou a Agência em debate sobre os desafios e especificidades dos processos de avaliação de tecnologias em saúde no país.

Estande da Agência

Durante os quatro dias da Feira Hospitalar, a ANS contou com um estande, pelo qual os visitantes puderam tirar dúvidas com os servidores da Agência sobre o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS), a contratualização entre prestadores e operadoras de planos de saúde e o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS)

PREMATUROS TERÃO ACESSO À PROTEÇÃO CONTRA VSR O ANO INTEIRO; PLANOS NÃO PODERÃO MAIS RESTRINGIR COBERTURA

G1 – 27/05/2026

Mudança aprovada pela ANS acaba com a limitação sazonal para a aplicação do nirsevimabe em bebês nascidos antes de 37 semanas de gestação e com menos de 1 ano de idade.

Bebês prematuros atendidos por planos de saúde passam a ter acesso à proteção contra o vírus sincicial respiratório (VSR) durante todo o ano. A mudança, aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e em vigor desde domingo (25), **amplia o acesso ao nirsevimabe, anticorpo indicado para prevenir formas graves da infecção.**

O VSR é o **principal causador da bronquiolite** —inflamação das pequenas vias aéreas dos pulmões— e responde por uma parcela importante das internações de bebês nos primeiros meses de vida. Embora apresente períodos de maior circulação no país, o vírus continua presente ao longo de todo o ano.

Na avaliação da diretora da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) Flávia Bravo, a nova regra elimina uma barreira que deixava parte dos prematuros sem acesso à proteção.

Mudança acaba com limitação ligada à sazonalidade

A cobertura do nirsevimabe já era obrigatória para prematuros na saúde suplementar. O que muda agora é que os planos não poderão mais restringir o acesso aos meses tradicionalmente associados ao pico de circulação do VSR.

Bebês nascidos fora dessa janela deixavam de ter cobertura mesmo pertencendo ao grupo de maior risco para complicações da doença.

Segundo Bravo, a alteração também facilita a organização da assistência. Com a proteção disponível durante todo o ano, a aplicação pode ser planejada ainda na maternidade, sem depender do calendário epidemiológico.

Por que a bronquiolite preocupa pediatras

O vírus sincicial respiratório infecta pessoas de todas as idades e costuma causar sintomas semelhantes aos de um resfriado. Em bebês pequenos, porém, a infecção pode atingir as regiões mais profundas dos pulmões e desencadear bronquiolite.

A doença provoca inflamação e acúmulo de secreções nos bronquíolos, estruturas responsáveis pela passagem do ar. O resultado pode ser chiado, dificuldade respiratória, queda da oxigenação e necessidade de internação.

Estima-se que praticamente todas as crianças tenham contato com o VSR até os 2 anos de idade. As formas mais graves, entretanto, se concentram nos primeiros meses de vida.

Prematuridade aumenta risco de hospitalização

Entre os bebês mais vulneráveis estão os prematuros.

De acordo com a SBIIm, eles nascem com pulmões e vias respiratórias menores, além de um sistema imunológico menos amadurecido. Essa combinação aumenta o risco de evolução para quadros graves, necessidade de terapia intensiva e morte.

É por esse motivo que as estratégias de prevenção contra o VSR costumam priorizar esse grupo.

Anticorpo não impede a infecção, mas reduz casos graves

Diferentemente das vacinas tradicionais, o nirsevimabe não ensina o organismo a produzir anticorpos.

Ele já contém o anticorpo pronto para reconhecer e neutralizar o vírus. Dessa forma, mesmo que a criança seja infectada, a chance de desenvolver complicações graves diminui significativamente.

O objetivo principal é reduzir hospitalizações, admissões em unidades de terapia intensiva e mortes relacionadas ao VSR.

Outro aspecto destacado pela especialista é a faixa etária contemplada.

Enquanto o Programa Nacional de Imunizações oferece o anticorpo para prematuros de até 6 meses, a cobertura dos planos de saúde alcança crianças com até 12 meses de idade, alinhando-se às recomendações das sociedades médicas.

Sinais que exigem atenção dos pais

Os primeiros sintomas podem lembrar um resfriado comum, mas alguns sinais indicam necessidade de avaliação médica.

Entre eles estão respiração acelerada, esforço para respirar, movimentação intensa das narinas, afundamento das costelas durante a respiração, chiado, dificuldade para mamar, sonolência excessiva e redução importante da atividade habitual.

Em casos mais graves, podem surgir lábios arroxeados e sinais de baixa oxigenação.

ATLÂNTICA D'OR ANUNCIA NOVO HOSPITAL NO RIO DE JANEIRO

Revista Cobertura – 27/05/2026

Unidade terá 180 leitos e reforçará a expansão da joint venture voltada ao desenvolvimento de hospitais modernos e de alta eficiência no país

A Atlântica D'Or, joint venture formada pela Rede D'Or e pela Atlântica Hospitais e Participações S.A., empresa controlada pela Bradsaúde S.A, anuncia a construção de um novo hospital em São Conrado, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Com previsão de 180 leitos, a décima unidade da rede ampliará a oferta de assistência médico-hospitalar de alta qualidade na capital fluminense e reforçará a estratégia de expansão da rede.

A parceria societária no novo hospital é composta por 50,01% de participação da Rede D'Or, responsável pela operação hospitalar, e 49,99% da Atlântica Hospitais e Participações S.A.

Atualmente, a rede conta com seis unidades em operação: Glória D'Or e Macaé D'Or, no Rio de Janeiro; São Luiz

Campinas, São Luiz Guarulhos e São Luiz Alphaville, em São Paulo; além da Maternidade Star, na capital paulista. Integram ainda o plano de expansão da companhia os hospitais São Luiz Sorocaba, Ribeirão D'Or e São Luiz Taubaté, também no Estado de São Paulo.

O futuro hospital São Conrado D'Or representa mais um importante avanço na estratégia de crescimento sustentável da Atlântica D'Or, que vem contribuindo para fortalecer e modernizar o setor privado de saúde no Brasil, ampliando a oferta de hospitais cada vez mais modernos, tecnológicos e eficientes para a população.

A conclusão da operação está sujeita ao cumprimento de condições precedentes usuais para transações dessa natureza, incluindo as aprovações regulatórias aplicáveis.

PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS TÊM REAJUSTE MÉDIO DE 9,9% ESTE ANO

Tribuna Online – 19/05/2026

Reajuste aplicado pelas operadoras é o menor em 5 anos, mas impacta mais de 1,2 milhão de capixabas com planos coletivos

O reajuste médio dos planos de saúde coletivos desacelerou em 2026 e atingiu o menor patamar em cinco anos. Ainda assim, o aumento de 9,9% aplicado pelas operadoras nos dois primeiros meses do ano ficou bem acima da inflação oficial, de 3,81%.

O percentual médio de aumento para os planos em janeiro e fevereiro foi divulgado esta semana pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No Estado, 1,2 milhão de pessoas têm planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão – como no caso de associações, sindicatos e entidades de classe.

Ao contrário dos planos individuais – que têm os reajustes anuais máximos definidos pela ANS – os planos de saúde coletivos têm o aumento definido na data de aniversário do contrato, por livre negociação entre as partes.

Dessa forma, os reajustes costumam ser maiores que os dos planos individuais, chegando a patamares acima dos 20% em alguns casos.

O advogado Breno Cuzzuol explica que os reajustes dos contratos coletivos tendem a ser mais altos justamente porque

não há um limite anual imposto pela ANS, como ocorre nos planos individuais.

“Se a operadora entender, com base nos cálculos dela, que precisa aplicar um aumento de 20% para manter o equilíbrio do contrato, esse percentual poderá ser aplicado. Como os contratos vêm com cláusulas pré-definidas, o consumidor fica mais vulnerável.”

Segundo ele, isso não significa que qualquer aumento seja válido. “O consumidor precisa analisar os critérios usados pela operadora, como memória de cálculo, índices de sinistralidade e até indicadores econômicos, como o IPCA. Se ficar demonstrado que o percentual foi maior do que o necessário, é possível buscar a revisão do contrato na Justiça e até pedir a devolução dos valores pagos a mais.”

A especialista em Direito do Consumidor e Direito Médico e da Saúde Samira Dummond enfatizou que o reajuste pode ser considerado abusivo quando, por exemplo, é aplicado sem que a operadora apresente o cálculo real, ou quando temos o chamado falso coletivo. “Esses são planos feitos como empresariais ou coletivos, mas que só têm o titular e sua família, muitas vezes através do MEI.”

Nos dois casos, ela afirma que é possível recorrer ao Judiciário. “É importante que o consumidor solicite o relatório de sinistralidade, assim como tenha em mãos o contrato do plano de saúde para que um especialista analise.”

Fique por dentro

Números do setor

1.401.934 pessoas têm planos de saúde no Estado

Tipos de planos

Individual ou Familiar: 139.023

Coletivo: 1.262.699

Sendo 1.097.204 coletivo empresarial e 165.495 coletivo por adesão.

Reajustes anuais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pela regulação dos planos de saúde no País, mas eles têm regras diferentes para reajustes.

Planos individuais

O índice de reajuste máximo é determinado anualmente pela ANS.

Este ano, a ANS limitou em 6,06% o percentual de reajuste anual que poderá ser aplicado aos planos regulamentados (contratados a partir de 1999).

Planos coletivos com até 29 vidas

A ANS instituiu o agrupamento desses contratos. As operadoras, então, devem reunir em um único grupo todos os seus contratos coletivos com até 29 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste.

Planos coletivos com mais de 30 beneficiários

As cláusulas de reajuste são estipuladas por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora ou administradora de benefícios contratada.

A justificativa do percentual proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos devem ser disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante.

Nos dois primeiros meses de 2026, a média dos reajustes ficou em 9,9%.

Além disso, as operadoras devem seguir regras determinadas pela ANS.

Entre elas, estão:

Obrigatoriedade de comunicação do índice aplicado e de informações no boleto de pagamento e fatura;

Obrigatoriedade de disponibilização da metodologia à pessoa jurídica contratante utilizada com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

Reajuste por faixa etária

Além do reajuste anual, a legislação do setor prevê o reajuste por mudança de faixa etária.

As regras se aplicam a todos os planos de saúde, individuais ou familiares e coletivos.

Entre as regras estabelecidas para esse tipo de reajuste está que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).

Média últimos anos

Ano – reajuste

2016 - 15,74%

2017 - 14,24%

2018 - 11,96%

2019 - 10,55%

2020 - 7,71%

2021 - 6,43%

2022 - 11,48%

2023 - 14,13%

2024 - 13,18%

2025 - 10,76%

2026 - 9,90%

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.