

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

27 de agosto de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Do conceito à implementação da remuneração por valor em saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS aprova certificação inédita para qualificar atenção ao câncer na saúde suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[48,3% dos códigos de materiais e medicamentos não existiam no ano anterior](#) - Fonte: Medicina SA

[Obesidade custa R\\$ 70 bilhões por ano ao Brasil, revela IESS](#) - Fonte: Saúde Business

[Anvisa dará prioridade para registro de semaglutida e liraglutida](#) - Fonte: (Gov) Anvisa

[ANS confirma resultado final do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS assina acordo sobre integração de dados de saúde dos setores público e suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Proposta garante à pessoa com transtorno do espectro autista acesso a terapia pelo plano de saúde](#) -
Fonte: Câmara dos Deputados

DO CONCEITO À IMPLEMENTAÇÃO DA REMUNERAÇÃO POR VALOR EM SAÚDE

Saúde Business – 26/08/2025

A adoção de modelos de remuneração baseados em valor avança como uma das mudanças mais relevantes para a sustentabilidade do setor de saúde no Brasil. Ao substituir a lógica tradicional de pagamento por volume, esses modelos buscam alinhar eficiência financeira, qualidade assistencial e desfechos clínicos, estimulando práticas centradas no paciente.

Especialistas e gestores compartilham experiências que vão além da teoria, com condições para tornar essa transição viável — desde a definição de indicadores até a criação de mecanismos que equilibrem previsibilidade para os pagadores e incentivos à qualidade para os prestadores.

Estratégias para episódios de valor

Na implementação dos episódios de cuidado, as propostas e estratégias em desenvolvimento reforçam que a seleção das condições clínicas prioritárias deve levar em conta prevalência, impacto financeiro, complexidade assistencial e disponibilidade de dados.

A avaliação desses fatores é mandatória, segundo André Médici, conselheiro do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (Ibravs), economista e mentor em inovações em VBHC, durante o 2º Congresso Latino-Americano de Valor em Saúde (CLAVS).

“O objetivo do pagamento por episódio não é reduzir custos. Reduzir custos pode ser consequência da eliminação de desperdícios, mas a finalidade central é melhorar desfechos e garantir maior resolutividade para o paciente”, ressalta Médici.

O conselheiro defende que a mudança requer um novo olhar sobre a remuneração. “Não se trata de pagar menos, mas de pagar melhor. O futuro da saúde não é pagar por fazer, e sim pagar por resolver”, afirma.

Entre os pontos destacados por Médici, estão a necessidade de equilibrar componentes fixos e variáveis nos pagamentos, combinando previsibilidade com incentivos à qualidade. Isso pode envolver modelos prospectivos e retrospectivos, que ajustam valores conforme o desempenho e o risco assumido.

“É fundamental contar com dados robustos para ajustes de risco e com protocolos bem definidos, mesmo que não obrigatórios, mas baseados em boas práticas”, alerta.

Para Médici, a falta de padronização clínica, bases de dados frágeis, ausência de ajustes por risco e falhas na governança são os principais riscos para o sucesso do modelo. “Sem dados confiáveis, não conseguimos avançar. Como dizia

Deming, em Deus nós confiamos; para todos os outros, precisamos de dados”, reforça.

O conselheiro também chamou atenção para a importância da transparência e da clareza contratual, inclusive em mecanismos de compartilhamento de risco, como economia dividida e bônus por qualidade.

“Os parâmetros mudaram. O pagamento baseado em episódios exige previsibilidade e regras bem definidas, mas também flexibilidade para ajustes diante da complexidade assistencial”, conclui.

Oncologia como campo de teste

Como exemplo concreto da aplicação de modelos de remuneração baseada em valor, Aline Chibana, gerente do Escritório de Valor do A.C. Camargo Câncer Center, apresentou, no CLAVS’25, a experiência da instituição no desenho e implementação de bundles oncológicos para cinco linhas prioritárias: mama, próstata, pulmão, colorretal e colo de útero.

Desenvolvido com base no guia da ANS, o projeto adota uma lógica progressiva para lidar com a complexidade da jornada oncológica. “Optamos por dividir em bundles menores. Começamos pelos cirúrgicos e agora estamos na fase de implementar o sistêmico. É um modelo recente, em que temos trabalhado há um ano e meio”, explica.

A construção do modelo envolveu estratificação detalhada por estadiamento, subtipos tumorais e risco clínico, criação de clusters de cuidado e definição de indicadores de eficiência e desfecho, como tempo entre diagnóstico e início do tratamento, sobrevida livre de progressão, complicações, reinternações e relatos de qualidade de vida.

“Nosso objetivo é garantir desfechos relevantes para o paciente e eficiência para o sistema”, pontua. Aline conta que os resultados preliminares são positivos. “Até agora, os pacientes seguiram bem, sem reinternação e sem reoperação”, enaltece.

Mas os aprendizados vão além da técnica. Para a executiva, a construção colaborativa com as operadoras é decisiva para a sustentabilidade do modelo. “É muito mais proveitoso construir junto do que chegar com o produto pronto e descobrir que não era isso que a operadora esperava”, explica.

Na construção de modelos de cuidado em saúde, a escuta ativa é essencial. “Ouvir as expectativas dos parceiros permite ajustar o modelo para atender às prioridades, como

redução de reinternações ou foco no tratamento sistêmico, por exemplo”, sugere Aline.

A executiva é categórica quanto a dois elementos fundamentais na relação entre o prestador e a operadora: confiança e transparência.

“O sistema pede previsibilidade, mas para isso precisamos dar um passo em relação à confiança, na qualidade da assistência e no controle de dados que o prestador vai ter. Transparência sobre como o modelo é conduzido e como a remuneração variável será acordada é indispensável”, completa.

Aline reforça a importância da governança e da clareza nos critérios de avaliação. “Com a nossa contribuição para o guia de novos modelos de remuneração, esperamos ajudar a definir indicadores que são essenciais para um projeto e que não podem faltar nesse modelo”, disse.

ANS APROVA CERTIFICAÇÃO INÉDITA PARA QUALIFICAR ATENÇÃO AO CÂNCER NA SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 25/08/2025

Normativo agora conta com manual que estabelece cinco linhas de cuidado de atendimento à doença

Em reunião nesta segunda-feira, 25/8, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a alteração da Resolução Normativa (RN) 506/2022, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde das Operadoras de Planos de Saúde, para inclusão da certificação em atenção oncológica. Assim, a ANS lança o Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede, que traz diretrizes e critérios técnicos que operadoras de planos de saúde devem cumprir para obter o selo de qualidade na atenção ao câncer.

A iniciativa marca um avanço importante na forma como o tratamento oncológico é conduzido na saúde suplementar. O foco está na reorganização da rede assistencial, com destaque para a agilidade nos fluxos — o chamado fast track —, atuação de equipes multiprofissionais, rastreamento estruturado e melhora na comunicação com os pacientes, inclusive por meio do letramento em saúde.

Cinco tipos de câncer foram priorizados por sua alta incidência entre adultos no Brasil: mama, colo de útero, próstata, pulmão e cólon e reto. A certificação propõe superar a fragmentação dos serviços, muitas vezes responsável por atrasos no diagnóstico e no início do tratamento.

Segundo a diretora-presidente interina da ANS, Carla Soares, a certificação representa um avanço no cuidado em saúde. “Estamos dando um passo importante para qualificar a atenção oncológica na saúde suplementar. O câncer é uma doença em crescimento global, e essa certificação reforça o papel da ANS como promotora da qualidade no setor”, afirmou.

Desafios da remuneração baseada em valor

Repensar a lógica de remuneração, ainda centrada em volume em vez de valor, é um desafio urgente. “Temos uma medicina que nos orgulha, mas ela não cabe no orçamento. Precisamos ser eficientes, reduzir desperdícios e adotar soluções personalizadas para cada realidade”, destaca Stephen Stefani, oncologista e professor de avaliação em tecnologia e economia em saúde.

Nesse contexto, o professor acrescenta. “O modelo atual não captura valor. Precisamos migrar para um sistema que considere os desfechos alcançados e a eficiência do cuidado”, reforçando que a ética e a transparência são pilares indispensáveis para o sucesso dessa transformação.

Ela também esclarece que o programa não altera os direitos dos beneficiários em relação às coberturas obrigatórias. “A certificação é um incentivo à qualificação, sem qualquer impacto nas regras do Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde ou nos prazos máximos de atendimento. A cobertura obrigatória segue inalterada”, completou.

Para obter a certificação, as operadoras devem apresentar planejamento técnico adequado e implantar ao menos duas Linhas de Cuidado entre os cinco tipos de câncer priorizados. Os critérios são baseados em evidências científicas e mapeiam toda a jornada do paciente, da prevenção e rastreamento aos cuidados paliativos, promovendo mais agilidade, resolutividade e acolhimento ao longo do processo.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, reforça que o grande objetivo é colocar o paciente no centro do cuidado. “Com essa certificação, queremos fortalecer a efetividade do cuidado oncológico. Isso significa diagnósticos mais rápidos, tratamentos mais coordenados, equipes atuando de forma integrada e um acolhimento mais humanizado. A expectativa é que o beneficiário sinta, na prática, a diferença”, afirmou.

Entre os principais avanços esperados estão a ampliação da prevenção, atuação multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais atuando em conjunto; o uso de protocolos clínicos bem definidos para rastreamento e diagnóstico precoce; a criação de fluxos rápidos entre a biópsia e o início do tratamento; e a oferta de cuidados paliativos e de fim de vida qualificados, quando necessários.

A nova certificação é uma resposta concreta à necessidade de oferecer tratamentos mais ágeis, organizados e humanizados para milhares de brasileiros com câncer atendidos por planos de saúde.

Em breve o Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede será publicado no Diário Oficial da União e será divulgado pela Agência. [Clique aqui](#) para assistir ao vídeo sobre a publicação.

Para mais informações sobre o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, [clique aqui](#).

Rastreamento do Câncer por Linhas de Cuidado

	CÂNCER DE MAMA <ul style="list-style-type: none">• Rastreamento individualizado para o câncer de mama com mamografia em mulheres entre 40 e 74 anos, conforme indicação médica e decisão compartilhada;• Busca ativa realizada pela operadora para o rastreamento com mamografia de beneficiárias com idade entre 50 e 69 anos a cada dois anos para o câncer da mama; e• Rastreamento individualizado com mamografia de beneficiárias com risco aumentado de qualquer idade para o câncer de mama, conforme indicação médica e decisão compartilhada.
	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO <ul style="list-style-type: none">• Busca ativa realizada pela operadora para o rastreamento do câncer de colo de útero por meio do exame molecular DNA-HPV Oncogênico, para pacientes entre 25 a 60 anos, a cada cinco anos.
	CÂNCER DE PRÓSTATA <ul style="list-style-type: none">• Rastreamento individualizado (dosagem de PSA e toque retal) para pacientes de risco habitual, conforme indicação médica e decisão compartilhada; e• Rastreamento individualizado (dosagem de PSA e toque retal) para pessoas com alto risco, conforme indicação médica e decisão compartilhada.
	CÂNCER DE PULMÃO <ul style="list-style-type: none">• Rastreamento individualizado Tomografia de Baixa Dose de Radiação (TCBD).<ul style="list-style-type: none">- Para a pacientes com alto risco: idade entre 50 e 80 anos, com história de tabagismo com carga tabágica de 20 maços ou mais por ano e os que atualmente fumam ou pararam de fumar nos últimos 15 anos- Conforme indicação médica e decisão compartilhada;
	CÂNCER DE CÓLON E RETO <ul style="list-style-type: none">• Busca ativa de beneficiários para rastreamento com exame de sangue oculto nas fezes para o câncer colorretal, com idade entre 50 e 75 anos;• Rastreamento individualizado de indivíduos com risco habitual para o câncer colorretal, entre 50 e 75 anos, com colonoscopia, por indicação médica e com decisão compartilhada; e• Rastreamento individualizado de indivíduos com risco aumentado para o câncer colorretal com colonoscopia com decisão compartilhada e indicação médica.

48,3% DOS CÓDIGOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO EXISTIAM NO ANO ANTERIOR

Medicina SA – 25/08/2025

Estudo realizado pela Arvo, com apoio do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), revelou que 48,3% dos códigos únicos de materiais e medicamentos processados não existiam no ano anterior. Os apontamentos por códigos inválidos ou divergentes representam 9% de todos os códigos processados pela empresa em 2024. Se colocarmos esse número em perspectiva para todo o mercado, representa R\$ 770 milhões pagos em itens que apresentam inconsistência entre os códigos apresentados e a descrição real, em apenas um ano.

O levantamento analisou R\$ 16 bilhões em sinistros processados entre dezembro de 2023 e dezembro de 2024, abrangendo quatro operadoras de saúde, de modelos diferentes (medicina de grupo, seguradora e autogestão), considerando mais de 1 milhão de beneficiários. O estudo joga luz ao desafio da despadronização e fragmentação de códigos, e escancara uma das principais razões da dificuldade das operadoras em rastrear custos e garantir a integridade de pagamentos na saúde suplementar.

Os materiais e medicamentos com códigos próprios, negociados entre prestador e operadora, representam 22% do valor total do sinistro da categoria na base de dados da companhia. Além disso, mudam com frequência maior do que os códigos tabelados e 60% deles sequer existiam no ano anterior. A estimativa é que mais de 1,5 milhão de códigos circulam no sistema brasileiro, pulverizados em ao menos seis tabelas públicas e privadas, tornando o trabalho de auditoria ainda mais complexo e propenso a erros.

“A codificação de materiais e medicamentos na saúde suplementar é complexa, fragmentada e altamente dinâmica. Essa variabilidade dificulta a gestão do sinistro, compromete a precisão das auditorias, fomenta desperdícios e ameaça a sustentabilidade do sistema no longo prazo”, analisa o CEO e cofundador da Arvo, Fabricio Valadão.

Já Linelly Morellato, Líder da área de Health da empresa, afirma que lidar com múltiplas tabelas simultaneamente é um dos grandes gargalos do sistema, resultando em retrabalho constante, atrasos no atendimento e insegurança na autorização de procedimentos.

“Para o auditor, lidar com a codificação de materiais e medicamentos é uma tarefa exaustiva. Um mesmo item pode aparecer com dezenas de variações, e entender qual código se aplica exige tempo, pesquisa e análise criteriosa. No dia a dia, quando o volume de contas é alto, esses casos acabam

escapando, porque encontrar a informação certa nem sempre compensa o esforço diante da pressão por produtividade.” O estudo também aponta que, embora a categoria de materiais e medicamentos represente 33% do valor total do sinistro analisado, é comum que fique fora do foco, uma vez que os esforços de auditoria muitas vezes são direcionados para grandes contas, enquanto montantes de menor valor podem passar despercebidos.

Para o CEO da Arvo, o desafio é estrutural e sistêmico. Sem padronização e diante de um excesso de tabelas circulando no mercado, processos de auditoria manuais baseados em amostragem se tornam ainda mais desafiadores. Por isso, é fundamental potencializar a capacidade humana para atender a esse cenário tão complexo, a fim de evitar pagamentos indevidos e a perda de visibilidade sobre o destino dos recursos por parte das operadoras. Do lado dos prestadores, a falta de padronização provoca glosas e atrasos, afetando o fluxo de caixa e gerando insegurança na relação contratual.

“Mudar esse cenário requer uma mudança de mentalidade no setor da saúde, colocando a inteligência de dados no centro da auditoria de contas médicas. Quando a tecnologia faz o trabalho exaustivo de identificar códigos ativos, variantes e mudanças, o auditor ganha tempo, precisão e capacidade analítica, o que contribui para um processo mais estratégico”, conclui Fabricio.

OBESIDADE CUSTA R\$ 70 BILHÕES POR ANO AO BRASIL, REVELA IESS

Saúde Business – 25/08/2025

Estudo aponta que ações multissetoriais podem reduzir em 25% os casos projetados para 2035 e frear impacto econômico da doença no sistema de saúde.

A obesidade custa ao Brasil mais de R\$ 70 bilhões por ano, considerando despesas médicas e perdas de produtividade. Sem mudanças, a projeção é de aumento de 60% nos custos até 2035. Este cenário alarmante, porém, não é inevitável. Estudo inédito do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) revela que a implementação de estratégias integradas pode reduzir em até 25% a prevalência projetada da doença, além de conter significativamente o crescimento dos custos assistenciais.

O Brasil caminha para que, em 2035, um terço da população adulta viva com obesidade, cenário que traria impactos bilionários para os sistemas público e suplementar de saúde. A pesquisa “Obesidade no Horizonte 2035: Desafios Sistêmicos e Perspectivas para o Brasil”, parte da série Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035, apresenta uma abordagem multidimensional para enfrentar o que a Organização Mundial da Saúde já reconhece como pandemia global.

No contexto brasileiro, os números são alarmantes: a prevalência da obesidade quase dobrou, saltando de 12,2% em 2006 para 22,5% em 2020. Entre beneficiários da saúde

suplementar, o aumento foi ainda mais expressivo, com avanço de 55,8% em 14 anos.

Experiências internacionais bem-sucedidas

O documento destaca iniciativas que obtiveram resultados positivos em outros países, como:

- A taxação de bebidas açucaradas no México, que conseguiu reduzir o consumo em 7,6% em apenas dois anos
- O modelo britânico de serviços escalonados para gestão de peso, que aumentou significativamente a retenção de pacientes em tratamento
- Os centros especializados em obesidade infantil da Dinamarca, que trabalham de forma articulada com a atenção primária

Estratégias recomendadas para o Brasil

O estudo propõe quatro medidas fundamentais para reverter a tendência de crescimento da obesidade:

- Transformação nos modelos de remuneração na saúde suplementar, migrando do pagamento por procedimento para o cuidado baseado em valor, com incentivos para desfechos clínicos como redução do IMC e prevenção de complicações

- Desenvolvimento de linhas de cuidado específicas para obesidade, incluindo triagem sistemática, acesso a equipes multiprofissionais e protocolos clínicos padronizados
- Implementação de medidas fiscais e regulatórias, como maior taxaço de alimentos calóricos e ultraprocessados, com reinvestimento em programas de educação nutricional e subsídios a alimentos saudáveis
- Criação de sistemas robustos de vigilância epidemiológica que integrem dados do SUS e da

saúde suplementar para monitoramento contínuo e tomada de decisão baseada em evidências

“O combate à obesidade é não apenas um imperativo de saúde pública, mas também uma estratégia econômica inteligente. Prevenir e tratar de forma integrada significa economizar recursos e melhorar a qualidade de vida e a longevidade de milhões de brasileiros”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

A íntegra do estudo “Obesidade no Horizonte 2035: Desafios Sistêmicos e Perspectivas para o Brasil”, bem como os demais trabalhos da série Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035, está disponível para consulta no [site do IESS](#).

ANVISA DARÁ PRIORIDADE PARA REGISTRO DE SEMAGLUTIDA E LIRAGLUTIDA

(Gov) Anvisa – 25/08/2025

Medicamentos têm indicação para diabetes tipo 2 e obesidade.

A Anvisa publicou, nesta segunda-feira (25/8), o [Edital de Chamamento 12](#), de 22 de agosto de 2025, para que as empresas com pedidos de registro de medicamentos contendo semaglutida ou liraglutida tenham análise prioritária pela Agência. Assim, basta que essas empresas que estão na fila de registro manifestem seu interesse em priorizar a análise.

A semaglutida e a liraglutida são princípios ativos que compõem medicamentos agonistas de GLP-1, com indicação para o tratamento de diabetes tipo 2 e da obesidade, muito conhecidos por serem ofertados na forma de canetas autoaplicáveis.

Na prática, o edital permite que os pedidos de análise de semaglutida e liraglutida passem à frente na fila de análise, desde que isso seja solicitado pela empresa. As empresas terão até 15 dias para solicitar a análise prioritária, desde que o processo tenha sido protocolado na Anvisa até esta segunda-feira (25/8), data de publicação do edital.

Em até 30 dias, a Anvisa informará as empresas sobre a expectativa de análise do seu pedido de registro, com uma data prevista para manifestação das áreas técnicas, que pode ser de aprovação, indeferimento ou apresentação de exigência, que é quando há necessidade do fornecimento de informações adicionais pela empresa.

Fabricação nacional

A medida tem como objetivo garantir o abastecimento do mercado brasileiro, considerando que a Anvisa identificou, por meio de sua área de fiscalização, instabilidade na oferta de medicamentos desta classe.

A publicação do edital também considerou o pedido apresentado pelo Ministério da Saúde (MS), que destacou as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e o objetivo de internalização de tecnologias para fabricação nacional, que é um dos objetivos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis). A meta do MS é ampliar a participação da produção no país de 42% para 70% das necessidades nacionais de medicamentos, vacinas, equipamentos e dispositivos médicos, entre outros.

Os pedidos que receberem prioridade serão ordenados em ordem cronológica de entrada do processo na Anvisa, mas aqueles que tenham etapas da fabricação do insumo farmacêutico ou do medicamento no Brasil terão preferência sobre os demais.

De acordo com a publicação, a capacidade de avaliação da Anvisa é de até três pedidos de medicamentos sintéticos e de até três pedidos de medicamentos biológicos por semestre. Este quantitativo atende os limites operacionais das áreas técnicas envolvidas e a necessidade de conhecimento específico dos profissionais da Agência envolvidos na análise.

Pedidos atuais

Até o último dia 6 de agosto, havia nove pedidos de registro de medicamentos sintéticos relacionados ao insumo semaglutida e sete pedidos relacionados à liraglutida, todos aguardando o início da análise.

Na área de medicamentos biológicos, na mesma data, existiam três processos em tramitação relacionados aos insumos liraglutida, semaglutida e à combinação insulina icodeca + semaglutida. Nesse caso, os três processos encontram-se em fase inicial, aguardando distribuição para análise técnica.

O desenvolvimento de medicamentos pode ser feito por via sintética ou por via biológica.

Como será a análise

A avaliação dos pedidos de registro de peptídeos sintéticos e biológicos está entre as análises mais desafiadoras no âmbito

de medicamentos. Nesses casos, o registro só é possível mediante apresentação de dados extensos de comparabilidade in vitro e, em alguns casos, de ensaios de imunogenicidade.

Confira o [edital](#).

ANS CONFIRMA RESULTADO FINAL DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(Gov) ANS – 22/08/2025

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que o resultado final do 1º trimestre de 2025 do Programa de Mapeamento do Risco Assistencial está disponível para consulta em seu portal, conforme previsto no art. 12 da Instrução Normativa (IN) DIPRO 58/2022, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

Passado o período de questionamentos, não houve necessidade de reprocessamento dos resultados, que se

mantêm inalterados em relação ao resultado preliminar já divulgado em 01/08/2025.

O prontuário de resultados do 1º trimestre de 2025 pode ser acessado pela operadora no portal da ANS, na [Central de Relatórios](#), clicando em “Monitoramento do Risco Assistencial”, mediante login e senha. Importante alertar que nesta fase não são mais recepcionados questionamentos, conforme previsto na [Instrução Normativa \(IN\) DIPRO n.º 58/2022](#).

ANS ASSINA ACORDO SOBRE INTEGRAÇÃO DE DADOS DE SAÚDE DOS SETORES PÚBLICO E SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 21/08/2025

Memorando de intenções entre Ministério da Saúde, Abramed, Hospital das Clínicas da USP e ANS marca início de projeto piloto.

Mais um passo importante para a integração de dados de saúde no país foi dado na tarde desta quinta-feira, 21/8. Durante a 9ª edição do Fórum Internacional de Lideranças da Saúde (FILIS), promovida pela Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED), foi realizada a assinatura de um memorando de intenções para o acordo de cooperação técnico-científica que tem o objetivo de integrar dados clínicos e diagnósticos entre os setores público e privado, garantindo segurança, privacidade e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O acordo foi firmado entre a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) do Ministério da Saúde, a Abramed, a ANS e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), por meio do Núcleo de Inovação Tecnológica (InovaHC). “A interoperabilidade é fundamental para integrar e fortalecer a saúde suplementar e o SUS. O acordo reforça o nosso compromisso com a inovação, a qualidade e a segurança do paciente”, afirmou Milva Pagano, Diretora Executiva da Abramed.

A diretora-presidente interina da ANS, Carla Soares, participou do evento juntamente com o diretor Maurício Nunes e com a diretora-adjunta Angélica Carvalho, ambos da diretoria de Desenvolvimento Setorial.

PROPOSTA GARANTE À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ACESSO A TERAPIA PELO PLANO DE SAÚDE

Câmara dos Deputados – 20/08/2025

O Projeto de Lei 4433/24, do deputado Robinson Faria (PP-RN), garante à pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) com plano de saúde o direito a todos os procedimentos e as terapias necessários ao cuidado das condições do TEA. Essa garantia é limitada à indicação do médico assistente e das regras do contrato do plano.

A proposta inclui a garantia na Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e está em análise na Câmara dos Deputados.

Segundo Faria, o tratamento precoce e adequado de indivíduos diagnosticados com TEA é fundamental, pois pode resultar em melhorias substanciais em sua qualidade de vida

e autonomia. “Ao garantir a cobertura integral e multidisciplinar, o texto visa a promover a igualdade de acesso a terapias e tratamentos que são fundamentais para o desenvolvimento, bem-estar e qualidade de vida das pessoas com TEA”, afirmou.

Próximos passos

A proposta será analisada em caráter conclusivo pelas comissões de Defesa dos Direitos das Pessoas com

Deficiência; de Saúde; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Para virar lei, a proposta precisa ser aprovada pela Câmara e pelo Senado.

[Saiba mais sobre a tramitação de projetos de lei](#)

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)