NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

12 de agosto de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

Operadoras de saúde de grande e médio porte têm lucro de R$ 8,5 bi no primeiro semestre - Fonte: O Globo

Agosto Dourado destaca a importância da amamentação para mães e bebês - Fonte: Gov (ANS)

ANS debate prevenção de riscos do El Niño nos hospitais - Fonte: Gov (ANS)

ANS estuda mudar regras de reajuste de planos de saúde de contratos coletivos; saiba o que é - Fonte: Estadão

Dois marcos da cirurgia robótica redefinem a saúde no Brasil - Fonte: Estado de Minas

Diálogo é o caminho para uma saúde suplementar mais sustentável - Fonte: Saúde Business

Inteligência Artificial na saúde suplementar - Fonte: Infor Channel

OPERADORAS DE SAÚDE DE GRANDE E MÉDIO PORTE TÊM LUCRO DE R$ 8,5 BI NO PRIMEIRO SEMESTRE

O Globo – 11/08/2026

Prévia para o resultado total do período divulgada pela ANS, porém, está abaixo dos R$ 11 bi registrados de janeiro a junho de 2025

Um grupo que reúne 214 operadoras de grande e médio porte, que somam aproximadamente 85% das receitas e dos beneficiários de planos de saúde no país, registrou um lucro de R$ 8,5 bilhões no primeiro semestre de 2026, como antecipado pela coluna de Míriam Leitão. O dado, apresentado em um webinar realizado nesta segunda-feira pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é visto como uma prévia do resultado consolidado do período.

O desempenho, visto como positivo pela agência reguladora, no entanto, ficou aquém dos R$ 11 bilhões registrados já de forma consolidada entre janeiro e junho do ano passado, embora à frente dos R$ 7,4 bilhões de 2024.

— Em 2026, a gente não está observando o mesmo volume de lucro acumulado que ocorreu em 2025, que foi um ano muito relevante em resultado — afirmou Washington Alves, gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS. — Mas a gente já nota um número, ao menos em termos absolutos, bem maior que em 2024. Ou seja, continuamos numa tendência muito positiva de lucro.

O recuo na comparação com o primeiro semestre de 2025, continuou ele, decorre do fato de uma grande operadora de saúde, cujo nome ele não mencionou, ter feito um provisionamento voluntário relevante em fevereiro, o que impactou tanto o resultado financeiro do setor quanto a chamada taxa de sinistralidade, que representa o percentual do total arrecadado pelas operadoras com mensalidades usado em despesas de saúde.

As provisões técnicas foram feitas pela SulAmérica, num total de R$ 2,7 bilhões, por motivos referentes a uma transferência de reservas da holding para a operadora de saúde, segundo informações do Banco Safra.

O resultado divulgado nesta segunda-feira pela ANS considera as informações econômico-financeiras prestadas mensalmente por pouco mais de 30% das quase 700 operadoras em atividade no país. O desempenho consolidado, com os dados fornecidos pelo setor como um todo, é divulgado trimestralmente. O prazo para recebimento das informações referentes ao segundo trimestre pela agência se estende até 15 de agosto.

Em junho, o segmento de saúde suplementar totalizou 53,14 milhões de beneficiários em planos de saúde em assistência médico, demonstrando estabilidade ante o mês anterior, com 53,06 milhões. As operadoras que fornecem os dados considerados nessa prévia de resultado do semestre têm 43,9 milhões da totalidade dos usuários em suas carteiras.

Segundo as informações fornecidas por esse grupo de operadoras, as receitas totais no período somaram R$ 173,2 bilhões, sendo 89,4% desse total com operações de saúde, enquanto as despesas alcançaram R$ 161,5 bilhões. Houve ainda R$ 3,2 bilhões em impostos e participações.

A taxa de sinistralidade no período ficou em 82,2%, acima da registrada no resultado consolidado do primeiro semestre de 2025, que foi de 81,3%, mas recuou em comparação a de 2024, que foi de 83,4%. Também neste caso, pesou o provisionamento de mensalidades feito pela SulAmérica.

Alves observou que esse efeito fica claro ao olhar para o dado mensal sobre mensalidades, que caiu a R$ 22,9 bilhões em fevereiro, regressando ao patamar de R$ 26 bilhões a partir do mês seguinte.

AGOSTO DOURADO DESTACA A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO PARA MÃES E BEBÊS

Gov (ANS) – 11/08/2026

Campanha reforça benefícios do aleitamento materno e práticas que favorecem o cuidado materno e neonatal

O mês de agosto é marcado pela campanha Agosto Dourado, dedicada à conscientização sobre a importância da amamentação para a saúde da mãe e do bebê. Inspirada no conceito da Hora Dourada, que corresponde à primeira hora de vida do recém-nascido, a iniciativa destaca a importância do contato pele a pele logo após o nascimento e do início precoce do aleitamento materno, sempre que as condições clínicas permitirem.

Na saúde suplementar, essas práticas integram as estratégias de qualificação da atenção materna e neonatal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre elas estão o incentivo ao contato entre mãe e bebê imediatamente após o parto e ao início da amamentação ainda na sala de parto, medidas contempladas nas ações relacionadas ao Movimento Parto Adequado e à Certificação em Boas Práticas na Atenção Materna e Neonatal.

O contato pele a pele na primeira hora de vida favorece a adaptação do recém-nascido ao ambiente externo, fortalece

o vínculo entre mãe e bebê e estimula a liberação de ocitocina, hormônio que contribui para a descida do leite materno. Também aumenta as chances de sucesso da amamentação e pode ser realizado tanto em partos vaginais quanto em cesarianas, desde que não haja contraindicação clínica.

O leite materno é considerado o alimento mais completo para os primeiros meses de vida. Além de fornecer todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento do bebê, contém componentes que fortalecem o sistema imunológico, ajudam na formação da microbiota intestinal e contribuem para reduzir o risco de infecções. Estudos também apontam benefícios para a resposta às vacinas e para o desenvolvimento cerebral da criança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Após esse período, a amamentação pode ser mantida juntamente com a alimentação complementar até os dois anos ou mais.

Embora seja um processo natural, a amamentação pode exigir aprendizado tanto da mãe quanto do bebê. Dificuldades nos primeiros dias são comuns e, quando necessário, a orientação de profissionais de saúde e o apoio dos Bancos de Leite Humano podem contribuir para superar desafios relacionados à pega, à produção de leite ou a outras intercorrências.

Também é importante lembrar que a cirurgia cesariana não impede a amamentação. Em alguns casos, o início do aleitamento pode demandar mais apoio devido às condições do pós-operatório. Por isso, recomenda-se que a equipe assistencial, sempre que possível, favoreça o contato pele a pele e a primeira mamada logo após o nascimento.

Boas práticas na saúde suplementar

O Movimento Parto Adequado busca disseminar estratégias de melhoria da qualidade da atenção ao parto e ao nascimento na saúde suplementar. A iniciativa está em sua terceira fase, voltada à saúde, à segurança e à equidade na gestação e no parto.

Entre o fim de 2025 e início de 2026, a ANS selecionou operadoras, maternidades e ambulatórios de pré-natal e puerpério para participar voluntariamente do Projeto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato – Parto Adequado. A iniciativa contempla treinamentos e a implementação de melhorias para aproximar os participantes dos padrões da Certificação em Boas Práticas na Atenção Materna e Neonatal.

ANS DEBATE PREVENÇÃO DE RISCOS DO EL NIÑO NOS HOSPITAIS

Gov (ANS) – 11/08/2026

Webinário abordou preparação da rede, comunicação de risco e continuidade da assistência diante de eventos climáticos extremos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reuniu, nesta quarta-feira (5/8), especialistas e representantes de hospitais para discutir a preparação dos serviços de saúde diante dos impactos do El Niño. Transmitido pelo canal da Agência no YouTube, o webinário “Prevenção dos Riscos do El Niño para os Hospitais” abordou medidas de prevenção, comunicação de risco, gestão de crises e continuidade da assistência, além de apresentar aprendizados obtidos durante as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em 2024.

Na abertura, o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, destacou que a preparação antecipada pode reduzir os efeitos dos eventos climáticos extremos sobre a população e os serviços de saúde: “Temos a oportunidade de adotar medidas que amenizem os inevitáveis danos que ocorrerão por conta dos acontecimentos decorrentes de climas extremos”, afirmou. Damous também chamou a atenção para os impactos sobre grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas idosas, gestantes, pessoas com deficiência, pacientes com doenças crônicas e populações em situação de maior vulnerabilidade social.

Entre as frentes apresentadas pela ANS, estão o mapeamento de hospitais de referência, a realização de reuniões técnicas, o compartilhamento de experiências de unidades que já enfrentaram catástrofes climáticas e a produção de material técnico para a saúde suplementar.

A Agência também propõe que hospitais revisem e atualizem seus planos de contingência, planejem previamente possíveis aumentos da demanda e garantam condições para manter a assistência mesmo diante da interrupção do fornecimento de energia ou água.

Para as operadoras, foram destacadas medidas como o fortalecimento da coordenação pela Atenção Primária à Saúde (APS), a utilização da telemedicina quando necessária e a manutenção de canais de comunicação com os beneficiários. “Queremos atuar com rigor e disciplina. Estamos abrindo esse debate para que possamos nos organizar desde já”, ressaltou o diretor-presidente.

Comunicação como parte do cuidado

A professora e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) Rosângela Florczak abordou a importância de incorporar a comunicação de risco à rotina das instituições. Para ela, não basta transmitir informações ou emitir alertas, é preciso construir relações de confiança e oferecer condições concretas para que as

pessoas consigam agir. “O alerta significa que eu preciso mudar o meu comportamento. Já não posso mais permanecer naquele lugar. Não é momento de negociar com os riscos”, pontuou.

A professora destacou que os protocolos devem considerar as pessoas que, por razões clínicas, sociais, territoriais ou informacionais, podem não conseguir responder sozinhas a uma situação de emergência. “O indivíduo não vai conseguir se proteger sozinho. Ele precisa de uma estrutura organizada”, reforçou. A especialista defendeu que hospitais e operadoras estabeleçam previamente estruturas de governança, identifiquem seus diferentes públicos, preparem mensagens e rotas alternativas, definam mediadores locais e realizem testes dos fluxos de resposta.

Emergência climática e resposta hospitalar

Na sequência, o pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Carlos Machado, tratou da crise climática sob a perspectiva da saúde pública. Ao apresentar um panorama do tema, ele destacou que os eventos extremos devem ser compreendidos também pelos efeitos que provocam sobre a saúde da população e sobre a capacidade de resposta dos serviços.

O pesquisador utilizou as enchentes do Rio Grande do Sul como referência para falar sobre a necessidade de preparação permanente dos sistemas de saúde diante de riscos cada vez mais frequentes e intensos.

A experiência prática foi apresentada pelo gerente administrativo do Hospital Estrela, da Rede de Saúde da Divina Providência, Johnnie Locatelli. A unidade, localizada no Vale do Taquari, na região central do Rio Grande do Sul, enfrentou interrupções no fornecimento de energia e água, falhas nos sistemas de comunicação, restrições no abastecimento de gases medicinais e dificuldades de acesso durante a enchente de maio de 2024.

Locatelli destacou que, apesar da infraestrutura do hospital ter sido inundada, nenhuma área assistencial foi atingida. A instituição instalou um comitê de crise, transferiu pacientes críticos, manteve os atendimentos essenciais, protegeu equipamentos e organizou a obtenção de energia, insumos e apoio de hospitais próximos.

O gerente ressaltou, ainda, que o envolvimento dos trabalhadores foi decisivo para manter o funcionamento da unidade durante a emergência. “Sem o engajamento e a colaboração deles, o processo seria muito mais difícil. Tivemos um ambiente de troca e de partilha. Tínhamos um caos organizado”, relatou.

Integração para proteger a assistência

O encontro foi encerrado com um debate mediado pela assessora de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Katia Audi, com a participação dos palestrantes, de hospitais convidados e do público que acompanhou a transmissão pelo YouTube. “A integração entre o público e o privado é fundamental. A articulação da ANS com o Ministério da Saúde, com as operadoras e com os serviços de saúde permite antecipar riscos, preparar a rede assistencial e proteger a saúde da população”, concluiu Katia Audi.

Clique aqui para assistir à gravação do webinário “Prevenção dos Riscos do El Niño para os Hospitais”.

ANS ESTUDA MUDAR REGRAS DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE DE CONTRATOS COLETIVOS; SAIBA O QUE É

Estadão – 10/08/2026

Propostas incluem ampliação da transparência no cálculo dos reajustes e regras mais rígidas para rescisão de contratos;

SUS e planos de saúde devem ter agência única para avaliar novos remédios, defende Gonzalo Vecina

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estuda mudar as regras dos reajustes dos **planos de saúde coletivos**. Entre elas estão: criação de uma cláusula padrão nos contratos, aumento no número de vidas e ampliação na transparência do cálculo do porcentual aplicado.

A agência analisa ainda outras mudanças para planos de saúde como a limitação de coparticipação, mais regras para a rescisão de contratos, entre outros.

Hoje, a ANS não determina o porcentual máximo de reajuste anual a ser aplicado para esta categoria. Essa função cabe somente aos **planos individuais**. Em relação ao reajuste dos **planos coletivos**, as operadoras devem seguir alguns parâmetros definidos pela ANS como: a obrigatoriedade de comunicar o índice de aumento aplicado no boleto de pagamento, dando mais previsibilidade ao consumidor ***(saiba mais abaixo)***.

O que está em estudo pela ANS?

Como mostrou o Estadão, diante de reclamações dos consumidores em relação as mudanças nos valores dos planos coletivos sem uma justificativa prévia, a quebra unilateral de contratos e a ocorrência de reajustes por sinistralidade, a ANS informou que estuda as seguintes mudanças nas regras de reajustes de planos coletivos. São elas:

- **Cláusula para cálculo**: A agência pretende definir uma cláusula padrão para o reajuste com o objetivo de ampliar a transparência do cálculo do porcentual aplicado. O objetivo, segundo a agência, é "diminuir a diferença entre o nível de informação da operadora, que faz o cálculo, e o do consumidor, que atualmente pode ter dificuldade para compreender ou verificar o reajuste aplicado".

O objetivo, segundo a agência, é "diminuir a diferença entre o nível de informação da operadora, que faz o cálculo, e o do consumidor, que atualmente pode ter dificuldade para compreender ou verificar o reajuste aplicado".

- **Agrupamento de contratos**: Outro ponto em análise diz respeito ao agrupamento de contratos. Para isso, a agência quer **aumentar o número de vidas dos planos coletivos que aplicam o mesmo índice para todo o grupo**. Hoje, isso ocorre só em contratos com 29 vidas. Segundo a ANS, esse limite não surte mais o efeito desejado. A ideia é **ampliar de 29 para 400 vidas**.

"Ampliar o pool para 400 vidas dilui melhor o risco, reduz a volatilidade dos reajustes e protege o pequeno empresário, o MEI e o beneficiário que não tem poder de negociação. É uma medida de racionalidade que funciona para os dois lados: mais previsibilidade para a operadora e mais estabilidade para o consumidor", afirmou a agência ao **Estadão.**

Outro ponto em debate na agência é a proposta de limitar em **30% a coparticipação do valor do procedimento**. A ANS debate ainda mudanças **nas regras de rescisão contratual**, como a definição de **prazo mínimo para que os consumidores sejam comunicados** previamente sobre encerramento do contrato.

"Todas essas medidas já planejadas têm a finalidade de proporcionar proteção, segurança jurídica e transparência para os consumidores", diz a agência.

A ANS ainda planeja

- **Diferenças de contratos**: criar um mecanismo que impossibilite a discriminação de preços e reajustes entre beneficiários de um mesmo contrato e produto;

- **'Memória de cálculo'**: a ideia é disponibilizar ao contratante do plano a 'memória de cálculo' do reajuste e mostrar a metodologia utilizada com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste. Essa medida pode dar mais estabilidade ao consumidor.
- **Planos com menos de 30 vidas**: Há especificidades também para planos de saúde coletivos com menos de 30 vidas. Neste caso, deve ser aplicado o mesmo porcentual de reajuste. Segundo a ANS, "o objetivo é diluir o risco desses contratos, conferindo maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários considerados."

No caso de planos com **30 beneficiários ou mais** cada contrato tem o porcentual de reajuste definido entre operadora e contratante, que varia de acordo com a carteira. O reajuste pode acontecer uma vez por ano no mês em que o contrato foi firmado.

Aumento no número de notificações

Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) compilados a pedido do **Estadão**, houve aumento de 47% no número de Notificações de Intermediação Preliminar (NIP), entre 2021 e 2025, a respeito de reajustes praticados por planos de saúde em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão registrados por beneficiários acima de 60 anos.

Em 2021, foram reportadas 842 notificações e, em 2025, o total de registros chegou a 1238. Neste ano, até junho, já foram 528.

Sobre o aumento de reclamações relacionadas a reajustes em planos coletivos, a **Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde)**, que representa os planos, argumenta que "é natural que variação no volume de reclamações acompanhe a expansão da base de beneficiários". E diz que o pico registrado em anos anteriores não se manteve nos períodos mais recentes.

"Em particular, os dados da plataforma Consumidor.gov indicam redução de 12% no volume de reclamações na comparação do 1º semestre de 2026 em relação ao mesmo período de 2025."

Enquanto os contatos individuais têm o teto de reajuste definido pela ANS, os valores aplicados pelos planos coletivos não são limitados pela agência, o que faz com que as operadoras imponham aumentos considerados abusivos.

No caso de contratos com menos de 30 vidas, a operadora deve aplicar o mesmo índice a todo o grupo diluindo o risco entre os beneficiários, o que traz maior equilíbrio. Nos planos com mais de 30 vidas, o reajuste é definido por livre negociação entre operadora e contratante e fixado no contrato. A regra prevê, porém, que a justificativa do porcentual proposto deve ser "fundamentada" e colocada à disposição para conferência.

Já a **Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)** afirma que, sem a livre negociação nos contratos coletivos, as operadoras, sobretudo as pequenas e médias, perderiam a principal ferramenta de equilíbrio financeiro. A entidade pede que seja feita avaliação de impacto regulatório antes de qualquer mudança na norma.

Do outro lado, o setor de saúde suplementar cita despesas crescentes, com inflação de custos médicos superior à

inflação geral e a incorporação de tecnologias cada vez mais caras.

Dos 53,146 clientes de planos de saúde no Brasil, 8,27 milhões têm mais de 60 anos, o que representa 15,6% do total.

Impacto nos planos para os idosos

O advogado Marcos Patullo, sócio do escritório Vilhena Silva Advogados, especializado no tema, afirma que os reajustes de plano coletivos são especialmente sensíveis para beneficiários idosos, que são alvo de taxas maiores devido à idade.

“O reajuste vira uma cláusula de barreira para o idoso continuar no plano, porque a base de cálculo dele já é maior. Já é um beneficiário que sofreu reajustes por idade, tem mensalidade mais robusta. E são pessoas que têm capacidade de pagamento menor. São aposentados, que não estão na ativa, isso gera um efeito complicado”, ressalta.

Nas ações movidas pelo escritório, a defesa pede que as operadoras expliquem a discrepância entre o reajuste cobrado nos planos coletivos e aquele imposto sobre os planos individuais, que são fixados pela ANS. Nesse sentido, as empresas teriam de justificar a motivação do valor maior da taxa para a primeira modalidade.

“É pedir transparência. O que temos visto nas ações é que raramente as operadoras justificam os índices que têm sido aplicados”, acrescenta Patullo.

O teto do índice de reajustes para planos individuais foi definido pela ANS em 5,11% para este ano. Segundo Patullo, nos planos coletivos, o escritório já se deparou com reajustes que variam de 60% a 130%.

O que diz a ANS sobre os reajustes dos planos coletivos?

Ao **Estadão** a ANS afirmou que faz a intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras por meio das notificações de intermediação e que tem índice de resolutividade de 80%. Quando a operadora não resolve o problema, a agência abre processo administrativo e pode aplicar sanções, como a multa.

“A ANS orienta que os usuários que estiverem enfrentando dificuldades procurem, inicialmente, sua operadora para que ela resolva o problema. Caso não tenham a questão resolvida, os beneficiários devem registrar reclamação junto à ANS.”

A agência destaca que monitora aumentos dos contratos de planos coletivos por meio da análise dos comunicados de reajuste informados pelas operadoras. Caso não haja comunicado, a agência aplica a representação, uma medida administrativa. Também pode fazer visita técnica para verificação pontual de regularidade quanto às práticas regulatórias de preços e reajustes, e apuração de denúncias e reclamações.

“Mesmo não havendo limite imposto pela ANS para o reajuste dos contratos coletivos, os percentuais considerados atípicos, ou seja, aqueles em que o índice proposto pela operadora está distante dos demais reajustes informados para o grupo de contratos similares, são acompanhados pela ANS”, afirma a agência.

Nesses casos, a ANS explica que as operadoras devem justificar os valores e estão sujeitas a visita técnica e processos administrativos, podendo levar sanções, como multas.

Canais para reclamação

Consumidores que se sentirem lesados pode buscar os canais da ANS para relatar irregularidades. São eles:

- Atendimento telefônico gratuito: Disque ANS- 0800 701 9656, que funciona de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais;
- Atendimento eletrônico por meio de formulário no **portal da ANS**;
- Atendimento telefônico gratuito para deficientes auditivos: 0800 021 2105;
- Atendimento presencial nos Núcleos da ANS.

DOIS MARCOS DA CIRURGIA ROBÓTICA REDEFINEM A SAÚDE NO BRASIL

Estado de Minas – 10/08/2026

Em 2026, a cirurgia robótica alcançou dois marcos históricos no Brasil: a prostatectomia robótica passou a ter cobertura obrigatória nos planos de saúde e o país realizou sua primeira telecirurgia robótica intermunicipal. Os dois avanços redefinem o acesso ao tratamento urológico de alta complexidade e apontam para um novo ciclo na saúde masculina.

Dois eventos marcaram 2026 como um ano de inflexão para a cirurgia robótica no Brasil. Em abril, a prostatectomia radical assistida por robô passou a ter cobertura obrigatória pelos planos de saúde, tornando-se a primeira cirurgia robótica com esse status no país. Em julho, o Brasil realizou sua primeira telecirurgia robótica intermunicipal, com remoção de tumor renal maligno a mais de 2.380 quilômetros de distância, utilizando conexão via satélite. Os dois marcos representam

avanços concretos no acesso à medicina de alta complexidade e colocam a urologia robótica no centro das discussões sobre o futuro da saúde masculina no Brasil, tanto nos grandes centros quanto nas regiões mais distantes do país.

Planos de saúde passam a cobrir a cirurgia robótica da próstata

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em dezembro de 2025, a incorporação da prostatectomia radical assistida por robô ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, tornando-se a primeira cirurgia robótica com cobertura obrigatória pelos planos de saúde no Brasil.

O procedimento passou a vigorar a partir de 1º de abril de 2026, seguindo recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), publicada em outubro de 2025, e foi respaldado pela Lei nº 14.454/2022, que determina a inclusão automática no rol da saúde suplementar de procedimentos já aprovados para o sistema público. A decisão, que repercutiu na imprensa mineira e nacional, foi detalhada pelo Estado de Minas e aprofundada no blog do Dr. Fernando Marsicano, que explica os impactos práticos da nova cobertura para pacientes com câncer de próstata em Belo Horizonte.

Para o Dr. Fernando Marsicano, urologista com mais de 30 anos de experiência em Belo Horizonte e especialista em cirurgia robótica urológica, “a decisão da ANS corrige uma desigualdade histórica no acesso à tecnologia”. Segundo o especialista, “a prostatectomia robótica oferece maior precisão cirúrgica, menor perda sanguínea, tempo de internação reduzido e melhores taxas de preservação da continência urinária e da função erétil em comparação às técnicas convencionais, resultados que justificam plenamente sua inclusão no rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde”.

Brasil realiza primeira telecirurgia robótica intermunicipal

Em julho de 2026, o Brasil registrou um marco inédito na história da medicina: a primeira telecirurgia robótica para remoção de tumor renal realizada com médico e paciente em cidades diferentes. O urologista Nilo Jorge Leão, coordenador do Instituto Brasileiro de Cirurgia Robótica (IBCR), conduziu o procedimento a partir de Salvador, na Bahia, enquanto o paciente, um homem de 56 anos com Parkinson, estava internado no Hospital Cassems, em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, a 2.380 quilômetros de distância.

A cirurgia, denominada nefrectomia parcial robótica, durou quatro horas, removeu um tumor maligno de 6,2 centímetros e foi transmitida via internet por satélite Starlink, sendo apenas a segunda vez no mundo em que a tecnologia foi utilizada nesse tipo de procedimento. O paciente recebeu alta em menos de 24 horas após o término do procedimento.

Na avaliação do Dr. Fernando Marsicano, a telecirurgia robótica representa um salto qualitativo no acesso à saúde de alta complexidade para regiões distantes dos grandes centros. Ele afirma que “a barreira geográfica historicamente impediu que pacientes em cidades menores tivessem acesso a cirurgiões especializados em urologia robótica, e a telecirurgia abre uma perspectiva concreta de democratização desse acesso, desde que acompanhada de infraestrutura digital adequada, baixa latência de sinal e protocolos rígidos de segurança clínica”.

Descentralização da robótica e o papel de Belo Horizonte

Apesar dos avanços, a distribuição geográfica da tecnologia robótica ainda é desigual no Brasil. A ANS reconhece que a maior parte dos equipamentos permanece nas grandes capitais e que a interiorização da tecnologia segue como um desafio estrutural do sistema de saúde brasileiro.
A expectativa do órgão regulador é que a inclusão da prostatectomia robótica no rol obrigatório estimule novos investimentos por parte da saúde privada na ampliação da capacidade instalada em regiões com menor oferta do procedimento, contribuindo para reduzir progressivamente essa assimetria no acesso à cirurgia robótica urológica em todo o território nacional.

Dr. Fernando Marsicano ressalta que “Belo Horizonte ocupa uma posição estratégica nesse cenário, com estrutura hospitalar já habilitada para a realização de cirurgias robóticas urológicas de alta complexidade, incluindo a prostatectomia radical robótica agora coberta pelos planos de saúde”. Na visão dele, “a combinação entre a regulação ampliada pela ANS, os avanços práticos em telecirurgia e a presença de centros de referência consolidados como os existentes em Belo Horizonte representa o caminho mais consistente para que a medicina robótica deixe de ser privilégio de poucos e se torne uma realidade concreta e acessível para o conjunto da população masculina brasileira”.

DIÁLOGO É O CAMINHO PARA UMA SAÚDE SUPLEMENTAR MAIS SUSTENTÁVEL

Saúde Business – 10/08/2026

Em meio à pressão por custos, judicialização e desequilíbrios na cadeia, interlocução entre os diferentes agentes ganha força como caminho para uma saúde suplementar mais sustentável e centrada no paciente.

A saúde suplementar brasileira vive um momento decisivo. O aumento da judicialização, a pressão por redução de custos, a incorporação acelerada de novas tecnologias e os desafios econômicos impõem a necessidade de uma mudança de postura entre todos os atores que compõem esse ecossistema.

Mais do que nunca, é preciso substituir relações marcadas pela desconfiança por uma cultura baseada no diálogo, na transparência e na construção de soluções conjuntas.

É nesse contexto que ganha relevância a participação da ABRAIDI no Integra 2026 – Meeting Nacional de Integração entre Fontes Pagadoras e Prestadores, que ocorreu nos dias 29 e 30 de julho, em Salvador.

A entidade integrou a mesa de debates “Como o recém-criado Instituto Consenso pode contribuir para a convergência e o diálogo mais produtivo na Saúde Suplementar Brasileira”, levando para a discussão a visão das empresas responsáveis pelo fornecimento de dispositivos médicos e produtos para saúde.

O setor de importação e distribuição ocupa uma posição estratégica na cadeia assistencial. São essas empresas que garantem que hospitais e profissionais de saúde tenham acesso, no momento certo, às tecnologias necessárias para salvar vidas, reduzir complicações e melhorar a qualidade da assistência. Entretanto, há anos convivem com distorções que comprometem não apenas sua sustentabilidade financeira, mas também o equilíbrio de toda a cadeia.

A mais recente pesquisa da ABRAIDI evidencia a dimensão desse problema. Em 2026, o montante de pagamentos pendentes ou não realizados atingiu R$ 5,787 bilhões, o maior valor desde o início da série histórica, em 2017. Esse montante decorre de três grandes distorções que já se tornaram crônicas no setor. A retenção de faturamento representa R$ 2,077 bilhões.

Trata-se da situação em que, mesmo após uma cirurgia previamente autorizada e efetivamente realizada, hospitais ou operadoras impedem que o fornecedor emita a nota fiscal e o boleto para cobrança. O prazo médio para essa autorização chegou a 170 dias.

Somam-se ainda R$ 167,17 milhões em glosas consideradas injustificadas, quando cobranças são contestados ou pagamentos adiados, apesar de toda a documentação e autorização prévia estarem devidamente regularizadas. Completa esse cenário um volume de R$ 3,543 bilhões em inadimplência.

Os impactos são profundos. Para manter suas operações funcionando, 64% das empresas precisaram recorrer a empréstimos bancários, enquanto o comprometimento médio do faturamento alcançou 36%. Em outras palavras, recursos que poderiam estar sendo direcionados para investimentos, inovação, qualificação profissional e ampliação do acesso às tecnologias acabam sendo consumidos pelo custo financeiro provocado pela demora nos recebimentos.

O desafio de construir uma cadeia mais equilibrada

Esse ambiente revela uma transformação estrutural no mercado. A concentração do número de compradores, associada ao elevado poder de negociação exercido por poucos agentes, criou uma relação assimétrica entre fornecedores, hospitais e operadoras. Ao mesmo tempo em que cresce a responsabilidade dos distribuidores sobre aspectos assistenciais, financeiros e tributários, aumentam também as pressões sobre margens, prazos e riscos operacionais.

Nenhum elo da cadeia, entretanto, conseguirá enfrentar esses desafios de forma isolada. A sustentabilidade da saúde suplementar depende da construção de um ambiente de negócios mais previsível, transparente e equilibrado. Isso exige diálogo permanente entre operadoras, hospitais, distribuidores, fabricantes, órgãos reguladores e entidades representativas.

É justamente por isso que iniciativas voltadas à convergência de interesses, como o Instituto Consenso, representam uma oportunidade importante para aproximar diferentes visões e construir soluções que beneficiem todo o sistema. O consenso não significa ausência de divergências, mas sim a disposição de enfrentá-las por meio da negociação, da produção de evidências e do respeito institucional. A ABRAIDI acredita que dados concretos qualificam o debate.

Ao longo dos últimos anos, a entidade tem levado às autoridades públicas, órgãos reguladores e demais representantes da cadeia informações consistentes sobre retenções de faturamento, glosas e inadimplência, contribuindo para que a discussão deixe de ser baseada apenas em percepções e passe a considerar evidências capazes de orientar políticas e decisões mais eficientes.

Esse compromisso também se traduz na capacitação contínua dos associados, na disseminação de boas práticas e na articulação de iniciativas que reduzam riscos sistêmicos. Essas ações são especialmente importantes para pequenas

e médias empresas, mais vulneráveis aos impactos financeiros provocados pelas distorções existentes.

Os desafios permanecem relevantes, mas também abrem espaço para avanços importantes. Quanto maior a qualidade das informações compartilhadas e mais transparente for o relacionamento entre os diferentes agentes, maiores serão as condições para construir uma cadeia de suprimentos mais eficiente, sustentável e preparada para responder às demandas crescentes da sociedade.

No centro dessa discussão, porém, existe um personagem que frequentemente fica em segundo plano: o paciente. Embora hospitais, operadoras, fornecedores, fabricantes e prestadores exerçam papéis fundamentais, é o cidadão quem está na ponta desse sistema e o financia, direta ou indiretamente, por meio do pagamento do plano de saúde ou dos serviços utilizados. É para ele que toda a cadeia deve, em última instância, entregar valor.

Garantir relações mais equilibradas entre seus diversos participantes não representa apenas uma questão financeira ou empresarial, mas um compromisso com a qualidade da assistência, a continuidade do acesso às melhores tecnologias e, sobretudo, o respeito ao consumidor que sustenta esse sistema.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Infor Channel – 06/08/2026

Na saúde suplementar, a capacidade de analisar dados passou a ser tão importante quanto a estrutura para prestar assistência. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor registrou receitas de R$ 101 bilhões apenas no primeiro trimestre de 2026. Administrar uma operação dessa magnitude exige habilidade para processar e interpretar grandes volumes de informações, tornando o uso de tecnologias analíticas cada vez mais estratégico para as operadoras.

Frequentemente associado a conceitos complexos de *Inteligência Artificial, o Machine Learning* possui uma aplicação bastante prática. Trata-se de uma tecnologia capaz de aprender a partir de grandes volumes de Dados, identificando padrões, tendências e comportamentos sem a necessidade de programar previamente cada situação. Na prática, permite transformar informações dispersas em conhecimento que sustenta decisões mais rápidas, precisas e estratégicas.

Esse potencial ganha ainda mais relevância diante dos desafios econômicos do setor. Dados divulgados pela ANS mostram que a sinistralidade alcançou 81% no primeiro trimestre de 2026. Em outras palavras, cerca de R$ 81 de cada R$ 100 arrecadados pelas operadoras foram destinados ao pagamento de atendimentos, exames, tratamentos e demais despesas assistenciais. Diante da pressão constante sobre custos e crescente demanda por serviços de saúde, a utilização de ferramentas capazes de antecipar riscos e apoiar decisões é cada vez mais importante.

As operadoras lidam com Dados relacionados à utilização dos planos de saúde, histórico assistencial, autorizações, faturamento, auditoria de contas, rede prestadora e perfil dos beneficiários. O enorme volume diário e a complexidade dessas informações dificultam ainda mais a dependência de análises manuais ou modelos tradicionais de gestão.

Ao utilizar Inteligência Artificial, as operadoras conseguem identificar correlações que muitas vezes passariam despercebidas em análises convencionais. O cruzamento de diferentes bases de dados permite compreender melhor os padrões de utilização dos serviços, acompanhar tendências assistenciais e apoiar decisões baseadas em evidências mais robustas.

Um dos impactos mais relevantes está na capacidade preditiva. Em vez de atuar somente após a ocorrência de determinados eventos, as operadoras passam a ter condições de antecipar cenários e agir preventivamente. Isso permite identificar grupos de maior risco, monitorar tendências de utilização e desenvolver estratégias mais assertivas de acompanhamento da carteira. O resultado é uma gestão mais eficiente dos recursos e uma operação com maior previsibilidade.

Outro ganho importante está relacionado à eficiência operacional. Processos que antes exigiam horas de análise podem ser executados em poucos minutos, com maior padronização e menor probabilidade de erro. Equipes que antes dedicavam grande parte do tempo a atividades operacionais passam a atuar de forma mais estratégica, concentrando esforços na interpretação dos resultados e na definição de ações que gerem valor para a operação e para os beneficiários.

A tecnologia também fortalece mecanismos de controle e monitoramento. Algoritmos são capazes de identificar comportamentos atípicos, inconsistências em processos e padrões que merecem atenção especial, contribuindo para uma gestão mais transparente e orientada por Dados. Mais do que substituir a análise humana, a inteligência Artificial amplia a capacidade de observação das equipes e oferece informações mais qualificadas para a tomada de decisão.

A relevância dessa discussão cresce à medida que aumenta a população atendida pela saúde suplementar. De acordo com a ANS, o Brasil conta atualmente com quase 53 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares. Garantir a sustentabilidade das operadoras significa, portanto, assegurar que milhões de pessoas continuem tendo acesso a uma assistência de qualidade em um sistema cada vez mais desafiador.

Portanto, investir nesse tema deixa de ser apenas uma iniciativa de inovação e passa a representar uma necessidade de gestão. Quanto maior a capacidade de compreender o comportamento da carteira, monitorar indicadores em tempo real e antecipar tendências, maiores serão as condições para promover equilíbrio operacional e financeiro sem perder de vista a qualidade da assistência oferecida aos beneficiários.

O avanço da Inteligência Artificial demonstra que o futuro da saúde suplementar será cada vez mais orientado por Dados. As operadoras que conseguirem transformar informações em conhecimento terão melhores condições de enfrentar os desafios do setor, aprimorar seus processos e construir modelos de gestão mais sustentáveis.

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.