

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

03 de setembro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[CTFC: plano de saúde deve avisar consumidor sobre descredenciamento de prestador](#) - Fonte: Senado

[Planos de saúde por autogestão têm prejuízo operacional de R\\$ 1,2 bi no 1º semestre e preocupam ANS](#) -
Fonte: Valor Econômico

[ANS divulga dados econômico-financeiros do 1º semestre de 2025](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS promove oficina sobre governança de dados no setor de saúde suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Alerj aprova projeto que proíbe cancelamento unilateral de planos de saúde para idosos e pacientes com doenças graves](#) - Fonte: G1

[Menos de 35% das operadoras de saúde e hospitais possuem contratos formais com fornecedores](#) - Fonte: SEGS

[Einstein conduz estudo pioneiro no Brasil para diagnóstico de câncer em tempo real](#) - Fonte: Saúde Business

[Integridade e IA marcam debates sobre regulação no setor da saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Como o diagnóstico assistido por IA está transformando a prática clínica](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde anuncia primeiros hospitais particulares e filantrópicos a atenderem pacientes do SUS; veja quais são](#) - Fonte: Veja

[Resultados melhoram, mas operadoras de planos de saúde têm crescimento limitado](#) - Fonte: Valor Econômico

[Judicialização da saúde dispara e destaca importância da mediação online](#) - Fonte: SEGS

[ANS: operadoras de saúde devem custear solicitações de cirurgiões-dentistas](#) - Fonte: Estado De Minas

[Um marco regulatório para a saúde digital no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde baseada em valor: por que mudar a lógica do cuidado é urgente?](#) - Fonte: Saúde Business

CTFC: PLANO DE SAÚDE DEVE AVISAR CONSUMIDOR SOBRE DESCREDENCIAMENTO DE PRESTADOR

Senado – 03/09/2025

A Comissão de Fiscalização e Controle (CTFC) aprovou nesta quarta-feira (3), em decisão terminativa, projeto de lei que obriga planos de saúde a comunicar o consumidor, de modo individualizado, sobre o credenciamento ou substituição de prestador de serviço de saúde. A matéria segue para análise da Câmara dos Deputados — a não ser que haja recurso para votação no Plenário do Senado.

O projeto (PL 6.032/2023), de autoria do senador Wilder Morais (PL-GO), recebeu parecer favorável do senador Cleitinho (Republicanos-MG). Esse parecer foi lido pelo senador Pedro Chaves (MDB-GO) durante a reunião da CTFC.

O texto altera a Lei dos Planos de Saúde para estabelecer que o aviso de credenciamento, de hospital ou outro prestador de serviço de saúde, deve ser feito individualmente, por meio do canal de comunicação indicado pelo consumidor.

Se o consumidor não tiver indicado um canal de comunicação, o aviso deverá ser feito por meio de canal de comunicação individual que permita a comprovação do seu recebimento.

Como funciona hoje

Atualmente, a lei permite que a operadora substitua um serviço de saúde desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência. No caso específico da substituição de hospitais, deve ser feita também comunicação à Agência Nacional de Saúde (ANS) com 30 dias de antecedência. E, se a substituição ocorrer durante o período de internação do consumidor, a operadora fica obrigada a pagar as despesas até a alta hospitalar.

Wilder Morais afirma que, na prática, o beneficiário só toma conhecimento do credenciamento no momento em que necessita de um atendimento urgente ou durante a internação hospitalar. “O consumidor, já fragilizado pela doença que provocou a busca pelo serviço de saúde, fica muitas vezes desorientado diante da impossibilidade de ser atendido no local onde já está habituado a ir ou pelo profissional em quem confia”, diz ele.

Ele acrescenta que atualmente não há uma regulação satisfatória que atenda aos interesses dos beneficiários dos planos, mas que o Poder Judiciário já vem obrigando as operadoras a comunicar os beneficiários formal e individualmente sobre os credenciamentos.

Proteção ao consumidor

“A fim de corrigir o problema e evitar uma profusão de ações judiciais, propomos que a comunicação de credenciamento seja feita de forma individualizada, e não por mera atualização de publicações no portal de internet da operadora”, explica o autor do projeto.

Para o relator da matéria, senador Cleitinho, a medida ajudará a proteger o consumidor, já que o credenciamento ou a substituição do profissional de saúde de forma repentina causa problemas ao beneficiário e provoca a descontinuidade na prestação dos serviços na forma como o paciente está acostumado.

“O projeto acerta ao exigir que a informação sobre o credenciamento seja comunicada de forma individualizada ao consumidor”, ressalta.

PLANOS DE SAÚDE POR AUTOGESTÃO TÊM PREJUÍZO OPERACIONAL DE R\$ 1,2 BI NO 1º SEMESTRE E PREOCUPAM ANS

Valor Econômico – 02/09/2025

Grupos que atuam na modalidade apuraram prejuízo operacional de R\$ 1,2 bilhão, alta de 9% sobre o mesmo período de 2024

Na contramão do setor, que vem se recuperando, as operadoras de autogestão, modalidade em que o plano de saúde é administrado pela própria empresa, ainda apresentam prejuízos. Na visão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esse é um quadro econômico-financeiro preocupante.

No primeiro semestre, as operadoras de autogestão apuraram prejuízo operacional de R\$ 1,2 bilhão, alta de 9% sobre o mesmo período de 2024. Já o lucro líquido (que considera a receita financeira) ficou em R\$ 881,6 milhões contra um prejuízo de R\$ 741 milhões, de um ano antes.

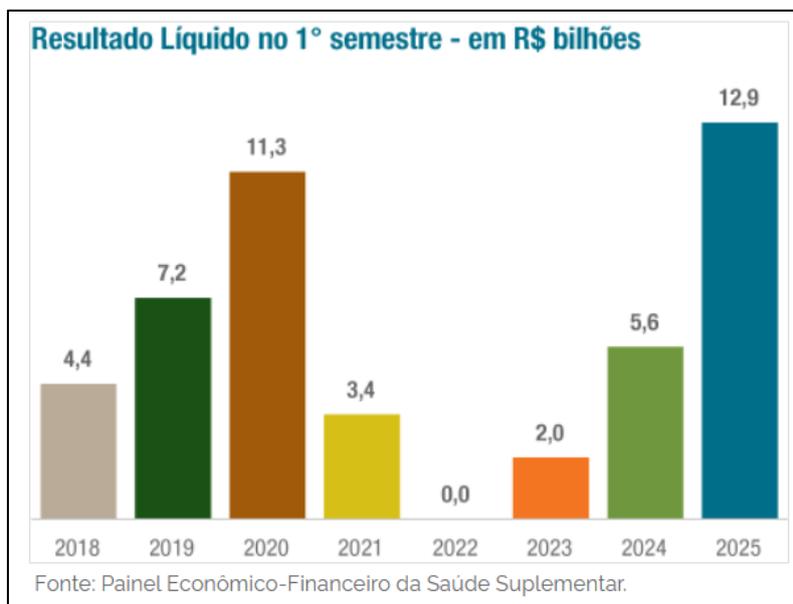
O desempenho do segmento tem forte influência da Cabesp, operadora de planos de saúde dos funcionários do antigo Banespa, que apurou prejuízo operacional de R\$ 276,5 milhões no semestre

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 1º SEMESTRE DE 2025

Gov (ANS) – 02/09/2025

Dados agregados do setor divulgados pela ANS indicam resultados recordes para o período e redução da sinistralidade no setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira, 2/9, os dados econômico-financeiros referentes ao primeiro semestre de 2025. As informações estão disponíveis por trimestre no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#).



No gráfico acima, é possível observar que o resultado líquido do setor no 1º semestre de 2025 é o maior, em termos nominais, da série histórica apresentada desde 2018, inclusive superior ao recorde anterior ocorrido no auge do isolamento social durante a pandemia de Covid-19.

Com base nas informações enviadas à ANS, o desempenho se reflete na maioria dos entes regulados no setor, 77,5% (607 entidades) terminaram o 1º semestre com resultado líquido positivo informado (8,3 pontos percentuais acima do percentual observado no mesmo período do ano anterior).

Resultado das operadoras médico-hospitalares

As operadoras médico-hospitalares são o principal segmento do setor e juntas atingiram um lucro líquido de R\$ 12,4 bilhões no agregado, fortemente impulsionado pelo aumento do resultado operacional e a contribuição do resultado financeiro.

Aumento do resultado operacional

Nos números agregados, o resultado operacional das operadoras médico-hospitalares – representado pela diferença entre a receita (majoritariamente advinda das mensalidades dos planos) e as despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à saúde (assistenciais, comerciais e administrativas) - resultou em

saldo positivo de R\$ 6,3 bilhões, aumento de 157% em relação ao mesmo período do ano passado e o maior desde 2021.

O aumento do resultado operacional se deu de forma mais expressiva nas operadoras de grande porte. No recorte por modalidade, as autogestões foram a única modalidade que

registrou prejuízo operacional de 1,2 bilhão no 1º semestre de 2025 (10,3% a mais que no mesmo período do ano anterior).

Contribuição do resultado financeiro

Em um cenário de taxas de juros elevadas, a remuneração das aplicações financeiras das operadoras médico-hospitalares - que totalizaram R\$ 130 bilhões ao final de junho de 2025 - continuou a ser uma fonte significativa de receita adicional. O resultado financeiro do setor foi de R\$ 6,8 bilhões, um crescimento de 55,4% em relação ao 1º semestre do ano passado e o maior da série histórica.

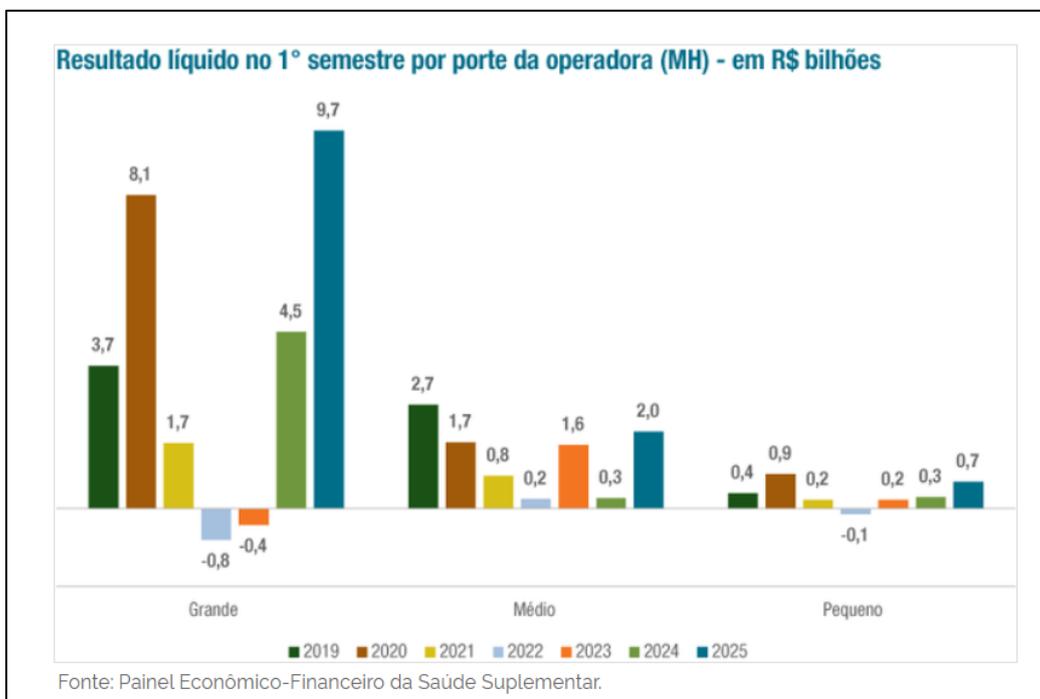
“Os números do primeiro semestre de 2025 mostram um resultado histórico para a saúde suplementar: aumento do resultado operacional, redução da sinistralidade e manutenção de receitas financeiras robustas. Esse conjunto de fatores contribui para a sustentabilidade econômico-financeira do setor, o que é fundamental para garantir a

continuidade da assistência a mais de 50 milhões de beneficiários”, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Jorge Aquino.

Resultado por porte de operadora médico-hospitalar

O painel Econômico-Financeiro também possibilita a análise dos resultados por porte de operadora.

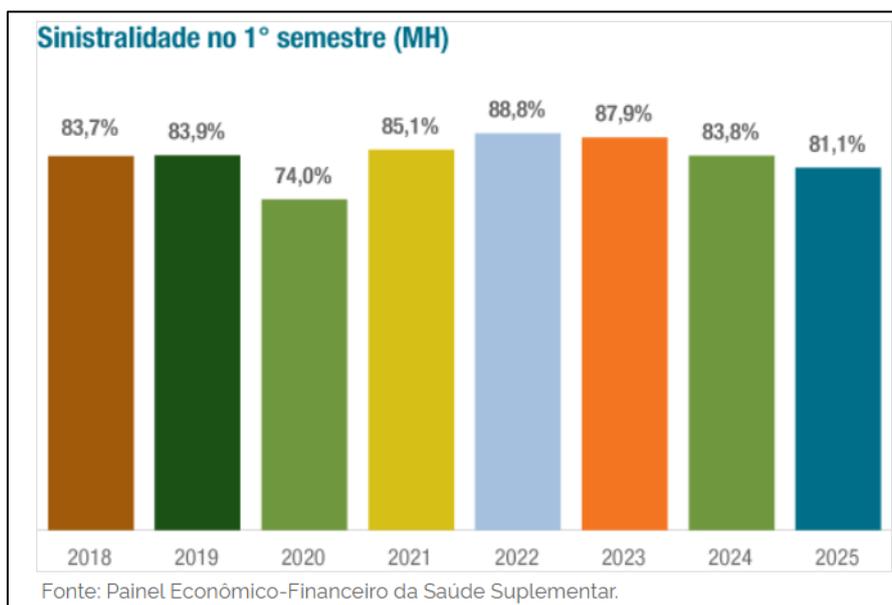
É possível verificar, conforme o gráfico a seguir, que as operadoras médico-hospitalares de todos os portes tiveram aumento no resultado líquido. As de grande porte registraram, em números agregados, R\$ 9,7 bilhões de lucro líquido no 1º semestre de 2025, (114% a mais que o mesmo período do ano anterior). Já as de médio porte foram responsáveis pelo maior crescimento percentual em relação ao mesmo período do ano anterior: 622%, totalizando R\$ 2 bilhões.



Sinistralidade

A sinistralidade, principal indicador que explica o desempenho operacional das operadoras médico-hospitalares, registrou no 1º semestre de 2025 o índice de 81,1% (2,7 pontos percentuais abaixo do apurado no mesmo período do ano anterior), conforme gráfico a seguir. Isso

significa que aproximadamente 81,1% das receitas provenientes das mensalidades foram destinadas às despesas assistenciais. Este é o menor índice registrado para um 1º semestre desde 2018 — à exceção de 2020, quando a sinistralidade foi ainda mais baixa em razão dos efeitos da pandemia.



A redução da sinistralidade nos números agregados é explicada principalmente pela recomposição das mensalidades em proporção superior à variação das despesas assistenciais, movimento percebido no setor desde 2023 e mantido no período observado.

No **Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar** também é possível consultar o desempenho individual por operadora de plano de saúde.

Entenda os conceitos

Resultado operacional: é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações/mensalidades e outras receitas). No primeiro semestre, as operadoras de autogestão apuraram prejuízo operacional de R\$ 1,2 bilhão, alta de 9% sobre o mesmo período de 2024. Já o lucro líquido (que considera a receita financeira) ficou em R\$ 881,6 milhões contra um prejuízo de R\$ 741 milhões, de um ano antes.

operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

Resultado líquido: é a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Sinistralidade: de forma geral, representa o percentual das receitas assistenciais (advindas das contraprestações/mensalidades) que são utilizadas com o pagamento de despesas assistenciais.

O desempenho do segmento tem forte influência da Cabesp, operadora de planos de saúde dos funcionários do antigo Banespa, que apurou prejuízo operacional de R\$ 276,5 milhões no semestre.

ANS PROMOVE OFICINA SOBRE GOVERNANÇA DE DADOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Gov (ANS) – 02/09/2025

Evento reuniu gestores, especialistas, servidores e colaboradores para debater problemas, soluções e prioridades na governança de dados.

Nos dias 14 e 19 de agosto de 2025, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou a Oficina de Implantação da Política de Governança de Dados da ANS, na Associação Comercial do Rio de Janeiro. O evento contou com a participação de mais de 70 gestores, servidores e colaboradores e teve como objetivo fortalecer a cultura de governança de dados e apoiar o desenvolvimento do setor de saúde suplementar.

No dia 14/08, a oficina teve como propósito engajar a equipe na implementação das ações da Política de Governança de Dados da Informação (PGDI), promover o senso de pertencimento e fomentar a cultura de governança de dados. A abertura foi conduzida pela gerente de Padronização, Interoperabilidade, Análise de Informações e Desenvolvimento Setorial, Jacqueline Torres. A gerente explicou que a Política de Governança de Dados é mais do que um conjunto de diretrizes técnicas — ela é um instrumento estratégico que só ganha vida com o envolvimento de toda a instituição. Na ANS, temos o compromisso de garantir a qualidade e a confiabilidade das informações que produzimos, e por isso a implementação dessa política será construída a muitas mãos, ouvindo quem lida com dados no dia a dia e valorizando o co-desenho como caminho para uma regulação orientada por dados”, destacou.

Após a apresentação da agenda a coordenadora-geral de Governança de Dados da Diretoria de Infraestrutura de Dados da Secretaria de Governo Digital do MGI-SP, Daniela

Menezes, apresentou o painel Cultura de Governança de Dados: Conceitos e Marcos do Governo Federal.

Para Daniela Menezes, a ANS está no caminho certo. “É muito importante ver como o órgão está tentando implementar governança de dados porque isso nos ajuda a criar a política de forma mais assertiva. Não faz sentido criar uma política sem aplicabilidade. Para mim é muito importante esse momento e ver como a ANS está construindo essa estratégia. A ANS está seguindo um caminho que a gente considera o ideal, que é reunir as pessoas, promover a cultura de olhar de forma estratégica para os dados e pensar em como implementar e quais objetivos queremos atingir. Acho que a ANS está num caminho de ouro”, destaca.

Em seguida, ao lado do coordenador de Análise e Informações Estratégicas da ANS, Frederico Noritomi, Jacqueline Torres apresentou como identificar os problemas de governança de dados do cotidiano e quais podem ser solucionados por meio de uma gestão eficiente. Os participantes também participaram de uma dinâmica em grupo sobre priorização de problemas, na qual debateram os principais desafios a serem enfrentados para melhorar a governança.

Já no dia 19/08, a oficina buscou apresentar boas práticas e soluções aplicadas de governança de dados, correlacionar causas a ações possíveis, avaliar a viabilidade dessas ações e planejar uma ação priorizada por área. O painel de abertura contou com a participação da gerente de Divisão de IA e Ética no Tratamento de Dados e Segurança do Serpro, Inah Lucia Barbosa, da analista de desenvolvimento de sistemas, Cecília Lopes, e do chefe do Escritório de Governança da Informação do Banco Central, Luiz Gustavo Lopes.

Durante sua fala, Luiz Gustavo ressaltou a relevância da governança para a instituição que representa. “No Banco Central, entendemos a informação como um ativo fundamental para cumprir a missão da instituição e desempenhar nossas funções. Precisamos de dados atualizados, completos e íntegros, ou seja, com qualidade. E quem assegura isso são os curadores. Por isso, a governança da informação é vista como de suma importância por todos os níveis hierárquicos do Banco”, explica

Inah Lúcia destacou a relevância da uniformidade no atendimento ao cidadão. “Temos direcionamentos similares, todos regidos pelo governo federal. Assim, o ganho maior é para o cidadão, que terá uma uniformidade maior no atendimento de suas demandas e um cuidado maior em relação às suas informações”, afirma.

A diretora-adjunta de Desenvolvimento, Angélica Carvalho destacou que esse trabalho trará o fortalecimento da capacidade regulatória da ANS, de maneira a garantir que a ANS organize melhor seus processos internos e possa

partilhar um processo de integração de suas informações respeitando a segurança da informação, sem abrir mão da transparência ativa. “A organização dos dados estabelece regras de acesso, níveis de permissão e medidas de proteção de dados pessoais, em linha com legislações vigentes e boas práticas de Governança”, afirmou. Angélica enfatizou ainda, que a política de governança de dados garante que as decisões estratégicas sejam baseadas em informações completas e confiáveis, evitando retrabalho e reduzindo custos. “É essa boa gestão de dados que transforma informação em confiança, eficiência e inovação para a instituição e para o cidadão”, ressaltou.

O evento, distribuído em dois encontros, representou um marco no fortalecimento da cultura de governança de dados na ANS. Além de promover a troca de experiências com especialistas de diferentes instituições, a oficina reforçou o engajamento dos servidores e colaboradores na implementação da PGDI e consolidou a importância da informação como ativo estratégico para a tomada de decisão, a inovação e a melhoria dos serviços prestados ao cidadão.

ALERJ APROVA PROJETO QUE PROÍBE CANCELAMENTO UNILATERAL DE PLANOS DE SAÚDE PARA IDOSOS E PACIENTES COM DOENÇAS GRAVES

G1 – 02/09/2025

Cobertura deve ser mantida enquanto o consumidor estiver em dia com as mensalidades e cumprir as obrigações contratuais.

A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) aprovou nesta terça-feira (2), em segunda discussão, o projeto de lei que proíbe planos de saúde de cancelarem de forma unilateral os contratos de idosos, pessoas com deficiência, pacientes com câncer e portadores de doenças raras.

De acordo com o texto, a cobertura deve ser mantida enquanto o consumidor estiver em dia com as mensalidades e cumprir as obrigações contratuais.

A proposta é de autoria dos deputados Fred Pacheco (PMN) e Rodrigo Amorim (União) e segue agora para análise do governador Cláudio Castro, que tem 15 dias para sancionar ou vetar a lei.

MENOS DE 35% DAS OPERADORAS DE SAÚDE E HOSPITAIS POSSUEM CONTRATOS FORMAIS COM FORNECEDORES

SEGS – 02/09/2025

A saúde, especificamente o segmento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), formado por cerca de 2.500 empresas no Brasil, vive um cenário de instabilidade que ameaça sua própria sobrevivência e do setor como um todo. A ausência de regulação específica - que normatize a celebração de contratos formais entre os fornecedores de produtos médico-hospitalares, os hospitais e as operadoras de planos de saúde - tem gerado insegurança jurídica, fragilizado a estrutura financeira das empresas e comprometido investimentos em inovação.

O ciclo de vida médio das empresas de OPME é curto, reflexo de um fluxo de caixa pressionado por atrasos e inadimplência. Mesmo após a entrega e implantação de materiais em procedimentos cirúrgicos, não há garantias de pagamento.

Na prática, o risco integral da operação recai sobre o fornecedor. Em recente pesquisa constatamos que essas distorções representam um volume financeiro da ordem de R\$ 4,6 bilhões, em recursos contingenciados por planos de saúde e hospitais por meio de retenções de faturamento, glosas injustificadas e inadimplência.

No mesmo estudo, foi revelado um baixíssimo índice de contratualização pelos planos de saúde e hospitais com as empresas fornecedoras de produtos. Situação que vem se agravando nos últimos dois anos. Pela pesquisa, apenas 33% das operadoras de saúde mantêm contratos formais com os fornecedores e com os hospitais esse índice é ainda mais baixo: 32%. Em levantamentos anteriores as

contratualizações representavam 54% com hospitais e 46% com planos de saúde.

Vivemos uma relação comercial sem segurança mínima, sem obrigações e prazos claros, o que contraria princípios básicos do direito contratual e transfere todo o risco ao lado mais vulnerável da cadeia. Mas a falta de previsibilidade não é apenas um problema econômico. Do ponto de vista da governança corporativa, ela inviabiliza planejamento estratégico, dificulta o acesso a crédito e afasta potenciais investidores, nacionais e estrangeiros. Processos de fusões, aquisições e IPOs também são prejudicados pela ausência de volumetria definida e métricas transparentes, fatores essenciais para avaliar a saúde de um negócio.

O impacto chega até a inovação. Sem estabilidade e segurança contratual, o setor perde atratividade para investimentos em pesquisa e desenvolvimento, reduzindo a

velocidade de incorporação de novas tecnologias no sistema de saúde brasileiro.

Para reverter esse quadro, a ABRAIDI defende que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleça parâmetros mínimos de contratualização e previsibilidade, contemplando alguns pontos essenciais como longevidade empresarial e estabilidade da cadeia de suprimentos; mitigação de riscos jurídicos e financeiros; restauração da confiança de investidores e parceiros estratégicos; fomento à inovação e competitividade, beneficiando hospitais, operadoras e pacientes.

O que pleiteamos não é privilégio, mas isonomia e segurança jurídica para que possamos continuar cumprindo nossa função essencial com qualidade e responsabilidade. Para o setor, essa regulação é chave para equilibrar as relações comerciais, fortalecer a cadeia de valor e garantir um ambiente saudável que favoreça toda a sociedade.

EINSTEIN CONDUZ ESTUDO PIONEIRO NO BRASIL PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EM TEMPO REAL

Saúde Business – 02/09/2025

Instituição é a primeira fora dos Estados Unidos a testar dispositivo capaz de identificar tumores durante cirurgias usando espectrômetro de massas e inteligência artificial.

O Hospital Israelita Albert Einstein iniciou um estudo clínico de uma tecnologia que permite diagnosticar câncer em tempo real durante procedimentos cirúrgicos. O dispositivo portátil MasSpec Pen System identifica a assinatura molecular dos tecidos e fornece resultado em até 90 segundos, o que permite o cirurgião avaliar imediatamente se o tecido é cancerígeno ou saudável.

Funcionamento e metodologia do estudo

Durante a cirurgia, a ponta da caneta é aplicada sobre o tecido a ser analisado. Uma gota de água estéril coleta moléculas da superfície, que são aspiradas para análise imediata no espectrômetro de massas. O sistema utiliza inteligência artificial para comparar o perfil molecular com um banco de dados e entrega o diagnóstico rapidamente.

O estudo terá 24 meses de duração e incluirá 60 pacientes oncológicos, sendo 30 com câncer de pulmão e 30 com câncer de tireoide. A escolha desses tumores se baseia em critérios de acessibilidade cirúrgica, complexidade diagnóstica intraoperatória e maturidade do algoritmo para identificação.

Os resultados obtidos serão comparados ao exame anatomopatológico, considerado padrão ouro, para avaliar acurácia, sensibilidade e especificidade. A tecnologia também está sendo testada para detectar biomarcadores imunológicos, com potencial de ampliar a personalização do tratamento.

Experiência internacional e base científica

O dispositivo já foi testado em centros de referência nos Estados Unidos, como Johns Hopkins University, UCLA, MD Anderson Cancer Center e Baylor College of Medicine, em cirurgias de tumores de mama, cérebro, ovário e próstata. Os estudos demonstraram consistência nos resultados e reforçam a validade científica da abordagem.

No Brasil, o objetivo é validar a eficácia do dispositivo em cânceres de pulmão e tireoide e avaliar sua adaptação à prática clínica local.

Perspectivas clínicas

A análise em tempo real pode permitir decisões cirúrgicas mais rápidas e precisas, como definir margens de ressecção e preservar tecido saudável, sem necessidade de biópsias convencionais, segundo os pesquisadores envolvidos.

Kenneth Gollob, coordenador do estudo e especialista em imunologia do câncer, observa que a tecnologia pode tornar os procedimentos mais direcionados, com potencial para melhorar desfechos clínicos. Gustavo Gonçalves Silva, bolsista da Fapesp, destaca a importância da integração entre equipes de pesquisa, diagnóstico clínico e cirurgia para a condução do estudo.

A experiência internacional prévia, combinada com a condução do estudo no Brasil, deve fornecer informações importantes sobre a eficácia do dispositivo e seu potencial para transformar a prática de cirurgias oncológicas no país.

RESULTADOS MELHORAM, MAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE TÊM CRESCIMENTO LIMITADO

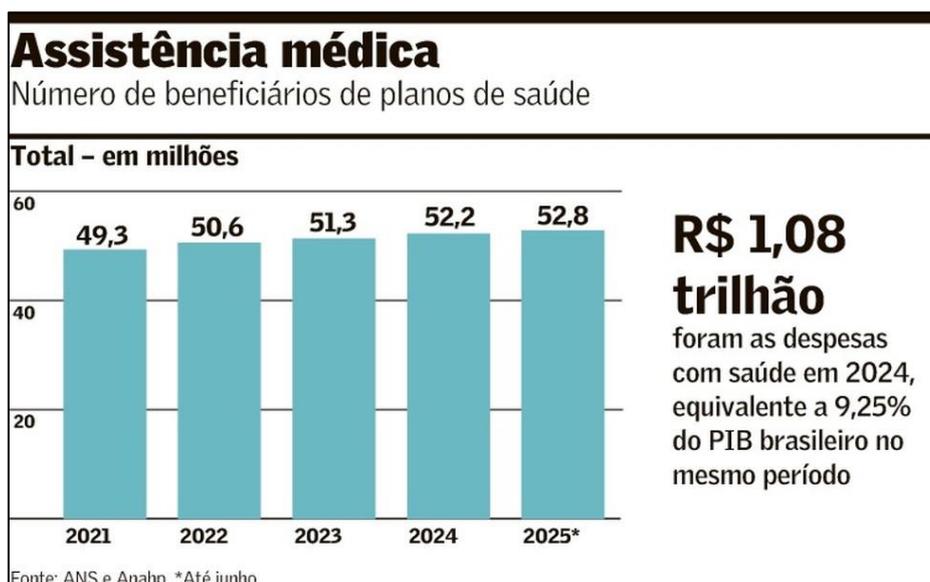
Valor Econômico – 02/09/2025

Sinistralidade ainda é alta e modelo não acompanha transformação do mercado de trabalho

Operadoras de seguro saúde antevêm um 2025 melhor do que 2024. O primeiro trimestre deste ano foi o oitavo consecutivo de bom desempenho, com resultado líquido de R\$ 7,1 bilhões - alta de 114% sobre 12 meses antes e mais de 60% do total do ano passado (R\$ 11,1 bilhões), segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O setor também acolheu, nesse mesmo período, um número recorde de beneficiários dos planos de assistência médica (52,8 milhões) e odontológicos (34,4 milhões) e apresentou a menor taxa de sinistralidade da série histórica: 72,9%.

Contudo, a sinistralidade médico-hospitalar segue elevada, diz o presidente da Seguros Unimed, Helton Freitas, para quem o setor enfrenta fragilidades estruturais. “Há pressões vindas da inflação médica, judicialização e envelhecimento da base de clientes, o que eleva custos e desafia a sustentabilidade do modelo”, afirma.



Além disso, atualmente 80% dos beneficiários são vinculados a planos empresariais, enquanto, na avaliação do diretor executivo da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), Antônio Britto, a economia caminha na direção da informalidade, do empreendedor individual e da chamada “uberização” do trabalho. “A forma como os planos se financiam parece antiquada diante de um país que caminha para aposentar a carteira de trabalho e viver dessas relações de trabalho informais, terceirizadas ou pejetizadas”, aponta Britto.

“O setor não cresce há mais de dez anos”, lamenta Bruno Sobral, diretor executivo da Federação Nacional das Empresas de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Crescimento, diz, só virá com expansão da economia como um todo.

Britto ressalta que a classe média não dispõe de R\$ 500 para a mensalidade de um convênio. “O aumento constante dos custos tem levado o público mais jovem a priorizar alternativas que combinem custo-benefício, impulsionando a adesão a modelos como planos com coparticipação, planos regionais e opções com redes credenciadas mais enxutas”,

complementa Raquel Reis, presidente da SulAmérica Saúde e Odonto.

Tais tendências implicam adotar tecnologias como inteligência artificial (IA), sobretudo para cortar custos e coibir fraudes e desperdícios, que geram perdas anuais de R\$ 33 bilhões, diz Freitas, da Unimed. A empresa investiu R\$ 196 milhões em tecnologia em 2024, consolidando dados na nuvem e usando mais de 23 modelos de IA para detectar anomalias.

O presidente da Bradesco Saúde, Carlos Marinelli, atribui ao investimento em tecnologia, inteligência artificial e análise de dados o crescimento em seguro para pequenos grupos. Nas regiões Sul e Norte do país, o número de beneficiários de pequenas e médias empresas cresceu cerca de 5% em junho sobre um ano antes. Santa Catarina registou alta de 15,6%, seguida por Rio Grande do Norte (14,5%) e Rio de Janeiro (11,3%).

A SulAmérica usa IA para criar modelos preditivos de gestão de saúde, automatizar processos e analisar padrões e comportamentos visando personalizar o serviço. Já a

Odontoprev vale-se de algoritmos de IA em processos como gerenciamento de sinistros índices, o que possibilitou à empresa a menor sinistralidade do mercado brasileiro, segundo seu presidente, Elsen Carvalho.

Mas tecnologia pouco mitiga a judicialização, que custou R\$ 3,9 bilhões, no primeiro trimestre, ante mesmo período de 2020. Reajustes, negação de cobertura, exclusão de procedimentos, cancelamento unilateral de contrato e falta de

autorização para exames, cirurgias ou terapias são as principais queixas, elenca o Conselho Nacional de Justiça.

A própria regulação ou sua ausência foi levada às cortes. É o caso da lei definindo critérios para cobertura de exames e tratamento fora do rol básico que a ANS não regulamentou, bem como a suspensão de consulta pública sem análise de impacto regulatório e a discussão sobre a cobertura de terapias avançadas sob alegação de não serem medicamentos, enumera a advogada Renata Rothbarth, sócia da área de Life Science do Machado Meyer.

INTEGRIDADE E IA MARCAM DEBATES SOBRE REGULAÇÃO NO SETOR DA SAÚDE

Saúde Business – 01/09/2025

Autorregulação, programas de compliance e legislação para inteligência artificial estão entre os principais temas que moldam a integridade e a inovação no setor da saúde.

A autorregulação, os marcos regulatórios e a inteligência artificial (IA) estão no centro das discussões que buscam fortalecer a integridade e a transparência no setor da saúde. Esses temas foram discutidos no 2º Fórum de Integridade na Saúde, realizado em São Paulo, que reuniu representantes de órgãos de controle, agências reguladoras, entidades médicas e lideranças empresariais.

Autorregulação e programas de compliance

A experiência brasileira em autorregulação já é referência internacional, mas ainda depende da adesão consistente de empresas e instituições. Defendeu-se, por exemplo, que programas de compliance sejam reconhecidos e valorizados como norteadores de boas práticas.

Representantes do Tribunal de Contas da União (TCU), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Controladoria-Geral da União (CGU) reforçaram o papel preventivo da autorregulação, que ajuda a reduzir judicialização e conflitos.

Foram apresentados ainda avanços em transparência, iniciativas de governança e programas de integridade como o

Pró-Ética e o Pacto Brasil pela Integridade Empresarial, ambos com forte adesão do setor da saúde.

Inteligência artificial e inovação regulatória

Também foi apresentado um estudo inédito, conduzido pelo Instituto Ética Saúde (IES) em parceria com a Universidade Presbiteriana Mackenzie. O levantamento está mapeando toda a legislação e regulamentação da área, com o objetivo de propor revisões e inovações. A pesquisa deve servir de base para políticas públicas mais consistentes, evitando propostas legislativas fundamentadas em percepções subjetivas e trazendo dados concretos para o debate.

Em encontro técnico da Frente Parlamentar Mista da Saúde (FPMS), as discussões giraram em torno do Projeto de Lei 2338/2023, em tramitação na Câmara. A proposta é que a norma seja guiada por princípios gerais, deixando o detalhamento a cargo de órgãos reguladores e, possivelmente, também da autorregulação. Entre os pontos levantados estiveram segurança da informação, supervisão humana e alinhamento a padrões internacionais.

As contribuições serão consolidadas em um documento da Comissão Temática de Inteligência Artificial na Saúde da FPMS e encaminhadas ao Congresso, com o objetivo de estimular uma regulação ética, segura e inovadora, capaz de fortalecer a confiança da sociedade e ampliar a competitividade do setor.

COMO O DIAGNÓSTICO ASSISTIDO POR IA ESTÁ TRANSFORMANDO A PRÁTICA CLÍNICA

Saúde Business – 01/09/2025

Ferramentas de inteligência artificial já apoiam médicos na detecção precoce e tomada de decisão, elevando a precisão diagnóstica do consultório à telerradiologia.

O diagnóstico assistido por IA vem redesenhando rotinas clínicas ao combinar dados, imagens e algoritmos para apoiar decisões rápidas e seguras.

Na prática, significa menos variabilidade entre profissionais, triagens mais ágeis e priorização de casos críticos. A inteligência artificial no diagnóstico médico também amplia o acesso a análises qualificadas, inclusive em contextos remotos ou com alta demanda.

Esse movimento é impulsionado por avanços em machine learning e deep learning aplicados a exames médicos, integrados a sistemas de apoio diagnóstico (CDSS).

Ao longo do artigo, você verá aplicações reais, benefícios, limites e tendências do diagnóstico assistido por IA, com foco no cenário brasileiro e em evidências que orientam a adoção responsável.

Cenário atual do diagnóstico assistido por IA

O diagnóstico médico assistido por inteligência artificial já é uma realidade em diversos países, impulsionando avanços significativos em especialidades como oncologia, dermatologia e oftalmologia.

Algoritmos de machine learning conseguem identificar padrões em exames de imagem com precisão comparável — e em alguns casos superior — à de especialistas humanos, permitindo a detecção precoce de tumores, nódulos pulmonares e sinais iniciais de retinopatia diabética.

No Brasil, a adoção ainda está em fase de amadurecimento, mas cresce rapidamente, principalmente em hospitais de grande porte e centros de pesquisa. A combinação entre necessidade de eficiência e pressão por reduzir custos tem acelerado a implementação dessas ferramentas em radiologia, patologia e atenção primária.

A principal demanda das instituições de saúde em relação à IA é a redução de erros diagnósticos, um dos grandes desafios históricos da medicina. Modelos de deep learning ajudam a minimizar falhas de interpretação em exames, oferecendo uma segunda camada de análise que apoia o julgamento clínico.

Outro benefício evidente é a agilidade. Enquanto um exame de imagem pode demandar horas de avaliação manual, algoritmos conseguem entregar análises em minutos, otimizando fluxos e permitindo diagnósticos mais rápidos.

Essa velocidade é particularmente estratégica em emergências e em áreas com déficit de especialistas, como municípios do interior.

A IA fortalece a tomada de decisão clínica ao fornecer insights baseados em grandes volumes de dados, deixando de ser apenas inovação tecnológica e passando a integrar a rotina de diagnósticos, com impactos diretos na qualidade do cuidado ao paciente.

Aplicações e tipos de diagnóstico assistido por IA

O uso da inteligência artificial no diagnóstico clínico vem transformando diversas especialidades médicas. Seus avanços incluem desde a radiologia, com a detecção de tumores, até oftalmologia e dermatologia, permitindo rastreios mais eficientes e intervenções precoces em diferentes condições de saúde.

Radiologia (mamografia)

A inteligência artificial tem demonstrado desempenho impressionante na análise de mamografias, alcançando precisão superior ou equivalente à de médicos experientes.

Um estudo conduzido por pesquisadores do Google Health e do Imperial College London treinou um algoritmo com imagens de raios-X de quase 29 mil mulheres, superando seis radiologistas na leitura dos exames.

O modelo de IA mostrou-se tão eficiente quanto dois médicos trabalhando em conjunto, reduzindo 1,2% dos falsos positivos e 2,7% dos falsos negativos em comparação à análise de um único profissional.

Embora não substitua radiologistas, a IA pode agilizar o diagnóstico, diminuir a carga de trabalho e potencialmente eliminar a necessidade da leitura dupla em sistemas de saúde como o NHS no Reino Unido. Esta tecnologia abre caminho para diagnósticos mais rápidos, precisos e acessíveis, beneficiando pacientes e profissionais de saúde.

Diagnóstico por ECG e cardiologia

A inteligência artificial tem se mostrado uma aliada poderosa na cardiologia, ajudando a analisar eletrocardiogramas (ECGs) de forma rápida e precisa. É possível identificar precocemente a insuficiência cardíaca (IC) e oferecer tratamentos mais rápidos e eficientes.

Um estudo do ELSA-Brasil avaliou 2.567 pessoas e mostrou que um algoritmo de IA conseguiu detectar a disfunção do ventrículo esquerdo (FEVE < 40%) com 69% de sensibilidade e 97,6% de especificidade, desempenho muito superior às alterações tradicionais do ECG usadas pelos médicos, que tiveram apenas 17,2% de sensibilidade e 83,7% de especificidade.

A capacidade de distinguir corretamente pacientes com e sem a doença foi muito alta, com uma área sob a curva ROC de 0,947. A IA consegue identificar sinais sutis que podem passar despercebidos pelos médicos, ajudando a reduzir complicações e mortes por insuficiência cardíaca.

O grande benefício dessa tecnologia é que ela pode ser usada em larga escala, já que o ECG é barato e disponível em quase todas as unidades de saúde. O algoritmo pode funcionar como uma ferramenta de triagem, destacando pacientes que precisam de acompanhamento cardiológico mais detalhado, como ecocardiograma.

No mesmo estudo encontramos outros dados de centros internacionais, como a Mayo Clinic, que também mostraram resultados promissores. Algoritmos de IA alcançaram mais de 90% de precisão, reforçando o papel dessa tecnologia como apoio confiável na prática clínica.

Neurologia e doenças neurológicas

O diagnóstico precoce do Parkinson é fundamental para melhorar o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes. Um estudo recente demonstrou que a inteligência artificial (IA) pode identificar sinais iniciais da doença apenas analisando a voz dos pacientes, utilizando biomarcadores vocais como MFCCs, jitter e shimmer.

Os pesquisadores aplicaram um modelo híbrido de IA, combinando redes neurais convolucionais, recorrentes e perceptron multicamadas, alcançando 91% de precisão na identificação de pacientes com Parkinson em estágios iniciais.

Além disso, um sistema de pontuação baseado em probabilidade permite monitorar a evolução da doença de forma rápida, sem depender de exames caros e invasivos.

O uso de explicabilidade de dados (SHAP) garantiu que os médicos pudessem entender quais características vocais influenciam o diagnóstico, aumentando a confiança na tecnologia e possibilitando tratamentos mais personalizados.

Benefícios clínicos e operacionais

A inteligência artificial (IA) na interpretação de exames médicos transforma a maneira como diagnósticos são realizados. Com maior precisão e rapidez, ela reduz erros e agiliza a análise de imagens, permitindo decisões médicas mais seguras e eficazes.

Ao mesmo tempo, a tecnologia amplia o acesso a exames em áreas remotas, promovendo maior cobertura e democratizando o atendimento em saúde.

No âmbito operacional, a IA aprimora o fluxo de trabalho, reduz custos e aumenta a produtividade das equipes médicas. Ao automatizar tarefas repetitivas e identificar padrões complexos, libera os profissionais para focarem em casos críticos e na personalização do tratamento, tornando os processos hospitalares mais ágeis, eficientes e centrados no paciente.

Desafios e considerações éticas

O uso de inteligência artificial (IA) na medicina traz avanços significativos, mas também apresenta desafios éticos que precisam ser cuidadosamente abordados para garantir a confiança e a segurança dos pacientes.

A coleta e o processamento de dados sensíveis exigem atenção especial. No Brasil, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) estabelece diretrizes rigorosas para o tratamento de informações pessoais, incluindo dados de saúde.

Instituições de saúde devem implementar medidas robustas de segurança para proteger esses dados e garantir que o consentimento dos pacientes seja obtido de forma clara e informada.

Sistemas de IA devem ser projetados para oferecer explicações compreensíveis sobre como chegam às suas conclusões. Esse fator é determinante para que profissionais de saúde possam confiar nas recomendações da IA e para que os pacientes entendam os processos envolvidos em seu diagnóstico e tratamento.

Determinar a responsabilidade em situações de erro diagnóstico assistido por IA é complexo. É fundamental estabelecer claramente as responsabilidades dos desenvolvedores de IA, dos profissionais de saúde e das instituições envolvidas na definição de protocolos para a revisão e validação contínua dos sistemas. Assim é possível minimizar riscos e garantir a segurança dos pacientes.

Evidências clínicas e estudos de caso no Brasil

No Brasil, a aplicação da inteligência artificial na medicina tem mostrado resultados promissores, com avanços em precisão diagnóstica e otimização de processos clínicos. Esses casos evidenciam o potencial da IA para transformar o atendimento e a tomada de decisão médica no país.

Adoção por radiologistas

A inteligência artificial tem se tornado uma ferramenta poderosa na radiologia, trazendo avanços significativos na análise de imagens médicas, como tomografias e ressonâncias magnéticas. Estudos indicam que algoritmos de IA conseguem identificar padrões sutis que muitas vezes escapam à observação humana, permitindo diagnósticos mais precoces e precisos.

Essa tecnologia tem se mostrado especialmente eficaz na detecção de tumores e no acompanhamento de doenças neurológicas, contribuindo para tratamentos personalizados e melhores desfechos clínicos.

No Brasil, a adoção de IA entre radiologistas está em crescimento, com 39% desses profissionais liderando a implementação da tecnologia em suas práticas. Ao mesmo tempo, 83% dos médicos alertam para os riscos do autodiagnóstico, reforçando a importância da supervisão humana.

Esse cenário evidencia a necessidade de equilibrar inovação e segurança, garantindo que a IA seja uma aliada confiável no diagnóstico por imagem e na tomada de decisões clínicas.

Experimentos clínicos com IA em mamografias e radiologia

A aplicação da IA na radiologia tem sido testada em diversos contextos clínicos, incluindo mamografias de triagem.

Um estudo realizado na Suécia em 2023 avaliou a eficácia da IA na detecção de câncer de mama, comparando-a com a leitura tradicional feita por dois radiologistas. A inteligência artificial apresentou desempenho não inferior ao humano,

identificando lesões com precisão semelhante e contribuindo para diagnósticos mais precoces.

Além da acurácia, o uso de IA demonstrou potencial para reduzir a carga de trabalho dos profissionais, tornando o processo de triagem mais eficiente sem comprometer a qualidade do diagnóstico.

Esses resultados indicam que a tecnologia pode ser integrada de forma segura em programas populacionais de rastreamento de câncer de mama, abrindo caminho para sua adoção mais ampla na prática clínica e fortalecendo a colaboração entre humanos e algoritmos na radiologia.

Futuro e tendências

A aplicação da inteligência artificial na saúde tem avançado para contextos críticos, como o manejo de sepse e o suporte à assistência em urgência, com estudos mostrando que algoritmos podem auxiliar na detecção precoce de sinais clínicos e na priorização de pacientes em risco, melhorando a tomada de decisão em cenários de alta pressão.

Esses avanços indicam que a IA pode se tornar um aliado estratégico na redução da mortalidade e na otimização do fluxo de atendimento hospitalar.

A expansão da IA explicável (XAI) representa uma tendência crescente na atenção primária à saúde. Sistemas de XAI permitem que profissionais compreendam e interpretem as decisões dos algoritmos, aumentando a confiança e a adesão às recomendações clínicas.

Estudos recentes destacam que a XAI pode ser aplicada em triagem, monitoramento de pacientes e suporte à decisão, promovendo uma integração mais segura e ética da IA nos cuidados primários, ao mesmo tempo em que fortalece a relação médico-paciente.

A inteligência artificial está transformando a Atenção Primária à Saúde, oferecendo diagnósticos mais precisos, monitoramento remoto eficiente e otimização de recursos clínicos

SAÚDE ANUNCIA PRIMEIROS HOSPITAIS PARTICULARES E FILANTRÓPICOS A ATENDEREM PACIENTES DO SUS; VEJA QUAIS SÃO

Veja – 01/09/2025

Instituições devem atender pacientes da rede pública em troca de abatimento de dívidas federais; medida é parte do programa "Agora Tem Especialistas"

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou na sexta-feira, 29, a adesão dos primeiros hospitais privados e filantrópicos ao programa Agora Tem Especialistas, criado para ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

As primeiras unidades a integrar a iniciativa são a Maternidade São Francisco, no Rio de Janeiro, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no Ceará, e a Santa Casa de Misericórdia do Recife, em Pernambuco. Esses hospitais passarão a atender pacientes encaminhados pelas Centrais de Regulação estaduais e municipais do SUS. Em contrapartida, receberão créditos financeiros para abatimento de dívidas federais — um modelo que pode converter até R\$ 1,3 bilhão por ano em serviços especializados.

Segundo o ministério, mais de 130 hospitais privados e filantrópicos já manifestaram interesse em participar do programa. Cada proposta passa por análise técnica, que verifica se a oferta atende às demandas regionais e se a instituição tem capacidade operacional para integrar a rede credenciada. A lista com demais hospitais participantes deve ser divulgada em breve.

Como funciona

O programa Agora Tem Especialistas permite que hospitais privados e filantrópicos usem suas dívidas com a União para oferecer atendimento gratuito a pacientes do SUS. Essas dívidas surgem principalmente quando os hospitais deixam de pagar tributos federais ou contribuições obrigatórias, ou ainda têm débitos relacionados a serviços prestados que deveriam ser pagos à União. Em vez de quitar esses valores em dinheiro, os hospitais podem prestar consultas, exames e cirurgias à rede pública.

Cada hospital precisa oferecer procedimentos no valor mínimo de R\$ 100 mil por mês, ou R\$ 50 mil em regiões com menos hospitais e maior demanda. A proporção da dívida que pode ser convertida em serviços varia conforme o valor do débito: até 30% para dívidas maiores, 50% para dívidas menores. O Ministério da Saúde verifica se os serviços atendem às necessidades locais e, após a prestação e auditoria, os hospitais recebem créditos para abater suas dívidas.

Em agosto, o hospital Ariano Suassuna, da operadora Hapvida, em Recife, também começou a atender pacientes do SUS. A diferença é a forma de participação: enquanto hospitais privados e filantrópicos usam dívidas com a União para oferecer atendimento, as operadoras de planos de saúde compensam débitos que surgem quando um paciente com plano realiza um procedimento no SUS e o valor não é reembolsado pelo plano.

Esses atendimentos devem ser direcionados especialmente para áreas com filas longas na rede pública, como oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e ginecologia. A medida prevê um ressarcimento inicial de R\$ 750 milhões, que será revertido em serviços para os pacientes do SUS.

Investimento no tratamento oncológico

No mesmo dia, Padilha anunciou R\$ 142,3 milhões em investimentos para a compra de novos equipamentos destinados ao tratamento do câncer pelo SUS – uma das áreas prioritárias do programa. Ao todo, serão 16 aparelhos, entre aceleradores lineares e tomógrafos, distribuídos a nove estados, com foco em regiões historicamente carentes de

infraestrutura oncológica, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Os aceleradores lineares serão enviados para Pernambuco (2), Goiás (1), Paraíba (1), Ceará (1), São Paulo (5), Minas Gerais (1), Rio Grande do Sul (1) e Paraná (1). Já os tomógrafos irão para o Rio de Janeiro (1), Ceará (1) e São Paulo (1). A previsão é que os equipamentos comecem a funcionar em 2025.

Até 2026, o programa prevê entregar 121 aceleradores lineares em todo o país, o que deve ampliar o acesso à radioterapia para cerca de 84,7 mil novos pacientes por ano, segundo estimativas do ministério.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE DISPARA E DESTACA IMPORTÂNCIA DA MEDIAÇÃO ONLINE

SEGS – 28/08/2025

A judicialização da saúde atingiu um nível crítico. Atualmente, tramitam na Justiça 869.271 processos, sendo 518.811 referentes à saúde pública e 365.286 ações judiciais envolvendo operadoras de planos de saúde, de acordo com o Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (dados apurados em janeiro). Para a advogada, mediadora e diretora da Mediar Group, Mírian Queiroz, esse número revela a crise estrutural do setor e o esgotamento da máquina judiciária, que vem tentando dar vazão, ano após ano, a um volume crescente e altamente sensível de demandas. “A mediação extrajudicial online é, hoje, a alternativa mais eficaz para enfrentar a judicialização crescente na saúde suplementar. Diferente do processo judicial, onde muitas vezes decisões são tomadas sem domínio técnico-científico do tema, a mediação permite um diálogo direto entre as partes. Isso favorece o entendimento dos aspectos clínicos e contratuais, além de ser uma solução mais célere. As operadoras que integram a mediação ao seu fluxo de atendimento se posicionam de forma mais estratégica, porque estão escolhendo resolver, e não apenas responder a um litígio”, revela a diretora.

A gravidade da situação foi reconhecida pelo próprio presidente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o ministro Luís Roberto Barroso, que fez um alerta sobre a sobrecarga do Judiciário e os impasses que a judicialização em massa tem imposto ao sistema. “Esse é um dos temas mais difíceis e complexos com os quais o Poder Judiciário tem se deparado, pelo volume, pelas escolhas trágicas envolvidas. Ninguém deseja que a saúde seja administrada pelo Poder Judiciário, mas ao mesmo tempo é papel dele atender a direitos fundamentais, inclusive o direito à saúde quando não esteja sendo devidamente assistido”, declarou o ministro.

A fala do presidente do CNJ revela uma realidade que já não pode mais ser ignorada: o Judiciário está sendo acionado, diariamente, para decidir sobre procedimentos, terapias e

coberturas médicas, remédios de alto custo, decisões que, idealmente, deveriam nascer da relação entre médico, paciente e operadora, e não de uma sentença judicial. A consequência desse movimento tem sido a sobrecarga de juízes e tribunais, além da desorganização progressiva do sistema de saúde como um todo, que precisa lidar com os efeitos colaterais de decisões judiciais que, muitas vezes, escapam da lógica técnico-científica da medicina baseada em evidências. “Acompanhei o caso em que a família de um paciente judicializou o acesso a um medicamento de alto custo. Conseguiram na Justiça o fornecimento, mas do ponto de vista científico, não teria efeito para aquele paciente, porque a indicação era restrita a uma faixa etária já ultrapassada. Esse é um exemplo de como a decisão judicial, por mais bem-intencionada, pode se afastar daquilo que a medicina recomenda. O juiz julga com base na lei e na urgência apresentada — mas não é papel dele interpretar critérios técnicos que demandam conhecimento especializado. Na mediação, conseguimos tratar essas questões com responsabilidade, apresentar alternativas seguras, e construir uma solução com escuta e compreensão”, explica Mírian.

Nesse contexto, cresce a necessidade de se utilizar outros métodos de resolução de conflitos para lidar com os desafios do segmento. A mediação online, já utilizada por outros setores, tem apresentado resultados expressivos, como economia, segurança jurídica, melhoria na experiência do usuário e outros benefícios para operadoras e beneficiários. Por meio de plataformas digitais e conduzida por mediadores capacitados, a mediação oferece um caminho mais humanizado, célere e efetivo — especialmente em casos que envolvem urgência e questões técnicas complexas. “Ao estimular a resolução de conflitos fora dos tribunais, a mediação extrajudicial online alivia a pressão sobre o Judiciário, contribui para a pacificação social e para a reconstrução da confiança entre operadora e beneficiários. A

escalada das ações judiciais na saúde suplementar é um reflexo da ausência de mecanismos eficazes de resolução prévia de conflitos. A mediação é, portanto, mais do que uma

alternativa, é uma necessidade”, finaliza a diretora da Mediar Group.

ANS: OPERADORAS DE SAÚDE DEVEM CUSTEAR SOLICITAÇÕES DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

Estado de Minas – 28/08/2025

Órgão regulador destaca que cabe ao Conselho Federal de Odontologia a habilitação profissional para prática dos atos pertinentes à odontologia

As operadoras de saúde são obrigadas a custear cirurgias e procedimentos a serem realizados por cirurgiões-dentistas em ambiente hospitalar, assim como todos os exames complementares necessários à assistência do paciente. Esse direito é reconhecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e deve ser cumprido pelas empresas, sob risco de serem penalizadas pelo órgão regulamentador. Ele foi alcançado em virtude das prerrogativas legais dos profissionais da Odontologia e beneficia toda a população conveniada aos planos de saúde em operação no país.

A posição da ANS foi expressa por meio de ofício elaborado em 18 de julho pela gerência-geral de Análise Técnica, em resposta a questionamentos enviados pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. A entidade enviou a resposta ao Conselho Federal de Odontologia (CFO) que, juntamente com as demais entidades representativas da odontologia no Brasil, tem expressado preocupação com a crescente negativa de operadoras de saúde no custeio dos pedidos feitos pelos cirurgiões-dentistas, sob a alegação infundada de que a cobertura deveria ser realizada por planos odontológicos.

A recusa dos planos de saúde impacta especialmente os pacientes atendimentos pelos especialistas em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial que precisam passar, por exemplo, por cirurgias ortognáticas, de fissura labiopalatina e de reconstrução facial em virtude de traumas decorrentes de acidentes de trânsito, agressões físicas e projéteis de armas de fogo.

Diante do recebimento do documento, a Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Odontologia estuda agora possíveis medidas a serem tomadas com objetivo de garantir o cumprimento às normas vigentes e reconhecidas pela ANS. Coordenador do grupo, o conselheiro federal Glaucio de Moraes e Silva destaca que casos de negativa de cobertura podem ser denunciados ao CFO, tanto por cirurgiões-dentistas, quanto por pacientes, por meio da ouvidoria.

“A manifestação da ANS reconhece um direito antigo do cirurgião-dentista, em especial dos especialistas em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial. Esse direito é importante instrumento de valorização da odontologia, sendo que a

maior beneficiada é a população que paga por seus planos de saúde e não pode ter assistência negada. Empenharemos esforços e faremos os alinhamentos necessários ao cumprimento dessas prerrogativas”, afirma Glaucio.

O presidente do CBCTBMF, Belmiro Vasconcelos, também reforça a importância da posição da ANS. “A manifestação da ANS reafirma um princípio fundamental: cabe exclusivamente ao profissional assistente determinar a conduta diagnóstica e terapêutica mais adequada ao paciente, independentemente de vínculos com a rede credenciada da operadora. Essa decisão consolida o entendimento de que o cirurgião-dentista bucomaxilofacial, no pleno exercício de suas competências legais, pode solicitar exames, internações e procedimentos indispensáveis, sem sofrer restrições indevidas das operadoras. Ressalta-se que tais solicitações devem ser realizadas conforme os protocolos e diretrizes da especialidade, assegurando a qualidade e a pertinência do cuidado prestado. Trata-se de uma conquista significativa não apenas para a categoria, mas, sobretudo, para assegurar aos pacientes um tratamento seguro, eficaz e livre de barreiras administrativas.”

Internação e cirurgia devem ter cobertura

O ofício expedido pela ANS afirma que “o profissional assistente tem a prerrogativa de determinar a conduta diagnóstica e terapêutica para os agravos à saúde sob sua responsabilidade, indicando em cada caso a conduta profissional e procedimentos mais adequados da prática clínico-cirúrgica, inclusive quanto às questões relativas à segurança e riscos destas intervenções, devidamente acordados com o paciente”.

A ANS informa ainda que é permitido ao cirurgião-dentista solicitar internação hospitalar para a realização de procedimentos cirúrgicos de sua área de atuação, mesmo não estando o profissional credenciado à operadora de saúde. A cobertura é obrigatória desde que os procedimentos façam parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e que sejam realizados no âmbito da rede própria, credenciada ou referenciada pela operadora de saúde.

Caso o paciente opte pela realização dos procedimentos em outros estabelecimentos, as despesas serão de sua responsabilidade. As mesmas regras valem para a solicitação de exames e procedimentos complementares - ou seja, são de custeio obrigatório desde que realizados na rede cobertura do plano.

No ofício, a ANS destaca que a Resolução Normativa 465/2021 estipula, em seu artigo 1, que os procedimentos de saúde poderão solicitados por (I) médico assistente ou (II) cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados a atendimento odontológico.

E reforça que “cabe ao conselho de classe a habilitação profissional para a prática dos atos pertinentes à odontologia, de acordo com a Lei 4.324 de 14 de abril de 1964, e constitui, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa, a autarquia fiscalizadora que dispõe sobre a ética e técnica/prática profissional, impondo, inclusive os limites da prática profissional, não cabendo a esta reguladora de saúde tal prerrogativa”.

A ANS cita ainda a Lei 5081 de 1966, que estabelece a competência do cirurgião-dentista para praticar todos os atos

pertinentes à odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou de pós graduação, e ainda a Resolução CFO 63 de 2005, que garante ao cirurgião-dentista o direito de prescrever medicamentos e solicitar exames complementares que se fizerem necessários ao desempenho em suas áreas de competência.

Dessa forma, os exames diagnósticos, planejamento e/ou acompanhamento de intervenções solicitados por cirurgião-dentista, assim como encaminhamentos a outros profissionais de saúde, desde que vinculados a um ato de natureza odontológica, devem ser cobertos, autorizados e realizados em clínica de imagem, laboratórios ou outros estabelecimentos de saúde integrantes de rede própria, credenciada ou referenciada das operadoras, salvo contratos que prevejam livre escolha, mediante reembolso, observadas as coberturas de cada segmentação do plano.

UM MARCO REGULATÓRIO PARA A SAÚDE DIGITAL NO BRASIL

Saúde Business – 27/08/2025

Acordo entre órgãos públicos e privados busca integrar dados de saúde, fortalecer a governança e impulsionar a inovação digital no Brasil.

No 9º Fórum Internacional de Lideranças da Saúde (Filis), foi assinado um memorando de intenções que pode se consolidar como marco para a saúde digital no Brasil. O acordo, firmado entre a Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (SEIDIGI), a Abramed, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Hospital das Clínicas da USP, por meio do InovaHC, tem como objetivo viabilizar a integração de dados clínicos e diagnósticos entre os setores público e privado. O acordo foi firmado entre a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) do Ministério da Saúde, a Abramed,

A importância da interoperabilidade e os desafios legais

Trata-se de um movimento que coloca em evidência a interoperabilidade em saúde, entendida como a capacidade de diferentes sistemas trocarem informações de forma segura, padronizada e útil. No contexto brasileiro, onde dados de pacientes permanecem fragmentados em silos de informação, essa integração pode ser determinante para garantir continuidade do cuidado, eficiência operacional, e melhoria da experiência do paciente.

A Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018 – LGPD) estabelece, em seus artigos 6º, 7º e 11, princípios e bases legais que devem ser observados em qualquer operação de tratamento de dados, incluindo os de saúde, classificados como dados pessoais sensíveis (art. 5º, II). Isso significa que o compartilhamento de informações clínicas entre entes públicos e privados somente poderá ocorrer quando houver:

- Finalidade legítima e claramente informada ao titular (art. 6º, I);
- Adequação e necessidade, com a coleta e uso estritamente limitados ao propósito (art. 6º, II e III);
- Segurança e prevenção, com medidas técnicas e administrativas aptas a mitigar riscos (art. 6º, VII e VIII).

Além disso, o art. 11 da LGPD dispõe que o tratamento de dados sensíveis, como os de saúde, exige hipóteses legais específicas, como tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais ou instituições da área, ou ainda cumprimento de obrigação legal/regulatória. Isso cria um campo fértil para a interoperabilidade, desde que haja base legal clara e governança robusta.

Do ponto de vista da saúde suplementar, as Resoluções Normativas ANS nº 509 e 518, ambas de 2022, já estabelecem diretrizes que determinam que as operadoras implementem sistemas de controles internos com vistas a assegurar a confiabilidade das informações, segurança e sigilo dos dados. Deste modo, o memorando anunciado no Filis alinha-se a essa diretriz regulatória. Além disso, amplia seu alcance ao integrar o sistema público e privado sob um mesmo propósito.

O desafio da interoperabilidade não é apenas tecnológico, mas sobretudo jurídico e organizacional, pois, para além da definição de padrões técnicos de comunicação entre sistemas, é necessário:

a) Estabelecer mecanismos de responsabilização entre os diferentes agentes de tratamento (controladores, operadores e sub-operadores), com cláusulas contratuais claras e auditáveis;

b) Definir critérios transparentes de governança de dados, inclusive sobre acesso, compartilhamento e tempo de retenção;

c) Garantir a anonimização e pseudonimização em pesquisas e análises secundárias, como determina a LGPD e reforça a Resolução CD/ANPD nº 2/2022 sobre agentes de tratamento de pequeno porte;

d) Implementar auditorias e certificações, para reduzir assimetrias de informação e elevar o grau de confiança entre as partes;

e) Capacitar profissionais de saúde e gestores para compreender o valor jurídico da informação e as responsabilidades associadas ao seu uso.

Benefícios esperados e o futuro da saúde digital

Se conduzido com responsabilidade, o acordo firmado no Filis pode abrir caminho para a criação de uma base unificada de dados em saúde, com impactos diretos em:

Políticas públicas mais precisas, orientadas por evidências; Pesquisa clínica e inovação em healthtechs, com maior volume e qualidade de dados;

- Eficiência operacional, reduzindo redundâncias e melhorando a gestão de recursos;
- Experiência do paciente, que passa a ter seu histórico acessível de forma integrada, independentemente do prestador ou operadora.
- Sob o aspecto da regulação da saúde e da proteção de dados, este movimento deve ser visto como um catalisador para que instituições públicas e privadas compreendam a governança de dados como ativo estratégico que, assim como ativos financeiros e humanos, precisam ser tratados com rigor, segurança e transparência.
- Esse olhar jurídico e técnico fortalece a confiança dos pacientes e viabiliza o uso ético de novas tecnologias, como inteligência artificial aplicada à saúde. Além disso, impulsiona a inovação regulatória e contribui para um sistema de saúde mais sustentável, integrado e centrado no cidadão.

O Brasil tem agora a oportunidade de transformar a fragmentação informacional em um marco de inovação regulatória e tecnológica, capaz de equilibrar eficiência, segurança jurídica e respeito à privacidade. O futuro da saúde digital dependerá de como conduziremos essa jornada.

SAÚDE BASEADA EM VALOR: POR QUE MUDAR A LÓGICA DO CUIDADO É URGENTE?

Saúde Business – 27/08/2025

Especialistas destacam que implementar o modelo VBHC exige mudança cultural, integração e dados confiáveis para transformar acesso em qualidade e sustentabilidade. Saiba mais!

Menos volume, mais resultados. Esse é o princípio que sustenta a saúde baseada em valor (Value-Based Health Care – VBHC), conceito desenvolvido por Michael Porter e Elizabeth Teisberg em meados dos anos 2000.

O modelo propõe que a eficiência de um sistema de saúde não seja medida pela quantidade de procedimentos, mas pelos desfechos que realmente importam para o paciente, em relação aos custos. A meta é clara: melhorar qualidade de vida, reduzir complicações e tornar o cuidado sustentável através da entrega de valor ao paciente.

A teoria é simples, mas sua implementação impõe mudanças profundas. É preciso alinhar incentivos, superar a fragmentação e adotar indicadores que expressem valor — um desafio que, para os países latino-americanos, envolve barreiras culturais, regulatórias e estruturais.

Acesso não basta: qualidade é o novo parâmetro

No Brasil, a discussão já começou a mudar de tom. Para Carla Soares, diretora-presidente interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a lógica centrada apenas em garantir acesso está esgotada.

“Já conseguimos caminhar teimosamente para que, numa mudança de cultura, se perceba que não basta ampliar o acesso. Acesso com qualidade representa valor em saúde”, afirma Carla na abertura do 2º Congresso Latino-Americano de Valor em Saúde (CLAVS), promovido pelo Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (Ibravs)

A diretora-presidente interina defende que as operadoras assumam um papel mais ativo na gestão do cuidado e que o paciente seja orientado ao longo da jornada. “A grande maioria já percebe que não é mera intermediária financeira, mas gestora de cuidados. Sozinho, o cidadão não detém conhecimento para a melhor tomada de decisão. É preciso permitir-se ser orientado”, pontua.

Essa mudança cultural precisa ser acompanhada por instrumentos regulatórios que orientem o setor na prática. Há cerca de 15 anos, a ANS se movimenta em relação à saúde baseada em valor. Maurício Nunes, diretor de Desenvolvimento

Setorial da agência, explicou que ANS tem avançado nesse sentido por meio de acordos de cooperação com entidades estratégicas.

“É importante destacar que a gente tem um acordo de cooperação técnica com quatro entidades: Ibravs, Coffitto, Crefito de São Paulo e de Minas Gerais. No âmbito desse acordo, o Ibravs assumiu dois dos cinco produtos. O primeiro é nos ajudar com a revisão do guia do modelo de remuneração baseado em valor, que é um documento da ANS que já existe, mas que será revisitado com apoio técnico de especialistas.”

Segundo Nunes, o framework entregue pelo Ibravs, durante o CLAVS'25, é um passo fundamental para esse processo, pois reúne contribuições de profissionais das áreas jurídica, contábil e de auditoria.

O material funcionará como referência para a atualização do guia oficial, que orientará como a remuneração baseada em valor deve ocorrer na prática, nas relações entre operadoras e prestadores, além de estabelecer diretrizes para o reporte das informações à agência.

Informação, integração e regulação eficiente

Nos países vizinhos, os obstáculos são semelhantes. Claudio Stivelman, superintendente de Serviços de Saúde da Argentina, reforça que informação confiável é a base para qualquer avanço.

“Temos uma situação muito semelhante na cultura de utilização e venda de serviços. Sem informação real, não há como encontrar equilíbrio entre custos, acesso e valor.”

A Argentina enfrenta o desafio de revisar sua cobertura obrigatória, considerada ampla e desatualizada, e criar mecanismos de avaliação de tecnologias que deem racionalidade ao gasto. “Nosso primeiro passo foi gerar

informação que nos permitisse avançar. Sem isso, não há regulação eficaz.”

Valor como motor da sustentabilidade

A lógica do VBHC também está no centro das propostas defendidas por Christian Maza, presidente da Associação Latino-Americana de Sistemas Privados de Saúde (Alami). Para Maza, o conceito não é uma tendência passageira, mas uma resposta urgente ao esgotamento dos modelos atuais.

“Não basta contar quantas consultas ou cirurgias foram feitas. Devemos nos perguntar: essa intervenção melhorou a qualidade de vida do paciente? Evitou uma complicação futura?”, reflete.

Maza aponta três eixos fundamentais para tornar a mudança possível: parcerias público-privadas, saúde digital interoperável, pois “sem dados confiáveis não se fala em valor”, e formação de lideranças, para que os futuros gestores já pensem em resultados e não em volume.

desafio, no entanto, não está na falta de diagnóstico, mas na resistência à mudança. Como resume César Abicalaffe, presidente do Ibravs.

“Parece que todo mundo já tem um diagnóstico. Sabe que o setor está doente, por que não corrige?! Porque é complexo e tem muita gente ganhando com a ineficiência.”

O consenso entre especialistas aponta: mudar a lógica do sistema exige coragem para alinhar incentivos, construir métricas compartilhadas e, sobretudo, adotar uma visão em que valor não significa quantidade, mas saúde real para a população.

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)

© 2025 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.
