NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

24 de setembro de 2025

ÍNDICE INTERATIVO

Saúde baseada em valor ainda é exceção no Brasil, mas estudo aponta mudança de rota até 2030 - Fonte: Saúde Business

Mais de 60% dos exames de imagem no Brasil são feitos pelo SUS, diz estudo - Fonte: CNN Brasil

Entenda como decisão do STF pode impactar valores dos planos de saúde – Fonte: Exame

Medicamentos importados na saúde suplementar: impasses e incertezas jurídicas - Fonte: SEGS

O impacto do transtorno do espectro autista nos planos de saúde - Fonte: Revista Cobertura

Painéis dinâmicos com dados do Sistema de Informações de Fiscalização estão temporariamente indisponíveis - Fonte: (Gov) ANS

Posse da nova diretoria da ANS marca momento estratégico para a saúde suplementar - Fonte: Saúde Business

Maioria dos ministros do STF vota a favor de regras claras para coberturas fora do Rol - Fonte: (Gov) ANS

Como a IA explicável reduz erros em clínicas e melhora resultados - Fonte: Saúde Business

SAÚDE BASEADA EM VALOR AINDA É EXCEÇÃO NO BRASIL, MAS ESTUDO APONTA MUDANÇA DE ROTA ATÉ 2030

Saúde Business – 23/09/2025

Pesquisa inédita do Ibravs mostra que só 10% dos hospitais têm acordos realmente baseados em valor e projeta crescimento.

A lenta adoção de modelos de Value-Based Health Care (VBHC) na saúde suplementar brasileira ganha um retrato inédito em estudo elaborado pela L.E.K. Consulting em parceria com o Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (Ibravs).

Embora 60% dos executivos entrevistados reconheçam a relevância do conceito para a sustentabilidade do setor, apenas cerca de 10% dos hospitais têm algum contrato efetivamente baseado em valor.

A mesma proporção se aplica aos acordos de *capitation* + valor, modalidade em que o pagamento é per capita, com foco em prevenção e desfechos. Os resultados foram divulgados recentemente durante o CLAVS'25, no Rio de Janeiro.

O levantamento mostra que 75% dos hospitais já trabalham com modelos de preço fixo — sobretudo pacotes — que em 2024 concentraram 13,2% de todos os gastos assistenciais. Contudo, apenas 7% adotam o modelo *Diagnosis-Related Group* (DRG) + valor, considerado mais avançado por incluir desfechos do paciente.

"Há uma confusão frequente entre pacote e VBHC. Empacotar não é necessariamente entregar valor; é somente transferir risco do pagador para o prestador", observa César Abicalaffe, presidente do Ibravs.

Barreiras estruturais e culturais

A pesquisa também mapeia entraves conhecidos: ausência de confiança entre operadoras e hospitais, falta de dados integrados e resistência cultural. Médicos tendem a associar o modelo à perda de autonomia, enquanto operadoras receiam investir em prevenção sem garantia de fidelização dos beneficiários.

"Ainda predomina a ideia de que um ganha e o outro perde, quando o verdadeiro beneficiário deveria ser o paciente", avalia Abicalaffe.

A fragmentação do cuidado é outro desafio central. Cirurgia em um hospital, reabilitação em outra clínica e acompanhamento em um terceiro local ainda ocorrem sem integração de prontuários ou indicadores de desfecho.

"Sem dados confiáveis e compartilhados, é impossível remunerar pelo que realmente importa: o resultado clínico", reforça o presidente do Ibravs.

Apesar das barreiras, há expectativa de avanço. Segundo o estudo, 67% dos provedores pretendem ampliar o uso de modelos baseados em performance ou população até 2025, e 78% projetam crescimento até 2030.

Para Abicalaffe, a transição é irreversível: "O *fee-for-service* está esgotado. O aumento do sinistro e a pressão por qualidade e sustentabilidade criam a tempestade perfeita para quebrar o ciclo do pagamento por volume".

Papel do regulador

O estudo ressalta ainda a importância de estímulos regulatórios e governamentais. Experiências internacionais, como as *Accountable Care Organizations* (ACOs) nos Estados Unidos, mostram como políticas públicas podem acelerar a mudança.

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem testando iniciativas como o Projeto Parto Adequado e o OncoRede, mas de forma limitada. "Precisamos de um marco regulatório que premie de fato o desfecho e a pertinência clínica", defende Abicalaffe.

Caminhos futuros

O VBHC é amplamente reconhecida, mas pouco monetizada. O desafio está em transformar discurso em prática. "O futuro da saúde depende da capacidade de remunerar pelo que realmente importa: mais saúde com melhor custo. Esse é o norte que deve guiar o setor nos próximos anos", resume o presidente

MAIS DE 60% DOS EXAMES DE IMAGEM NO BRASIL SÃO FEITOS PELO SUS, DIZ ESTUDO

CNN Brasil – 23/09/2025

Dados são do Atlas da Radiologia no Brasil 2025, com base em informações oficiais do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O Sistema Único de Saúde respondeu por 60% dos principais exames de imagem realizados no Brasil em 2023, somando mais de 101 milhões de procedimentos. No entanto, a proporção de exames para cada 1 mil usuários mostra que o acesso é ainda maior entre as pessoas que têm plano de saúde, apesar de ter havido melhora entre 2014 e 2023.

Naquele ano, a cada 1 mil usuários do SUS, foram realizados cerca de 634,41 exames. Já no setor privado, foram aproximadamente 1.323 procedimentos custeados pelos planos para cada grupo de 1 mil beneficiários.

Os dados são do Atlas da Radiologia no Brasil 2025, elaborado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, com base em informações oficiais do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os números englobam cinco tipo de exames: raio-x (exceto odontológico), mamografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

A base de usuários considerada no estudo é de 160,4 milhões de brasileiros atendidos pelo SUS e de 51,2 milhões que possuíam plano de saúde em 2023.

A partir dessa base, o Atlas calculou a razão entre os exames realizados em cada situação e a quantidade de usuários, o que chamou de densidade. Além disso, criou um Indicador de Desigualdade Público/Privado (IDPP).

Desigualdade menor

A comparação anual mostra que a densidade no SUS aumentou e o IDPP caiu desde 2014 em quatro exames: raio-x, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Já no caso das mamografias, o movimento foi inverso entre 2014 e 2020. Nos anos seguintes, a desigualdade caiu, mas continuou maior em 2023 (3,54) do que em 2014 (3,23).

Isso significa que os usuários dos planos realizaram 3,54 vezes mais mamografias do que os do SUS. O exame é essencial para o diagnóstico do câncer de mama e deve ser realizado, inclusive, para o rastreamento da doença, mesmo quando não há sintomas.

No entanto, há divergência sobre a periodicidade recomendada. O Ministério da Saúde preconiza um exame a cada dois anos, para todas as mulheres entre 50 e 69 anos. Já o rol obrigatório da ANS garante às usuárias dos planos a mamografia de rastreio a partir dos 40 anos.

O menor IDPP, ou seja, a menor diferença entre o SUS e os planos de saúde, é encontrado no raio-x: 1,36. Já a maior desigualdade está na ressonância magnética: o exame foi realizado 13,13 vezes mais entre os beneficiários dos planos do que entre os usuários de serviços públicos.

O Atlas, no entanto, mostra que a densidade de ressonâncias no serviço público mais do que dobrou entre 2014 e 2023, saindo de 6,07 exames a cada 1 mil pessoas, para 13,80, o que fez o IDPP cair 30% no período.

Disponibilidade dos exames

O Atlas da Radiologia no Brasil 2025 também traz informações sobre a disponibilidade dos aparelhos necessários para realizar os exames e aponta significativas diferenças regionais e conforme a complexidade.

Considerando todo o sistema de saúde, público e privado, o país tem quase 27 aparelhos de ultrassom e 16 de raio-x a cada 100 mil habitantes. Por outro lado, há apenas 3,38 tomógrafos, 3,21 mamógrafos e 1,69 equipamentos de ressonância.

A quantidade absoluta de aparelhos disponíveis é maior na Região Sudeste em todos os cinco casos, mas a densidade, ou seja, quantos aparelhos há para cada 100 mil pessoas, é maior no Centro-Oeste em quatro, à exceção dos equipamentos de raio-x.

Na outra ponta, os moradores do Nordeste têm menos acesso a tomógrafos e há apenas 1,1 equipamento de ressonância a cada 100 mil habitantes.

A Região Norte é a menos abastecida do país em ultrassons, mamógrafos e aparelhos de raio-x. No Acre, há apenas 7 mamógrafos para atender a rede SUS, perfazendo uma densidade de menos de 1 aparelho para cada 100 mil usuários. Já a densidade na rede privada é de 35 aparelhos por 100 mil. A proporção de aparelhos por usuário é ainda menor no caso dos equipamentos de ressonância: 0,60.

O estudo do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem também calculou o Indicador de Desigualdade Público/Privado da oferta de equipamentos. Considerando a média brasileira, novamente ele é menor no caso do raio-x, 2,34, mas a maior diferença foi encontrada na presença dos aparelhos de ultrassom: há 3,74 vezes mais nos serviços privados cobertos pelos planos de saúde do que no SUS.

ENTENDA COMO DECISÃO DO STF PODE IMPACTAR VALORES DOS PLANOS DE SAÚDE

Exame – 23/09/2025

Decisão do STF parte da premissa de que operadoras vão ter mais previsibilidade e menos judicialização; mas essa conta pode nem chegar ao bolso do beneficiário dos planos

Conseguir que o plano de saúde cubra um tratamento ou exame fora da lista de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde (ANS) vai ficar mais difícil. O Supremo Tribunal Federal (STF) determinou uma lista de cinco critérios que precisam ser seguidos para conseguir uma exceção — e eles são rigorosos. Os analistas do mercado financeiro tiveram uma impressão positiva da decisão, e preveem efeitos positivos para as operadoras dos convênios.

No meio jurídico, porém, há dúvidas se as regras vão de fato conseguir reduzir o volume de processos abertos na Justiça para se conseguir um atendimento fora do rol. E o que poderia ser algo bom para o bolso dos beneficiários, pode não fazer diferença alguma e até deixar o serviço mais oneroso, de acordo com especialistas que a EXAME consultou.

"As decisões judiciais que determinavam obrigações além do previsto no rol da ANS e nos contratos de plano de saúde vinham aumentando o custo final para os consumidores", afima Juliana Teixeira Barreto, especialista em direito médico e coordenadora do núcleo de saúde do escritório Fabio Kadi Advogados.

A precificação dos planos de saúde, explica a advogada, é "complexa e sujeita a múltiplos fatores regulatórios e atuarias". O reajuste de preço, em tese, garante o equilíbrio financeiro das operadoras frente aos seus gastos. Embute os gastos com a cobertura da assistência médica de seus beneficiários, mas também as despesas decorrentes dos processos judiciais na cobertura do que não consta na lista da ANS.

"Embora a negativa de cobertura fosse a regra pelas operadoras, o Judiciário possuía maior margem de interpretação para acolher pleitos dos beneficiários, admitindo exceções ao rol da ANS com base em critérios de razoabilidade [coerência] e necessidade médica", diz Juliana. "A falta de previsibilidade das operadoras com cobertura proveniente de imposições judiciais, com uma obrigação além da contratual, vinha aumentando o valor da contratação de um plano de saúde."

As alterações nas regras dos planos de saúde, complementa, vieram para dar mais previsibilidade ao setor e mitigar a judicialização.

"Com a decisão proferida no julgamento do STF, o processo tornou-se mais restritivo e burocrático, uma vez que passou a exigir do beneficiário a apresentação de provas técnicas mais robustas, reduzindo-se sensivelmente a discricionariedade judicial [liberdade de decisão do juíz]".

Contudo, isso não quer dizer que os percentuais de reajuste das mensalidades dos planos de saúde tendem a ser menores. E há certo ceticismo. "Na minha visão, a decisão do STF não irá influenciar nisso. Não irá aumentar e tampouco diminuir o valor", afirma Juliana.

Um tiro no pé?

Leo Rosenbaum, advogado especializado em direito da Saúde e sócio do Rosenbaum Advogados, acredita que, para as operadoras, as mudanças podem acabar sendo "um tiro no próprio pé".

"Os requisitos previstos pelo STF, como comprovação científica, ausência de tratamento alternativo no rol e prescrição médica detalhada, são todos subjetivos. [...] Isso pode gerar uma insegurança jurídica maior e um número ainda maior ainda de demandas judiciais, impactando negativamente o custo dos planos".

Na prática, pacientes que já estão em tratamento autorizado por decisão judicial transitada em julgado não devem ser afetados. Já solicitações em andamento ou futuras, dependem do cumprimento cumulativo das cinco condições definidas pelo STF.

Juliana, do Fabio Kadi Advogados, lembra que a possibilidade de recorrer à Justiça permanece, especialmente em casos de tratamentos inovadores ou de alto custo, desde que os requisitos cumulativos sejam comprovados. O que muda é que a Justiça exigirá cada vez mais a comprovação da fundamentação técnica do pedido.

Para Rosenbaum, ainda que critérios mais rigorosos possam ter efeitos indesejados e aumentar a judicialização, ao mesmo tempo tendem a reduzir êxito em casos infundados, "pois há muita fraude em curso também".

"Vamos ver como os planos de saúde vão receber as solicitações de tratamento a partir de agora e qual vai ser o direcionamento da jurisprudência dos tribunais", conclui.

MEDICAMENTOS IMPORTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: IMPASSES E INCERTEZAS JURÍDICAS

SEGS – 22/09/2025

A crescente busca por medicamentos inovadores e de alto custo, muitos deles sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tem gerado um grande debate jurídico no Brasil. A judicialização de pedidos de fornecimento desses medicamentos por operadoras de planos de saúde coloca em lados opostos a segurança sanitária, controlada pela Anvisa, e o direito à saúde do paciente.

Quando não há alternativas terapêuticas eficazes no mercado nacional, pacientes com prescrição médica buscam a importação direta de remédios. O ponto de atrito surge quando eles tentam que as operadoras de saúde cubram o custo, que, por sua vez, negam o pedido com base na falta de previsão contratual, na ausência do medicamento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou na falta de registro na Anvisa.

A saúde suplementar no Brasil é regulada pela Lei nº 9.656/1998 e pela atuação da ANS, que estabelece o Rol de Procedimentos como uma lista de cobertura mínima obrigatória. No entanto, a grande questão é se as operadoras podem ser obrigadas a custear medicamentos importados e não registrados na Anvisa, mesmo que não estejam no Rol.

A interpretação do Rol da ANS e o papel do Judiciário

Durante muito tempo, o Rol de Procedimentos da ANS foi considerado taxativo, ou seja, as operadoras não seriam obrigadas a cobrir nada que não estivesse na lista. Porém, o

Superior Tribunal de Justiça (STJ) flexibilizou essa interpretação, admitindo exceções em casos específicos.

A Segunda Seção do STJ estabeleceu que o Rol pode ser superado se houver recomendação médica, se não existir substituto terapêutico na lista da ANS, se o tratamento tiver comprovação de eficácia e se houver autorização da Anvisa para o uso no Brasil. Mesmo assim, o STJ reforçou a regra de que as operadoras não são obrigadas a fornecer medicamentos sem registro na Anvisa, conforme o Tema 990.

O Supremo Tribunal Federal (STF), por sua vez, abriu precedentes para a concessão judicial de medicamentos não registrados em casos de demora excessiva da Anvisa para avaliar o registro, desde que o medicamento tenha registro em agências reguladoras estrangeiras e não haja um substituto no Brasil. Embora essa decisão se aplique ao Estado, tribunais têm utilizado o mesmo raciocínio para a saúde suplementar, priorizando o direito à saúde e a função social do contrato.

O STJ também criou uma exceção própria ao determinar que, se a Anvisa autorizar a importação do medicamento para uso próprio, isso já é suficiente para obrigar a operadora a cobrir o custo. Esse entendimento cria uma nova camada de complexidade, pois a mera autorização para uso individual, que não é um registro sanitário, se torna um motivo para a obrigatoriedade de cobertura.

Desafios e impactos para o sistema de saúde suplementar

A discussão se complica ainda mais quando o medicamento importado é de uso domiciliar, pois a Lei nº 9.656/1998 prevê que as operadoras não são obrigadas a fornecer esse tipo de remédio, com exceção de antineoplásicos orais. A determinação judicial de cobertura nesses casos, ignorando a lei e até mesmo o entendimento do STJ, tem gerado preocupação no setor.

A falta de segurança jurídica em relação a esse tema coloca em risco a sustentabilidade financeira dos planos de saúde. A imposição judicial de tratamentos de alto custo fora do escopo contratual pode afetar o modelo de mutualismo, onde os riscos são compartilhados entre todos os usuários. Além disso, a judicialização pode:

Minar a autoridade da Anvisa, ao permitir o uso de medicamentos sem a devida avaliação nacional.

Criar insegurança jurídica para as operadoras, que enfrentam decisões judiciais imprevisíveis.

Gerar desigualdade, já que apenas pacientes com recursos para ir à Justiça conseguem acesso a esses tratamentos.

Causar um impacto financeiro que compromete a sustentabilidade de todo o sistema.

A questão da importação de medicamentos expõe um conflito entre o direito fundamental à saúde, a regulação da Anvisa e os limites contratuais das operadoras. É fundamental que as decisões judiciais ponderem esses fatores de forma equilibrada, para que a proteção à vida e à saúde seja conciliada com a racionalidade, a segurança sanitária e a viabilidade do sistema de saúde suplementar.

As operadoras, por sua vez, devem atuar de forma estratégica, demonstrando nas ações judiciais os riscos sistêmicos que o fornecimento indiscriminado de medicamentos importados representa. O desafio é criar um modelo jurídico onde todos os atores — operadoras, pacientes, reguladores e o Judiciário — compartilhem a responsabilidade, garantindo a preservação da vida com a observância dos contratos e das regras de segurança

O IMPACTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NOS PLANOS DE SAÚDE

Revista Cobertura – 22/09/2025

O autismo tem ganhado cada vez mais relevância no debate sobre saúde suplementar no Brasil. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) aponta que os custos com terapias para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) cresceram 74,4% entre 2021 e 2023. O percentual é expressivo, sobretudo quando comparado ao aumento de 37,3% observado nos tratamentos oncológicos no mesmo período, historicamente entre os mais onerosos do setor.

Segundo o Censo 2022, o Brasil conta com 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, o equivalente a 1,2% da população. O dado evidencia a dimensão do desafio e ajuda a explicar a pressão crescente sobre os planos de saúde: a ampliação da conscientização sobre o diagnóstico precoce e a importância de terapias adequadas têm elevado de forma significativa a demanda por atendimento contínuo. Essa tendência já se reflete diretamente nos custos corporativos. Em levantamento realizado por meio de pesquisa de consultoria empresarial, a Lockton, maior corretora de seguros independente e privada do mundo, identificou que, em 2024, 37,38% das crianças e adolescentes de 1 a 18 anos com plano de saúde realizaram terapias relacionadas ao TEA. Esses atendimentos representaram 4,82% de todo o sinistro do período. O custo anual médio do tratamento possui uma alta variação conforme a necessidade de cada paciente, porém, alguns casos já ultrapassam a marca de R$ 450 mil/ano. Desde a mudança da lei em 2022, os gastos associados ao tratamento já acumulam alta superior a 300%.

“Estamos diante de uma realidade que exige atenção e proatividade”, alerta Leonardo Ribeiro, Diretor Médico da Lockton. “É fundamental que empresas e operadoras compreendam esse cenário e transformem dados em estratégia, por meio de análises detalhadas e de parcerias com clínicas e profissionais especializados. Somente assim será possível desenhar soluções que reduzam custos sem comprometer a qualidade do cuidado. Nosso compromisso é com a saúde e o bem-estar, buscando continuamente formas de tornar o tratamento do TEA mais acessível e inclusivo”, finaliza Ribeiro.

PAINÉIS DINÂMICOS COM DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE FISCALIZAÇÃO ESTÃO TEMPORARIAMENTE INDISPONÍVEIS

(Gov) ANS – 18/09/2025

Medida foi tomada para corrigir inconsistências nos indicadores. Previsão é que as ferramentas voltem ao ar na próxima semana

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que retirou temporariamente do ar os seguintes painéis de indicadores de fiscalização, após identificar inconsistências nos resultados apresentados em rotinas de validação de dados:

- Índice Geral de Reclamações

- Taxa de Resolutividade

- Taxa de Intermediação Resolvida (TIR)

A medida visa assegurar a qualidade, a precisão e a transparência das informações ofertadas ao público. As equipes técnicas estão realizando a revisão metodológica necessária, o reprocessamento das bases e testes adicionais.

A previsão é de que os painéis sejam restabelecidos na próxima semana. Assim que concluídos os ajustes, a ANS informará a nova disponibilização dos indicadores.

As atividades de fiscalização e de atendimento ao cidadão seguem em andamento, sem interrupções.

POSSE DA NOVA DIRETORIA DA ANS MARCA MOMENTO ESTRATÉGICO PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 18/09/2025

Wadih Damous assume a presidência da agência e Lenise Secchin passa a comandar normas e habilitação de produtos.

Nesta quarta, 17 de setembro, ocorreu a cerimônia de posse da nova diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Ministério da Saúde, no Auditório Emílio Ribas. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, oficializou a nomeação de Wadih Damous como diretor-presidente da agência e de Lenise Secchin como diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

O evento reuniu autoridades dos poderes Legislativo e Judiciário, além de lideranças políticas e representantes do setor de saúde, evidenciando o peso estratégico da ANS na regulação da saúde suplementar no país.

Integração entre SUS e saúde suplementar

Durante o discurso, o ministro Alexandre Padilha enfatizou a relevância da integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar. Segundo o minsitro, essa articulação é essencial para o fortalecimento da rede de atenção à saúde no país.

“Essa união é fundamental para impulsionar o desenvolvimento e garantir uma assistência mais robusta e acessível à população”, afirmou.

Compromissos da nova diretoria da ANS

Ao assumir a presidência da ANS, Wadih Damous reafirmou o compromisso da agência em avançar na regulação e na estruturação da saúde suplementar, destacando a necessidade de uma abordagem integrada e eficiente.

Lenise Secchin, por sua vez, defendeu uma regulação baseada em evidências científicas e no diálogo com a sociedade. “Saúde é um direito, e precisa ser respeitada também na regulação econômica e social”, pontuou.

Papel da ANS e colaboração com o setor privado

A cerimônia também trouxe à tona o papel estratégico da ANS no cenário da saúde suplementar, com reflexos diretos na sustentabilidade e na qualidade do setor. Nesse contexto, a Informa Markets, organizadora de eventos como a Hospitalar e o Healthcare Innovation Show (HIS), destacou sua disposição em colaborar com iniciativas que promovam avanços no setor.

“Nosso propósito é aproximar atores-chave, fomentar debates relevantes e apoiar iniciativas que tragam sustentabilidade e qualidade para todo o ecossistema da saúde. A ANS é parte fundamental desse processo, e estamos à disposição para colaborar em ações que

fortaleçam o setor e beneficiem a sociedade", afirmou Juliana Vicente, diretora do portfólio de saúde da Informa Markets.

O encontro reforçou ainda a necessidade de buscar soluções que garantam eficiência e equidade em um cenário no qual a saúde suplementar enfrenta pressões crescentes para responder às demandas da população.

MAIORIA DOS MINISTROS DO STF VOTA A FAVOR DE REGRAS CLARAS PARA COBERTURAS FORA DO ROL

(Gov) ANS – 18/09/2025

Com a decisão, o Supremo reafirma que cabe à ANS definir o que os planos têm obrigação de oferecer. Coberturas fora da lista deverão seguir critérios específicos

Em um importante julgamento finalizado na tarde desta quinta-feira, 18/9, o Supremo Tribunal Federal (STF) formou maioria sobre a necessidade de definição de critérios claros para a cobertura de procedimentos e tratamentos que não estão no Rol da ANS.

O julgamento analisou a validade da Lei 14.454/2022. O presidente do STF, Luís Roberto Barroso, foi o relator do caso e teve seu voto acompanhado por outros cinco ministros.

Pela proposta de Barroso, todos os critérios abaixo deverão ser cumpridos em caso de cobertura extra-rol:

- Prescrição por médico ou odontólogo assistente
- Inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol
- Ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol da ANS
- Comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina, baseada em evidências, necessariamente respaldadas por comprovações científicas de alto nível
- Existência de registro na Anvisa

"Com esta decisão, o STF reafirma que cabe à ANS a definição do rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde e que os casos excepcionais deverão ser tratados de acordo com regras objetivas. Trata-se de uma decisão equilibrada que, para além de garantir o direito do consumidor de forma coerente, reafirma a importância da saúde baseada em evidências, da capacidade institucional da agência reguladora e racionalidade decisória", pontuou o diretor-presidente eda ANS, Wadih Damou

COMO A IA EXPLICÁVEL REDUZ ERROS EM CLÍNICAS E MELHORA RESULTADOS

Saúde Business – 17/09/2025

A análise de exames por IA agiliza laudos, apoia decisões médicas e amplia a confiança entre médicos e pacientes.

Diferente de outros modelos de inteligência artificial, a aplicação da IA explicável em clínicas permite que médicos compreendam as razões por trás de cada recomendação, aumentando a confiabilidade das decisões e fortalecendo a prática médica com suporte tecnológico.

Esse modelo já está presente em ferramentas que auxiliam no reconhecimento de padrões clínicos, na análise de imagens médicas e no apoio à tomada de decisão em tempo real.

Com transparência e clareza nos resultados, a tecnologia se torna uma aliada para clínicas brasileiras que buscam diagnósticos mais seguros e atendimentos mais assertivos.

Ao longo deste artigo, você vai conhecer as aplicações práticas, os benefícios e os principais desafios dessa transformação digital.

IA explicável: como funciona e por que é essencial

A IA explicável em clínicas é uma abordagem de inteligência artificial que busca tornar transparentes as decisões dos algoritmos.

Diferente de modelos tradicionais, que funcionam como uma "caixa-preta", a XAI na medicina permite que médicos entendam os critérios usados pela máquina para chegar a um diagnóstico ou recomendação.

Essa abordagem garante mais clareza, aumenta a confiança dos profissionais e possibilita integrar a tecnologia de forma responsável. Além de fortalecer a segurança do paciente ao tornar os resultados mais compreensíveis e rastreáveis.

O conceito de inteligência artificial explicável se aplica de maneira prática no ambiente clínico. Ao analisar imagens de exames, por exemplo, o sistema não apenas aponta a possível alteração, mas também mostra em qual área detectou o padrão suspeito.

A transparência da ferramenta auxilia médicos a confirmarem diagnósticos e reduz o risco de erros, transformando a IA em um recurso de suporte à decisão clínica em vez de um substituto da prática médica.

Como utilizar a IA explicável em clínicas e hospitais

Antes de detalhar aplicações específicas, é importante entender como essa tecnologia apoia decisões médicas e melhora o fluxo de trabalho.

Suporte à decisão médica

A IA explicável em clínicas atua como ferramenta de apoio ao diagnóstico, oferecendo informações claras para médicos e equipes de saúde.

Em vez de apenas apresentar um resultado, o sistema mostra quais fatores levaram àquela conclusão, permitindo que o profissional valide ou questione o achado e reduzindo erros médicos em situações de maior complexidade.

Um exemplo prático está na análise de exames por IA, em que algoritmos de machine learning na saúde conseguem destacar áreas suspeitas em imagens de ressonância ou tomografia, indicando os pontos que motivaram a recomendação.

O mesmo ocorre em exames laboratoriais, nos quais a tecnologia identifica alterações em padrões sanguíneos e sinaliza possíveis anomalias de forma explicada.

Triagem inteligente de pacientes

Estudos recentes destacam que a IA explicável pode ser utilizada na triagem de clínicas para identificar, de forma rápida, casos que exigem atenção prioritária.

Ao analisar sintomas, exames e histórico clínico, o sistema aponta potenciais riscos e contribui para reduzir erros em diagnósticos complexos.

Na prática, essa tecnologia ajuda a priorizar casos urgentes, garantindo que pacientes com condições críticas recebam atendimento imediato. Com alertas claros e explicações detalhadas sobre cada recomendação, a equipe médica consegue organizar o fluxo de maneira mais segura, evitando atrasos e falhas na avaliação.

Eficiência operacional

A implementação da IA explicável em clínicas também impacta diretamente o fluxo operacional, tornando processos internos mais organizados e ágeis.

Ferramentas inteligentes auxiliam na distribuição de atendimentos e no acompanhamento de exames, reduzindo gargalos e retrabalho.

Diagnósticos e análises mais precisos diminuem a necessidade de repetir exames ou corrigir procedimentos, liberando tempo da equipe e melhorando a rotina clínica.

Benefícios da IA explicável para clínicas

A XAI oferece vantagens que fortalecem a segurança e a confiabilidade nos atendimentos médicos. Seus impactos se refletem tanto na prática clínica quanto na gestão do dia a dia das instituições de saúde.

Redução de erros diagnósticos

Com a inteligência artificial explicável, é possível identificar padrões e sinais clínicos de forma precoce, aumentando a precisão das análises. Essa clareza ajuda a minimizar diagnósticos incorretos e garante que pacientes recebam tratamentos adequados desde o início.

O recurso de explicar o raciocínio por trás das recomendações permite que médicos validem os resultados, tornando a redução de erros médicos uma consequência natural da integração da IA nos processos clínicos.

Melhoria na tomada de decisão

A tecnologia oferece suporte transparente para médicos e equipes clínicas, mostrando exatamente como cada resultado foi gerado. Essa abordagem facilita decisões mais seguras e aumenta a confiança na interpretação dos dados.

Explicações claras sobre recomendações da IA ajudam na comunicação entre profissionais e pacientes, permitindo que todos compreendam as bases do diagnóstico. Esse nível de transparência reforça a colaboração e a assertividade na escolha do melhor tratamento.

Eficiência clínica

A IA para clínicas médicas reduz o tempo gasto em revisões e conferências de exames, permitindo que os profissionais se concentrem no atendimento direto ao paciente. Processos mais ágeis garantem maior precisão e menos retrabalho.

A tecnologia contribui para um fluxo clínico mais organizado e otimiza a rotina dos médicos com menos interrupções e mais foco na qualidade do cuidado.

Retorno financeiro

A diminuição de retrabalho e a redução de exames repetidos impactam diretamente nos custos operacionais da clínica. Ao integrar a IA para diagnóstico médico, é possível economizar recursos e direcionar investimentos para áreas estratégicas do atendimento.

O uso da tecnologia não só melhora o desempenho clínico, mas também **potencializa resultados financeiros**, tornando os processos mais sustentáveis e vantajosos para a instituição.

Desafios e como superá-los

A implementação da IA explicável em clínicas apresenta desafios que precisam ser gerenciados com cuidado. Superá-los é essencial para garantir segurança, confiabilidade e resultados positivos no atendimento.

Garantir dados de qualidade e integridade

A qualidade dos dados clínicos é fundamental para que a IA funcione corretamente. Informações incompletas ou inconsistentes podem comprometer diagnósticos e reduzir a confiabilidade das recomendações.

Para superar esse desafio, é necessário implementar processos rigorosos de coleta, validação e atualização dos dados. A integração de prontuários eletrônicos, exames laboratoriais e imagens médicas garante informações precisas e seguras, permitindo que a tecnologia opere de maneira confiável.

Treinamento da equipe para interpretação de relatórios da IA

Mesmo com sistemas avançados, médicos e equipes clínicas precisam entender como interpretar os resultados fornecidos pela IA. Sem capacitação, o potencial da tecnologia pode ser subutilizado ou gerar interpretações equivocadas.

Investir em treinamentos, workshops e protocolos claros permite que os profissionais compreendam as recomendações da IA, reconheçam padrões e tomem decisões mais assertivas. Esse preparo transforma a tecnologia em uma ferramenta confiável de suporte à decisão clínica.

Conformidade regulatória (LGPD e boas práticas clínicas)

O uso da IA em clínicas exige atenção à LGPD e às normas éticas da saúde, garantindo proteção de dados e segurança do paciente. Falhas na conformidade podem gerar riscos legais e comprometer a confiança na tecnologia.

Para enfrentar esse desafio, é fundamental adotar políticas de governança de dados, controlar acessos e manter registros auditáveis.

A combinação de boas práticas clínicas com supervisão regulatória assegura que a implementação da IA explicável seja segura, ética e totalmente conforme a legislação vigente.

Caso de sucesso

A adoção da IA explicável em clínicas tem mostrado resultados concretos, com redução de erros diagnósticos e maior produtividade das equipes médicas.

Em clínicas de imagem e diagnóstico, a tecnologia permite identificar alterações com precisão, apresentando explicações detalhadas sobre os padrões detectados. Isso facilita a validação dos resultados e torna o atendimento mais seguro, ágil e confiável.

Um exemplo de grande impacto é o modelo crossNN, desenvolvido pelo Charité Universitätsmedizin Berlin. Essa rede neural explicável classifica mais de 170 tipos de câncer com alta acurácia e permite que médicos entendam como cada diagnóstico foi gerado, aumentando a confiança na tomada de decisão clínica.

Aplicado em exames de imagem e biópsias-líquidas minimamente invasivas, o crossNN identifica tumores complexos, como os cerebrais, com menor risco para os pacientes.

Desde a triagem inteligente e integração de exames até a gestão de fluxos hospitalares, a tecnologia permite decisões mais seguras e maior confiabilidade nos resultados, beneficiando tanto profissionais quanto pacientes.

Investir em soluções de IA para clínicas médicas é uma oportunidade de transformar o atendimento, melhorar a produtividade e reduzir custos com retrabalho e exames repetidos.

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

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

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

Milliman

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

milliman.com

© 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.