NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de novembro de 2026

ÍNDICE INTERATIVO

Carteira de planos de saúde envelhece, mas aumento de consultas por idoso é localizado – Fonte: Medicina S/A

ANS e IESS firmam acordo para aperfeiçoar modelos de remuneração baseados em valor na saúde suplementar – Fonte: Futuro da Saúde

Pessoas idosas lideram adesão a planos individuais de saúde, mostra pesquisa – Fonte: Viva

IA reduz em 71% custo de regulação de procedimentos de saúde em experiência premiada no Congresso UNIDAS – Fonte: JRS

ANS prorroga prazo de comitê interno para discutir regulação de cartões de desconto – Fonte: Futuro da Saúde

Projeto de lei propõe novas regras para auditorias médicas e uso de IA nos planos de saúde – Fonte: Futuro da Saúde

Consulta Pública 179: ANS recebe contribuições sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento – Fonte: (Gov) ANS

CARTEIRA DE PLANOS DE SAÚDE ENVELHECE, MAS AUMENTO DE CONSULTAS POR IDOSO É LOCALIZADO

Medicina S/A – 04/11/2026

A população com 60 anos ou mais nos planos de saúde médico-hospitalares passou de 6,6 milhões para 8 milhões de beneficiários entre 2019 e 2025, um acréscimo de cerca de 1,4 milhão de vínculos, ou 21,7%. No mesmo período, a carteira total avançou de 47,0 milhões para 52,5 milhões de beneficiários, alta de 5,5 milhões de vínculos, ou 11,7%. Esse envelhecimento, no entanto, não foi acompanhado por um aumento generalizado da frequência de consultas entre os idosos. Na faixa de 70 anos ou mais, por exemplo, o número de consultas por beneficiário caiu em três das cinco modalidades de operadoras analisadas e aumentou em duas.

Os dados fazem parte do estudo "Consultas ambulatoriais por faixa etária na saúde suplementar: 2019 e 2025", do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que analisa a utilização de consultas por faixa etária, modalidade de operadora e tipo de atendimento. O levantamento permite distinguir o efeito da mudança na composição etária da carteira de uma eventual alteração na frequência de utilização por beneficiário. A análise dos dados de consultas ambulatoriais também é um indicador relevante na saúde suplementar: a partir dela é possível entender o comportamento de solicitação de exames e procedimentos, itens com maior peso na composição de custos assistenciais.

Entre os beneficiários com 70 anos ou mais, o número de consultas por beneficiário caiu 3,3% nas autogestões, 4,2% na medicina de grupo e 5,7% nas seguradoras entre 2019 e 2025. Os aumentos ficaram concentrados nas cooperativas médicas, com alta de 4,9%, e nas filantropias, com 12,6%.

Consultas médicas por beneficiário, por modalidade de operadora e faixa etária.
Brasil, 2019 e 2025.

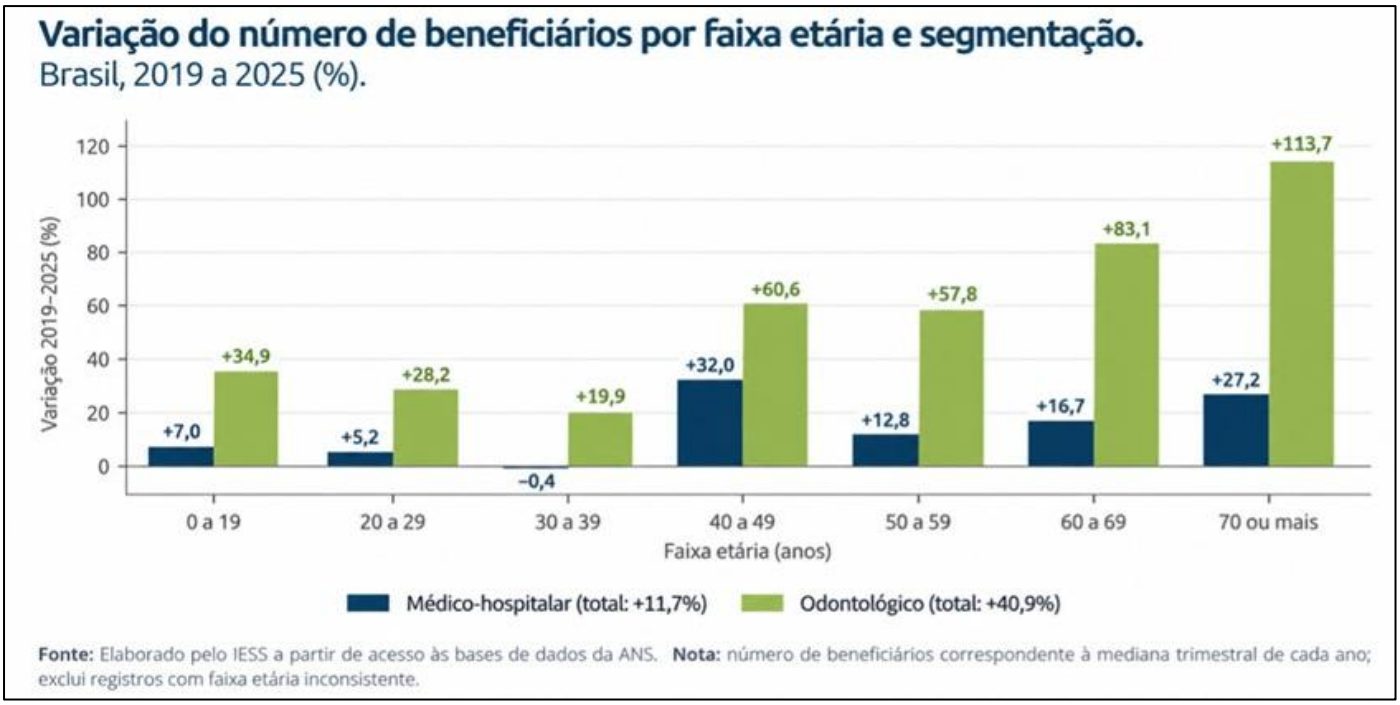
Faixa etária	Autogestão 2019	Autogestão 2025	Coop. médica 2019	Coop. médica 2025	Filantropia 2019	Filantropia 2025	Medicina de grupo 2019	Medicina de grupo 2025	Seguradora 2019	Seguradora 2025
0 a 19 anos	4,0	3,7	4,3	4,1	4,4	4,7	3,9	3,9	2,7	2,7
20 a 29 anos	4,6	4,3	4,5	4,4	4,4	4,6	4,3	4,5	3,1	3,1
30 a 39 anos	5,0	4,8	4,7	4,7	4,2	4,7	4,3	4,6	3,5	3,7
40 a 49 anos	5,5	5,4	5,1	5,1	4,4	5,0	4,6	4,8	3,9	4,1
50 a 59 anos	6,2	5,8	5,9	6,0	5,0	5,6	5,4	5,3	4,6	4,7
60 a 69 anos	6,7	6,5	6,9	7,2	5,3	6,3	6,5	6,2	5,1	5,1
70 anos ou mais	7,0	6,8	7,8	8,2	6,0	6,7	7,4	7,1	5,3	5,0
Variação 70+ (%)	-	**-3,3**	-	**+4,9**	-	**+12,6**	-	**-4,2**	-	**-5,7**

Fonte: Elaboracão pelo IESS a partir de acesso às bases de dados da ANS. **Nota:** As variações foram calculadas sobre as taxas sem arredondamento e podem diferir das obtidas com os valores da tabela.

"Os beneficiários mais idosos utilizam mais consultas, mas os dados mostram que não houve um aumento generalizado da frequência individual entre 2019 e 2025. Uma parte importante da mudança que observamos vem do próprio crescimento da população idosa dentro dos planos de saúde", afirma o superintendente executivo do IESS, Denizar Vianna.

A diferença de utilização entre as idades permanece clara. Nas consultas em consultório, em 2025, a média foi de 2,8 por beneficiário entre 0 e 19 anos; 3,1 entre 20 e 29; 3,5 entre 30 e 39; 4 entre 40 e 49; 4,7 entre 50 e 59; 5,7 entre 60 e 69; e 6,1 entre aqueles com 70 anos ou mais. Ou seja, os mais idosos consultam mais, mas isso não significa que estejam passando a utilizar cada vez mais consultas ao longo do tempo.

Outro dado chama atenção para os próximos anos. A faixa de 40 a 49 anos foi a que mais cresceu entre 2019 e 2025: 32%, com cerca de 2,3 milhões de beneficiários adicionais. Em 2025, eram 9,3 milhões de vínculos nessa faixa etária. Entre os mais jovens, o comportamento foi diferente: a população de 20 a 29 anos cresceu 5,2%, enquanto a de 30 a 39 anos recuou 0,4%.



“Há uma parcela numerosa da carteira avançando para faixas etárias em que a utilização tende a ser maior. É uma transformação previsível e que precisa ser considerada no planejamento da assistência e da rede de atendimento”, observa Vianna.

Essa relação entre idade e utilização também ajuda a compreender o mutualismo, princípio que sustenta os planos de saúde. Os recursos pagos pelo conjunto dos beneficiários financiam a assistência de quem precisa utilizar os serviços, e o risco é compartilhado entre pessoas com diferentes idades e necessidades. Como o padrão de utilização muda ao longo da vida, a composição etária da carteira e sua evolução são relevantes para o equilíbrio e a sustentabilidade do sistema.

Na assistência odontológica, o avanço da população idosa vem acompanhado de um movimento diferente. O número de beneficiários com 60 anos ou mais quase dobrou entre 2019 e 2025, com alta de 92,9%, mas a frequência de consultas diminui nas faixas etárias mais avançadas. Nas cooperativas odontológicas, por exemplo, beneficiários de 20 a 59 anos realizaram entre 1,1 e 1,3 consulta por pessoa em 2025, ante 0,4 entre aqueles com 70 anos ou mais.

Esse resultado reforça a importância do acompanhamento odontológico entre os idosos, conforme mostrou o estudo “Saúde Bucal e Doenças Crônicas: Evidências da Literatura e Análise do Uso de Serviços no Setor Suplementar Brasileiro”, que reuniu evidências sobre a associação da doença periodontal com doenças cardiovasculares e diabetes. No caso do diabetes tipo 2, o tratamento periodontal pode contribuir para o controle glicêmico de parte dos pacientes.

Tipo de consulta

As diferenças entre as faixas etárias aparecem também na forma como os serviços são utilizados. Nas consultas domiciliares, por exemplo, os beneficiários com 70 anos ou mais foram a única faixa em que houve aumento da frequência entre 2019 e 2025: de 3,5 para 3,9 consultas a cada 100 beneficiários. Entre aqueles de 60 a 69 anos, a taxa caiu de 1,1 para 0,5.

No pronto-socorro, a utilização apresenta um comportamento diferente, com taxas mais elevadas nos extremos etários. Entre os beneficiários com 70 anos ou mais, houve redução de 1,2 para 1 consulta por beneficiário entre 2019 e 2025. O estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito para essa queda, mas aponta, entre as hipóteses possíveis, a substituição de parte dos atendimentos de urgência por cuidado programado e a expansão da teleconsulta após 2020.

Para Vianna, ampliar as alternativas de acesso à assistência também é importante para reduzir a procura inadequada pelos serviços de emergência. “O pronto-socorro é fundamental quando há uma urgência ou emergência. O problema é utilizá-lo apenas como uma forma mais rápida de acesso ao atendimento quando não existe essa necessidade. Um pronto-socorro recebe pacientes com diferentes doenças e níveis de gravidade, e permanecer nesse ambiente significa uma exposição desnecessária a riscos”, analisa. “A telemedicina oferece uma alternativa importante nesses casos, ao permitir uma avaliação inicial rápida e orientar o beneficiário sobre o atendimento mais adequado para aquela situação”, completa.

ANS E IESS FIRMAM ACORDO PARA APERFEIÇOAR MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Futuro da Saúde – 03/11/2026

Acordo entre IESS e ANS inclui formação e atualização profissional a trabalhadores da saúde suplementar e servidores da agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou nesta terça-feira, 3, durante reunião da Diretoria Colegiada, um acordo de cooperação técnica com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) para mapear experiências internacionais de políticas públicas voltadas à implementação de modelos de cuidado e remuneração baseados em valor.

A ideia é identificar possibilidades replicáveis para a saúde suplementar no Brasil, assim como subsidiar a utilização dessas experiências no programa da ANS voltado ao tema. A pedido da agência, o IESS também irá promover cursos de formação e atualização profissional para trabalhadores do setor e servidores da ANS. O acordo não prevê custos financeiros à agência.

“Houve uma determinação do Tribunal de Contas da União (TCU) para que o Programa de Modelos de Remuneração Baseado em Valor da ANS fosse estruturado. Isso demonstra a nossa necessidade de ter um apoio de uma organização que possa trazer esses insumos, principalmente subsídios técnicos”, apontou Raquel Medeiros Lisboa, gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade dos Prestadores de Serviços (GEIQP) da ANS.

De acordo com Lisboa, o programa atua em editais, sendo que o primeiro ocorreu em 2020, tendo seus resultados impactados pela pandemia. O segundo edital, em 2024, selecionou 20 projetos-piloto das operadoras de planos de saúde e prestadores, que incluíram diferentes modelos, como bundles, captation e pagamentos por performance. O projeto se encerra ainda em 2026.

“Os modelos de remuneração baseados em valor têm sido apresentados como uma alternativa para o enfrentamento das ineficiências dos sistemas de saúde em várias partes do mundo. Mas ainda não existe uma visão integrada na literatura especializada sobre a conceituação e estratégias de implementação”, explicou a gerente.

Durante o voto, a diretora Lenise Secchin reforçou a importância da agência buscar mais alternativas de cooperação técnica, dada a limitação de estrutura de pessoal e tecnologia. A proposta foi aprovada por unanimidade entre os diretores. “Passamos por um momento de transição mundial no que se refere a valor e saúde. Estamos up to date neste contexto”, observou Secchin.

PESSOAS IDOSAS LIDERAM ADESÃO A PLANOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE, MOSTRA PESQUISA

Viva – 03/11/2026

Entre beneficiários com 80 anos ou mais, os planos individuais ou familiares concentram 50,2% dos vínculos, enquanto empresariais representam 29,3%

Embora os planos de saúde individuais e familiares venham perdendo beneficiários nos últimos anos, sua participação é significativamente maior entre as faixas etárias mais avançadas. Entre os beneficiários com 80 anos ou mais, os planos individuais ou familiares representam 50,2% dos vínculos médico-hospitalares, enquanto os coletivos empresariais respondem por 29,3%. O movimento é gradual.

Já entre a faixa de 60 e 64 anos, os planos empresariais ainda concentram 61,5% dos beneficiários. No grupo de 65 a 69 anos, essa participação cai para 50,6% e segue diminuindo nas idades mais avançadas. Os dados foram divulgados hoje pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), com base em informações de agosto deste ano.

Segundo o superintendente executivo do IESS, Denizar Vianna, a cobertura empresarial está fortemente presente nas faixas etárias mais ligadas à vida profissional.

“À medida que a população envelhece e essa relação com o mercado de trabalho se modifica, outras formas de contratação, especialmente os planos individuais ou familiares, ganham importância para a manutenção do acesso à saúde suplementar.” - Denizar Vianna, superintendente executivo do IESS.

População idosa na saúde suplementar

O recorte etário ganha relevância também diante do avanço da população mais envelhecida na saúde suplementar. Em agosto, os planos médico-hospitalares reuniam 8,8 milhões de beneficiários com 59 anos ou mais, crescimento de 3,1% em 12 meses, mostram os dados do IESS.

As diferenças por faixa etária aparecem também no tipo de contratação. Entre 20 e 49 anos, mais de 80% dos beneficiários estão em planos coletivos empresariais. O maior porcentual ocorre entre 30 e 34 anos, quando essa forma de contratação concentra 82,7% dos vínculos.

Na outra ponta, os 12 milhões de beneficiários de zero até 18 anos representam 22,5% do total de vínculos médico-hospitalares. Mais de 70% desses beneficiários estão em planos coletivos empresariais. “O plano empresarial tem papel central durante boa parte da vida adulta, enquanto, nas idades mais avançadas, cresce a relevância de outras modalidades para a continuidade da cobertura”, diz o superintendente executivo do IESS, Denizar Vianna.

Aposentadoria não implica a perda do plano

Para o advogado Lucas Miglioli, sócio-fundador do M3BS Advogados e membro das comissões de Governança e Integridade e de Compliance da OAB/SP, a comparação entre as faixas etárias chama atenção para a importância do vínculo com o trabalho. Enquanto os planos empresariais representam 61,5% dos vínculos entre pessoas de 60 a 64 anos, sua participação é de 29,3% entre aquelas com 80 anos ou mais.

"Essa diferença é compatível com a menor presença no mercado de trabalho nas idades mais avançadas, embora os percentuais, isoladamente, não permitam acompanhar a trajetória de cada beneficiário ou concluir que houve uma migração automática para os planos individuais", afirma

Ele ressalta que a aposentadoria, por si só, não implica a perda do plano empresarial. "A legislação assegura a permanência em determinadas condições, que incluem a contribuição anterior para o custeio e a assunção do pagamento integral pelo beneficiário. Ocorre que assumir também a parcela antes paga pela empresa pode aumentar significativamente o comprometimento do orçamento. Assim, mesmo quando existe o direito de continuar no plano, pode haver dificuldade financeira para exercê-lo", explica.

O advogado alerta que a participação dos planos individuais entre os mais idosos pode refletir, em parte, contratos preservados ao longo de muitos anos. "Quem busca essa modalidade hoje encontra uma oferta limitada, problema reconhecido pela própria ANS", diz. Isso ajuda a explicar por que a presença expressiva dos planos individuais nessa faixa etária pode coexistir com dificuldades de contratação.

“O limite de reajuste anual estabelecido pela ANS para os planos individuais regulamentados oferece uma proteção relevante, mas não assegura, por si só, que o valor da mensalidade caiba no orçamento familiar. O desafio envolve tanto o custo de entrada quanto a capacidade de sustentar essa despesa ao longo dos anos.” - Lucas Miglioli, advogado

Público idoso também cresce nos planos odontológicos

O relatório do IESS mostra que a expansão da participação de idosos também se reflete no segmento exclusivamente odontológico. Entre os beneficiários com 59 anos ou mais, o crescimento foi de 9,8% em agosto ante o mesmo mês do ano passado, chegando a 3,9 milhões de pessoas.

O segmento odontológico chegou a 37,3 milhões de beneficiários, crescimento de 7,7% em 12 meses, com acréscimo de 2,7 milhões de vínculos. Para o presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (SINOG), Flávio Marcos Batista, o crescimento evidencia uma transformação importante para a odontologia suplementar brasileira. Com o envelhecimento da população, o setor tem o desafio de ampliar o acesso à assistência odontológica e transformar esse acesso em prevenção e cuidado contínuo, considerando as necessidades específicas de cada fase da vida, explica.

“A longevidade reforça a importância de integrar definitivamente a saúde bucal ao conceito de saúde integral.” - Flávio Marcos Batista, presidente da SINOG

Ele destaca que, após os 60 anos, o acompanhamento odontológico regular contribui para preservar funções essenciais, como mastigação e fala, além da autonomia e da qualidade de vida. "Esse cenário, mais do que acompanhar a expansão do mercado, o compromisso do setor deve ser promover uma relação duradoura dos beneficiários com a saúde bucal, estimulando o diagnóstico precoce, a prevenção e a continuidade da assistência. Afinal, viver mais também significa ter condições de envelhecer com saúde", conclui.

IA REDUZ EM 71% CUSTO DE REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE EM EXPERIÊNCIA PREMIADA NO CONGRESSO UNIDAS

JRS – 03/11/2026

Tecnologia automatizou mais de 20 mil análises em três meses com apenas três casos que precisaram de reavaliação. Solução da Maida;health teve retorno estimado de R$ 3,47 para cada R$ 1 investido

A inteligência artificial começa a avançar sobre uma das áreas mais complexas da gestão dos planos de saúde: a análise das solicitações de procedimentos. Uma experiência desenvolvida pela Maida;health, do Ecossistema MV, conseguiu automatizar mais de 20 mil análises em três meses e reduzir em 71,2% o custo da atividade regulatória das guias processadas pela tecnologia. O projeto foi reconhecido no 29º Congresso UNIDAS e apresenta resultados que ajudam a dimensionar o potencial da IA diante de um dos principais desafios da saúde suplementar: aumentar a eficiência operacional sem comprometer a segurança das decisões.

Para André Machado Júnior, CEO da healthtech, o resultado mostra que a aplicação da inteligência artificial na saúde pode ir além da simples automação de tarefas. “O ponto mais importante não é substituir a análise humana, mas identificar onde a tecnologia pode assumir atividades de forma segura e onde o conhecimento especializado continua indispensável. Isso permite direcionar os profissionais para situações que realmente exigem uma avaliação mais complexa e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência da operação”, afirma.

Precisão dos dados

Entre abril e junho de 2026, foram identificadas 42.639 guias potencialmente passíveis de regulação automatizada. Desse total, 20.031 foram efetivamente processadas por inteligência artificial, uma taxa de 47%. Apenas três decisões, o equivalente a 0,015% das regulações automatizadas, precisaram passar por reanálise técnica.

A experiência foi realizada em uma operadora responsável pela assistência de aproximadamente 104 mil beneficiários.

Foram desenvolvidas 28 regras técnico-regulatórias para a análise de solicitações de exames, terapias seriadas e procedimentos cirúrgicos de menor complexidade.

O sistema interpreta a documentação clínica, aplica critérios previamente estruturados e mantém a rastreabilidade das decisões. A automação permanece sob supervisão e curadoria técnica contínua, agilizando o trabalho dos médicos auditores.

Economia e ROI

O impacto também aparece na produtividade. Se as 20.031 guias processadas pela IA fossem analisadas manualmente, seriam necessárias aproximadamente 1.335 horas de trabalho, o equivalente a 15,2 meses de atividade de um regulador, considerando os parâmetros adotados pelo estudo.

Considerando o custo investido na tecnologia e curadoria e a economia operacional gerada, se tem, para cada R$ 1 investido uma economia potencial de R$ 3,47 e retorno líquido equivalente a aproximadamente 247%.

Eficiência e reconhecimento na saúde suplementar

Com o crescimento da saúde suplementar no Brasil, que atingiu 53,2 milhões de beneficiários em julho de 2026, a pressão sobre os custos assistenciais levou a uma sinistralidade acumulada de 82,2% no primeiro semestre, segundo a ANS. Diante desse cenário financeiro desafiador, a busca por eficiência passou a englobar também os processos administrativos e regulatórios, levando a Maida;health a aplicar tecnologia para automatizar solicitações de menor complexidade com base em regras técnico-regulatórias estritas, reservando a análise dos profissionais especializados para os casos mais complexos.

ANS PRORROGA PRAZO DE COMITÊ INTERNO PARA DISCUTIR REGULAÇÃO DE CARTÕES DE DESCONTO

Futuro da Saúde – 03/11/2026

Criado em abril de 2026, comitê interno da ANS busca estudar e analisar setor de cartões de desconto que será regulado pela agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou por mais 90 dias, com possibilidade de extensão por igual período, o comitê interno criado para discutir cartões de desconto, os serviços pré-pagos e modelos correlatos. A prorrogação foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) nesta terça-feira, 3. Instituído no fim de abril, o grupo tinha prazo inicial de seis meses para analisar o setor e promover debate institucional para subsidiar a tomada de decisão pela Diretoria Colegiada da ANS, no que tange à regulação desses produtos.

De acordo com a portaria que instituiu o comitê, ele deve estudar e avaliar o formato, modelos comerciais, impactos assistenciais, econômicos e informacionais no sistema de

saúde. Também estão entre os objetivos analisar a viabilidade de integração e de padronização de dados assistenciais em articulação com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), além de questões relacionadas à proteção do consumidor.

A agência iniciou o processo regulatório a partir de decisão judicial do Superior Tribunal de Justiça (STF). O edital de chamamento da ANS para ouvir o setor de cartões de descontos se encerrou no dia 18 de agosto e contou com 38 contribuições. A expectativa, à época, era que a agência realizasse visitas técnicas após o período de participação das empresas.

Os cartões de descontos também entraram na Agenda Regulatória 2026-2028 da ANS. A agência definiu que irá realizar estudos preliminares sobre o funcionamento deste mercado. A expectativa de operadoras de planos de saúde é que também possam comercializar produtos de consultas e exames. Em entrevistas ao Futuro da Saúde, Wadih Damous confirmou a possibilidade, mas apontou que será preciso constituir CNPJ diferente, com o intuito de não confundir os produtos.

A ANS também tem atuado junto aos cartões de descontos e clínicas populares para inclusão do setor no Programa Agora Tem Especialistas. A agência aproximou o Ministério da Saúde da Associação Nacional das Empresas de Benefícios e Atenção Primária e Secundária à Saúde (Anebaps). A Clínica SiM foi a primeira associada a anunciar participação no programa.

PROJETO DE LEI PROPÕE NOVAS REGRAS PARA AUDITORIAS MÉDICAS E USO DE IA NOS PLANOS DE SAÚDE

Futuro da Saúde - 28/10/2026

Proposta busca impedir interferências financeiras em decisões médicas e proibir negativas de cobertura exclusivamente automatizadas

Com o fim das eleições, o deputado federal Fernando Marangoni (Podemos/SP) disse ao Futuro da Saúde que planeja avançar na Câmara dos Deputados com o PL 2.976/2026, que propõe mudanças no funcionamento dos planos de saúde, com a ampliação da proteção dos beneficiários, da transparência das operadoras e da fiscalização do setor. O projeto, em tramitação na Casa, prevê regras mais rigorosas especialmente para auditorias médicas e utilização de inteligência artificial nas decisões assistenciais.

A proposta cria o Marco Legal da Integridade Assistencial, da Governança e da Sustentabilidade da Saúde Suplementar. Ela foi apresentada em junho deste ano pela Frente Parlamentar em Defesa da Ética na Saúde Suplementar, movimento lançado no final de 2025. Atualmente o PL está em análise na Comissão de Defesa do Consumidor e ainda deverá ser deliberado pelas comissões de Saúde, de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça.

Com mais de 300 páginas, a iniciativa busca atualizar a legislação do setor e esclarecer questões como transparência algorítmica, rastreabilidade das decisões, decisões automatizadas, prestação de contas, entre outros. Segundo o parlamentar, a proposta tem como objetivo promover uma atualização estrutural, abrangente e sistêmica do regime jurídico aplicável aos planos privados de assistência à saúde.

Conforme o deputado, a elaboração do projeto foi motivada pelo crescimento dos resultados financeiros das operadoras, acompanhado do aumento da judicialização e de denúncias relacionadas a negativas de cobertura. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que o setor registrou lucro líquido recorde de R$ 24,4 bilhões em 2025, alta de 120% em relação ao ano anterior. Já no primeiro semestre de 2026, as ações judiciais envolvendo planos de saúde superaram, pela primeira vez, as relacionadas à saúde pública.

“São curvas que correm juntas, e começamos a ter acesso a uma série de denúncias e reclamações de negativas automáticas de tratamento, principalmente relacionados a problemas nas auditorias médicas e a conflitos de interesse, e isso é muito perigoso. Por isso, estamos propondo uma revisão ampla da legislação desse setor, para intensificar a fiscalização, a aplicação das medidas cabíveis, esclarecer as regras e trazer maior conciliação para os beneficiários”, explica Marangoni.

Assim, um dos principais focos do PL são as auditorias médicas, utilizadas pelas operadoras para avaliar a adequação de procedimentos, tratamentos e solicitações de cobertura. Elas têm entre suas funções verificar o cumprimento de critérios técnicos e assistenciais, além de contribuir para a prevenção de fraudes e desperdícios. No entanto, a atuação desses profissionais também envolve discussões sobre a autonomia dos médicos assistentes e a possibilidade de interesses econômicos influenciarem decisões que afetam o acesso dos pacientes aos tratamentos.

Nesse contexto, o projeto propõe novas regras para preservar a independência técnica dos auditores e estabelecer limites à interferência das operadoras. O objetivo é impedir que decisões assistenciais sejam orientadas por metas financeiras ou pela redução de despesas, reforçando o papel da auditoria na avaliação clínica e na segurança dos pacientes.

Entre as principais mudanças para a atividade está a obrigatoriedade de contato direto, documentado e arquivado entre o médico auditor e o assistente antes da conclusão da auditoria. O texto também determina que, em situações de divergência clínica relevante, o auditor deverá examinar presencialmente o paciente antes de emitir parecer contrário à avaliação do médico assistente.

O projeto ainda proíbe pressões econômicas e incentivos financeiros que comprometam a independência dos auditores, como metas de negativas e bonificações pela redução de autorizações. Além disso, estabelece que negativas ou alterações de conduta contrárias à indicação do médico assistente serão presumidas indevidas, salvo quando a operadora apresentar provas técnicas robustas da inadequação clínica do tratamento. Outra medida é a proibição de glosas de procedimentos previamente autorizados, regularmente executados e documentados, com previsão de responsabilização pelo uso sistemático desse mecanismo para reduzir despesas.

O autor do PL reconhece a importância das auditorias para prevenir fraudes, combater desperdícios e avaliar a adequação dos procedimentos. Entretanto, argumenta que esses mecanismos podem se transformar em instrumentos de restrição de acesso e atraso de tratamentos quando orientados predominantemente pela redução de custos.

Inteligência artificial

O projeto também busca estabelecer limites para o uso de inteligência artificial (IA) pelas operadoras de planos de saúde, especialmente em decisões que possam afetar o acesso dos beneficiários a tratamentos. A proposta determina que sistemas automatizados sejam utilizados apenas como ferramentas de apoio, proibindo decisões exclusivamente tomadas por algoritmos em casos de negativas de cobertura, restrições assistenciais, suspensão de tratamentos ou glosas clínicas. Nessas situações, será obrigatória uma avaliação humana individualizada e tecnicamente fundamentada.

“Já recebemos denúncias de auditorias feitas por inteligência artificial, por profissionais que não são da mesma especialidade do tratamento solicitado, além de problemas como falta de identificação do responsável, ausência de diálogo entre médicos e negativas sem fundamentação científica. O projeto visa trazer um novo marco regulatório mesmo para corrigir todas essas distorções”, disse o deputado.

O texto também assegura aos beneficiários o direito de receber explicações sobre os critérios utilizados pelos algoritmos em decisões relacionadas à assistência, incluindo autorizações, auditorias e reembolsos, além de solicitar revisão humana. Também proíbe o uso de sistemas com critérios ocultos, discriminatórios ou que não possam ser auditados para restringir o acesso a tratamentos.

A proposta prevê ainda mecanismos de fiscalização e monitoramento dos sistemas de IA utilizados pelas operadoras. Aqueles classificados como de alto risco deverão passar por auditorias periódicas independentes. Pelo projeto, a ANS poderá exigir medidas corretivas e até determinar a suspensão de sistemas que apresentem riscos assistenciais relevantes, além de regulamentar os critérios técnicos e de supervisão.

Autorizações e reajustes

Além das regras para auditoria médica e inteligência artificial, o projeto estabelece novas obrigações para as operadoras de planos de saúde em relação à autorização de tratamentos, aos reajustes contratuais e à resolução de conflitos com beneficiários. Uma das principais medidas é o deferimento tácito de solicitações de autorização, revisão administrativa e reembolso quando a operadora não apresentar resposta fundamentada dentro dos prazos previstos.

O PL também amplia os mecanismos de contestação de negativas de cobertura, limitações de procedimentos, interrupções de tratamentos e decisões sobre reembolsos. Os beneficiários terão direito a uma revisão administrativa gratuita, realizada por profissional ou unidade independente daquela responsável pela decisão original.

Em relação aos reajustes, o projeto propõe um teto para os aumentos aplicados aos planos de saúde, que não poderão superar a variação dos custos médico-hospitalares efetivamente comprovada, apurada por índice oficial do setor. Na ausência desse indicador, o limite será a inflação medida pelo IPCA, acrescida da variação demográfica comprovada da carteira. Valores cobrados acima do teto deverão ser restituídos em dobro aos beneficiários.

A proposta também amplia as exigências de transparência, obrigando as operadoras a fornecer gratuitamente, em até 15 dias após a solicitação, a memória de cálculo individualizada do reajuste. A ausência ou insuficiência dessas informações poderá levar à presunção de abusividade e à suspensão da cobrança até a regularização.

O projeto de lei surge em meio a uma discussão que se arrasta há duas décadas no Congresso sobre a atualização da Lei dos Planos de Saúde. Em tramitação desde 2006, o PL 7.419 reúne centenas de propostas de alteração das regras do setor, envolvendo temas como cobertura assistencial, direitos dos beneficiários e relações contratuais. O projeto está em regime de urgência, pronto para análise do Plenário da Câmara, sob relatoria do deputado Domingos Neto (PSD-CE).

O setor também tem sido alvo de iniciativas parlamentares de investigação. Em 2024, o deputado Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ) apresentou um pedido de CPI para apurar denúncias de reajustes abusivos, cancelamentos unilaterais de contratos e interrupções de tratamentos. Em julho de 2025, outro requerimento foi apresentado na Câmara, desta vez para investigar possíveis práticas abusivas das operadoras por meio de juntas médicas. No Senado, a senadora Soraya Thronicke (Podemos-MS) também propôs, em outubro de

2025, uma CPI sobre negativas de cobertura, cancelamentos de contratos e dívidas das operadoras com o SUS. As iniciativas não resultaram, até o momento, na instalação das comissões, nem há movimentação recente no projeto de atualização da lei.

CONSULTA PÚBLICA 179: ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES SOBRE O MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

ANS (Gov) – 23/10/2026

Sociedade poderá participar, até 7/12, da proposta de atualização da norma pelo site da Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira, 23/10, a Consulta Pública 179. O objetivo é receber contribuições da sociedade sobre alterações nos critérios do Monitoramento da Garantia de Atendimento, medida da ANS para verificar o acesso dos beneficiários às coberturas contratadas. Qualquer pessoa interessada poderá enviar contribuições pelo portal da Agência até 7/12/2026.

Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento

A ANS acompanha o acesso dos beneficiários à assistência prestada pelos planos de saúde por meio do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que é baseado nas reclamações recebidas pelos canais de atendimento da ANS sobre o descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

A proposta mantém os elementos centrais da metodologia vigente e promove ajustes pontuais destinados a aumentar a efetividade da atuação regulatória.

Elementos centrais mantidos

A proposta mantém os principais critérios já usados no monitoramento:

- No cálculo do indicador, continuam sendo consideradas as reclamações em que o beneficiário informa que o problema não foi resolvido pela operadora.
- Permanecem os parâmetros que classificam as operadoras nas Faixas 0, 1, 2 e 3, conforme seu resultado.
- Continua sendo considerada reincidente a operadora que permanece na Faixa 3, a de pior resultado, por dois períodos seguidos.
- Também se mantém o número mínimo de reclamações necessário para que a operadora seja avaliada no monitoramento, conforme os valores definidos na metodologia atual.

A partir desses critérios, a ANS identificará as operadoras com maior risco à qualidade ou à continuidade da assistência e, que poderá resultar na suspensão de planos.

Principais propostas de mudança

A proposta disponível para consulta propõe alterações nos critérios para identificar operadoras com risco à qualidade ou à continuidade da assistência e, quando for o caso, adotar medidas administrativas. São elas:

- Para as operadoras médico-hospitalares, a proposta considera se o resultado da operadora está muito pior do que o das demais ou se esse resultado piorou por dois períodos seguidos.
- Para as operadoras exclusivamente odontológicas, a proposta prevê deixar de aplicar, no acompanhamento regular à suspensão temporária da venda de planos.

Importante deixar claro que, apesar da sugestão de não aplicação das medidas administrativas para as operadoras Exclusivamente Odontológicas, no fluxo regular do Monitoramento da Garantia de Atendimento, essas operadoras continuarão participando do monitoramento, de modo que a ANS poderá identificar qualquer eventual aumento no número de reclamações e possível risco para os beneficiários deste segmento.

As operadoras que mantem os piores resultados ficam impedidas de receber novos beneficiários até que melhorem o atendimento. A cada trimestre, a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

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

Milliman

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.