NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

14 de outubro de 2026

LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 13/10/2026

Recomendamos a leitura do artigo Milliman publicado no dia 13/10/2026, escrito por Larissa Martins e Thalita Furno

Transferência de Carteira

Nesse artigo analisamos a Nova Regulamentação, desafios, estratégias, melhores práticas para lidar com as transferências de carteiras e os impactos e mudanças para as Operadoras de Saúde e os beneficiários.

Clique aqui

ÍNDICE INTERATIVO

ANS aprova exame para diagnóstico de doenças pulmonares – Fonte: Gov (ANS)

Outubro Rosa reforça a importância da prevenção dos cânceres de mama e do colo do útero – Fonte: Gov (ANS)

STF abre conciliação para reajuste de planos de idosos em contratos antigos – Fonte: Século Diário

ANS propõe alterações nas regras de suspensão de planos de saúde com problemas no atendimento – Fonte: Futuro da Saúde

Gilmar Mendes quer retomada do debate sobre valores pagos pelo SUS a hospitais privados – Fonte: JOTA

Tratamento para cálculo biliar será coberto pelos planos de saúde – Fonte: Gov (ANS)

ANS APROVA EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS PULMONARESFOCO NAS PESSOAS

Gov (ANS) – 13/10/2026

Procedimento minimamente invasivo terá cobertura obrigatória pelos planos de saúde a partir de 3/11

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, no dia 9/10, a atualização da lista de cobertura obrigatória pelos planos de saúde para inclusão da broncoscopia com criobiópsia, um procedimento minimamente invasivo usado para obter amostras de tecido pulmonar de pacientes com suspeita de doença pulmonar intersticial (DPI).

As DPIs são um grupo de doenças que causam inflamação e fibrose pulmonar e pneumonite no tecido ao redor dos alvéolos pulmonares, tornando o pulmão mais rígido e prejudicando a transferência do oxigênio para o sangue.

Com a determinação da ANS, o exame passará a ser coberto a partir de 3/11 para os pacientes que necessitem de biópsia pulmonar para diagnóstico histopatológico, quando a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) for inconclusiva ou apresentar padrão indeterminado para pneumonia intersticial usual (PIU).

Dentre as vantagens da broncoscopia com criobiópsia em relação à biópsia cirúrgica estão menor incidência de complicações e menor tempo de recuperação do paciente. Além disso, geralmente o procedimento exige um período de internação mais curto e consegue recolher amostras maiores e de melhor qualidade do que as biópsias convencionais por pinça.

A proposta de inclusão do procedimento foi debatida pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) durante a 52ª e a 55ª reuniões técnicas, realizadas em junho e setembro, respectivamente. A proposta também foi objeto da Consulta Pública 174, promovida pela Agência entre o fim de julho e o começo de agosto.

Sobre o rol

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

OUTUBRO ROSA REFORÇA A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO

Gov (ANS) – 13/10/2026

Mês também é marcado pela ampliação da cobertura da mamografia digital, que passa a ser garantida sem restrição de idade ou gênero pelos planos de saúde

Movimento internacional de conscientização sobre o câncer de mama, o Outubro Rosa chama a atenção para a prevenção, a detecção precoce e o tratamento adequado da doença. No Brasil, o período também vem sendo utilizado pelo Ministério da Saúde para ampliar a abordagem sobre a saúde da mulher e reforçar os cuidados relacionados ao câncer do colo do útero. Neste ano, a campanha coincide com uma mudança importante na saúde suplementar: desde 1º de outubro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ampliou a cobertura obrigatória da mamografia digital, que já integrava o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e agora passa a ser garantida sem restrição de idade ou gênero, desde que haja indicação médica.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são estimados no Brasil cerca de 781 mil novos casos de câncer por ano no triênio 2026-2028. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres, com estimativa de 78.610 novos casos por ano no triênio 2026-2028. O câncer do colo útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres brasileiras e também merece atenção. Segundo o INCA, são estimados 19.310 novos casos de câncer do colo útero por ano no Brasil no triênio 2026-2028. A doença está relacionada principalmente à infecção persistente por tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), e sua prevenção envolve, entre outras medidas, a vacinação contra o HPV e o rastreamento adequado.

Detecção precoce: atenção aos sinais

Conhecer o próprio corpo e procurar avaliação profissional ao perceber alterações suspeitas são medidas importantes para favorecer o diagnóstico precoce da doença. Veja medidas de prevenção, rastreamento e sinais de atenção.

Câncer de mama

- Manter hábitos saudáveis, com prática de atividade física, alimentação adequada, controle do peso e redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Conhecer o próprio corpo e observar possíveis alterações nas mamas;

- Realizar a mamografia de rastreamento conforme as recomendações de saúde e a orientação do profissional assistente;
- Procurar avaliação médica diante de sinais como nódulo endurecido, alterações na pele ou no mamilo, saída espontânea de líquido ou pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço.

Câncer do Colo do Útero

- Vacinação contra o HPV, uma das principais medidas de prevenção da doença;
- Usar preservativos, que reduzem o risco de transmissão do HPV;
- Realizar o rastreamento conforme as recomendações de saúde, com teste de DNA-HPV como método prioritário;
- Procurar avaliação médica diante de sinais como sangramento vaginal fora do período menstrual ou após a relação sexual, corrimento persistente ou dor pélvica.

Mamografia digital sem restrição de idade ou gênero

Desde 1º/10/2026, entrou em vigor a ampliação da cobertura obrigatória da mamografia digital pelos planos de saúde, aprovada pela ANS.

Com a mudança, o exame passou a ser coberto sem restrição de idade ou gênero, desde que haja indicação médica. Até então, a cobertura obrigatória estava prevista para mulheres de 40 a 69 anos.

A medida permite que a realização do exame seja definida pela avaliação clínica do médico assistente e pelas necessidades de cada paciente, sem as limitações de idade anteriormente previstas. A cobertura pode ser utilizada para rastreamento, investigação diagnóstica e acompanhamento do tratamento do câncer de mama.

A doença também pode ocorrer em homens, razão pela qual a cobertura obrigatória passa a contemplar pacientes de qualquer gênero quando houver indicação médica.

ANS incentiva a qualificação do cuidado oncológico

Como forma de incentivar a melhoria do cuidado oncológico na saúde suplementar, a ANS lançou, em 2025, o Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica.

A publicação busca estimular as operadoras de planos de saúde a adotarem modelos assistenciais que promovam o cuidado integral e centrado no paciente, com foco na detecção precoce, no acesso oportuno ao tratamento e no seguimento adequado. A certificação abrange cinco linhas de cuidado prioritárias, entre elas as de câncer de mama e câncer do colo do útero, e estabelece critérios técnicos e operacionais voltados à qualidade, à segurança e à efetividade da atenção oncológica.

Procedimentos para diagnóstico e tratamento garantidos no Rol da ANS

Além da mamografia digital, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS prevê cobertura para diversos exames e tratamentos relacionados às doenças oncológicas.

Entre os procedimentos voltados à investigação e ao diagnóstico estão:

- Exames laboratoriais
- Pesquisas genéticas
- Teste de biologia molecular DNA-HPV
- Ultrassonografias mamária e transvaginal
- Tomografia computadorizada
- Ressonância magnética, biópsias, punções aspirativas e PET-CT, este último conforme Diretriz de Utilização.

Para o tratamento, o Rol contempla diferentes modalidades terapêuticas, incluindo:

- Cirurgias oncológicas
- Radioterapias
- Quimioterapias
- Medicamentos antineoplásicos, conforme a prescrição do médico assistente e o cumprimento de eventuais Diretrizes de Utilização.

Também estão previstos procedimentos reparadores e de reabilitação, como:

- reconstrução mamária após mastectomia
- atendimento multiprofissional, incluindo psicoterapia, fisioterapia e nutrição, observadas as regras previstas no Rol.

Confira mais sobre o que o seu plano de saúde deve cobrir

STF ABRE CONCILIAÇÃO PARA REAJUSTE DE PLANOS DE IDOSOS EM CONTRATOS ANTIGOS

Século Diário – 12/10/2026

Núcleo do Supremo terá até 60 dias para ouvir ANS e operadoras antes da decisão

A discussão para a aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa aos contratos de planos de saúde firmados antes de 2004 entra em uma fase de conciliação no Supremo Tribunal Federal (STF). A matéria foi encaminhada ao Núcleo de

Solução Consensual de Conflitos (Nusol), que deverá reunir representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seguradoras e operadoras antes de o tema voltar ao plenário da Corte. Para milhões de consumidores com 60 anos ou mais, a etapa será decisiva. O resultado pode definir se os planos de saúde poderão continuar aplicando reajustes por mudança de faixa etária a beneficiários de contratos assinados antes da entrada em vigor do Estatuto da Pessoa Idosa, em janeiro de 2004.

A decisão de remeter o caso ao Nusol se deu após os ministros apresentarem posições divergentes durante o julgamento da ADC 90 e do Recurso Extraordinário 630.852, que trata do mesmo tema, na sessão plenária do STF do dia 1º de outubro. Diante da ausência de consenso em relação ao alcance da proteção legal e os impactos financeiros, a Corte optou por buscar uma proposta de solução conjunta.

O próprio STF esclareceu que não há controvérsia quanto à validade da regra prevista no Estatuto da Pessoa Idosa. A divergência está em saber se a proibição de cobrança diferenciada em razão da idade alcança contratos celebrados antes da vigência da lei.

O Nusol deverá conduzir negociações por até 60 dias. Após esse período, os autos retornarão ao plenário, onde os ministros definirão a tese que servirá de referência para casos semelhantes em todo o país.

Também caberá à ANS apresentar informações técnicas de possíveis impactos em cada solução. Os ministros manifestaram interesse em compreender os efeitos para consumidores, operadoras e para o próprio sistema de saúde suplementar antes de concluir o julgamento.

Durante a análise do caso, formaram-se correntes distintas dentro do tribunal. O relator, Dias Toffoli, sustentou que o Estatuto da Pessoa Idosa não deve ser aplicado a contratos firmados antes de 2004, entendimento acompanhado por André Mendonça, Cristiano Zanin, Nunes Marques e Luiz Fux.

Outra corrente defendeu que a proteção deve alcançar os consumidores que completaram 60 anos após a entrada em vigor da lei, mesmo quando o contrato foi assinado anteriormente. Essa posição foi adotada por Flávio Dino, Cármen Lúcia, Alexandre de Moraes e Edson Fachin.

Os defensores dessa tese argumentam que os planos de saúde constituem contratos de execução continuada. Por isso, os efeitos protetivos do Estatuto poderiam incidir sobre situações posteriores à sua vigência.

Já os ministros favoráveis à exclusão dos contratos antigos destacam preocupações com a segurança jurídica e o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Parte desse grupo também alertou para possíveis impactos do custo dos planos e da sustentabilidade do setor.

Além da questão principal, o Supremo ainda terá de decidir quais serão os efeitos práticos dessa decisão. Entre os pontos pendentes estão a possibilidade de aplicação apenas para o futuro e a definição de eventuais ressarcimentos relacionados a cobranças anteriores.

Enquanto não houver uma definição, permanece a insegurança jurídica para consumidores e empresas. Para os idosos que dependem de planos de saúde antigos, a expectativa agora se concentra na construção de um acordo que preserve o acesso à assistência médica sem ampliar barreiras financeiras impostas pelo avanço da idade.

ANS PROPÕE ALTERAÇÕES NAS REGRAS DE SUSPENSÃO DE PLANOS DE SAÚDE COM PROBLEMAS NO ATENDIMENTO

Futuro da Saúde – 09/10/2026

Proposta exige piora consecutiva nos indicadores e deixa de aplicar restrições a empresas que demonstram melhora no atendimento

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pretende flexibilizar os critérios para aplicação de medidas cautelares a operadoras de planos de saúde que apresentam problemas na garantia de atendimento aos beneficiários. A proposta, apresentada durante reunião da diretoria da agência nesta sexta-feira, 9, altera as regras para a suspensão da comercialização de novos planos. Atualmente, a medida pode atingir operadoras que registram piora nos indicadores ou melhora inferior a 10%. Com a mudança, a ANS propõe exigir dois ciclos consecutivos de piora para determinar a restrição, deixando de penalizar empresas que demonstrem alguma evolução, independentemente do percentual.

Durante a reunião, a área técnica da agência justificou a revisão com base em simulações realizadas a partir de dados do primeiro trimestre de 2025. Os resultados indicaram que operadoras com melhora nos indicadores de atendimento, mesmo que inferiores a 10%, apresentavam desempenho mais favorável em outros instrumentos de avaliação da ANS. Já entre aquelas que registraram piora, não foi identificado um padrão uniforme de risco assistencial e, por isso, a agência sugere acompanhar essas empresas por mais um ciclo antes de determinar a suspensão da comercialização.

As alterações fazem parte de uma revisão do Monitoramento da Garantia de Atendimento, instrumento utilizado pela ANS desde 2012 para acompanhar dificuldades de acesso dos beneficiários aos serviços contratados. O mecanismo considera reclamações assistenciais registradas junto à agência, as Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs).

Em agosto de 2025, a ANS suspendeu o monitoramento para aprofundar estudos sobre sua metodologia diante do aumento das reclamações. Segundo a agência, em 2024, 50% das NIPs registradas pelos beneficiários não foram solucionadas.

Desse modo, a proposta representa uma etapa na reformulação do instrumento de monitoramento. De acordo com a ANS, as mudanças serão submetidas à consulta pública antes de entrarem em vigor. “O próximo passo é justamente ampliar a discussão e a participação social. Queremos ouvir as operadoras, os beneficiários, as entidades representativas, os prestadores, os órgãos de defesa do consumidor, os especialistas e todos que possam contribuir para o aprimoramento da matéria. Acredito que esse seja justamente o melhor momento para avançarmos com a proposta tecnicamente amadurecida e suficientemente aberta para continuar sendo aprimorada a partir da discussão de todos os interessados”, disse a diretora de normas e habilitação de produtos na ANS, Lenise Secchin.

Segundo Secchin, a revisão busca aprimorar a atuação regulatória da agência diante do crescimento das reclamações assistenciais nos últimos anos, visto que o aumento da demanda não foi acompanhado por uma ampliação proporcional da capacidade de análise da ANS. Para a diretora, isso trouxe novos desafios para o acompanhamento das operadoras e reforçou a necessidade de aperfeiçoar os instrumentos utilizados. Secchin ainda ressaltou que a reformulação foi construída a partir de discussões entre diferentes áreas da agência, com o objetivo de conciliar a proteção dos beneficiários e a proporcionalidade das medidas aplicadas às operadoras.

“A matéria que estamos tratando é especialmente sensível porque diz respeito a um dos aspectos mais importantes da relação entre o beneficiário e o sistema de saúde suplementar da efetiva garantia de atendimento, ou seja, o acesso à assistência à saúde. Houve um forte comprometimento por parte da área técnica para buscar as melhores alternativas regulatórias”, afirmou.

A proposta de alterações também prevê que as operadoras exclusivamente odontológicas não tenham mais a venda de novos planos suspensa como medida cautelar, embora continuem sendo acompanhadas pela ANS. Segundo a área técnica, a alteração considera as particularidades do setor, caracterizado por atendimentos predominantemente eletivos e por menor risco assistencial imediato. A agência identificou que, historicamente, poucas operadoras odontológicas se enquadravam nos critérios para suspensão, o que levou à avaliação de que a medida seria desproporcional para esse segmento.

GILMAR MENDES VOTA PARA STF JULGAR SE A JUSTIÇA PODE ALTERAR VALORES PAGOS PELO SUS A HOSPITAIS PRIVADOS

JOTA – 09/10/2026

Ministro do STF demonstra preocupação com o impacto de R$ 24 bilhões e a expedição dos precatórios nesses processos

O Supremo Tribunal Federal (STF) começou a votar nesta sexta-feira (9/10) se há repercussão geral no debate sobre a revisão dos valores pagos pela União a hospitais privados que atendem pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, os ministros vão decidir se o tema ultrapassa o interesse das partes, e, portanto, o Supremo deve dar solução uniforme a ser aplicada em todos os casos semelhantes.

De acordo com dados apresentados pela União nos autos, a decisão pode ter impacto de R$ 24 bilhões ao orçamento público e na geração de precatórios. A discussão em jogo é qual o parâmetro deve ser usado para a remuneração dos hospitais privados por atendimentos a pacientes do SUS – se a tabela do SUS ou a Tunep/IVR.

Os hospitais conveniados ao SUS pedem que a remuneração que recebem do SUS seja equiparada à TUNEP/IVR, que é mais alta que a Tabela SUS – que define quanto o sistema público paga aos hospitais privados e filantrópicos que prestam serviços de forma complementar por convênio ou contrato.

O argumento das entidades privadas é de isonomia: o poder público cobra das operadoras valores maiores pelos mesmos procedimentos que pagam menos aos hospitais. Pedem ainda as diferenças retroativas de cinco anos.

O tema está em discussão em um repetitivo no Superior Tribunal de Justiça (STJ) e, em 2021, o Supremo chegou a entender que não havia matéria constitucional, portanto, não teria competência da Corte.

Contudo, em seu voto, o relator, ministro Gilmar Mendes, propôs alterar o entendimento do Supremo. Em sua avaliação, há matéria constitucional. O magistrado chama a atenção para o impacto federativo. Para ele, por trás da discussão está a definição de qual ente federativo (União, estados ou municípios) suportará os efeitos financeiros de uma revisão judicial dos parâmetros, o que envolve o modelo constitucional de financiamento do SUS e a distribuição de encargos em uma política nacional estruturada em federalismo cooperativo.

O decano chama a atenção também para os efeitos econômicos da controvérsia e lembra que a matéria está “ao lado” das discussões relacionadas aos precatórios do setor sucroalcooleiro e das fraudes do Banco Master.

“As investigações relacionadas ao Banco Master trouxeram à tona preocupações relevantes acerca da utilização de créditos judiciais como suporte para operações de captação de recursos no mercado financeiro”, escreveu o ministro.

O Master adquiria créditos judiciais inferiores ao seu valor, valendo-se desses ativos para conferir lastro à emissão de certificados de depósito bancário (CDBs) e, ao mesmo tempo, demonstrar solidez patrimonial de seu balanço contábil às instituições regulatórias.

O magistrado destaca que a Corregedoria Nacional de Justiça está de olho na emissão desses precatórios da Tunep, com o objetivo de identificar eventuais expedições anteriores ao trânsito em julgado, inconsistências de valores e outros indícios de desconformidade.

O texto afirma ainda que 65% dos processos vinculados ao tema estão concentrados no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1), corte que tem orientação favorável ao reajuste, em divergência a outros tribunais do país.

“Embora as demandas sejam ajuizadas, em grande medida, por Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos – instituições que desempenham papel essencial no funcionamento do SUS –, um simples manuseio desses processos demonstra que parcela relevante dos créditos reconhecidos nessas ações foi posteriormente cedida, com expressivos deságios, a instituições do mercado financeiro, e não permanecem mais na titularidade das entidades hospitalares originalmente beneficiárias”, escreveu o ministro.

Outra fundamentação do decano é até que ponto cabe ao Judiciário substituir os critérios nacionais de remuneração por outro parâmetro. O ministro cita, por exemplo, a racionalidade trazida pelo Tema 1.234, em que o STF já buscou evitar que decisões judiciais substituam o administrador público diante de efeitos sistêmicos e financeiros, no caso da judicialização da saúde.

O debate está sendo feito no tema 1491 (RE 1612904) e o ministro Alexandre de Moraes já acompanhou Gilmar Mendes. O julgamento fica em sessão virtual até o dia 19 de outubro.

TRATAMENTO PARA CÁLCULO BILIAR SERÁ COBERTO PELOS PLANOS DE SAÚDE

Gov (ANS) – 07/10/2026

Diretoria da ANS aprova atualização do Rol para incluir tecnologia de ponta

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, no dia 2/10, a inclusão da colangioscopia com litotripsia a laser ou eletro-hidráulica no Rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde. A tecnologia, utilizada no tratamento de cálculos biliares complexos, permite a destruição e a remoção das popularmente chamadas pedras na vesícula, sejam elas grandes ou difíceis de alcançar pelo método tradicional.

O procedimento de ponta será de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a partir de 3/11 nos casos em que os pacientes apresentarem falha de tratamento por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

A tecnologia foi submetida diretamente à ANS, tendo passado pela 53ª e 55ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), realizadas em julho e setembro, respectivamente, e, também, pela Consulta Pública 175 e pela Audiência Pública 68, ambas promovidas em agosto.

Sobre o rol

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

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.