

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

08 de outubro de 2025

EVENTOS RECOMENDADOS



A Milliman participará como patrocinadora oficial do 29º Congresso ABRAMGE e do 28º Congresso Internacional da UNIDAS. Teremos stand Milliman em ambos. VENHAM NOS VISITAR!

29º CONGRESSO ABRAMGE

Um dos mais prestigiados e relevantes eventos da saúde suplementar na América Latina. Um encontro que reúne as maiores lideranças do setor, especialistas e autoridades nacionais e internacionais para discutir o presente e o futuro da saúde no Brasil.

Data: 30/10/2025 - Teatro Santander, Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 2041 – Itaim Bibi, São Paulo, SP

Inscrições e maiores informações em: [29º Congresso Abramge](#)

28º CONGRESSO INTERNACIONAL UNIDAS

O evento tem por objetivo explorar como a colaboração e a integração entre os diversos atores do ecossistema de saúde podem impulsionar a longevidade e fortalecer o propósito das operadoras de autogestão em saúde, preparando-as para a era da Saúde 5.0

Data: Dos dias 5 a 7 de novembro de 2025

Inscrições e maiores informações em: [28º Congresso Internacional UNIDAS - Longevidade e a preparação para a saúde do futuro em Salvador - Sympla](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[‘Se chegar o momento de impor regulação aos planos de saúde, iremos impor’, diz presidente da ANS](#) -
Fonte: O Globo

[O que clínicas ganham com prontuário eletrônico inteligente](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS divulga dados de movimentação de beneficiários em agosto](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Pessoas com depressão e ansiedade têm até três vezes mais risco de desenvolver doenças cardíacas](#) -
Fonte: Revista Cobertura

[Planos de saúde: Nova polêmica na ANS](#) - Fonte: O Globo

[Inteligência artificial no HIS 2025: preditiva, eficiente e sustentável](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS realiza webinar para apresentar atualização do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar](#) - Fonte:
(Gov) ANS

[Mercado ‘out of pocket’ transforma modelo de atendimento na área de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Desafios da inflação médica e o papel da tecnologia neste cenário](#) - Fonte: Medicina S.A

[O que a Saúde pode aprender com outros setores sobre engenharia de dados?](#) - Fonte: Saúde Business

[Como a saúde suplementar usa tecnologia para expandir cuidados com saúde mental](#) - Fonte: SEGS

[STJ proíbe cancelamento de plano de saúde durante tratamento de autismo](#) - Fonte: Conjur

‘SE CHEGAR O MOMENTO DE IMPOR REGULAÇÃO AOS PLANOS DE SAÚDE, IREMOS IMPOR’, DIZ PRESIDENTE DA ANS

O Globo – 08/10/2025

Wadih Damous quer a ampliação da oferta de planos de saúde individuais e vê ‘desequilíbrio brutal’ na livre negociação dos coletivos

Nos primeiros dias à frente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em setembro, o advogado Wadih Damous foi parado cerca de dez vezes durante uma caminhada no bairro onde mora, na Zona Sul do Rio. Eram usuários da Unimed Ferj em busca de respostas para as turbulências na operadora. Encontrar uma saída para o problema virou umas das prioridades da gestão, diz ele, mas não somente.

Em entrevista ao GLOBO, o diretor-presidente da ANS avalia que a baixa oferta de planos individuais obriga famílias a recorrerem a planos coletivos por adesão, sem regras para reajuste e rescisão, e que as operadoras precisam deixar claro que estão “contornando a regulação”.

Damous também considerou a possibilidade de regulação de aumento “fura-teto” dos contratos individuais, e afirmou que regras para aumento dos coletivos precisam ser discutidas:

— Quero colocar todo mundo na mesa de debate e negociação. Mas se chegar o momento de impor uma regulação, iremos impor.

Há dez anos os planos de saúde não crescem, apenas oscilando em 50 milhões de usuários. Como ampliar a cobertura?

Acabaram com a oferta de planos individuais. Sei que isso acontece porque eles têm reajuste e rescisão regulados. Foi uma maneira de (as operadoras) contornarem a regulação, já que os coletivos não são. Será que é um resultado bom para as operadoras?

Porque as carteiras envelhecem e não há oxigenação com a entrada de novos usuários. E com operadoras comprando hospitais e laboratórios, os pequenos planos tendem a se extinguir, o que diminui também a oferta no mercado. Daqui a pouco começamos a diminuir.

A saída então é ampliar a oferta de individuais?

Se não tem, vai ter que ter. As operadoras precisam explicar, de forma transparente, por que não comercializam plano individual. A solução que se encontrou foi o “falso coletivo” (coletivos por adesão), que obriga as famílias a abrir empresa para ter plano de saúde.

E quando se debate a regulação do reajuste do coletivo, as empresas argumentam que têm livre negociação entre as partes. Que livre negociação existe entre uma família e

empresas gigantes? Nem grandes empresas têm essa expertise, é uma assimetria brutal de informação e técnica.

Uma maneira de negociar isso é com a revisão técnica (o reajuste “fura teto” dos contratos individuais), algo muito desejado pelas empresas.

Como assim?

Isso está na agenda regulatória. No âmbito da revisão técnica, a empresa demonstra que precisa de um reajuste maior porque não está bem, mas tem que ter uma contrapartida que é retomar a oferta de plano individual. Não estou aderindo à revisão técnica, mas é algo que acontece, como foi em 2024 e 2025 com a Unimed Ferj. Quero criar um ambiente de amplo debate.

A ANS tentou criar regras para o reajuste dos coletivos, mas a discussão acabou suspensa pela Justiça.

A ANS não pode abrir mão do seu papel regulatório. É claro que regular não significa impor, e a lei estabelece o itinerário de amplo debate com as instituições antes da ANS deliberar. Quero colocar todo mundo na mesa de debate e negociação. Mas se chegar o momento de impor uma regulação, nós iremos impor.

Empresas defendem planos apenas para consultas e exames para crescer. Esse debate acabou suspenso na ANS, aguardando decisão do STJ. Como vê esse tipo de produto?

Tem que ser mais amplamente debatido. Os usuários criticaram, as entidades de defesa do consumidor criticaram. Não tinha um mínimo consenso. Há ponderações aceitáveis de lado a lado. Está em pauta, mas isso tem que ser mais amplamente debatido.

Quais são as prioridades da gestão?

Há prioridades que são estruturantes. Quero muito tratar de linhas de prevenção em saúde. Os técnicos da ANS já me informaram que desde que a agência existe se tenta pautar isso, mas sem resultados. Quero conversar com as operadoras. No médio e longo prazo isso é bom para as empresas, mas precisa se refletir depois os preços.

E há prioridades emergenciais, como Unimed Ferj. Temos que normalizar o atendimento. Não tem como deixar as pessoas morrerem de câncer porque não tem atendimento.

Como está este assunto?

A direção técnica está trazendo informações importantes. Minha posição, e acho que vai ser a da diretoria colegiada, é de que isso tem que ser resolvido pelo Sistema Unimed. Por isso eles e a Central Nacional Unimed estão participando das reuniões, porque representam o sistema e terão que se responsabilizar pelo atendimento.

Se isso vai implicar pagamento de dívida, é uma questão deles, mas terão que garantir o atendimento.

Há alguma chance de uma nova migração da carteira para outro braço do Sistema Unimed?

Já externei à diretoria colegiada que minha posição é de que o Sistema Unimed, pelo menos nesse primeiro momento, assuma os usuários da Unimed Ferj que estão fora do estado do Rio. São cerca de 50 mil vidas, o que a própria operadora disse que viabilizaria (financeiramente) as operações aqui.

Acho que pode ser o caminho, porque se não, será o fim da Unimed Ferj, e isso não interessa a ninguém. Como ficariam os usuários? É uma carteira de altíssima sinistralidade. Eles seriam aceitos por outras operadoras? Com certeza teria seleção de risco.

O STF decidiu aumentar as regras para cobertura de procedimentos fora do rol. Como avalia a decisão?

Me afino mais com o voto do ministro Flávio Dino. Essa não é a posição da ANS, é a minha. Meu medo com a decisão resultante, que foi a posição do ministro Luís Roberto Barroso, é que aumente a insatisfação dos consumidores, o que pode acabar exacerbando as reclamações na Justiça e na ANS, porque, de uma certa maneira, restringiu o acesso.

A judicialização é um problema no setor. Só nesse ano, foram mais de 185 mil ações ...

Esse excesso de judicialização é uma derrota para a ANS. Muitas pessoas não sabem que existe a NIP (notificação de intermediação preliminar, tipo de queixa junto à agência). Muitas das questões podem ser resolvidas protocolando uma reclamação, mas acabam indo para o judiciário.

É claro que as questões ligadas à saúde são muitas vezes urgentíssimas, como uma cirurgia ou um tratamento que o plano não está autorizando. Mas até esses episódios extremos poderiam ser resolvidos via ANS.

Assim como outras reguladoras, a ANS passa por um cenário delicado de orçamento. Como é o diálogo com o governo?

O orçamento é hoje menor do que há 10 anos. Temos problemas de pessoal, de equipamento, de cafezinho. O governo tem que reconhecer a relevância de uma agência como a ANS. Com esse orçamento, não dá. Quero sensibilizar o ministro Padilha e a ministra Esther Dweck, levar um diagnóstico e uma proposta. Ou seja, passar o pires.

O QUE CLÍNICAS GANHAM COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO INTELIGENTE

Saúde Business – 09/10/2025

Benefícios do PEP na saúde incluem automação, segurança de dados clínicos e maior eficiência em clínicas e hospitais.

A transformação digital na saúde deixou de ser tendência e passou a ser realidade no dia a dia de clínicas e hospitais. A digitalização de registros médicos abriu espaço para novos modelos de atendimento, mais ágeis, seguros e integrados.

Nesse cenário, surge uma questão que muitos gestores se fazem: o que clínicas ganham com prontuário eletrônico inteligente?

Ao lado de tecnologias como inteligência artificial em hospitais e análise de dados, esses sistemas inteligentes para clínicas ajudam a reduzir erros, personalizar tratamentos e melhorar a experiência do paciente.

O que é um prontuário eletrônico inteligente

O prontuário eletrônico já é realidade em muitas clínicas e hospitais, mas a evolução para versões inteligentes trouxe um novo patamar de eficiência.

Diferente dos modelos tradicionais, usados apenas para registrar informações clínicas em formato digital, o prontuário eletrônico inteligente atua como um sistema integrado, capaz de apoiar a tomada de decisão clínica e otimizar toda a gestão.

A principal diferença está na forma como esses sistemas inteligentes para clínicas utilizam recursos de automação, análise de dados clínicos e interoperabilidade em saúde.

Em vez de funcionar apenas como repositório de registros médicos digitais, o prontuário eletrônico inteligente conecta diferentes áreas da assistência, promove a automatização de processos clínicos e possibilita a integração com laboratórios, operadoras e ferramentas de telemedicina.

Benefícios do prontuário eletrônico para clínicas e hospitais

Quando a conversa sai da “digitalização de registros médicos” e vai para sistemas inteligentes para clínicas, o ganho deixa de ser apenas organizacional.

Um prontuário eletrônico com IA, automação e interoperabilidade conectam setores, agiliza processos, apoia decisões e reforça a segurança. Resultado: maior eficiência, menos retrabalho e uma base sólida para a saúde baseada em evidências.

Para quem gerencia a operação, o impacto aparece em uma agenda mais fluida, indicadores confiáveis e integração com faturamento, convênios e telemedicina — cenário alinhado à gestão hospitalar digital e à LGPD na saúde.

Eficiência operacional e redução de erros

- **Automatização de processos clínicos:** checklists, prescrições digitais e protocolos padronizados eliminam retrabalho e minimizam inconsistências. Alertas automáticos reduzem a chance de interações medicamentosas e reforçam a redução de erros médicos com tecnologia.
- **Registros médicos digitais estruturados:** dados comparáveis facilitam auditorias, evitam perdas de informação e garantem rastreabilidade em conformidade com normas de compliance.
- **Análise de dados clínicos:** relatórios de produtividade e indicadores assistenciais expõem gargalos como atrasos no agendamento, alta taxa de cancelamentos, tempo excessivo de espera para exames ou uso ineficiente de leitos.

Aquidade no acesso às informações médicas

- **Prontuário eletrônico integrado:** consultas, exames e histórico ficam disponíveis em tempo real, tanto no consultório quanto em telemedicina.
- **Personalização no atendimento em saúde:** dados completos permitem condutas individualizadas e acompanhamento contínuo para uma experiência mais personalizada.
- **Segurança de dados médicos:** recursos como criptografia, controle de acesso e auditoria garantem conformidade com a LGPD sem comprometer a usabilidade.

Integração com outros sistemas de saúde

- **Interoperabilidade em saúde:** conexões com laboratórios, operadoras e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) asseguram um fluxo contínuo de informações.
- **Dados integrados, cuidado mais preciso:** experiências com oncologia personalizada mostram como a integração de dados clínicos, genéticos e de dispositivos vestíveis pode orientar terapias mais assertivas.
- **Gestão hospitalar digital unificada:** quando todos os dados estão em um único ecossistema, equipes multiprofissionais atuam com maior coordenação,

otimizam recursos e fortalecem a qualidade do cuidado.

Apoio à tomada de decisão clínica com dados inteligentes

- **Inteligência artificial em hospitais:** algoritmos auxiliam na detecção de padrões, na previsão de riscos e dão apoio à prescrição, aumentando a eficiência sem substituir o olhar clínico.
- **Saúde baseada em evidências:** dashboards e indicadores revelam adesão a protocolos, monitoram qualidade e sinalizam oportunidades de melhoria.

Desafios e pontos de atenção na adoção

A implantação de um prontuário eletrônico inteligente oferece ganhos claros, mas traz cuidados indispensáveis. O sucesso de sistemas inteligentes para clínicas depende, primeiramente, da capacitação dos profissionais.

Sem treinamento, a tecnologia pode gerar falhas de registro e atrasos. Programas claros de capacitação, manuais digitais e suporte contínuo garantem que médicos e colaboradores usem o prontuário eletrônico do paciente de forma correta, aproveitando todo o potencial de eficiência em clínicas e hospitais.

A segurança de dados médicos deve acompanhar qualquer projeto de gestão hospitalar digital. A LGPD exige consentimento explícito, transparência no uso e exclusão de informações que não são mais necessárias.

Clínicas que descumprem a lei enfrentam multas milionárias e danos à reputação. Sistemas com criptografia, controle de acesso e auditoria asseguram proteção e reforçam a confiança entre pacientes e profissionais.

Futuro do prontuário eletrônico do paciente

O ecossistema de saúde no Brasil passa por uma revolução digital que conecta hospitais, clínicas, laboratórios, operadoras e pacientes em um mesmo fluxo de cuidado.

Com isso, o prontuário eletrônico deixa de ser apenas registro e assume papel estratégico na prevenção, antecipando complicações e fortalecendo a gestão hospitalar digital.

O prontuário eletrônico inteligente deixou de ser apenas uma ferramenta administrativa e passou a integrar a transformação digital na saúde. Ao combinar eficiência, integração de dados e segurança jurídica, ele fortalece a confiança entre pacientes e profissionais.

A personalização do atendimento, somada ao uso de inteligência artificial para análise preditiva, indica um futuro mais preventivo e sustentável. Para clínicas e hospitais, a adoção da medicina digital significa entregar cuidado de qualidade com inovação e responsabilidade.

ANS DIVULGA DADOS DE MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM AGOSTO

(Gov) ANS – 06/10/2025

Confira os números de adesões e cancelamentos a planos de saúde. Informações estão disponíveis no portal da ANS



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira, 6/10, os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a agosto de 2025. Os planos de assistência médica contabilizaram 53.005.337 de beneficiários e os planos exclusivamente odontológicos totalizaram 34.657.191 usuários. No período, houve um total de 1.220.484 adesões e 1.031.237 cancelamentos. Os dados podem ser conferidos na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta do portal da reguladora.

Nos planos médico-hospitalares, agosto contou com mais 189.247 beneficiários em relação ao mês anterior, o que levou a saúde suplementar a alcançar, pela primeira vez, a casa dos 53 milhões de beneficiários. Se o comparativo for em relação ao mesmo mês em 2024, houve aumento de 1.290.410 beneficiários no setor.

Nos planos exclusivamente odontológicos, 987.557 beneficiários incrementaram o setor em agosto deste ano, se compararmos com o mesmo mês em 2024. De julho de 2025 para agosto, houve um aumento de 326.053 beneficiários.

Já nos estados, no comparativo com agosto de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em todas as unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Amazonas os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 22 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná os estados com

maior crescimento em números absolutos. O aumento do número de beneficiários nos estados mais populosos do Brasil é estatisticamente esperado, uma vez que a maior base populacional desses locais amplia naturalmente a capacidade de crescimento do setor. Em termos percentuais, entre os planos de assistência médica, Amazonas e Distrito Federal apresentaram os maiores aumentos percentuais no período: 12,66% e 6,65% respectivamente. Já entre os planos de assistência odontológica, Roraima e Distrito Federal apresentaram os maiores percentuais de aumento: 8,55% e 7,64%.

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Adesões e cancelamentos

O crescimento no último mês foi resultado da inclusão de 1.220.484 novos vínculos e o cancelamento de 1.031.237 vínculos. É importante reforçar que se trata de vínculos e não de indivíduos, podendo um mesmo indivíduo ser beneficiário em mais de um plano. Também cabe destacar que os novos vínculos, ou adesões, referem-se a todo tipo de entrada, tais como novos beneficiários, transferência de carteira, mudança voluntária de plano etc. Da mesma forma, os cancelamentos referem-se a todo tipo de saída, como encerramento do contrato de plano coletivo de uma empresa, saída de beneficiários do setor, óbito etc.

Estes números indicam uma taxa de rotatividade (semelhante ao turnover de uma empresa) no mês de agosto de 1,95%, ou seja, 1.031.237 vínculos ativos foram substituídos no mês. No acumulado de 12 meses, verificaram-se 15.477.953

adesões e 14.187.543 cancelamentos, resultando em uma taxa de rotatividade de 24,37%.
Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por unidade federativa em diferentes períodos

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Período	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
ago/25	38.523.999	5.873.576	209	8.582.807	24.746	53.005.337
jul/25	38.314.128	5.872.365	209	8.604.557	24.831	52.816.090
jun/25	38.188.282	5.875.954	208	8.613.405	24.908	52.702.757
mai/25	38.028.474	5.860.151	209	8.625.844	24.990	52.539.668
abr/25	37.768.123	5.849.157	209	8.623.669	24.941	52.266.099
mar/25	37.689.038	5.847.210	210	8.631.224	25.010	52.192.692
fev/25	37.502.341	5.853.806	210	8.657.093	25.082	52.038.532
jan/25	37.469.481	5.858.942	210	8.683.854	25.166	52.037.653
dez/24	37.437.730	5.889.954	210	8.711.572	25.251	52.064.717
nov/24	37.249.386	5.894.634	211	8.721.437	25.326	51.890.994
out/24	37.252.419	5.909.202	211	8.736.136	25.395	51.923.363
set/24	37.157.075	5.904.091	211	8.753.847	25.489	51.840.713
ago/24	37.020.455	5.908.442	211	8.760.255	25.564	51.714.927

Número de beneficiários com planos exclusivamente odontológico por tipo de contratação						
Período	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
ago/25	25.826.196	3.078.975	1.257	5.748.606	2.157	34.657.191
jul/25	25.546.642	3.080.993	1.260	5.700.079	2.164	34.331.138
jun/25	25.364.752	3.094.951	1.262	5.688.861	2.168	34.151.994
mai/25	25.197.962	3.071.131	1.264	6.316.354	2.174	34.588.885
abr/25	24.931.701	3.027.049	1.265	6.673.183	2.176	34.635.374
mar/25	24.814.599	3.038.558	1.265	6.671.210	2.181	34.527.813
fev/25	24.671.431	3.030.669	1.266	6.676.232	2.190	34.381.788
jan/25	24.607.218	3.044.646	1.268	6.695.554	2.197	34.350.883
dez/24	24.625.555	3.034.982	1.272	6.775.650	3.107	34.440.566
nov/24	24.444.902	3.026.102	1.273	6.793.309	3.112	34.268.698
out/24	24.313.928	3.020.776	1.273	6.793.434	3.124	34.132.535
set/24	24.117.999	2.976.414	1.274	6.859.733	3.130	33.958.550
ago/24	23.833.724	2.964.232	1.274	6.867.273	3.131	33.669.634

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	ago/24	ago/25	ago/24	ago/25
Acre	45.045	46.335	21.382	19.834
Alagoas	385.145	389.616	430.831	425.055
Amapá	63.550	65.415	47.617	47.782
Amazonas	624.876	704.001	577.909	611.749
Bahia	1.709.173	1.786.151	1.881.123	1.903.214
Ceará	1.457.550	1.486.245	1.381.140	1.423.872
Distrito Federal	950.017	1.013.224	680.228	732.228
Espírito Santo	1.324.753	1.381.325	819.455	871.565
Goiás	1.925.473	1.960.126	948.290	957.806
Maranhão	526.679	534.713	371.539	363.569
Mato Grosso	682.792	687.588	295.736	303.336
Mato Grosso do Sul	675.952	686.954	353.678	364.348
Minas Gerais	5.768.572	5.891.497	2.972.812	3.033.919
Pará	894.109	901.370	571.023	571.902
Paraíba	459.568	477.559	539.647	561.682
Paraná	3.131.147	3.197.410	1.891.388	2.007.984

Pernambuco	1.425.130	1.455.011	1.337.777	1.379.233
Piauí	410.463	414.098	232.369	239.911
Rio de Janeiro	5.528.538	5.601.680	3.787.122	3.950.445
Rio Grande do Norte	619.190	640.219	572.148	610.587
Rio Grande do Sul	2.608.317	2.672.141	1.078.031	1.099.166
Rondônia	159.728	165.626	132.747	120.287
Roraima	31.061	32.356	13.479	14.632
Santa Catarina	1.689.777	1.736.621	916.609	980.621
São Paulo	18.115.764	18.557.101	11.407.515	11.651.836
Sergipe	338.435	343.018	260.444	259.232
Tocantins	125.801	131.748	141.523	145.903

PESSOAS COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE TÊM ATÉ TRÊS VEZES MAIS RISCO DE DESENVOLVER DOENÇAS CARDÍACAS

Revista Cobertura – 06/10/2025

Transtornos mentais têm relação direta com a incidência de problemas cardiovasculares

Apesar de muitas vezes serem tratados de forma individualizada, os transtornos mentais representam um sinal de alerta para diversos outros problemas de saúde. Depressão, ansiedade e estresse, por exemplo, estão diretamente ligados à uma incidência maior de doenças cardiovasculares, como infarto, AVC e hipertensão.

É o que atesta, por exemplo, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Segundo o ELSA-BRASIL, pessoas com depressão e ansiedade têm até três vezes mais risco de desenvolver doenças cardíacas do que aquelas sem esses transtornos. Essa afirmação se agrava em um cenário global que ainda se recupera das cicatrizes da pandemia de covid-

19, que segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aumentou em 25% os casos de distúrbios psicológicos.

“A saúde do coração está intimamente ligada à saúde da mente”, afirma a Dra. Cristina Milagre, cardiologista e médica do esporte do Hcor. “Os distúrbios mentais aumentam os níveis de estresse e a liberação de hormônios como o cortisol, que podem causar inflamação crônica, elevação da pressão arterial, desregulação metabólica e até alteração no ritmo cardíaco. Além disso, pessoas em sofrimento psíquico tendem a ter mais dificuldade para manter hábitos saudáveis, como praticar atividades físicas e seguir uma alimentação equilibrada”, explica.

No Brasil, estima-se que mais de 18 milhões de pessoas convivam com transtornos de ansiedade, e cerca de 12 milhões com depressão. Por ano, o país registra mais de 380 mil infartos por ano, com aproximadamente 100 mil mortes.

Os distúrbios mentais podem, muitas vezes, manifestar-se de forma silenciosa. Por isso, não devem ser ignorados quaisquer tipos de sintomas – quanto antes o diagnóstico acontecer, mais fácil será encontrar o tratamento mais apropriado.

Segundo Silvia Cury, Gerente de Saúde Mental do Hcor, a prevenção contra transtornos mentais gira em torno de três eixos: a busca por apoio psicológico, manter uma rotina de cuidados com o corpo, com boa alimentação e prática regular de exercícios e manter um canal aberto de diálogo com o seu médico de confiança.

“Cuidar da saúde mental não é apenas uma questão emocional. É uma estratégia concreta de prevenção de doenças físicas, especialmente as cardiovasculares, que ainda são a principal causa de morte no Brasil e no mundo”, destaca Silvia.

PLANOS DE SAÚDE: NOVA POLÊMICA NA ANS

O Globo – 03/10/2025

Após o desgaste causado pela discussão de um plano só de consultas e exames em um sandbox, a proposta da realização de uma consulta pública para discutir a substituição de ativos garantidores das operadoras de planos de saúde por títulos precatórios do governo federal pelo seu valor de face é a nova polêmica dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na avaliação da Associação dos Servidores e Demais Trabalhadores da ANS, o debate sobre o tema marcado para a reunião da diretoria colegiada nesta segunda-feira, dia 6, sequer deveria ser feito. Em carta enviada a todos os diretores, nesta quinta-feira a Assetans afirma que antes de ser discutida com a sociedade é necessário que o tema seja "debatido e avaliado pelo qualificado corpo técnico que se debruça sobre a matéria na ANS."

A discussão parece muito técnica, mas o fato é que os ativos garantidores são a garantia de equilíbrio financeiro dos planos de saúde, gerando proteção para o consumidor. Em última instância, estes ativos garantidores são o que vão manter o atendimento aos consumidores em caso de insolvência das operadoras. Por isso, essa mudança é considerada de grande relevância. O assunto tem mobilizado nos bastidores inclusive executivos de grandes operadoras que consideram que a mudança reduziria a segurança do setor, o que poderia contaminar a imagem da saúde suplementar como um todo.

Apesar de serem historicamente considerados de risco relativamente baixo quando comparados a precatórios estaduais ou municipais, o corpo técnico da ANS, lembra que os precatórios federais apresentam, em 2025, um grau significativo de incerteza, refletindo tanto o contexto macroeconômico nacional quanto uma cultura de sucessivas alterações das regras de pagamento pelo Poder Público. Outro ponto é, o fato de o deságio (diferença entre o valor de face do precatório e o preço efetivamente pago ao vendedor no mercado secundário) ter disparado. Estudos recentes e reportagens de grandes veículos do mercado mostram deságios que vão de 30% a 60% para precatórios federais em posição normal de fila, e ainda maiores para títulos estaduais ou municipais. Pela proposta, a ANS aceitaria o registro dos

precatórios pelo seu valor de face, ponto considerado muito controverso

Pesa ainda o fato que ao contrário das aplicações financeiras tradicionais, precatórios não são custodiados por centrais que garantam seu registro, negociação e liquidação eletrônicas, tal como a CETIP, SELIC e CBLC.

Além disso, especialistas chamam atenção para o fato que os rendimentos das aplicações financeiras tradicionais têm papel importante no resultado do setor.

Autor da proposta, Jorge Aquino, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, diz que o blog foi o primeiro a lhe procurar sobre o tema. Aquino conta que não foi procurado pelo corpo técnico, por outros diretores ou qualquer representante das empresas. Para o diretor, não há motivo para que a proposta não seja discutida, afinal, diz ele, seria a abertura de uma consulta pública, o debate com a sociedade:

- O que está sendo proposto é uma consulta pública para aprimoramento das medidas prudenciais. O Banco Central, a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional aceitam os precatórios para pagamento de dívidas. Eu não vejo nenhum risco que possa vedar um debate. Numa sociedade democrática, nenhum tema deve ser vedado o debate de nenhum tema, ainda mais o debate público. Se a proposta for derrotada, tudo bem, se a diretoria decidir não abrir a consulta ok, mas é minha prerrogativa sugerir medidas prudenciais e eu não vou me furtar de fazê-lo - diz Aquino.

A expectativa dos servidores é que seja feita uma reavaliação e a pauta pudesse sair da pauta. Até o fim da tarde desta sexta-feira, no entanto, continuava a previsão do debate.

Veja a carta enviada pela Assetans aos diretores:

Prezados Diretores,

Boa noite!

Nossos cordiais cumprimentos!

Conforme ofício anexo, informamos que a ASSETANS foi procurada por servidores, bastante preocupados com matéria que será proposta na próxima reunião da Diretoria Colegiada da ANS, em 06 de outubro de 2025, acerca de alteração da Resolução Normativa nº 521, que versa sobre ativos garantidores. Foi externalizada grande preocupação com o rito de proposição da alteração, sem subsídios técnicos, além da natureza da matéria, cuja proposta, à princípio, seria a substituição de ativos garantidores por valores precatórios.

Tendo em vista o risco à imagem institucional da ANS, frente a proposição de alteração de tamanha relevância, sem o devido debate técnico, a ASSETANS vem se manifestar no sentido de que tal proposta não seja impulsionada, nem mesmo como consulta pública, sem que o tema seja, primeiramente, debatido e avaliado pelo qualificado corpo técnico que se debrucha sobre a matéria na ANS.

Reiteramos que a ASSETANS está à disposição para estreitar o diálogo na busca por soluções que garantam uma regulação justa e sustentável para a sociedade brasileira.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO HIS 2025: PREDITIVA, EFICIENTE E SUSTENTÁVEL

Saúde Business – 03/10/2025

Evento ressalta a tecnologia e dados ampliam acesso, aceleram diagnósticos e transformam o cuidado ao paciente.

A inteligência artificial (IA) tem ganhado cada vez mais protagonismo no setor da saúde, transformando desde o diagnóstico até o acompanhamento contínuo de pacientes. No Healthcare Innovation Show (HIS), principal evento de tecnologia e inovação na saúde da América Latina, médicos, especialistas e lideranças do setor compartilharam os rumos da tecnologia nos próximos anos.

A incorporação da IA em fluxos clínicos já é realidade na Prevent Senior, onde soluções digitais vêm ajudando a reduzir o tempo de diagnóstico e a antecipar riscos graves. Fabrício Machado, diretor de Inovação da Prevent Senior, abordou o tema no palco Cuidado Digital e Humanizado I Gestão Clínica.

Um exemplo é o Lunit Insight, plataforma de IA que auxilia radiologistas na análise de radiografias de tórax. Com precisão de 94%, o sistema emite alertas para situações críticas, como pneumotórax, garantindo que nenhum laudo importante passe despercebido.

“Essa é a tecnologia trabalhando a favor do sistema de saúde. Conseguimos reduzir em até 50% o tempo de diagnóstico e, com isso, agilizar o início do tratamento”, afirmou.

Outra frente de inovação está em um copiloto inteligente de apoio à decisão médica, capaz de identificar riscos de sepse entre 6 e 12 horas antes do aparecimento de sinais clínicos. “Sepse é uma condição de difícil percepção, sobretudo, em pacientes idosos e crianças, e pode ser fatal. A IA nos dá uma janela de ação muito mais ampla, reduzindo a mortalidade em até 20%”, explicou.

Machado também citou estudos internacionais, como o Apple Heart Study, conduzido pela Universidade de Stanford (Estados Unidos) em parceria com a Apple. A pesquisa, com mais de 400 mil participantes, analisou a capacidade do Apple Watch de detectar arritmias cardíacas, especialmente a fibrilação atrial.

“O valor preditivo positivo chegou a 84% e, entre os participantes que receberam o alerta, 76% procuraram atendimento médico. É um exemplo claro de como tecnologias vestíveis podem empoderar o paciente a tomar decisões rápidas sobre sua saúde”, ressaltou Machado.

IA, dados e valor

No HIS 2025, a inteligência artificial também foi o foco central da MV, que inaugurou o palco Inteligência Artificial na Prática nesta edição. “Acreditamos que a IA é um caminho sem volta e que precisa ser discutida de forma prática, com casos reais de impacto para pacientes, gestores e instituições”, afirmou o CEO da MV, Paulo Magnus.

No painel “IA, Dados e Valor: o tripé da nova saúde”, conduzido por Magnus, especialistas reforçaram que a qualidade dos dados é fator determinante para o sucesso de qualquer iniciativa de inteligência artificial no setor de saúde. “Sem dados de qualidade, a IA é apenas um algoritmo”, destacou o mediador.

Para o consultor de Tecnologia e Inovação da Unimed João Pessoa, Dênio Mariz, o desafio é tanto cultural quanto tecnológico. “A inteligência artificial aprende com os dados que fornecemos. Por isso, evoluir na preparação e qualificação dessas informações é essencial para que a tecnologia entregue valor real”, afirmou.

Mariz chamou a atenção para a necessidade de investimentos consistentes em segurança da informação, muitas vezes orçamentos de TI não acompanham a sofisticação crescente dos ataques cibernéticos.

“Gosto de falar aos gestores sobre o COI (Cost of Inaction). Qual o custo de não agir diante de riscos tão evidentes? É preciso refletir, qual seria o preço se todos os dados de uma instituição desaparecessem?”, provocou.

Ao abordar o papel da IA na medicina preventiva, o consultor citou iniciativas da Unimed João Pessoa para aproveitar dados laboratoriais de beneficiários que antes não

retornavam para os prontuários. “Com esses dados, conseguimos criar grupos de risco e tratar cada paciente de forma mais personalizada. É um futuro em que reduzimos custos sem perder qualidade”, explicou.

Já Shenandoan Daur, CIO do Real Hospital Português, compartilhou caso prático em que a IA gerou impacto imediato: a revitalização de um equipamento de ressonância magnética que já estava defasado.

“Com um algoritmo de mercado, inspirado em tecnologias usadas em videogames, conseguimos reconstruir imagens e praticamente dar uma nova vida ao aparelho. O tempo de exposição do paciente caiu pela metade”, relatou.

Além disso, Daur destacou o interesse do hospital em iniciativas voltadas à otimização do tempo médico. “A nossa expectativa é usar IA em modelos de transcrição para tirar o médico da tela do computador e devolvê-lo ao paciente. Também a análise de métricas para gerar previsões no centro de emergências, criando um atendimento mais ágil e assertivo”, completou.

Telessaúde amplia acesso e reduz barreiras

Outra pauta de destaque no HIS 2025 foi a telessaúde, uma ferramenta que está ampliando o acesso ao cuidado no país. Para Guilherme Rabello, head de Inovação do InCor, o segredo não está em tecnologias futuristas, mas em soluções simples, acessíveis e escaláveis, capazes de gerar alto impacto nos desfechos clínicos com baixo custo.

“Estamos falando de dispositivos portáteis para diagnóstico rápido ou de plataformas de telemonitoramento com

algoritmos básicos, mas altamente eficazes. O segredo está menos no futuro distante e mais em como aplicamos tecnologias já disponíveis de forma inteligente”, explicou Rabello.

Apesar do potencial, a implementação em sistemas públicos de saúde, como o SUS, enfrenta obstáculos que vão além da tecnologia. “O desafio não é apenas técnico, mas cultural e de gestão. Se não houver desenho de fluxos claros e engajamento dos profissionais, a inovação se perde no caminho. É por isso que a saúde digital precisa andar de mãos dadas com educação e governança”, reforçou.

Do ponto de vista do paciente, os resultados são imediatos: diagnósticos mais rápidos, menos tempo em filas, acompanhamento contínuo e prevenção de complicações. “Para o paciente, isso significa mais acesso e qualidade no cuidado. Para o sistema, significa sustentabilidade de gastar menos tratando complicações e investir mais em prevenção. É o típico caso de ganhar duas vezes: o paciente melhora e o sistema economiza”, destacou.

Um exemplo que já se tornou realidade é a telemedicina, prática que ganhou força na pandemia e hoje representa uma mudança estrutural no acesso à saúde.

“A telemedicina permite consultas à distância por videoconferência ou plataformas digitais, algo fundamental em áreas rurais e remotas, onde o deslocamento é caro e demorado. É uma solução que reduz custos e amplia o acesso a especialistas, com impacto social enorme”, concluiu Rabello.

ANS REALIZA WEBINÁRIO PARA APRESENTAR ATUALIZAÇÃO DO MAPA ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 03/10/2025

Ferramenta traz os dados de produção assistencial do setor de 2024; evento terá transmissão ao vivo no dia 10/10 a partir das 10h

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, no dia 10/10, um webinar para apresentar as informações do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar referentes ao ano-base 2024. O evento terá início às 10h e será transmitido ao vivo pelo canal da Agência no YouTube.

Na mesma data, essas informações estarão disponíveis de forma detalhada no painel dinâmico [Mapa Assistencial da Saúde Suplementar](#), no portal da Agência. A ferramenta possibilita a consulta de dados de produção dos serviços de saúde prestados pelas operadoras de planos de saúde, por ano-base, e de indicadores de produção assistencial desde 2019, permitindo uma avaliação da variação de alguns procedimentos selecionados em relação aos anos anteriores. Com a atualização, será possível verificar a quantidade de procedimentos realizados, entre consultas, exames, terapias

e cirurgias em 2024, entre outras informações.

Além da atualização dos dados assistenciais, a ANS apresentará um estudo inédito com as estatísticas sobre a evolução das despesas com medicamentos de 2019 a 2024, abrangendo tanto aqueles administrados em atendimentos prestados aos beneficiários em serviços ambulatoriais e hospitalares, quanto os fornecidos diretamente pelas operadoras. O tema ganha relevância diante da transformação em curso na indústria farmacêutica, marcada por avanços tecnológicos, que ampliam as opções terapêuticas e aumentam a complexidade dos tratamentos. Esses fatores, somados ao envelhecimento da população e à maior prevalência de doenças crônicas, contribuem para elevar a demanda por medicamentos e seus custos assistenciais, tornando essencial o acompanhamento desse cenário.

Qualquer interessado poderá participar do evento. Para se inscrever e conferir a programação do evento, [clique aqui](#).

MERCADO 'OUT OF POCKET' TRANSFORMA MODELO DE ATENDIMENTO NA ÁREA DE SAÚDE

Saúde Business – 02/10/2025

O mercado de saúde brasileiro passa por uma transformação significativa e o modelo direct to consumer (DTC) ou out of pocket ganha protagonismo. No Healthcare Innovation Show (HIS), o painel “B2B ou B2C: a saúde está pronta para chegar ao coração e ao bolso dos consumidores?” revelou dados surpreendentes sobre este segmento que já movimenta mais recursos que a própria saúde suplementar.

Mercado out of pocket supera saúde suplementar

Brasil gastou aproximadamente 1,08 trilhão de reais em saúde em 2024, segundo dados da Anahp, apresentados por Emerson Gasparetto, CEO da UNIO e colunista do Saúde Business.

Deste montante, 460 bilhões foram destinados ao SUS, enquanto o gasto com out of pocket atingiu 317 bilhões de reais, superando os 309 bilhões investidos em saúde suplementar. Estes números evidenciam a magnitude de um mercado que muitas vezes passa despercebido pelos gestores do setor.

No modelo DTC ou out of pocket, que significa pagar do próprio bolso, o paciente tem a despesa de um tratamento pago diretamente ao médico, em vez de ser coberto por um plano de saúde.

O formato está promovendo uma mudança cultural significativa na relação médico-paciente. Profissionais que atuam neste segmento passaram a se referir aos pacientes como “clientes”, o que reflete uma dinâmica de atendimento mais próxima ao varejo.

Para Gasparetto, a escalabilidade deste mercado pode gerar impactos positivos significativos no sistema de saúde brasileiro. “Desafogaria o SUS e ampliaria o acesso para quem ainda não tem saúde suplementar”, pontua.

Atualmente, 47% da população brasileira escolhe com o que gastar em saúde, o que corresponde a 102 milhões de brasileiros de baixa e média renda sem acesso à saúde suplementar. Os dados foram demonstrados por Paulo Yoo, diretor médico do Dr. Consulta, a partir de informações do Morgan Stanley, IBGE e Company.

Hapvida: adaptação regional e atendimento personalizado

Jorge Aguiar, diretor corporativo de TI da Hapvida, compartilhou os desafios enfrentados pela operadora na transição para um modelo mais personalizado.

“Com a unificação da operação da Hapvida com a Notre Dame, que aconteceu nos últimos três anos, nossa base de

dados recebeu um volume expressivo de planos individuais, no quais quem paga é o próprio beneficiário”, explica.

Com 9 milhões de vidas em todo o país, o grupo possui 1,2 milhão de beneficiários em planos individuais, chegando a 3 milhões quando considerados os planos coletivos, no quais o próprio beneficiário é o pagante.

A necessidade de individualização do atendimento levou a Hapvida a investir massivamente em tecnologia da informação. A empresa conta com mais de mil colaboradores na área de TI, sendo 200 dedicados exclusivamente aos processos digitais.

Este investimento busca proporcionar uma experiência digital superior, personalizada, e jornadas mais fluídas para clientes, que são mais exigentes por serem os responsáveis diretos do pagamento.

O desafio da diversidade regional brasileira exigiu soluções tecnológicas específicas, como a necessidade de atender diferentes culturas e perfis de beneficiários. A Hapvida desenvolveu um call center com mais de 6 mil postos de atendimento, capaz de oferecer tratamento regionalizado por meio de informações consolidadas e sistemas unificados.

Gestão do absenteísmo via tecnologia

Um dos principais desafios operacionais abordados foi o absenteísmo em consultas, que tradicionalmente atingia 30% no mercado. A Hapvida conseguiu reduzir este índice para 13% por meio de estratégias de comunicação digital intensiva.

“Fizemos isso chegando próximo ao beneficiário, notificando que ele tem uma consulta em outro dia. Hoje a gente emite, mais ou menos, 10 milhões de WhatsApps por mês, 20 milhões de pop-ups nos nossos aplicativos e 15 milhões de SMS”, conta Aguiar.

Em Porto Alegre, a implementação de penalidades por não comparecimento, similar ao modelo de companhias aéreas, resultou em uma redução dramática do absenteísmo para menos de 3%. Esta abordagem demonstra como adaptações regionais podem gerar resultados excepcionais quando alinhadas às características culturais.

Dr. Consulta: foco no NPS e acesso imediato

Paulo Yoo, diretor médico do Dr. Consulta, enfatizou a importância do Net Promoter Score (NPS) como métrica fundamental para o sucesso, no modelo out of pocket.

Com 4 milhões de pacientes únicos, a empresa estabeleceu o NPS como meta corporativa, com o CEO sendo acionado pessoalmente em casos de insatisfação do paciente. Esta abordagem levou aos atuais 80 pontos e reflete a necessidade de excelência no atendimento quando o cliente paga diretamente pelo serviço.

O diferencial competitivo da Dr. Consulta reside no acesso imediato aos serviços. A empresa garante disponibilidade de consultas com os especialistas, como clínicos, pediatras, ginecologistas, ortopedistas e neurologistas, para um prazo de um a três dias.

No caso da telemedicina, que atende mais 600 mil pacientes ao mês, o atendimento é no mesmo dia. A meta operacional estabelece que consultas não devem ser agendadas com mais de uma semana de antecedência, priorizando a agilidade no atendimento.

A assertividade também é importante, pois evita consultas extras e exames desnecessários, que geram mais custos para os pacientes.

A sensibilidade ao preço no modelo DTC exige maior eficiência operacional e qualidade superior no atendimento. Os pacientes, por estarem pagando diretamente pelo tratamento médico, demonstram expectativas mais elevadas quanto à qualidade do serviço, fluidez no atendimento e percepção de valor entregue.

“Tenho que ser muito eficiente, porque o meu paciente é diferente do plano de saúde”, afirma Yoo. Esta transformação contrasta com o modelo tradicional de saúde suplementar, no qual o beneficiário não tem percepção direta do custo dos serviços.

Inteligência artificial e engajamento do paciente

A evolução do modelo de negócio do Dr. Consulta incluiu a descontinuação dos planos de saúde tradicionais para focar exclusivamente no cartão de saúde, que hoje abrange mais de 480 mil beneficiários.

Mudar resultou em maior engajamento. Pacientes com cartão utilizam os serviços 2,5 vezes por ano, comparado a uma vez por ano para usuários puramente *out of pocket*.

A implementação de inteligência artificial conversacional representa uma inovação significativa no engajamento do paciente. Após extensivos testes com mais de 100 scripts diferentes, a empresa desenvolveu um sistema de IA personalizado que mantém contato contínuo com os pacientes.

Usuários que interagem com a IA apresentam 60% maior utilização dos serviços, o que resulta em melhor *Lifetime Value* (LTV) e redução do *churn*.

Perspectivas para o setor de saúde suplementar

O crescimento do mercado *out of pocket* representa tanto uma oportunidade quanto um desafio para operadoras tradicionais. A necessidade de adaptação inclui investimentos em tecnologia, personalização do atendimento e desenvolvimento de jornadas digitais mais eficientes.

A experiência compartilhada pelos executivos demonstra que o sucesso no modelo *out of pocket* requer uma abordagem fundamentalmente diferente, priorizando a experiência do cliente, agilidade no atendimento e uso intensivo de tecnologia para manter o engajamento e a satisfação dos usuários.

As empresas que conseguirem equilibrar a eficiência operacional da verticalização com a personalização exigida pelo modelo DTC estarão mais bem posicionadas para aproveitar esta oportunidade de mercado.

DESAFIOS DA INFLAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DA TECNOLOGIA NESTE CENÁRIO

MEDICINA S.A – 02/10/2025

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) realiza, anualmente, uma pesquisa para acompanhar a Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH), também conhecida como “inflação médica”. No ciclo 2022/2023, por exemplo, houve um aumento de 12,7%, mais que o dobro do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que fechou em 2023 em 5,79%. Em períodos anteriores, o salto nesses custos chegou a ultrapassar os 20%.

Ocorre que seguidas altas de preços podem obrigar operadoras a praticar reajustes elevados, o que, porventura, pode afastar antigos usuários desse serviço essencial. É importante ressaltar que quase três quartos dos planos no Brasil são empresariais, ou seja, pagos por companhias que

precisam manter a conta do benefício sob controle para preservar a própria saúde financeira.

A inflação médica reflete questões demográficas (o envelhecimento da população e a consequente alta na incidência de doenças crônicas), comportamentais (a crescente preocupação das pessoas com a saúde) e até tecnológicas (a inclusão de novos medicamentos, procedimentos e exames no combate a doenças). Mas não podemos simplesmente encarar-la como um fato incontornável.

Para que mais pessoas tenham acesso à saúde, é necessário buscar soluções que mantenham os custos sob controle. Um acréscimo importante antes de seguirmos: os dados do IESS

dizem respeito à saúde privada. No entanto, a alta de custos também é visível no setor público, que sofre com orçamentos limitados e demanda crescente.

Aí entra um fator que, sem dúvidas, faz muita diferença nesses ambientes: a tecnologia. Ela é a principal aliada das instituições que buscam reduzir desperdícios e, ainda assim, garantir a qualidade do atendimento assistencial.

Nesse contexto, a transformação digital surge como um dos pilares mais relevantes no combate ao desperdício na saúde. A interoperabilidade entre sistemas evita retrabalho e exames duplicados; a telemedicina reduz deslocamentos e internações desnecessárias; ferramentas de analytics e inteligência artificial antecipam riscos, apoiam programas de prevenção e ainda ajudam a detectar fraudes ou inconsistências em contas médicas. Além disso, a automação de processos administrativos elimina erros burocráticos e libera profissionais para atividades assistenciais, enquanto a gestão digital de leitos, estoques e escalas médicas garante melhor aproveitamento dos recursos. Todas essas iniciativas

convergem para um mesmo objetivo: otimizar custos sem abrir mão da qualidade do cuidado ao paciente.

Agentes de Inteligência Artificial (IA) e de automatização, por exemplo, seguem como parceiros estratégicos de gestores hospitalares que buscam tornar suas áreas mais eficientes. Essas tecnologias também podem apoiar a análise de informações sobre beneficiários e gerar subsídios para programas de atenção à saúde e prevenção de doenças.

Por fim, é possível concluir que há fatores que impactam a inflação médica e que não podem ser controlados, como o envelhecimento da população ou o avanço da tecnologia. Mas, com inteligência, organização e uso de tecnologia, custos associados ao desperdício de recursos podem ser monitorados e reduzidos. Impedir que a inflação médica dispare trará benefícios para todos, afinal, quanto menor for o custo assistencial para operadoras e instituições de saúde, maior será a capacidade clínica disponível para a manutenção de uma jornada do paciente de excelência.

O QUE A SAÚDE PODE APRENDER COM OUTROS SETORES SOBRE ENGENHARIA DE DADOS?

Saúde Business – 01/10/2025

Executivos da Serasa Experian e Amil apresentaram, no HIS 2025, estratégias para transformar a gestão de dados na saúde suplementar.

No primeiro dia do Healthcare Innovation Show, executivos voltaram os olhares para além das fronteiras do setor da saúde. Em um painel dedicado à engenharia de dados, no palco Gestão de Dados e Insights, Olivier Devaux, diretor da Serasa Experian, e Paulo Ishibashi, diretor executivo de Growth da Amil mostraram como práticas consolidadas em segmentos como finanças e telecomunicações podem inspirar a transformação digital da saúde.

O debate trouxe reflexões sobre precificação inteligente, personalização extrema, protagonismo do paciente e combate a fraudes, apontando caminhos para que a indústria aproveite o poder dos dados, sem abrir mão da ética e da proteção das informações sensíveis.

A experiência com dados em larga escala

A Serasa Experian é líder em inteligência de dados e serviços de informação na América Latina, focada em ajudar empresas de diversos segmentos a tomar decisões de crédito e a gerenciar as finanças, com o objetivo de ajudá-las a proteger, desenvolver e recuperar seus negócios.

Para isso, processa mais de 90 bilhões de dados diariamente, atendendo mais de 70 milhões de consumidores ativos. Essa capacidade de processamento massivo de informações tem permitido à Serasa Experian criar campanhas mais relevantes, reduzir desperdícios e aumentar a confiança na comunicação com clientes.

Segundo Devaux, essa expertise pode ser diretamente aplicada ao setor de saúde, aonde os desafios vão além de cliques e conversões, envolvendo adesão a exames, tratamentos e mudanças de hábitos de prevenção.

Veja os principais insights do debate:

1. Precificação inteligente e segmentação de clientes

O diretor da Serasa Experian destacou que a posição neutra da empresa no mercado permite observar tendências urgentes em diferentes áreas. No setor financeiro, por exemplo, as instituições evoluíram de uma visão binária e momentânea para análises contínuas, incorporando múltiplas dimensões além do score de crédito tradicional, incluindo risco reputacional, risco de negócio e até preços de commodities.

Neste sentido, a capacidade de processamento em tempo real oferece insights valiosos para o setor de saúde, que enfrenta desafios crescentes de custos médicos e necessidade de precificação mais assertiva.

Devaux explicou que o setor de telecomunicações também oferece referências importantes por meio da segmentação granulada de clientes, criando clusters analíticos constantemente monitorados. Essa abordagem permite prever qual produto é mais relevante para cada cliente, determinar campanhas mais relevantes e identificar momentos de risco de rotatividade, práticas que podem ser adaptadas para operadoras de saúde.

O diretor enfatizou a evolução para o conceito de “segmento único”, onde cada paciente recebe campanhas e recomendações personalizadas através de modelagem avançada. Essa personalização extrema já é realidade em telecomunicações, onde sistemas identificam automaticamente quando um usuário chega a um aeroporto internacional e oferecem planos de roaming específicos.

2. Protagonismo do paciente na gestão de dados

É preciso trazer o paciente para o protagonismo da indústria de saúde. Ishibashi ressaltou que o plano de saúde está sempre entre os primeiros desejos dos brasileiros, junto, por exemplo, com casa própria, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde.

De acordo com os executivos, a abordagem é utilizar os próprios dados do paciente e sua adesão aos tratamentos para devolver melhores ofertas e oportunidades. Essa estratégia personalizada pode transformar a relação entre operadoras e beneficiários, criando um ciclo virtuoso de engajamento e cuidado preventivo.

O setor da saúde, porém, esbarra na Lei Geral de Proteção de Dados, que representa um desafio existencial para empresas que trabalham com dados sensíveis. Devaux enfatizou que a Serasa desenvolveu uma cultura de extremo cuidado, onde todos os colaboradores são responsáveis coletivamente pela proteção dos dados.

“A legislação é muito bem-feita, porque regula, mas não proíbe o tratamento, o trabalho com dados”, afirma. Devaux ressaltou a importância de explicar claramente os benefícios do compartilhamento de dados, não apenas para a empresa, mas principalmente para o paciente.

3. Combate a fraudes com inteligência artificial

O combate às fraudes também foi discutido, um problema transversal que afeta diversos setores da economia. A Serasa já atua com várias operadoras de saúde, oferecendo soluções que vão desde detecção de inconsistências cadastrais até mapeamento de redes criminosas.

Devaux explicou que fraude não é algo pontual, mas um padrão que exige detecção de repetições e conexões entre diferentes dimensões. A empresa desenvolveu ferramentas visuais que permitem aos analistas detectar inconsistências e redes criminosas em tempo real, transformando o que antes demandava centenas de horas de análise manual.

4. Oportunidade de crescimento a partir de dados

A convergência entre engenharia de dados avançada e cuidados de saúde representa uma oportunidade transformadora para o setor. A capacidade de processar grandes volumes de dados em tempo real, combinada com técnicas de personalização e segmentação já comprovadas em outros segmentos, pode revolucionar tanto a experiência do paciente quanto a sustentabilidade financeira das operadoras de saúde.

A implementação dessas tecnologias requer não apenas infraestrutura técnica adequada, mas também uma cultura organizacional que priorize a proteção de dados e a ética no uso de informações sensíveis, elementos fundamentais para o sucesso da transformação digital na saúde.

COMO A SAÚDE SUPLEMENTAR USA TECNOLOGIA PARA EXPANDIR CUIDADOS COM SAÚDE MENTAL

SEGS – 01/10/2025

Programas de telepsicologia vêm se tornando aliados das operadoras de saúde e empresas a melhorar qualidade de vida de beneficiários e colaboradores e reduzir custos assistenciais.

O mês de setembro está acabando e, com ele, a campanha Setembro Amarelo. Porém, a atenção à saúde mental da população continua intensa, especialmente no ambiente de trabalho, com operadoras de planos de saúde e empresas buscando soluções para a questão. Hoje, o Brasil ocupa uma posição indesejada no ranking mundial de estresse e esgotamento profissional, com 86% da população enfrentando algum tipo de transtorno emocional, ocasionando afastamentos por motivos psicológicos, que cresceram 38% nos últimos anos. Esse cenário passou a exigir das operadoras de planos de saúde respostas inovadoras nos cuidados com a saúde mental.

Para enfrentar o problema de maneira eficiente, a aposta em soluções digitais, como a telepsicologia, torna-se decisiva para o sistema de saúde suplementar. Operadoras e empresas que já oferecem o modelo garantem que os retornos são concretos e não apenas financeiros, em função da redução de afastamentos, mas também em fidelização e valor percebido pelos usuários.

A Dr.Online, empresa nativa digital, que surgiu com a telemedicina no DNA, mostra que é possível oferecer cuidado de qualidade em larga escala, com agilidade, protocolos clínicos bem definidos e centralidade no usuário. “Nós consolidamos soluções que hoje estão maduras para apoiar operadoras de saúde na implantação de programas estruturados que encurtam o caminho entre a intenção e o impacto real, trazendo interoperabilidade de sistemas, escalabilidade e experiência de cuidado já testada em situações-limite”, explica a gerente de Saúde Mental da Dr.Online, Flávia Aquino.

O programa de Saúde Mental da Dr.Online conta, por exemplo, com o serviço de teleacolhimento psicológico 24 horas, que garante orientação emergencial, psicoeducação e encaminhamento para acompanhamento contínuo. “O atendimento online oferece acolhimento imediato e seguro, com suporte de profissionais qualificados em situações de ansiedade, crises emocionais ou estresse agudo”, conta Flávia. Ela faz questão de ressaltar que “a saúde digital não surge para substituir o vínculo humano, mas pode ampliar as

possibilidades de que ele aconteça, de forma ágil e no momento certo”.

Para as operadoras de saúde e empresas, além de reduzir despesas com atendimentos presenciais de urgência, a telepsicologia fortalece a prevenção, melhora a experiência do usuário e contribui para ambientes de trabalho mais saudáveis. “Nosso compromisso é transformar a experiência de cuidado em saúde, unindo tecnologia, ciência e humanidade”, conclui Flávia.

STJ PROÍBE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE DURANTE TRATAMENTO DE AUTISMO

Conjur – 30/09/2025

É ilícito o cancelamento de cobertura médica de plano de saúde coletivo ao paciente diagnosticado com autismo (transtorno do espectro autista) submetido a tratamento multidisciplinar contínuo.

Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso especial de uma operadora de plano de saúde que buscava o cancelamento unilateral de um contrato.

O colegiado entendeu que aplica-se ao caso das pessoas com autismo a tese firmada pela 2ª Seção do STJ, que veta o cancelamento do plano de saúde para quem está em tratamento médico garantidor de sua sobrevivência.

Assim, o contrato coletivo deve ser mantido, desde que o beneficiário arque com o pagamento integral das mensalidades. A votação na 3ª Turma foi unânime.

Plano de saúde cancelado

O recurso atacou acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, que mandou manter o contrato porque a operadora de plano de saúde deve assegurar a continuidade do tratamento de seus beneficiários.

Ao STJ, a empresa sustentou que a condição que acomete o autor, por si só, não pode ser confundida com doença que necessite de tratamento para manutenção da vida. Assim, não incidiria a tese da 2ª Seção, fixada em 2022.

Relator do recurso especial, o ministro Ricardo Villas Bôas Cueva apontou que o tratamento multidisciplinar dirigido a pessoas autistas é considerado de natureza terapêutica essencial, por sua abordagem especializada, contínua e integrada.

Assim, é algo indispensável à preservação da integridade física e psíquica do paciente e ao seu adequado desenvolvimento neuropsicomotor e social. Por essa razão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tornou obrigatória essa cobertura.

Tratamento de autismo

Ele considerou o caso concreto ainda mais grave porque o beneficiário do plano de saúde é uma criança de seis anos, que goza de proteção especial do Estatuto da Criança e do Adolescente.

“A prerrogativa da operadora de rescindir unilateralmente o contrato de plano de saúde não pode se sobrepor à salvaguarda da saúde do beneficiário em situação de extrema vulnerabilidade, sob pena de violação aos princípios da função social do contrato e da boa-fé objetiva”, disse.

“Aplicável, portanto, o entendimento firmado no Tema 1.082/STJ aos tratamentos médicos prescritos para os pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista, porquanto garantidor da incolumidade física do paciente”, concluiu.

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