
ÍNDICE INTERATIVO

[Gestão baseada em dados: como indicadores podem melhorar a tomada de decisão clínica e administrativa](#) – Saúde Business

[O impasse dos medicamentos importados na saúde suplementar e os riscos da judicialização](#) - Fonte: Gazeta do Povo

[Como a impressão 3D pode otimizar processos e reduzir custos em hospitais e clínicas](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde realizaram 1,94 bilhão de procedimentos em 2024](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS publica dados de atendimentos das ouvidorias das operadoras em 2024](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS concede portabilidade especial para clientes de três operadoras](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Danos morais em planos de saúde: STJ define uniformização de decisões](#) - Fonte: SEGS

[STF forma maioria para barrar reajuste por idade em planos de saúde antigos](#) - Fonte: Info Money

[ANS divulga novos valores da PEONA SUS a partir de setembro de 2025](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Uso da tecnologia da IA colabora para evitar fraudes no sistema de saúde](#) - Fonte: Saúde Digital News

[Anvisa libera importação de frascos de antídoto contra ingestão de metanol](#) - Fonte: G1 (Globo)

GESTÃO BASEADA EM DADOS: COMO INDICADORES Podem MELHORAR A TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA E ADMINISTRATIVA

Saúde Business – 14/10/2025

Indicadores hospitalares, relatórios inteligentes e KPIs em hospitais mostram como dados melhoram gestão clínica e administrativa.

Tomar decisões no setor da saúde nunca foi tarefa simples. Cada escolha impacta diretamente a vida do paciente, os custos operacionais e até a reputação da instituição.

Nesse cenário, cresce a importância da gestão baseada em dados nos hospitais, modelo que transforma informações clínicas, administrativas e financeiras em conhecimento acionável.

Em vez de depender apenas da experiência ou de análises pontuais, hospitais e clínicas que adotam essa abordagem ganham previsibilidade, reduzem desperdícios e fortalecem a tomada de decisão médica e a gestão administrativa hospitalar.

O que é gestão de dados em saúde?

A gestão de dados em saúde é o processo de coletar, organizar e analisar informações clínicas, administrativas e financeiras para apoiar decisões estratégicas.

Nos hospitais, está diretamente ligada à gestão baseada em dados nos hospitais, permitindo que médicos e administradores tenham uma visão precisa da operação e do cuidado prestado.

A importância desse processo é enorme: cada dado registrado se transforma em conhecimento que pode orientar tanto a tomada de decisão clínica quanto a gestão administrativa hospitalar.

Significa mais segurança para os pacientes, eficiência operacional em hospitais e maior sustentabilidade financeira para as instituições.

Entre os principais exemplos de dados coletados estão:

- **Clínicos:** tempo de internação, taxa de infecção hospitalar, índice de readmissão, resultados laboratoriais e satisfação do paciente.
- **Administrativos:** escalas de profissionais, taxa de ocupação de leitos, fluxo de atendimento e agendamentos.
- **Financeiros:** custos por procedimento, consumo de insumos, rentabilidade de serviços e análise de faturamento.

O que é gestão baseada em dados?

Enquanto a gestão tradicional em hospitais se apoia em percepções e decisões reativas, a gestão baseada em dados nos hospitais usa informações clínicas, administrativas e financeiras para orientar escolhas de forma estruturada. O objetivo é transformar números em ações que melhorem a assistência e a sustentabilidade.

Um exemplo é o Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp, que reúne 265 indicadores em áreas como assistência, gestão de pessoas, finanças e sustentabilidade. Hoje, 184 hospitais já utilizam a plataforma para monitorar seus resultados e compará-los com instituições de perfil semelhante.

Nesse modelo, os KPIs em hospitais deixam de ser apenas registros: taxas de infecção, tempo médio de internação ou custos por procedimento passam a apoiar diretamente a tomada de decisão médica e a gestão administrativa hospitalar.

Com relatórios inteligentes e dashboards, é possível agir em tempo real, corrigir falhas e otimizar recursos.

Ao adotar esse modelo data-driven, hospitais aumentam a eficiência operacional, reduzem desperdícios e ampliam a qualidade assistencial — benefícios que já se mostram tangíveis em instituições que monitoram indicadores de forma sistemática.

ERP hospitalar e sistemas de apoio à decisão

Um software de gestão administrativa hospitalar atua como o “cérebro” da instituição, reunindo informações financeiras, assistenciais, logísticas e fiscais em um único banco de dados seguro.

A principal vantagem está na integração de dados: processos de compras, estoque de insumos, faturamento, agendamento de cirurgias e manutenção de equipamentos passam a conversar entre si.

Com o ERP, relatórios inteligentes e dashboards hospitalares são gerados de forma automática, oferecendo visibilidade em tempo real sobre indicadores e apoiando a tomada de decisão médica e administrativa.

Sistemas de apoio à decisão clínica, quando integrados ao ERP, ainda permitem identificar riscos, prever demandas e emitir alertas que contribuem para a segurança do paciente.

Na prática, a tecnologia na gestão hospitalar deixa de ser apenas um suporte operacional e se torna estratégica.

Ao centralizar dados e transformar informações em insights, o ERP fortalece o monitoramento de desempenho hospitalar, melhora a gestão de custos hospitalares e cria bases sólidas para decisões rápidas e confiáveis.

Benefícios da gestão baseada em dados nos hospitais

Gestão baseada em dados nos hospitais vai além da digitalização: transforma informações em inteligência para otimizar resultados clínicos, financeiros e administrativos.

Entre os principais benefícios estão:

Redução de erros médicos e administrativos

Ao reunir informações confiáveis em relatórios hospitalares inteligentes, pode diminuir o risco de falhas em prescrições, prontuários e fluxos internos. Dados integrados também tornam auditorias mais transparentes e seguras.

Otimização de custos e recursos

Com a análise de dados clínicos e administrativos, é possível identificar desperdícios, controlar insumos e ajustar escalas de profissionais de acordo com a demanda real. O resultado é uma gestão de custos hospitalares mais precisa e sustentável.

Aumento da eficiência e qualidade no atendimento

Indicadores hospitalares permitem monitorar o tempo médio de espera, a taxa de readmissão e a satisfação dos pacientes. Esses KPIs em hospitais apoiam a tomada de decisão médica e melhoram a experiência do paciente em toda a jornada.

Suporte a pesquisas e inovação em saúde

Ao consolidar grandes volumes de informações, os hospitais criam bases sólidas para analytics em saúde, inteligência artificial na gestão hospitalar e projetos de pesquisa clínica. Essa integração acelera a inovação e fortalece a transformação digital em hospitais.

Desafios e boas práticas para implementação

A adoção da gestão baseada em dados nos hospitais ainda encontra barreiras importantes. Muitas instituições investem em tecnologia sem antes preparar processos e equipes, o que leva a iniciativas fragmentadas.

O Mapa da Transformação Digital dos Hospitais Brasileiros 2024 mostrou que apenas 18% possuem estratégias digitais claramente definidas, enquanto a maturidade média geral foi de 46,19%. A principal lacuna está na estrutura e cultura, com índice de apenas 38,63%, evidenciando que resistências internas e falta de governança dificultam o avanço.

Outro desafio central é a conformidade legal. A LGPD na saúde exige consentimento explícito do paciente, segurança nos sistemas e políticas claras de governança de dados.

O não cumprimento pode gerar multas que chegam a R\$ 50 milhões por infração, além de comprometer a credibilidade da instituição.

Proteger informações clínicas, administrativas e financeiras deixou de ser apenas uma obrigação técnica e passou a ser também uma questão ética. Para superar essas barreiras, algumas boas práticas se destacam:

- **Cultura e capacitação:** preparar equipes para lidar com dados de forma crítica, formando lideranças digitais e especialistas em informática clínica.
- **Treinamento contínuo:** desenvolver competências para coleta, análise e interpretação de dados, ampliando a autonomia dos profissionais.
- **Governança sólida:** alinhar tecnologia a objetivos de longo prazo, com processos bem estruturados e políticas claras de segurança da informação.
- **Engajamento multidisciplinar:** envolver médicos, gestores, TI e pacientes em jornadas digitais que garantam eficiência e confiança.

Ao combinar capacitação com governança e segurança, hospitais conseguem transformar dados em decisões assertivas, sem abrir mão da conformidade regulatória e da proteção do paciente.

A gestão baseada em dados nos hospitais deixou de ser tendência para se tornar requisito estratégico. Ao transformar informações clínicas, administrativas e financeiras em inteligência aplicada, hospitais ganham eficiência operacional, reduzem custos e fortalecem a segurança do paciente.

Os indicadores hospitalares oferecem clareza para a tomada de decisão clínica e para a gestão administrativa, enquanto tecnologias como ERPs e dashboards automatizam relatórios e ampliam a capacidade de resposta em tempo real.

Mas os desafios também são claros: barreiras culturais, falta de capacitação digital e a necessidade de atender às exigências da LGPD. Superar esses obstáculos exige investimento em governança de dados, treinamento de equipes e alinhamento estratégico.

Quando bem implementada, a cultura data-driven coloca hospitais e clínicas em posição de destaque, equilibrando eficiência, qualidade assistencial e inovação.

O IMPASSE DOS MEDICAMENTOS IMPORTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E OS RISCOS DA JUDICIALIZAÇÃO

Gazeta do Povo – 13/10/2025

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 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”

A saúde suplementar no Brasil é regulada pela Lei 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.

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.

A discussão se complica ainda mais quando o medicamento importado é de uso domiciliar, pois a Lei 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.

COMO A IMPRESSÃO 3D PODE OTIMIZAR PROCESSOS E REDUZIR CUSTOS EM HOSPITAIS E CLÍNICAS

Saúde Business – 13/10/2025

Da criação de próteses à bioimpressão de tecidos, a impressão 3D na saúde transforma a gestão hospitalar e a experiência do paciente.

Seja no desenvolvimento de próteses personalizadas, na produção de equipamentos sob medida ou no planejamento de cirurgias complexas, a tecnologia mostra como unir inovação e eficiência.

Ao mesmo tempo em que contribui para a redução de custos hospitalares, a impressão 3D também melhora a experiência dos pacientes e abre caminho para novas possibilidades em saúde digital.

Como a impressão 3D está sendo utilizada na saúde

A presença da impressão 3D na saúde deixou de ser apenas uma promessa futurista para se tornar parte da rotina de hospitais e clínicas no Brasil e no mundo.

A tecnologia, também chamada de manufatura aditiva na medicina, já demonstra resultados expressivos na redução de custos hospitalares e na melhoria da precisão de procedimentos.

Seja na criação de próteses, no planejamento de cirurgias complexas ou em pesquisas avançadas de biotecnologia médica 3D, as possibilidades são inúmeras.

No entanto, o cenário brasileiro pede cautela, segundo Paulo Henrique Fraccaro, CEO da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (ABIMO).

“Ao mesmo tempo em que a impressão 3D vem para contribuir, ela traz uma preocupação quanto à utilização dos materiais empregados e à precisão das impressoras utilizadas na fabricação de produtos destinados ao uso em seres humanos. Há uma necessidade constante de avaliação nesse sentido. Por isso, avaliamos o cenário com cautela — algo natural quando surge uma nova tecnologia.”

Modelos anatômicos para treinamento e planejamento cirúrgico

Uma das aplicações mais consolidadas da impressão 3D em hospitais é a produção de modelos anatômicos. Com base em exames de imagem, como tomografias e ressonâncias, é possível gerar réplicas fiéis de órgãos e estruturas do corpo humano.

Esses modelos auxiliam médicos no estudo prévio de casos complexos, garantindo mais segurança durante as cirurgias e servindo como recurso valioso para o ensino de novos profissionais.

O uso da impressão 3D em planejamento cirúrgico, como demonstrado pelo InCor e pelo Hospital São Lucas Copacabana, já transformou o tratamento de doenças cardíacas. Cada intervenção é personalizada de acordo com a anatomia do paciente.

Desenvolvimento de próteses personalizadas

A impressão 3D em próteses médicas representa um salto em inovação em saúde digital. Próteses personalizadas, adaptadas ao corpo de cada paciente, não apenas oferecem melhor encaixe e conforto, mas também reduzem significativamente os custos.

No Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap-UFF), por exemplo, o custo da impressão 3D hospitalar para uma prótese craniana caiu de mais de R\$ 100 mil para cerca de R\$ 2 mil.

Esse avanço democratiza o acesso a tratamentos antes restritos e fortalece o papel da impressão 3D em soluções médicas acessíveis e eficazes.

Impressão de guias cirúrgicos

Outro campo em expansão é a impressão 3D em dispositivos médicos, como guias cirúrgicos. Esses guias auxiliam o cirurgião a executar cortes e posicionamentos com maior precisão, reduzindo riscos durante o procedimento.

Além de encurtar o tempo cirúrgico, a prática contribui para a diminuição de erros e melhora os resultados pós-operatórios. O uso de impressão 3D em cirurgias complexas, como a separação de gêmeos siameses no InCor, mostrou como esses recursos podem ser determinantes no sucesso de casos raros e delicados.

Pesquisas em bioprinting (órgãos e tecidos)

A fronteira mais promissora da impressão 3D na medicina está nas pesquisas com biotecnologia médica 3D. O bioprinting busca criar tecidos e até órgãos funcionais, utilizando células vivas como “tinta”.

Ainda em fase experimental, a impressão 3D de órgãos e tecidos pode, no futuro, revolucionar o transplante, reduzindo filas de espera e oferecendo alternativas mais seguras e compatíveis para pacientes.

Essa tendência em saúde digital coloca a tecnologia 3D na saúde como uma das mais disruptivas da atualidade, apontando para um futuro em que a personalização será a regra nos cuidados médicos.

Vantagens da impressão 3D em hospitais e clínicas

Redução de custos em próteses e equipamentos

Ao substituir processos industriais tradicionais pela manufatura aditiva na medicina, hospitais conseguem cortar gastos com importações, logística e intermediários.

A produção local de próteses e peças sob medida diminui o custo da impressão 3D hospitalar e amplia o acesso a tratamentos de qualidade.

Maior agilidade em processos hospitalares

A impressão 3D em equipamentos hospitalares e dispositivos médicos acelera etapas que antes dependiam de longos prazos de fabricação.

Como reforça o executivo, a tecnologia veio “*para ajudar e facilitar*”, justamente por tornar mais ágeis processos que antes eram lentos e caros.

Atendimento personalizado aos pacientes

Com a impressão 3D personalizada para pacientes, é possível criar próteses sob medida, guias para cirurgias e até modelos anatômicos específicos. Esse recurso melhora a adaptação do paciente ao tratamento e aumenta a segurança em procedimentos médicos.

Apoio à inovação em pesquisas médicas

A tecnologia 3D na saúde abre espaço para pesquisas avançadas, como a impressão 3D de órgãos e tecidos por meio da biotecnologia médica.

Essas iniciativas impulsionam novas soluções e fortalecem as tendências em saúde digital, ampliando as possibilidades da medicina do futuro.

Custos e viabilidade da impressão 3D hospitalar

Avaliar o custo da impressão 3D em hospitais e clínicas é um passo importante para entender sua real viabilidade.

Embora os valores possam variar conforme a tecnologia, o material e a finalidade, os estudos de caso mostram que essa inovação já oferece retornos consistentes para a saúde.

Quanto custa a hora de impressão 3D?

O valor da impressão 3D na medicina depende de fatores como tipo de tecnologia utilizada, material escolhido e complexidade do projeto.

Impressoras que trabalham com plásticos simples podem gerar custos mais acessíveis, enquanto equipamentos de alta precisão, que usam resinas especiais ou pós metálicos, elevam o investimento.

No mercado, a hora de impressão pode variar de algumas dezenas a centenas de reais, dependendo se a demanda é por protótipos, próteses personalizadas ou dispositivos médicos.

Para hospitais e clínicas que não desejam investir diretamente em impressoras, os serviços terceirizados são uma alternativa, permitindo acessar a tecnologia sob demanda sem grandes custos iniciais.

Comparação de custos com métodos tradicionais

Quando comparada à fabricação convencional, a impressão 3D em soluções médicas apresenta uma clara vantagem: **menor desperdício de material e produção mais enxuta**. Ao diminuir o custo da impressão 3D hospitalar, é possível criar próteses, guias cirúrgicos e equipamentos a preços muito mais competitivos.

Além de reduzir gastos, a manufatura aditiva na medicina agiliza o desenvolvimento de protótipos, que antes poderiam levar semanas ou meses para ficarem prontos.

Retorno sobre investimento (ROI) em hospitais

O uso da impressão 3D em equipamentos hospitalares têm demonstrado um ROI significativo. Estudos indicam reduções de custos superiores a 90% em reparos de dispositivos médicos, além da diminuição drástica nos prazos de entrega — de meses para apenas alguns dias.

Para hospitais, esse ganho se traduz em eficiência operacional, menos tempo de espera para pacientes e maior autonomia na reposição de peças que muitas vezes não estão disponíveis no mercado.

O investimento inicial em tecnologia 3D na saúde pode ser rapidamente compensado pelos benefícios financeiros e pela agilidade nos processos.

Perspectivas e tendências da impressão 3D na saúde

A adoção da **impressão 3D em hospitais e clínicas** avança, mas exige atenção a pontos regulatórios e econômicos. Como lembra Fraccaro, “*a impressão 3D passará por um processo contínuo de aprimoramento e normatização de seu uso*”, o que depende do diálogo entre entidades setoriais e órgãos governamentais.

Para o CEO, cabe ainda garantir que as empresas envolvidas estejam “*devidamente regulamentadas, regularizadas e inspecionadas*”, assegurando a confiabilidade dos produtos aplicados em pacientes.

Do bioprinting à medicina de precisão, as perspectivas apontam para um futuro em que a tecnologia 3D na saúde será indispensável em diagnósticos, tratamentos e pesquisas.

Expansão da biotecnologia e bioimpressão

A bioimpressão já desponta como uma das **áreas mais promissoras da biotecnologia médica 3D**. Pesquisas em andamento buscam viabilizar a impressão 3D de órgãos e tecidos funcionais, utilizando células vivas como matéria-prima.

Esse avanço pode transformar o futuro dos transplantes, reduzindo filas de espera e oferecendo alternativas mais seguras aos pacientes.

Além disso, a criação de **modelos in vitro** permite testar medicamentos e terapias em estruturas biológicas reais, acelerando descobertas e fortalecendo a inovação em saúde digital.

Integração com medicina de precisão

A personalização é o próximo passo da impressão 3D na medicina. Aliada à análise genômica e às novas ferramentas diagnósticas, a tecnologia permite criar dispositivos e próteses sob medida para cada paciente, potencializando o conceito de medicina de precisão.

Essa já é realidade em algumas áreas, como a oncologia, em que terapias guiadas por dados genéticos são aplicadas para definir os tratamentos mais eficazes.

A impressão 3D personalizada para pacientes tem tudo para se integrar a esse cenário, ampliando as soluções e reduzindo custos ao longo da jornada de cuidado.

Futuro da personalização em tratamentos médicos

No horizonte, a **impressão 3D em soluções médicas** tende a ser cada vez mais voltada à individualização.

Dispositivos médicos, próteses e até guias para **cirurgias complexas** serão produzidos levando em conta não apenas a anatomia, mas também informações clínicas e genômicas de cada paciente. Esse movimento aponta para tratamentos mais assertivos, menor tempo de internação e **redução de custos hospitalares**.

Apesar do avanço, ainda há obstáculos para uma incorporação mais ampla. Como destaca Fraccaro, os principais desafios passam por *“garantir equipamentos com a precisão necessária, dispor de diferentes matérias-primas para finalidades específicas e tornar o custo de aquisição das máquinas mais acessível”*.

Ele reforça que a tecnologia deve ser aplicada sobretudo na produção de itens personalizados, já que para produtos de uso geral os custos ainda são elevados e o tempo de fabricação pode ser um limitador.

Em paralelo, a capacitação de profissionais em novas tecnologias será essencial para garantir que hospitais e clínicas estejam preparados para aproveitar todo o potencial da **impressão 3D em cirurgias, diagnósticos e terapias avançadas**.

A impressão 3D em hospitais e clínicas já se mostra uma aliada estratégica para otimizar a gestão, reduzir custos hospitalares e oferecer tratamentos mais seguros e personalizados.

Ao unir inovação em saúde digital com a possibilidade de criar soluções sob medida, a tecnologia transforma a experiência do paciente e fortalece a sustentabilidade das instituições.

Investir em impressão 3D é, portanto, um caminho para elevar a qualidade do cuidado e preparar o sistema de saúde para os desafios do futuro.

PLANOS DE SAÚDE REALIZARAM 1,94 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS EM 2024

(Gov) ANS – 10/10/2025

Atualização do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar traz estudo inédito sobre despesas com medicamentos

Os planos de saúde realizaram 1,94 bilhão de procedimentos em 2024, incluindo consultas, exames, terapias, internações e atendimentos odontológicos. O número representa um crescimento de 0,3% em relação a 2023, quando foram feitos 1,93 bilhão de procedimentos. No topo do ranking continuam os exames ambulatoriais, com 1,18 bilhão de registros informados pelas operadoras à ANS, um aumento de 0,7% em comparação ao ano anterior. Esses e outros dados estão disponíveis no painel dinâmico [Mapa Assistencial da Saúde Suplementar](#), no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Além da atualização dos indicadores assistenciais, a nova edição apresenta um estudo inédito com as estatísticas sobre a evolução das despesas com medicamentos de 2019 a 2024, tema que reflete as transformações tecnológicas e o envelhecimento da população brasileira.

“Os dados do Mapa mostram como os brasileiros estão usando seus planos de saúde e ajudam a ANS a aprimorar a regulação para que o setor seja cada vez mais equilibrado, sustentável e próximo das pessoas”, destacou o diretor-presidente, Wadih Damous.

O painel mostra que, entre os grupos de procedimentos, os exames ambulatoriais lideram em volume, seguidos pelas consultas médicas e pelos outros atendimentos

ambulatoriais, que englobam serviços prestados por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

As consultas médicas somaram 284,5 milhões, uma alta de 3,3% em relação a 2023, enquanto os outros atendimentos ambulatoriais cresceram 2,8%, totalizando 202,1 milhões. No entanto, houve redução nas terapias ambulatoriais (-15,3%),

nas internações (-1%) e nos procedimentos odontológicos (-2,7%). Apesar de representarem apenas 0,47% do total de eventos, as internações concentraram 40% das despesas assistenciais, evidenciando seu peso financeiro no setor.

Confira os números absolutos da evolução dos procedimentos realizados pelos planos de saúde desde 2019 nos quadros abaixo:

Grupo de procedimento ou Evento		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Consultas Médicas	279.111.485	204.164.967	234.808.215	264.680.075	275.319.816	284.537.382
	Outros Atendimentos Ambulatoriais	174.388.464	133.455.761	153.635.555	177.674.173	196.654.753	202.109.318
	Exames	922.832.205	776.981.141	995.857.159	1.097.650.282	1.175.562.286	1.183.543.656
	Terapias	81.083.057	54.965.970	62.210.864	66.764.973	79.942.607	67.744.183
	Internações	8.692.855	7.347.426	7.726.851	8.767.533	9.188.091	9.098.082
	Procedimentos Odontológicos	185.597.884	154.329.678	172.671.463	184.536.844	196.204.642	190.874.005
Total		1.651.705.950	1.331.244.943	1.626.910.107	1.800.073.880	1.932.872.195	1.937.906.626

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar

Grupo de Procedimento ou Evento		Número de ocorrências (2023)	Número de ocorrências (2024)	Variação (%)
	Consultas médicas	275.319.816	284.537.382	3,3%
	Outros atendimentos ambulatoriais	196.674.753	202.109.318	2,8%
	Exames ambulatoriais	1.175.562.286	1.183.543.656	0,7%
	Terapias ambulatoriais	79.942.607	67.744.183	-15,3%
	Internações	9.188.091	9.098.082	-1,0%
	Procedimentos odontológicos	196.204.642	190.874.005	-2,7%
TOTAL		1.932.872.195	1.937.906.626	0,3%

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar

Para uma análise mais adequada da evolução da frequência de utilização nos planos de saúde, é importante considerar o número de beneficiários do setor em cada ano. O quadro a seguir apresenta a evolução do número de procedimentos por beneficiário entre 2019 e 2024. A média de procedimentos por beneficiário manteve-se estável, com 5,5 consultas médicas,

22,9 exames e 5,2 procedimentos odontológicos por pessoa ao longo do ano.

Importante destacar que apenas os exames ambulatoriais e os atendimentos com outros profissionais de saúde apresentaram aumento em relação ao observado em 2019 (antes da pandemia de Covid-19).

Grupo de procedimento ou Evento		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Consultas Médicas	6,0	4,3	4,8	5,3	5,4	5,5
	Outros atendimentos ambulatoriais	3,7	2,8	3,2	3,6	3,9	3,9
	Exames ambulatoriais	19,8	16,3	20,5	22,1	23,2	22,9
	Terapias ambulatoriais	1,7	1,2	1,3	1,3	1,6	1,3
	Internações	0,193	0,160	0,164	0,183	0,188	0,182
	Procedimentos Odontológicos	6,6	5,3	5,6	5,6	5,7	5,2

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar

Estudo inédito: medicamentos representam 10% da despesa assistencial médico-hospitalar do setor

O Mapa Assistencial traz um estudo inédito sobre a evolução das despesas com medicamentos entre 2019 e 2024, abrangendo tanto os medicamentos administrados em atendimentos ambulatoriais e hospitalares quanto os fornecidos diretamente pelas operadoras.

O levantamento evidencia como os medicamentos vêm assumindo um papel cada vez mais expressivo nos gastos assistenciais da saúde suplementar, resultado do avanço tecnológico da indústria farmacêutica, incorporação de novas tecnologias e maior complexidade dos tratamentos.

Segundo a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Lenise Secchin, o estudo reforça a importância do monitoramento contínuo desse componente assistencial. “Compreender o impacto crescente dos medicamentos é fundamental para orientar a regulação e apoiar a sustentabilidade do setor. A análise ganha ainda mais relevância diante dos avanços tecnológicos na indústria farmacêutica e do envelhecimento populacional, fatores que ampliam as opções terapêuticas e elevam a complexidade e os custos dos tratamentos”, salientou.

Destaques do Mapa Assistencial de 2024

Exames por beneficiário

Os exames continuam liderando o volume de procedimentos na saúde suplementar, totalizando 1,18 bilhão de eventos, alta de 0,7% em relação a 2023. Foram realizados, em média, 22,9 exames por beneficiário, número levemente inferior ao de 2023 (23,2). Nos planos individuais/familiares, essa média subiu de 26,5 para 27,5 exames.

Consultas

As consultas médicas cresceram 3,3%, passando de 275,3 milhões para 284,5 milhões. Em média, foram realizadas 5,5 consultas por beneficiário/ano, índice estável em relação ao

ano anterior, mas ainda abaixo do período pré-pandemia (6 consultas em 2019). A especialidade de psiquiatria

apresentou aumento expressivo de 18,3%, refletindo maior atenção à saúde mental.

Internações

Foram registradas 9,1 milhões de internações, representando queda de 1% frente a 2023 e correspondendo a 0,47% do total de eventos assistenciais. A taxa média foi de 182 internações por mil beneficiários, com redução de 3,2%. Apesar da retração geral, as internações psiquiátricas continuam em alta.

Terapias

As terapias ambulatoriais totalizaram 67,7 milhões de ocorrências, apresentando queda de 15,3% em relação a 2023. Mesmo com essa redução, observou-se aumento de 7,1% nos procedimentos de hemodiálise crônica. A radioterapia convencional de megavoltagem segue em trajetória de queda, com redução acumulada de 51,2% nos últimos seis anos.

Procedimentos odontológicos

O número de procedimentos odontológicos chegou a 190,8 milhões, retração de 2,7% em relação a 2023. Foram realizados, em média, 5,2 procedimentos por beneficiário, rompendo a tendência de crescimento observada nos últimos três anos. As ações preventivas continuam predominantes, correspondendo a 53,6% do total.

Outros atendimentos ambulatoriais

Englobando sessões com fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, esses atendimentos somaram 202,1 milhões, com alta de 2,8% sobre o ano anterior. A média foi de 3,9 atendimentos por beneficiário, mantendo a evolução positiva observada desde 2021.

Medicamentos

As despesas com medicamentos representaram 10,2% do total das despesas médico-hospitalares em 2024, um aumento de 40% em relação à proporção registrada em 2019. O crescimento reflete a transformação da indústria farmacêutica, impulsionada por avanços tecnológicos como biotecnologia, que ampliam as opções terapêuticas e elevam a complexidade dos tratamentos.

Nas terapias oncológicas, os gastos com medicamentos (exceto pacotes) tiveram alta real de 128% entre 2019 e 2024, enquanto as despesas com medicamentos em geral cresceram 86% no mesmo período. Em 2024, os medicamentos representaram 78,6% das novas incorporações ao Rol da ANS, sendo 70,5% antineoplásicos orais.

Sobre o Mapa Assistencial

O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar é elaborado pela ANS com base nas informações enviadas pelas operadoras por meio do Sistema de Informações dos Produtos (SIP).

A versão atual considera dados enviados até 16 de junho de 2025 e o estudo sobre medicamentos utilizou informações do Padrão TISS, com data de corte em 25 de julho de 2025.

A ferramenta interativa, disponível no portal da ANS, permite acompanhar a evolução da produção assistencial desde 2019, com filtros por tipo de procedimento, modalidade de operadora e forma de contratação dos planos.

ANS PUBLICA DADOS DE ATENDIMENTOS DAS OUVIDORIAS DAS OPERADORAS EM 2024

(Gov) ANS –10/10/2025

Relatório anual é um instrumento de transparência pública e auxilia gestores na tomada de decisões

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quinta-feira, 9/10, o [Relatório do Atendimento das Ouvidorias 2025 - ano-base 2024](#) (REA-Ouvidorias-2025). Disponível no site da reguladora, a publicação traz dados de atendimentos realizados pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde em 2024, como informações sobre as manifestações dos beneficiários e as recomendações feitas nos processos, está estruturado por tópicos, facilitando a visualização das informações.

Um dos destaques do relatório é quanto às recomendações de melhorias feitas pela Ouvidoria da ANS. O levantamento aponta que 51,6% das 996 ouvidorias que enviaram o formulário do REA-Ouvidorias 2025 realizaram recomendações de melhorias e/ou de correções de falhas à alta gestão das operadoras conforme as orientações da Agência. Este é o resultado mais alto já alcançado neste indicador e é a primeira vez que mais da metade das ouvidorias responderam positivamente ao item.

“Por esse dado, podemos perceber o empenho das ouvidorias em ouvir os consumidores e buscar ações para sanar problemas e aumentar a satisfação deles”, salienta o ouvidor da ANS, João Paulo Araújo.

Outros resultados significativos verificados nesta edição são:

- 95% de operadoras ativas possuem ouvidorias cadastradas junto à ANS;
- 99,9% dos beneficiários estão abrangidos pelas ouvidorias das operadoras;
- 92,6% das operadoras com ouvidoria cadastrada na ANS enviaram o formulário preenchido do REA-Ouvidorias 2024; e
- 88,6% das ouvidorias respondem demandas em até sete dias úteis.

O [REA-Ouvidorias 2025](#) está disponível no portal da ANS em Canais de Atendimento > Ouvidoria > Relatórios e Pesquisas da Ouvidoria, onde podem ser consultadas as edições do relatório desde 2014.

ANS CONCEDE PORTABILIDADE ESPECIAL PARA CLIENTES DE TRÊS OPERADORAS

(Gov) ANS –10/10/2025

Beneficiários das operadoras Sorriso Studio Plano de Saúde LTDA, Universal Plano odontológico LTDA e Ameron Assistência Médica Rondônia S/A têm 60 dias para mudar de plano sem cumprir carência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, no Diário Oficial da União do dia 8/10, a concessão de novo prazo para portabilidade especial de carências para os

clientes da operadora Sorriso Studio Plano de Saúde LTDA (Registro ANS 42.147-2), Universal Plano odontológico LTDA (Registro ANS 41.334-8) e Ameron Assistência Médica Rondônia S/A (Registro ANS 32.133-8). A partir dessa data, os usuários da operadora têm até 60 dias - 7/12/2025 - para ingressar em um novo plano à sua escolha, pois a operadora terá seu registro na ANS cancelado e suas atividades encerradas. Caso ainda estejam em carência ou cobertura

parcial temporária no plano atual, o período remanescente poderá ser cumprido na nova operadora.

[Confira aqui a RO nº 3052 - SORRISO STUDIO PLANO DE SAÚDE LTDA.](#)

[Confira aqui a RO nº 3053 - UNIVERSAL PLANO ODONTOLÓGICO LTDA](#)

[Confira aqui a RO nº 3054 - AMERON - ASSISTÊNCIA MÉDICA RONDÔNIA S/A](#)

Orientações aos beneficiários

Os clientes poderão contratar qualquer plano disponível no mercado sem cumprir novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária. Caso ainda estejam em carência no plano atual, o período remanescente poderá ser cumprido na nova operadora.

Na portabilidade especial de carências os beneficiários podem escolher qualquer plano em comercialização, independente do seu preço, em qualquer outra operadora.

Para auxiliar nessa decisão a Agência disponibiliza em seu portal o [Guia ANS de Planos de Saúde](#), que aponta ao consumidor os planos disponíveis para contratação e exercício da portabilidade de carências. Vale destacar que a ANS não participa diretamente da contratação de planos de saúde.

Para fazer uso do benefício, os interessados devem se dirigir diretamente à operadora escolhida portando o comprovante de pagamento de três mensalidades na operadora de origem referentes ao período dos últimos seis meses.

A portabilidade deve ser realizada pelos mesmos canais que a operadora disponibiliza para a contratação de planos de saúde.

Exemplo: se a operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino oferecer a contratação eletrônica de planos de saúde, a realização da portabilidade de carências também deverá ser disponibilizada por via eletrônica.

As regras gerais para o exercício da portabilidade de carências estão atualmente dispostos na Resolução Normativa nº 438/2018 e no portal da ANS estão disponíveis na cartilha que explica a portabilidade de forma didática e acessível. [Clique acesse.](#)

Planos coletivos empresariais e coletivos por adesão

As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos empresariais e coletivos por adesão deverão escolher outras operadoras para prestarem a assistência à saúde a seus beneficiários. Todos os usuários da empresa poderão exercer, individualmente, seu direito à portabilidade para um

novo contrato de plano de saúde individual ou coletivo para o qual sejam elegíveis.

Plano contratado por Empresário Individual

No caso de contrato firmado por Empresário Individual, o contratante é uma Pessoa Física. Neste caso, o empresário individual pode exercer a sua Portabilidade de Carência individual no mesmo ato da contratação do novo plano empresarial, bem como na contratação de plano individual ou familiar.

Importante!

- A portabilidade de carências é um direito individual concedido aos beneficiários de planos de saúde, independentemente do tipo de contratação do plano (individual, coletivo empresarial ou coletivo por adesão). Dessa forma, a portabilidade de carências não pode ser exercida por pessoas jurídicas (PJ), pois não há previsão normativa para a portabilidade de contratos.
- Quando o plano de destino for de contratação coletiva, o contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica (PJ) deverá estar vigente, para que os beneficiários interessados possam, individualmente, aderir ao contrato utilizando-se do benefício da Portabilidade de Carências. Nestes casos o beneficiário deverá comprovar sua elegibilidade para ingressar no plano atestando seu vínculo com a pessoa jurídica contratante e, também, o seu direito a Portabilidade de Carências de acordo com os critérios atinentes à sua motivação.
- É proibido qualquer tipo de cobrança adicional para a realização da portabilidade de carências. Além disso, o preço dos planos deve ser o mesmo para o beneficiário que realizou portabilidade e para o beneficiário que contratou o plano sem portabilidade.
- Se uma operadora impedir qualquer beneficiário que atenda todos os requisitos de exercer seu direito a portabilidade de carências, essa atitude será considerada como obstrução da portabilidade e deverá ser relatada à ANS para apuração de possível irregularidade.

Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais;

[Atendimento Eletrônico no portal da ANS](#); Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105; e

Núcleos da ANS existentes nas cinco regiões do país. [Confira aqui](#) as unidades com atendimento presencial e faça o agendamento online.

DANOS MORAIS EM PLANOS DE SAÚDE: STJ DEFINE UNIFORMIZAÇÃO DE DECISÕES

SEGS– 09/10/2025

Tribunal suspendeu recursos e prepara precedente vinculante que terá impacto direto para consumidores e operadoras

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu afetar o Recurso Especial nº 2197574 - SP ao rito dos recursos repetitivos, em julgamento unânime da Segunda Seção sob relatoria do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. A medida marca um ponto importante na discussão sobre se cabe ou não indenização por danos morais em casos de recusa indevida de cobertura médico-assistencial por planos de saúde.

Segundo o advogado Fábio Fonseca Pimentel, sócio do Comparato, Nunes, Federici & Pimentel Advogados (CNFLaw), a questão central é “definir se há configuração de danos morais ‘in re ipsa’ nas hipóteses de recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde”.

“O conceito se refere ao dano presumido pela simples negativa de cobertura, prescindindo de prova da efetiva repercussão na esfera do indivíduo”, diz o especialista.

A decisão do STJ já tem efeitos imediatos. A Corte determinou a suspensão dos recursos especiais ou agravos em recursos especiais em segunda instância e/ou no STJ, cujos objetos coincidam com o da matéria afetada”, destaca Pimentel. A medida, diz o advogado, “visa evitar o prosseguimento de múltiplos casos idênticos que poderiam gerar decisões conflitantes antes de uma posição final da Corte Superior”.

Um dos principais objetivos é oferecer maior segurança jurídica aos interessados. “Além de evitar decisões díspares nas instâncias ordinárias. Ao estabelecer um precedente vinculante, o STJ garantirá que casos semelhantes sejam julgados da mesma forma em todo o território nacional, reforçando a isonomia entre consumidores e operadoras de saúde” informa o especialista.

O advogado explica ainda que a decisão terá impacto direto para os beneficiários: se o STJ entender que a recusa indevida não gera automaticamente dano moral, será preciso comprovar o abalo psicológico ou o agravamento da saúde para garantir indenização. “Por outro lado, se a Corte reafirmar a presunção, a proteção ao consumidor será robustecida”, afirma.

Na visão de Pimentel, o Tribunal reconhece que “a recusa indevida de um tratamento médico pode gerar angústia, desespero e abalo emocional”. No entanto, ele pondera que “a presunção absoluta pode levar à banalização do instituto do dano moral e a indenizações sem a devida correspondência com a extensão do sofrimento”, analisa o especialista.

Segundo ele, o desafio do STJ será encontrar um ponto de equilíbrio. “É preciso coibir abusos por parte das operadoras e, ao mesmo tempo, não desvirtuar a natureza do dano moral, que deve refletir uma lesão real aos direitos da personalidade”, conclui Pimentel.

STF FORMA MAIORIA PARA BARRAR REAJUSTE POR IDADE EM PLANOS DE SAÚDE ANTIGOS

Info Money – 09/10/2025

Decisão restringe aumentos em contratos firmados antes do Estatuto do Idoso; resultado final será proclamado após julgamento paralelo

O Supremo Tribunal Federal (STF) formou maioria, nesta quarta-feira (9), para proibir reajustes por faixa etária em planos de saúde contratados antes de 2003, ano em que entrou em vigor o Estatuto do Idoso. O placar ficou em 7 votos a 2, consolidando o entendimento de que os aumentos por idade nesses contratos são inconstitucionais.

O caso começou a ser analisado no plenário virtual, mas foi levado ao plenário físico por um pedido de destaque do ministro Gilmar Mendes. Apesar da maioria formada, o presidente da Corte, ministro Edson Fachin, não proclamou o resultado.

A decisão final será anunciada em conjunto com a ADC 90, que trata de tema semelhante e segue suspensa após pedido de vista do ministro Flávio Dino.

Se confirmado o entendimento, as operadoras ficarão impedidas de aplicar reajustes por idade em contratos de planos de saúde firmados antes da vigência do Estatuto.

Em seu voto, Gilmar Mendes acompanhou a posição da então relatora, ministra Rosa Weber (hoje aposentada), que considerou inconstitucionais os aumentos por faixa etária e defendeu a proteção dos consumidores idosos.

O voto de Rosa já havia sido seguido pelos ministros Ricardo Lewandowski e Celso de Mello, também aposentados.

Na sessão desta quarta-feira, Edson Fachin, Alexandre de

Moraes e Cármen Lúcia reafirmaram o entendimento da relatora, formando a maioria. Divergiram Marco Aurélio Mello (aposentado) e Dias Toffoli.

Por terem ingressado na Corte após os votos dos ministros aposentados, Flávio Dino, Cristiano Zanin, Nunes Marques e André Mendonça não participaram do julgamento. Luís Roberto Barroso, presidente do STF, declarou-se suspeito, enquanto Luiz Fux está impedido de votar.

ANS DIVULGA NOVOS VALORES DA PEONA SUS A PARTIR DE SETEMBRO DE 2025

(Gov) ANS – 09/10/2025

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa às operadoras de planos de saúde os novos valores da Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados no SUS (PEONA SUS) que entraram em vigor partir de setembro de 2025. Os números foram atualizados de acordo com a Resolução Normativa (RN) nº 574/2022, alterada pela RN nº 640, de 2025, aplicável às operadoras que não possuem metodologia própria para cálculo da provisão.

Conforme a regulamentação vigente, a atualização foi feita após um estudo técnico sobre o processo de aviso dos atendimentos efetuados aos beneficiários na rede pública de saúde (SUS). A análise foi realizada e aprovada pela [626ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada](#) da ANS.

Os novos valores já estão disponíveis no Portal de Dados Abertos do Governo Federal. [Clique aqui](#) para acessá-lo

USO DA TECNOLOGIA DA IA COLABORA PARA EVITAR FRAUDES NO SISTEMA DE SAÚDE

Saúde Digital News– 07/10/2025

Especialista da SantoDigital apresenta quais ferramentas e inovações trazem agilidade e mais segurança para os negócios

Com prejuízos financeiros alarmantes, que representam um prejuízo anual de cerca de R\$34 bilhões, a fraude no setor de saúde brasileiro consome mais de 10% das receitas das operadoras de saúde suplementar no país, segundo relatório do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), de 2023. O cenário se tornou uma das principais causas de perdas para as operadoras de saúde. Ícaro Marcelino, head de Produtos e especialista em IA, da SantoDigital, consultoria de negócios para tecnologia especializada em serviços de computação em nuvem, destaca a gravidade: “A fraude na saúde é um problema multifacetado, que vai desde o mau uso do plano até esquemas complexos envolvendo múltiplos agentes. Seus impactos são sentidos por toda a cadeia, culminando em custos mais altos para os beneficiários.”

A complexidade do problema é agravada pela lentidão na adoção de tecnologia e pela persistência de processos administrativos manuais. “A modernização precisa ocorrer em toda a cadeia para ser eficaz. Processos como validação de carteirinha e faturamento de contas médicas ainda são extremamente manuais, o que dificulta a detecção de irregularidades e a automação em larga escala”, afirma Ícaro. As fraudes mais comuns incluem o reembolso assistido, o fracionamento de recibos, o reembolso duplicado e a alteração de procedimentos para justificar coberturas indevidas.

IA antifraudes

Diante dessa situação desafiadora, a tecnologia emerge como um antídoto fundamental. Confira algumas inovações que potencializam o sucesso dos negócios ao evitar perdas por fraude:

- Uso de Inteligência Artificial (IA): eficácia na detecção de fraudes, aprendendo padrões e identificando anomalias.
- Ferramentas de bloqueio: situações óbvias, como o uso de uma carteirinha vencida ou um CRM inativo, podem ser bloqueadas instantaneamente.
- Visão computacional e OCR (Reconhecimento Óptico de Caracteres): tecnologias que extraem informações de documentos (guias, laudos) de forma automática, reduzindo o trabalho manual e erros humanos.
- Reconhecimento facial: utilizado para garantir que é o próprio beneficiário quem está solicitando o reembolso, por exemplo.
- Cooperação setorial: criação de “deny lists” (listas de negação) compartilhadas entre operadoras para identificar fraudadores conhecidos.

Nesse contexto, já há disponível no mercado a tecnologia que utiliza IA para automatizar a análise de documentos na área da saúde. Na prática, a ferramenta recebe documentos em diversos formatos, valida sua autenticidade, extrai campos relevantes e retorna os dados de forma estruturada, pronta para integração com outros sistemas.

“Esse tipo de inovação é desenvolvida para combater a raiz do problema, automatizando processos que hoje são manuais e vulneráveis”, explica Ícaro. “Com ela, as

operadoras podem otimizar a análise de guias e laudos, reduzir erros humanos e, o mais importante, identificar e prevenir fraudes de forma proativa.”

ANVISA LIBERA IMPORTAÇÃO DE FRASCOS DE ANTÍDOTO CONTRA INGESTÃO DE METANOL

G1 (Globo) – 05/10/2025

2,6 mil unidades devem chegar ao Brasil com distribuição do Ministério da Saúde. Decisão atendeu a um pedido da pasta, que anunciou compra da medicação no sábado (4).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberou neste domingo (5) a importação de 2,6 mil frascos do medicamento utilizado para tratar a intoxicação por metanol.

A medida, tomada em caráter excepcional, atende a um pedido do Ministério da Saúde, que havia anunciado, no sábado (4), a compra do antídoto para a intoxicação provocada pela ingestão de bebidas alcoólicas adulteradas.

Segundo a agência, caberá ao ministério definir a forma de entrega do Fomepizol.

O Ministério da Saúde negociou a compra dos frascos, produzidos por uma empresa japonesa, junto à Organização Panamericana de Saúde (Opas).

A pasta comprará 2,5 mil unidades do Fomepizol. Outros 100 frascos serão doados pelo próprio fabricante.

A decisão da Anvisa era necessária para a entrada regular do medicamento no Brasil, uma vez que o antídoto para a intoxicação por metanol ainda não teve pedido de registro e autorização para comercialização no país analisado pela agência.

Em coletiva à imprensa no sábado, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou que a expectativa é que a medicação chegue ao Brasil nesta semana.

"O ministério já firmou a aquisição e a previsão de chegada desse outro antídoto na próxima semana. Teremos aqui no Brasil, além do etanol farmacêutico já garantindo tratamento, teremos também o fomepizol", afirmou.

Além do antídoto, Padilha anunciou que a pasta também vai adquirir unidades de etanol farmacêutico, outra substância usada para tratar a intoxicação.

O país já tem adquiridas 4.300 unidades e serão entregues mais 12 mil ampolas da indústria farmacêutica nacional na semana que vem. O governo federal negocia a comprar de mais 60 mil ampolas.

Casos pelo Brasil

O número de notificações de intoxicação por metanol após ingestão de bebida alcoólica subiu para 195 no Brasil, segundo balanço divulgado pelo Ministério da Saúde no sábado (4).

São 14 casos confirmados e 181 em investigação. Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Piauí notificaram os primeiros casos em investigação.

Até agora, a pasta registrou 13 mortes com suspeita de relação com a intoxicação por metanol. Uma já foi confirmada e outras 12 estão em investigação.

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