

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

20 de agosto de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Wadih Damous é aprovado para a presidência da ANS](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Pesquisa revela percepção crescente dos brasileiros sobre fraudes](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Judicialização da saúde no Brasil: desafios e tendências](#) - Fonte: Jota Info

[Seguros e planos de saúde enfrentam novos riscos com tecnologia](#) - Fonte: Valor Econômico

[Projeto de ia quer agilizar demandas judiciais da saúde](#) - Fonte: Futuro da Saúde

[Comissão aprova projeto que obriga operadora de plano coletivo a manter tratamento mesmo após rescisão](#) - Fonte: Câmara dos Deputados

[Ministério da Saúde gasta R\\$ 2,7 bilhões com remédios via justiça; veja impactos](#) - Fonte: ABC do ABC

[Planos de saúde serão obrigados a cobrir implante anticoncepcional; entenda](#) - Fonte: O Globo

[Biomarcadores e IA aceleram tratamentos oncológicos no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Agora Tem Especialistas: operadora começa a atender pacientes do sus em recife](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Planos odontológicos crescem no brasil e reforçam atenção à saúde bucal](#) - Fonte: Saúde Business

[Setor de tecnologia para saúde cresce 10% apesar de tarifas americanas](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS consegue regularização de dívida de R\\$ 18 milhões de operadora após acordo celebrado pela AGU](#)
- Fonte: (Gov) ANS

[Consulta Pública 160: ANS recebe contribuições para atualização do Rol](#) - Fonte: (Gov) ANS

WADIH DAMOUS É APROVADO PARA A PRESIDÊNCIA DA ANS

(Gov) ANS – 19/08/2025

Atual secretário Nacional do Consumidor passou por sabatina em 13/8 e foi aprovado no plenário do Senado nesta terça-feira, 19/8

O advogado Wadih Damous foi aprovado pelo Senado Federal para ocupar o cargo de diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Damous passou por sabatina na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado na manhã do dia 13/8 e, na tarde desta terça-feira, (19), teve o nome aprovado no plenário do Senado, ocasião em que foi concluído o processo de sua indicação para o cargo na casa legislativa. Seu nome segue agora para sanção do presidente da República.

Atualmente, Damous é secretário Nacional do Consumidor, órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Graduado em Direito pela Universidade Federal do Rio Janeiro (UFRJ), tendo mestrado em Direito Constitucional e do Estado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Wadih Damous foi presidente da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) - Seção Rio de Janeiro e da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da OAB. Ele tem vasta experiência na vida pública, tendo sido deputado federal entre 2015-2019.

Desde 1º/2/2025, a servidora Carla Soares ocupa interinamente a presidência da ANS e acumula, também de forma interina os cargos de diretora de Gestão e de Normas e Habilitação dos Produtos.

PESQUISA REVELA PERCEPÇÃO CRESCENTE DOS BRASILEIROS SOBRE FRAUDES

Revista Cobertura – 19/08/2025

Levantamento nacional encomendado pela FenaSaúde mostra que 55% da população acredita que práticas irregulares impactam diretamente no valor das mensalidades

Quase metade da população brasileira (48%) percebe um aumento nas fraudes praticadas contra planos de saúde nos últimos anos, de acordo com pesquisa realizada pelo Ipespe Saúde, encomendada pela FenaSaúde. A sondagem ouviu 2 mil brasileiros de todas as regiões do país.

O levantamento mostra que 55% dos entrevistados acreditam que as fraudes são um dos principais fatores que contribuem para o aumento das mensalidades dos planos, ao lado do envelhecimento da população (52%). Essa percepção reforça o entendimento de que condutas irregulares impactam não apenas financeiramente as operadoras, mas também penalizam os beneficiários de planos de saúde.

As fraudes mais reconhecidas pela população são a emissão de recibos de atendimentos não realizados (38%), a emissão de nota para alguém que não recebeu atendimento médico (34%) e o empréstimo da carteirinha do plano (30%). Apesar

disso, apenas 21% afirmam ter recebido material de comunicação alertando sobre práticas fraudulentas.

As campanhas de conscientização têm grande potencial de impacto: entre os que foram expostos a esse tipo de comunicação, 86% consideraram o conteúdo importante ou muito importante. A campanha “Saúde sem Fraude”, promovida pela FenaSaúde, foi reconhecida por 17% dos entrevistados e teve avaliação positiva de 86% entre esse público.

A pesquisa também revelou apoio majoritário da população a medidas de enfrentamento ao problema: 70% concordam totalmente com a necessidade de investir em campanhas educativas contra fraudes, e 67% apoiam o reforço da fiscalização para prevenir e coibir práticas indevidas no setor.

“Fraudes prejudicam a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. É fundamental que sociedade, operadoras e autoridades unam esforços para combater essas práticas e preservar os recursos destinados ao atendimento de quem realmente precisa”, afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da FenaSaúde.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E TENDÊNCIAS

Jota Info – 19/08/2025

Reflexões sobre como os Temas 6 e 1.234 do STF podem influenciar a política de acesso à saúde no país

O acesso à saúde no Brasil há muito se equilibra entre o ideal constitucional e a reserva do possível do sistema público. Nos últimos anos, a judicialização da saúde tem sido um fenômeno persistente no Brasil, representando um dos

principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de uma infraestrutura pública baseada na equidade, planejamento e sustentabilidade do sistema.

A análise dos dados revela uma tendência de crescimento contínuo, conforme mostra o quadro abaixo:

Ano	Número de casos novos	Percentual de aumento
2020	344.200	-
2021	397.566	15,5%
2022	461.568	16,1%
2023	568.440	23,15%
2024	663.864	16,79%

No período acima referido, houve um aumento de 92,87% no número de novos casos judicializados, evidenciando a crescente utilização da via judicial para acesso à saúde. As demandas mais comuns são por tratamentos médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, impactando tanto o setor público quanto o privado.

O objetivo deste artigo é avaliar como os Temas 6 e 1234 do STF podem influenciar a política de acesso à saúde ao reforçar a custo-efetividade estatal.

No âmbito do STF, 2024 foi um ano divisor de águas sobre os critérios a serem aplicados em demandas judiciais que envolvem a obrigação do Estado de fornecer medicamentos que não estejam incorporados ao SUS.

Em 16 de setembro de 2024, por meio do Tema 1234 (RE 1.366.243), o STF estabeleceu que ações relativas a medicamentos não incorporados ao SUS, mas registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), devem tramitar na Justiça Federal se o custo anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários-mínimos. A União será responsável pelo custeio integral dessas ações, com ressarcimento aos estados e municípios quando necessário.

Os medicamentos não incorporados são aqueles que não constam na política pública do SUS, medicamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para outras indicações, medicamentos sem registro na Anvisa e medicamentos off label sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico. A competência da Justiça Federal é mantida para ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, devendo ser propostas contra a União.

Além disso, se houver mais de um medicamento com o mesmo princípio ativo, deve ser considerado o de menor preço, conforme a lista da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Caso não haja valor fixado, o juiz pode solicitar auxílio à CMED ou analisar com base no orçamento apresentado pelo autor. Em caso de cumulação de pedidos, deve-se considerar apenas o valor dos medicamentos não incorporados.

Logo em seguida, em 26 de setembro de 2024, por meio do Tema 6 (RE 566.471), o STF estabeleceu que, como regra geral, a Justiça não pode obrigar o Estado a fornecer medicamentos que não estão nas listas de dispensação do SUS, independentemente do custo.

Entretanto, a concessão judicial de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados às listas do SUS, é permitida excepcionalmente se cumpridos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item “4” do Tema 1234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei 8.080/1990 e no Decreto 7.646/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.

Apesar das decisões do STF terem buscado, principalmente, definir balizas sobre o direito à saúde com vistas a garantir a sustentabilidade do SUS, também reconhecendo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) como órgão técnico responsável por fundamentar as decisões do Ministério da Saúde sobre a incorporação de novas tecnologias (artigos 19-Q da Lei nº 8.080/1990), restou clara a necessidade de ações por parte do Executivo para otimizar tais processos.

Além de levarem em consideração o paradigma da custo-efetividade, há um aspecto bastante relevante e penoso para os pacientes na decisão do Judiciário: impor ao paciente o ônus de provar (i) a ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, (ii) a ausência de pedido de incorporação ou (iii) a demora na sua apreciação para além dos 180 dias (prorrogáveis por mais 90), conforme prevê o artigo 19-R da Lei 8.080/1990.

Não se trata de uma prova fácil de ser produzida sob qualquer aspecto que se analise, notadamente quando se tratar da demonstração da ilegalidade do ato da Conitec, o que exigirá uma análise completa e aprofundada do processo administrativo relativo à incorporação do medicamento ao qual o paciente necessita acesso.

Por esse e outros motivos, após a decisão do STF, a deputada Rosângela Moro (União Brasil-SP) apresentou o PL 168/2024, que visa flexibilizar as exigências para concessão de medicamentos não incorporados pelo SUS, como resposta à preocupação do setor regulado de que as novas regras do STF possam dificultar o acesso de pacientes a tratamentos ao impor um ônus probatório elevado ao paciente, que muitas vezes se encontra em um estado vulnerável e de urgência.

Assim, medidas legais e administrativas por parte dos demais Poderes parecem-nos inevitáveis, seja para corrigir injustiças

no exercício do direito de acesso à saúde, seja para aperfeiçoar processos de avaliação e incorporação de inovações tecnológicas desenvolvidas pela indústria.

Os temas do STF não devem ser vistos como uma solução, mas como uma fotografia de até que ponto chegamos. Desafios orçamentários precisam ser considerados, mas não podem servir de escusa para o cumprimento de obrigações legais ou para cercear o direito constitucional da população brasileira de acesso a uma saúde universal, equânime e integral.

SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE ENFRENTAM NOVOS RISCOS COM TECNOLOGIA

Valor Econômico – 19/08/2025

Seguradoras apostam em inovação para fazer frente ao envelhecimento da população e aos efeitos da crise climática

Garantir a sustentabilidade do setor de planos de saúde e seguros é um dos principais motivadores para investimentos em inovação. De um lado, o envelhecimento da população, a judicialização e o aumento da complexidade assistencial exigem uma revisão profunda dos modelos tradicionais de saúde. De outro, ao mesmo tempo que alcança um novo recorde de beneficiários, registra lucro significativo impulsionado por reajustes de preços e relata ter atingido em 2024 o menor índice de sinistralidade desde 2018, o setor de planos de saúde ainda encontra grandes desafios.

“O que temos hoje é uma realidade paradoxal. O acesso, por vezes, ainda é fragmentado, burocrático e ineficiente. Isso compromete o atendimento e gera desperdícios que afetam o sistema como um todo. É nesse ponto que a inovação se torna decisiva. Ela tem o potencial de transformar esse cenário, trazendo soluções mais inteligentes e sustentáveis”,

afirma Frederico Peret, diretor-presidente da Unimed-BH, a vencedora do segmento de planos de saúde e seguros da pesquisa do anuário Valor Inovação Brasil 2025, seguida por OdontoPrev, Athena Saúde, SulAmérica Seguros Saúde e Junto Seguros.

Já em seguros patrimoniais e de vida, o grande desafio está na adaptação do setor em relação a novas regulamentações e também à integração de alternativas que unam seguradoras, empresas e governos no propósito de gerenciar, mitigar e adaptar a infraestrutura para evitar desastres. Em 2024, as perdas globais com catástrofes naturais atingiram US\$ 320 bilhões, com US\$ 137 bilhões em perdas seguradas. O Brasil também sofreu com desastres, registrando perdas econômicas superiores a US\$ 12 bilhões, segundo a corretora de seguros Aon. Somente as enchentes no Rio Grande do Sul no ano passado causaram perdas econômicas superiores a R\$ 100 bilhões. Mas, como poucos contavam com seguros, foram pagos apenas R\$ 6 bilhões em indenizações.

Top 5	1º Unimed-BH
	2º Odontoprev
	3º Athena Saúde
	4º Sulamérica
	5º Junto Seguros

“A inovação é uma aliada fundamental na construção de uma economia sustentável, e as seguradoras oferecem proteções que vão da preservação da vida à reconstrução de infraestruturas afetadas por eventos climáticos. Esse cenário exige uma nova mentalidade sobre o gerenciamento de riscos”, afirma Dyogo de Oliveira, presidente da Confederação Nacional das Seguradoras (CNseg).

Vencedora do setor, a Unimed-BH destina de 1% a 5% da sua receita líquida a inovação. Peret conta que a companhia

aposta em múltiplas frentes de inovação: tecnológica, assistencial, social, ambiental e de negócios. A Unimed-BH mantém ainda um fundo de R\$ 60 milhões, em parceria com a Abertta Saúde e a ArcelorMittal, para investimento em startups voltadas à saúde. “A inteligência artificial [IA] tem colocado no radar possibilidades concretas para superar desafios históricos do setor de planos e seguros de saúde, como o acesso, os altos custos assistenciais e a fragmentação do cuidado”, acrescenta Peret.

A operadora já soma mais de dois milhões de teleconsultas, conta com plataforma digital para 5,1 mil médicos cooperados e mais de 30 modelos de IA em operação — além de 20 em desenvolvimento — para automatizar processos, reduzir a burocracia, melhorar o acesso ao cuidado e gerar diferenciais competitivos. A seguradora estruturou o espaço físico e digital Horizontes Hub para abrigar laboratórios de experimentação com tecnologias emergentes e fomentar a inovação aberta, acelerando o desenvolvimento de novas soluções com parceiros estratégicos. Também criou o programa Juntos Inovamos, que mobiliza mais de cinco mil colaboradores com ideias e propostas de melhoria contínua.

Na OdontoPrev, o investimento em tecnologia superou R\$ 88 milhões em 2024, com foco em digitalização da jornada, automação e IA. “Esses valores foram direcionados, sobretudo, ao aperfeiçoamento da nossa infraestrutura e otimização de processos na nossa plataforma tecnológica proprietária, permitindo importantes ganhos em satisfação dos beneficiários”, afirma o CIO, CMO e CSO, Renato Costa.

“Por meio do uso de tecnologias avançadas, é possível garantir que os dados se tornem direcionadores estratégicos para tomadas de decisão, personalizando ofertas e melhorando a experiência dos clientes. A inovação também abre caminho para modelos de negócios disruptivos, que podem transformar a forma como os serviços odontológicos são oferecidos e consumidos, contribuindo para um impacto positivo na saúde bucal e no bem-estar da população”, considera Costa.

Ele cita o lançamento de soluções como o OdontoToken, que permite validação digital segura de procedimentos, e o agenciamento digital, que substituiu formulários em papel e promoveu mais de 20 mil adesões digitais. A IA generativa foi usada com sucesso para estimar consumo e custos, enquanto a plataforma Busca de Rede apresentou 90% de assertividade na indicação de especialidades odontológicas. Outro uso da IA foi para a realização de diagnósticos remotos gratuitos no âmbito do projeto Sorria+, uma plataforma que conecta clientes a dentistas e que promove ações de saúde bucal junto a jovens em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Terceira colocada, a Athena Saúde destinou cerca de R\$ 100 milhões à tecnologia e inovação em 2024, de forma transversal em toda a organização. “A expectativa é que esse investimento aumente ainda mais nos próximos anos, refletindo uma estratégia de fortalecimento e expansão nesse setor crucial”, informa o vice-presidente de tecnologia e atendimento ao cliente, Breno Rios Sa. Segundo ele, a inovação está presente na cultura organizacional, com metas vinculadas à remuneração do C-Level.

Os investimentos têm foco em IA, automação e melhoria da experiência do cliente. Protocolos padronizados reduziram em 54% o custo de exames por consulta e a telemedicina representa 11% dos atendimentos, com 94% de resolutividade. A biometria facial com geolocalização está sendo implantada para autenticação e validação de presença

em atendimentos de terapias, exames e consultas, evitando procedimentos indevidos, garantindo a segurança do cliente e otimizando processos administrativos.

Já a SulAmérica Seguros Saúde passa por um grande processo de transformação e pretende se tornar uma empresa digital de saúde completa. Esse processo está pautado por incorporação de inovações em várias vertentes e recebeu mais de R\$ 100 milhões em 2025. “Estamos aplicando inovação na busca pelas oportunidades estratégicas mais relevantes da companhia, que mais contribuem com o valor que geramos para nossos clientes e acionistas: melhoria da experiência do cliente, crescimento sustentável do market share, redução de sinistro indevido, aumento de eficiência operacional”, conta Leonardo Fraga, vice-presidente de tecnologia.

Parte dos recursos foi usada para modernizar seu legado com soluções como o SulaDocs, que transforma documentos não estruturados em conhecimento para uso na subscrição, combate a fraudes e suporte jurídico. A análise, que antes levava 30 minutos, agora ocorre em menos de três minutos, com maior precisão e padronização. A análise guiada atua na regulação de sinistros com IA semiautônoma e modo copiloto, com potencial de automação de até 80% dos casos.

O Sula Partner Hub permite integração de novos parceiros em duas a quatro semanas, ante prazos anteriores de até seis meses. Design system e engenharia de plataformas aceleram entregas, com mais de 50% de ganho de produtividade. A companhia também investe no desenvolvimento de novo app de relacionamento com o cliente, novos portais de acesso digital, reestruturação da jornada de reembolso e marketplace de APIs (interfaces que fazem conexão entre sistemas e aplicativos) para ampliar a integração com prestadores e parceiros estratégicos. Em todas as iniciativas de inovação, tanto as já entregues quanto as que estão em andamento, são mais de cem profissionais de tecnologia envolvidos, além dos prestadores de serviços.

A Junto Seguros, líder em seguro garantia, destina mais de 30% do orçamento anual à tecnologia e inovação. “Enxergamos a inovação como meio de entregar a melhor experiência para parceiros e clientes. Temos a responsabilidade de criar soluções centradas em pessoas e acreditamos que esta estratégia permite nos diferenciar em um mercado que inova rapidamente e, assim, sustentar a nossa missão de garantir negócios que movem o país”, diz o CEO da companhia, Roque de Holanda Melo.

Ele informa que cerca de 23% dos colaboradores atuam diretamente com inovação. A IA Lobo interpreta balanços, contratos e editais, automatizando análises de crédito e subscrição com precisão e agilidade. A ferramenta Apólice do Futuro, baseada em visual law, apresenta cláusulas com linguagem clara, menus interativos e maior acessibilidade para corretores, segurados e tomadores.

O API Junto cresceu 35% em 2024, com quase 60 mil documentos emitidos. Já a plataforma de fiança locatícia

aprovou automaticamente R\$ 2 bilhões em crédito e mais que dobrou o volume de emissões. A empresa aposta ainda na remodelação de sistemas internos, mais personalização com

IA, novos canais de distribuição e expansão da oferta para clientes empresariais, com foco em segmentos de alto valor.

PROJETO DE IA QUER AGILIZAR DEMANDAS JUDICIAIS DA SAÚDE

Futuro da Saúde – 18/08/2025

Tecnologia deve reduzir atrasos na análise das demandas e dar suporte à tomada de decisão de magistrados

A judicialização é um desafio complexo para a saúde, agravada pela alta demanda de casos. Até final de junho de 2025, mais de 900 mil casos de saúde constavam como pendentes, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Para enfrentar isso, a Amazon Web Services (AWS) e o Instituto de Matemática e Estatística (USP) criaram um projeto que pretende usar inteligência artificial para acelerar demandas. A meta é automatizar até 80% dos casos, agilizando a triagem dos processos e dando suporte à tomada de decisões.

A ferramenta será construída a partir da infraestrutura para análise de dados da AWS e do trabalho de engenheiros de dados da USP. Para realizar a triagem dos casos, a tecnologia irá consultar bases de dados públicas e classificar

as demandas judiciais conforme urgência, bem como analisar as evidências clínicas e jurídicas. Deve, ainda, ser uma agente virtual de apoio aos magistrados, treinada para responder perguntas.

“O SLM será um modelo brasileiro, de código aberto, adaptado às realidades e desafios locais, para tornar as análises e julgamentos mais rápidos em benefício de toda a população, respeitando a privacidade dos detentores dos dados”, diz Paulo Cunha, diretor para o Setor Público na AWS Brasil, em nota.

O teste do conceito deve acontecer no Tribunal Regional de Santa Catarina e ser concluído até o final deste ano. A intenção é inserir o modelo dentro das funcionalidades e-NatJus, plataforma que reúne documentos de apoio aos magistrados para decisões na área da saúde.

COMISSÃO APROVA PROJETO QUE OBRIGA OPERADORA DE PLANO COLETIVO A MANTER TRATAMENTO MESMO APÓS RESCISÃO

Câmara dos Deputados – 18/08/2025

A medida beneficia paciente em tratamento médico essencial, com deficiência, idoso ou gestante; proposta continua em análise na Câmara

A Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência aprovou projeto de lei que garante ao beneficiário de plano de saúde coletivo o direito à continuidade do tratamento mesmo após a rescisão unilateral do contrato pela operadora. A medida, que altera a Lei dos Planos de Saúde, beneficia pacientes em tratamento médico essencial, pessoas com deficiência (incluindo TEA), idosos e gestantes.

No caso de pessoas hospitalizadas ou em tratamento de saúde essencial (câncer, doenças raras), a assistência deverá ser mantida até a alta médica. Para gestantes, o período obrigatório de assistência deve se estender até as primeiras semanas após o nascimento.

Para receber a assistência mesmo após a rescisão, no entanto, o beneficiário deverá continuar pagando a contraprestação prevista no contrato rescindido.

O projeto de lei, por fim, estabelece que o descumprimento das medidas pelas operadoras implica multa mensal de R\$ 100 mil, com correção pelo IPCA, em favor do consumidor.

O texto aprovado foi o substitutivo apresentado pelo relator, deputado Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ), ao Projeto de Lei 1408/23, do deputado Afonso Motta (PDT-RS), e outros 22 apensados.

- [Veja o texto aprovado](#)

“Os projetos apresentados propõem a proibição de rescisões unilaterais sem justificativa adequada, além de exigir notificações prévias e a oferta de alternativas de cobertura. Essa abordagem reflete uma resposta à insatisfação generalizada dos consumidores, que têm enfrentado cancelamentos abruptos, mesmo durante tratamentos essenciais, o que evidencia a urgência em proteger os direitos dos usuários”, explicou o relator.

Plano Individual

Em relação aos planos de saúde individuais, o substitutivo estabelece que a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato de beneficiário idoso ou com deficiência deverá ser precedida de notificação por inadimplência ao consumidor e a duas pessoas indicadas por ele no momento da contratação.

Prática abusiva

A proposta também altera o Código de Defesa do Consumidor para definir como prática abusiva a rescisão unilateral de contratos de prestação de serviços de saúde, salvo em hipóteses com explícita previsão legal.

Tramitação

A proposta será ainda analisada, em caráter conclusivo, pelas comissões de Saúde; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Para virar lei, o texto precisa ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GASTA R\$ 2,7 BILHÕES COM REMÉDIOS VIA JUSTIÇA; VEJA IMPACTOS

ABC do ABC – 17/08/2025

Crescimento da judicialização pressiona orçamento público; terapias genéticas de alto custo estão no centro da preocupação

O Ministério da Saúde desembolsou R\$ 2,73 bilhões em 2024 para cumprir decisões judiciais que obrigam o fornecimento de medicamentos a pacientes. O valor representa um aumento de 50% em relação a 2022, quando os gastos somaram R\$ 1,8 bilhão. Desde então, a despesa cresce, em média, R\$ 400 milhões por ano.

Grande parte do orçamento é concentrada em poucos medicamentos: apenas cinco deles responderam por quase metade do montante. Para muitos pacientes, recorrer à Justiça é a única forma de acessar terapias para doenças graves e raras, que ainda não estão disponíveis na rede pública.

Elevidys e outras drogas de alto custo

Entre os remédios que mais preocupam o governo está o elevidys, terapia genética voltada a crianças com distrofia muscular de Duchenne, com custo unitário de R\$ 14,6 milhões.

Apesar de a Anvisa ter suspenso seu registro por dúvidas de segurança, o ministério segue obrigado a comprá-lo por ordem judicial. Caso todos os 213 pacientes com processos ativos recebam o medicamento, a conta pode chegar a R\$ 3 bilhões.

Outras drogas também pesam no orçamento, como o vosoritida, usado para tratar acondroplasia, que custou R\$

875 milhões entre 2022 e 2024, e o eculizumabe, para hemoglobinúria paroxística noturna, além do ataluren, também indicado para distrofia muscular.

Estratégias para conter custos

O secretário-executivo do ministério, Adriano Massuda, reconhece o direito dos pacientes de buscar a Justiça, mas alerta para processos que estimulam preços abusivos. Segundo ele, terapias de alto custo e caráter experimental tornam o impacto orçamentário imprevisível.

Entre as alternativas em análise estão negociações diretas com a indústria, incentivo à produção nacional e acordos de compartilhamento de risco, como o firmado para Zolgensma, remédio de remédio de R\$ 7 milhões para atrofia muscular espinhal, cujo pagamento depende da eficácia comprovada no paciente.

Conflito entre expectativa e viabilidade

A judicialização também reflete a demora na incorporação de novas tecnologias ao SUS, segundo associações de pacientes. A Conitec, comissão responsável por avaliar esses pedidos, rejeitou recentemente a inclusão do elevidys na rede pública, citando riscos de efeitos adversos e impacto financeiro de R\$ 9,3 bilhões em cinco anos.

Apesar da negativa, decisões judiciais continuam garantindo o acesso individual ao medicamento. Já a farmacêutica Roche, fabricante da droga, defende seu “potencial transformador” e lamenta os efeitos da decisão sobre famílias que aguardavam a terapia.

PLANOS DE SAÚDE SERÃO OBRIGADOS A COBRIR IMPLANTE ANTICONCEPCIONAL; ENTENDA

O Globo – 15/08/2025

Implanon tem mais de 99% de eficácia para prevenir a gravidez indesejada e também foi incorporado ao SUS

Os planos de saúde serão obrigados a cobrir a oferta do implante contraceptivo Implanon, da empresa Organon, para

mulheres de 18 a 49 anos a partir de 1º de setembro no Brasil. A medida foi aprovada em reunião da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no último dia 8.

A legislação brasileira determina que tecnologias incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser incluídas no rol das operadoras de saúde dentro de um prazo de até 60 dias. No início de julho, o Ministério da Saúde anunciou a oferta do Implanon na rede pública após parecer favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

A expectativa do ministério é, até 2026, distribuir 1,8 milhão de implantes por meio do SUS, 500 mil apenas neste ano. O produto custa entre R\$ 2 mil e R\$ 4 mil, e o investimento do governo será de aproximadamente R\$ 245 milhões.

O Implanon é um implante subdérmico indicado para prevenir a gravidez indesejada. É um pequeno bastão de plástico flexível, de 4cm por 2mm de diâmetro, que contém 68 mg de etonogestrel. Ele deve ser colocado diretamente sob a pele, embaixo do braço, com anestesia local, exclusivamente por um médico ou enfermeiro especializado na técnica.

O etonogestrel, um hormônio feminino, passa a ser liberado de forma contínua do implante para a corrente sanguínea. A quantidade no implante é suficiente para a liberação durante um período de até três anos. Ao longo desse tempo a ação do hormônio impede a liberação do óvulo e altera a secreção do colo do útero, dificultando a entrada dos espermatozoides.

Segundo a empresa responsável pelo implante, a eficácia para evitar a gravidez é de 99,95%, a maior observada entre todos os métodos contraceptivos. Tássia Ginciene, diretora de Relações Institucionais da Organon Brasil, diz que "isso se deve, especialmente, ao fato de não depender da lembrança diária, como ocorre com outros métodos".

Para ela, a incorporação do Implanon no SUS e a cobertura obrigatória pelos planos de saúde "é um passo gigante para garantir que cada brasileira possa escolher, de forma informada, o método que melhor se adapta à sua vida e às suas necessidades".

De acordo com o Ministério da Saúde, após os três anos o implante deve ser retirado e, se houver interesse, um novo poderá ser inserido imediatamente. A fertilidade também retorna rapidamente após a remoção caso a mulher decida engravidar.

A pasta destaca que hoje, entre os métodos disponíveis no SUS, apenas o DIU de cobre tem ação de longa duração. A rede pública também disponibiliza preservativos externo e interno; anticoncepcional oral combinado; pílula oral de progestagênio; injetáveis hormonais mensal e trimestral; laqueadura tubária bilateral e vasectomia.

Apenas os preservativos oferecem proteção também contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

BIOMARCADORES E IA ACELERAM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS NO BRASIL

Saúde Business – 15/08/2025

Especialistas revelam como tecnologias de análise molecular e computação avançada estão reduzindo tempo de diagnóstico e permitindo terapias personalizadas com maior eficácia.

A oncologia está passando por uma transformação acelerada, impulsionada pelo uso de inteligência artificial, supercomputadores e data analytics. Essas tecnologias estão redefinindo a forma como o câncer é diagnosticado e tratado, encurtando o tempo de desenvolvimento de terapias e melhorando os resultados clínicos.

"Esses recursos permitem diagnósticos mais precisos e o desenvolvimento rápido de terapias personalizadas, acelerando avanços que antes levariam décadas", afirma Romualdo Barroso, médico e pesquisador em oncologia. Ele destaca que o diferencial está em unir inovação à medicina humanizada: "Oferecer o que há de mais avançado sem abrir mão do cuidado com o paciente é o que transforma resultados clínicos e experiências de tratamento."

Novas terapias para câncer de mama hormonal positivo

O câncer de mama hormonal positivo, responsável por cerca de 70% dos diagnósticos, vem sendo tratado há mais de cinco décadas com terapias específicas. No entanto, novas drogas

e mecanismos de ação mais precisos estão mudando o cenário. "Esse subtipo de câncer, dependente do estrogênio, é alvo de diferentes terapias há muitos anos, mas novas abordagens estão transformando desfechos clínicos em casos complexos", explica François-Clement Bidard, pesquisador do Instituto Curie, em Paris.

Biomarcadores e terapias-alvo no câncer colorretal

Outro avanço relevante vem do uso de biomarcadores no câncer colorretal. Essa abordagem amplia as possibilidades de terapias-alvo, permitindo tratamentos mais personalizados e eficazes. "Compreender o perfil molecular do tumor nos permite oferecer terapias mais direcionadas e com maior potencial de resposta", ressalta o oncologista argentino Juan Manuel O'Connor.

Saúde do médico e gestão em oncologia

Os especialistas também reforçam que a inovação não pode se limitar ao paciente. "A medicina moderna não se afasta do cuidado humano e isso inclui cuidar também da saúde física e mental dos profissionais de saúde", afirma Gustavo Fernandes, vice-presidente de oncologia da Rede Américas.

A gestão em oncologia foi outro ponto debatido, com foco na ampliação do acesso ao tratamento, uso de dados para tomada de decisão e integração de novas tecnologias.

“Integrar tecnologia e gestão significa oferecer eficiência sem perder a visão de que o paciente é o centro de tudo”, completa Barroso.

Essas análises e reflexões fizeram parte do 1º Congresso Oncologia Américas, realizado em São Paulo, que reuniu especialistas nacionais e internacionais para compartilhar as últimas tendências no tratamento do câncer e no uso de tecnologia na saúde.

AGORA TEM ESPECIALISTAS: OPERADORA COMEÇA A ATENDER PACIENTES DO SUS EM RECIFE

Gov (ANS)– 15/08/2025

Oito pacientes farão exames e cirurgias no hospital da Hapvida, primeira operadora de plano de saúde a aderir ao programa do Governo Federal

Nessa quinta-feira (14/8), tiveram início os primeiros atendimentos de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) por uma operadora de plano de saúde. A medida faz parte do programa do Ministério da Saúde Agora Tem Especialistas, que tem o objetivo de ampliar a assistência especializada e reduzir o tempo de espera por atendimento no SUS.

O presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e a diretora-presidente interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Carla Soares, acompanharam o início dos atendimentos de oito pacientes que farão exames e cirurgias no hospital Ariano Suassuna, unidade da Hapvida em Recife.

Um dos mecanismos inovadores do Agora Tem Especialistas para ampliar a oferta de consultas, exames e cirurgias é a troca de dívidas de ressarcimento ao SUS dos planos de saúde por atendimento a pacientes. A Hapvida é a primeira operadora de plano de saúde a aderir à iniciativa.

A ANS colabora com o Agora Tem Especialistas fazendo o levantamento das dívidas das operadoras relativas ao ressarcimento ao SUS e verificando a regularidade das operadoras em relação às obrigações perante a Agência para estarem aptas a aderir ao programa.

É a primeira vez que o Governo Federal mobiliza a estrutura dos planos de saúde para levar mais atendimento à população pelo SUS.

"Um marco histórico que vamos acompanhar e que o presidente Lula vai presenciar é o primeiro paciente do SUS que será tratado dentro de um hospital de plano de saúde. Por meio do programa Agora Tem Especialistas, mecanismo criado pela medida provisória do presidente Lula, nós estamos trocando dívidas que planos de saúde tinham com o SUS - e que nunca eram pagas - em mais cirurgias, mais atendimentos e mais exames, como ressonância e tomografia", explicou o ministro da Saúde Alexandre Padilha.

As dívidas de ressarcimento ao SUS são geradas quando a rede pública realiza procedimentos que deveriam ser feitos pelos planos de saúde contratados. O mínimo de oferta de serviços previsto na adesão de operadoras de planos de

saúde é R\$ 100 mil por mês. Para planos de saúde de menor porte, o valor pode cair para R\$ 50 mil por mês. Isso ocorrerá no caso de atendimentos de média e baixa complexidade realizados em regiões cuja demanda por esse tipo de serviço não seja plenamente atendida.

A oferta de serviços deve atender às prioridades do Agora Tem Especialistas em seis áreas prioritárias - oncologia, ginecologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia e mais de 1,2 mil cirurgias - e as demandas apontadas pelos estados e municípios, responsáveis pela regulação dos pacientes do SUS.

O Hospital Ariano Suassuna faz parte do complexo hospitalar da Hapvida, considerada a maior operadora de planos de saúde da América Latina, com unidades próprias nas cinco regiões do país.

Procedimentos realizados incluem cirurgias e exames de tomografia e ressonância

Os oito pacientes - uma criança de oito anos, cinco mulheres e dois homens entre 23 e 67 anos - farão quatro procedimentos diferentes. Duas cirurgias de artroplastia de quadril para colocação de próteses, duas cirurgias de vesícula, duas tomografias e duas ressonâncias magnéticas.

Uma das pacientes beneficiadas pela iniciativa do Agora Tem Especialistas é empregada doméstica Marilete Augusto Valério Santos, de 67 anos. Moradora da capital de Pernambuco, ela falou da emoção quando descobriu que a ressonância magnética para investigação de dores no quadril estava agendada. "Fazia três meses que eu esperava esse exame. Quando disseram que era amanhã, eu respondi: 'pode ser qualquer dia, qualquer hora!'", contou.

Como funciona a participação dos planos de saúde no Agora Tem Especialistas

A oferta de assistência aos pacientes do SUS pelos planos de saúde precisa atender a demanda da rede pública de saúde em seis áreas prioritárias: oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e ginecologia e mais de 1,2 mil cirurgias nas diversas especialidades.

A adesão ao programa é voluntária. O primeiro passo para as operadoras é solicitar participação por meio da plataforma InvestSUS, na qual devem informar os serviços que têm a

oferecer. O Ministério da Saúde, então, cruza essa oferta às demandas do SUS nos estados e município. Se a oferta de atendimento suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde, a adesão é aprovada, e os contratos, firmados. A partir de então, o rol dos serviços especializados credenciados passa a ser disponibilizado.

Os pacientes do SUS continuam a acessar a rede pública pela Unidade Básica de Saúde. Se necessário, serão encaminhados pelos estados e municípios para receberem atendimento especializado, que poderá ocorrer na rede pública ou nos hospitais das operadoras de planos de saúde, sem nenhum custo adicional para o cidadão.

Para mais informações, [clique aqui](#).

PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCEM NO BRASIL E REFORÇAM ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Saúde Business – 14/08/2025

Modalidade que integra cobertura médica e odontológica em um único contrato ganha espaço no mercado e reflete nova tendência de cuidado integrado na saúde suplementar.

Um levantamento inédito revela que 3,6 milhões de brasileiros já aderiram a planos de saúde que integram cobertura médica e odontológica em um único contrato. Os dados, apresentados na Análise Especial da 108ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), evidenciam uma tendência crescente no setor de saúde suplementar brasileiro.

Esta modalidade de plano combinado representa não apenas uma alternativa mais conveniente para o consumidor, mas também uma estratégia de valor agregado para as operadoras, que conseguem maior fidelização de seus beneficiários através de uma oferta mais completa de serviços.

O relatório completo está disponível para consulta no site do IESS.

Integração de cuidados

Os planos combinados emergem como um vetor fundamental para a integração dos cuidados em saúde no setor suplementar brasileiro. Ao unificar diferentes tipos de cobertura — ambulatorial, hospitalar e odontológica — em um único contrato, este modelo proporciona um escopo ampliado de atendimento ao beneficiário, facilitando o acompanhamento preventivo e promovendo maior continuidade assistencial.

O beneficiário experimenta uma jornada assistencial mais fluida e integrada entre especialidades médicas e odontológicas, incluindo serviços complementares. Esta abordagem contribui significativamente para um sistema mais eficiente dentro de um planejamento coordenado de cuidado.

Além dos benefícios assistenciais, estes planos oferecem maior praticidade administrativa tanto para empresas contratantes quanto para os usuários finais, possivelmente resultando em redução de custos operacionais devido à sinergia entre as diferentes coberturas.

Crescimento impulsionado pelo mercado de trabalho formal

A expansão da oferta integrada está fortemente correlacionada ao crescimento dos planos coletivos empresariais, que por sua vez acompanham o desempenho do mercado de trabalho formal. Segundo dados do Novo Caged, o Brasil gerou 1,6 milhão de novos empregos com carteira assinada entre junho de 2024 e junho de 2025, representando um crescimento de 3,4%. No mesmo período, os planos médico-hospitalares do tipo coletivo empresarial registraram exatamente 1,6 milhão de novos vínculos, com alta de 4,5%.

“Há uma correlação direta entre a formalização do trabalho e o acesso à saúde suplementar. Os planos combinados, embora ainda representem uma fatia minoritária, apontam para uma diversificação importante na forma como os serviços são ofertados e contratados e, para as empresas que concedem o benefício a seus colaboradores, uma clara demonstração de oferecer as melhores condições assistenciais em saúde”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Panorama atual do setor

A análise revela que, dos 52,9 milhões de beneficiários com planos médico-hospitalares ativos em junho de 2025:

- 49,3 milhões possuem exclusivamente cobertura médico-hospitalar
- 3,6 milhões contam com contratos combinados que incluem assistência odontológica

Quando somados aos 34,4 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o Brasil totaliza 38 milhões de pessoas com algum tipo de cobertura odontológica ativa.

Destaques adicionais da NAB 108

- A cobertura médico-hospitalar alcança 24,8% da população brasileira
- A cobertura exclusivamente odontológica atinge 16,1% dos brasileiros

- Os planos coletivos representam 83,7% dos vínculos médico-hospitalares, sendo 86,7% destes empresariais

- São Paulo: adição de 469 mil vínculos médico-hospitalares e 296 mil odontológicos
- Rio de Janeiro e Minas Geras também registraram aumentos significativos no período.

Crescimento regional

Os estados que apresentaram maior crescimento absoluto entre junho de 2024 e junho de 2025 foram:

SETOR DE TECNOLOGIA PARA SAÚDE CRESCE 10% APESAR DE TARIFAS AMERICANAS

Saúde Business – 14/08/2025

Empresas brasileiras apostam em inovação e novos produtos enquanto enfrentam aumento de custos e incertezas no cenário internacional, revela pesquisa da ABIMED

A indústria brasileira de tecnologia para saúde mantém perspectivas positivas para 2025, mesmo enfrentando um cenário econômico e político desafiador, conforme revela a segunda edição do Termômetro ABIMED, estudo conduzido pela Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para a Saúde.

O levantamento demonstra que 45% das empresas do setor projetam crescimento superior a 10% para o ano corrente, impulsionado principalmente por decisões estratégicas internas. Para o segundo semestre, 40% dos respondentes mantêm a expectativa de expansão de dois dígitos em relação aos primeiros seis meses do ano.

Desafios econômicos e geopolíticos

A recente imposição de tarifas adicionais de 50% pelos Estados Unidos sobre produtos brasileiros, vigente desde agosto, introduz um elemento de incerteza no horizonte do setor. O impacto dessa medida ainda está sendo avaliado: 30% das empresas consideram prematuro mensurar seus efeitos, outros 30% não preveem consequências significativas, enquanto 20% já antecipam impactos diretos em suas exportações.

O aumento de custos permanece como preocupação para 90% das organizações, influenciado principalmente por pressões inflacionárias, desafios logísticos e variações cambiais. Para 65% das empresas, esse aumento foi de até 10%, enquanto 25% registraram elevações entre 10% e 20%. Apesar desse cenário, 65% não relatam dificuldades com suprimentos.

Investimentos e inovação

O setor demonstra confiança ao priorizar investimentos em novas linhas de produtos para 2025 e 2026, estratégia adotada por 85% das empresas. Há também estabilidade ou ampliação de recursos destinados a capital humano (90%) e

estrutura operacional (85%). No campo de Pesquisa e Desenvolvimento, 37% ampliarão recursos, 32% manterão os investimentos atuais e 26% não possuem planos imediatos.

Com a implementação da reforma tributária no horizonte, 58% das empresas planejam expandir ou incorporar novas linhas de produtos nos próximos três a cinco anos, sinalizando adaptação ao novo cenário fiscal.

Agenda regulatória e transformação digital

Na esfera regulatória, 58% das empresas avaliam que a criação de uma Agência Única de Incorporação traria maior agilidade aos processos, enquanto 21% antecipam redução de barreiras para novas tecnologias.

A inteligência artificial emerge como prioridade no âmbito da saúde digital: 40% das empresas investem em capacitação, 20% no desenvolvimento de produtos e 25% aguardam diretrizes regulatórias mais claras antes de avançar nessa frente.

Sustentabilidade e produção nacional

As práticas ESG (Ambientais, Sociais e de Governança) continuam relevantes: 35% das empresas adotam boas práticas gerais, 30% concentram-se em compliance e cadeias responsáveis, e 20% direcionam esforços para energia limpa ou neutralidade de carbono.

Apesar das iniciativas governamentais para estimular a industrialização no Brasil, 70% das empresas consideram que o atual ambiente regulatório e político não favorece a nacionalização da produção ou a expansão industrial no país. “O setor demonstra resiliência e aposta na inovação como motor de crescimento, mas mantém atenção ao cenário global e às mudanças internas que afetam sua competitividade”, afirma Fernando Silveira Filho, presidente-executivo da ABIMED. “Temos atuado intensamente em pautas estratégicas, como o PL 2583 e a renovação do Convênio ICMS 01/99, além de promover debates sobre saúde digital e inteligência artificial. A combinação de avanços regulatórios e investimentos estratégicos será decisiva para o futuro da indústria.”

ANS CONSEGUE REGULARIZAÇÃO DE DÍVIDA DE R\$ 18 MILHÕES DE OPERADORA APÓS ACORDO CELEBRADO PELA AGU

(Gov) ANS – 14/08/2025

Negociação envolveu 99 execuções fiscais e representa mudança de paradigma na cobrança de crédito pública

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obteve a regularização de uma dívida de R\$ 18,2 milhões da operadora IBBCA Gestão em Saúde Ltda. (Registro nº 417050). O feito é resultado de um acordo celebrado pela Advocacia-Geral da União (AGU) com a operadora numa negociação que envolveu 99 execuções fiscais, somado ao trabalho realizado pela Diretoria de Gestão, por intermédio da Gerência de Finanças (GEFIN) da ANS.

“Esse é um exemplo de atuação em parceria muito bem-sucedida entre as equipes técnicas da GEFIN e da Procuradoria Federal, que traz ganhos importantes para o setor público e, conseqüentemente, para a sociedade. É importante que essa experiência sirva de exemplo para que outras operadoras façam negociações semelhantes e regularizem suas dívidas”, destacou a diretora-presidente interina da ANS, Carla Soares.

O referido acordo foi firmado com fundamento na Lei nº 13.988/2020, regulamentada pela Portaria Normativa AGU nº

130/2024 e pela Portaria PGF nº 333/2020, e abrange todos os débitos inscritos em dívida ativa até 4 de julho de 2025, incluindo valores anteriormente não contemplados no acordo firmado em julho de 2023.

“A medida representa um marco importante no que diz respeito a transações tributárias e à recuperação de recursos públicos. Especificamente no caso da IBBCA, essas dívidas eram consideradas como de difícil recuperação, pois a operadora encontra-se em Direção Fiscal, que é um acompanhamento feito pela ANS quando as empresas de planos de saúde apresentam graves problemas econômico-financeiro. Mas, com a negociação, os débitos foram parcelados em 84 vezes, com desconto de 40% sobre multas, juros e encargos legais”, explicou o procurador-chefe junto à ANS, Daniel Tostes.

Sendo assim, o valor consolidado da dívida foi reduzido para R\$ 14,6 milhões. A ANS receberá, já nos primeiros meses após a assinatura da transação, cerca de R\$ 2,2 milhões, por meio da conversão em renda de depósitos judiciais vinculados às execuções fiscais abrangidas no acordo.

CONSULTA PÚBLICA 160: ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA ATUALIZAÇÃO DO ROL

(Gov) ANS – 13/08/2025

Sociedade pode enviar dados e comentários sobre as propostas até 1º de setembro mudança de paradigma na cobrança de crédito pública

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta quarta-feira, 13/8, a [Consulta Pública 160](#), com o objetivo de obter contribuições sobre as propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as seguintes tecnologias:

- Implante de válvula aórtica transcater (TAVI) para tratamento da estenose valvar aórtica grave (condição cardíaca em que a válvula aórtica se estreita consideravelmente e que causa sintomas como falta de ar, dor no peito e desmaios), para pacientes com risco cirúrgico baixo como primeira linha de tratamento;

- Dupilumabe para tratamento complementar de pacientes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC - doença que causa dificuldade em respirar, devido à obstrução do fluxo de ar nos pulmões) associada a inflamação tipo 2, em uso de terapia tripla inalatória e com perfil exacerbador; e

- Radioterapia de intensidade modulada (IMRT) para tratamento de pacientes adultos com tumores do reto.

RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA

As duas primeiras tecnologias tiveram recomendação preliminar desfavorável à incorporação ao Rol pela área técnica da ANS, por isso, passarão também pela Audiência Pública 58, que será realizada no dia 28/8, das 14h às 17h. [Clique aqui](#) para saber mais.

As tecnologias foram aprovadas para irem à consulta pública durante a [11ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada](#), realizada no dia 8/8/2025.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 1/9/2025 no próprio site da ANS, onde também estão disponíveis os documentos relacionados às propostas durante o período de consulta. Para se informar e participar, [clique aqui](#).

Vale lembrar que os formulários para envio de contribuições das consultas públicas para a atualização do Rol foram reformulados. Com a alteração, a sociedade poderá informar se concorda; discorda; ou concorda/discorda parcialmente das incorporações. Antes da mudança, as classificações dos tipos de opinião disponíveis eram: concordo; discordo; ou concordo/discordo parcialmente da recomendação preliminar da ANS. O objetivo da modificação é conferir maior clareza e transparência ao processo de participação social.

Sobre o Rol

O Rol tem sido constantemente atualizado por meio de um processo dinâmico, que conta com ampla participação social,

no qual a análise das tecnologias é feita a partir de metodologia de avaliação de tecnologias em saúde e nos princípios da saúde baseada em evidências, utilizados em diversos países ao redor do mundo.

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

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

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

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

[milliman.com](https://www.milliman.com)