

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de fevereiro de 2026



ÍNDICE INTERATIVO

[Nova regra para receitas controladas digitais começa a valer em fevereiro](#) - Fonte: Saúde Business

[Demanda reprimida: Pesquisa aponta espaço para novos modelos de planos de saúde](#) - Fonte: XVI Finance

[Saúde 5.0 e o desafio de humanizar a tecnologia](#) - Fonte: Revista Cobertura

[O dilema da sinistralidade: A Cirurgia Ambulatorial como alavanca estratégica para operadoras de saúde](#) -
Fonte: Saúde Business

[Gastos de planos de saúde com medicamentos crescem de forma generalizada, aponta estudo do IESS](#) -
Fonte: Revista Cobertura

[Canetas emagrecedoras no SUS? Ministro da saúde não descarta e explica passos necessários](#) - Fonte:
CBN (Globo)

[Prontuários, análise de exames, novos remédios e até auxílio na prática clínica: como a IA já é uma realidade na saúde](#) - Fonte: Época Negócios

NOVA REGRA PARA RECEITAS CONTROLADAS DIGITAIS COMEÇA A VALER EM FEVEREIRO

Saúde Business – 03/02/2026

Anvisa exige que a emissão de receitas eletrônicas esteja vinculada à data da assinatura, ao código do SNCR e a plataformas devidamente autorizadas.

Uma nova regra na prescrição de medicamentos controlados começa a valer a partir do dia 13 de fevereiro. Passa a vigorar o padrão nacional para emissão eletrônica de receitas e notificações de medicamentos controlados, estabelecido pela Anvisa em dezembro de 2025.

Com a nova regulamentação, os profissionais devem trabalhar exclusivamente com prescrições digitais, enquanto farmácias utilizarão novos sistemas de validação eletrônica.

A digitalização promete benefícios significativos: maior controle sobre medicamentos controlados, redução de falsificações e agilidade no atendimento. Contudo, o setor de saúde enfrenta o desafio de uma transição que exige adaptação tecnológica imediata.

Profissionais de saúde precisarão dominar novas plataformas digitais, enquanto estabelecimentos farmacêuticos devem modernizar seus sistemas operacionais. O sucesso dessa mudança dependerá da capacidade de adaptação de todos os envolvidos e do suporte oferecido durante o período de transição, garantindo que pacientes não sejam prejudicados no acesso aos seus tratamentos.

Por que a norma é importante e o que muda?

A principal novidade na RDC Anvisa nº 1.000/2025 estabelece parâmetros para que prescrições de medicamentos controlados sejam digitais.

Até então, prescritores poderiam usar documentos digitados com assinatura eletrônica de forma avulsa, sem controle de origem, por exemplo. Já no caso de medicamentos tarja preta, a receita tinha que ser acompanhada de uma Notificação de Receita (azul, amarela) que era válida apenas no papel.

Com a norma, a receita eletrônica precisa nascer digitalmente dentro de uma plataforma de prescrição (pública ou privada) autorizada pela Anvisa e integrada ao Sistema Nacional de Controle de Receituários (SNCR), criado pela agência.

A partir desse novo modelo, as plataformas autorizadas pela Anvisa receberão numerações únicas a partir da autenticação do prescritor, que serão atreladas à prescrição de medicamentos.

O paciente recebe a prescrição numerada, e, ao apresentar para a farmácia, o farmacêutico poderá validar a numeração

atribuída na receita, para atestar sua veracidade e origem e assegurar que seja somente usada uma vez.

“Quando você cria um padrão nacional integrado, todo mundo passa a falar a mesma linguagem: profissional de saúde prescreve no sistema correto, o documento nasce com as garantias necessárias e a farmácia consegue validar com mais segurança. É um avanço importante para reduzir fraudes, aumentar a rastreabilidade e, ao mesmo tempo, diminuir atritos para quem precisa manter o tratamento”, afirma Michele Alves, Gerente Executiva da Saúde Digital Brasil (SDB).

Momento de adaptação

As plataformas já existentes do mercado devem se adaptar para a nova norma. A Mevo, plataforma de prescrição digital que atende alguns dos principais hospitais do Brasil, como o Hospital Sírio-Libanês, Rede D’Or, Moinhos de Vento e HCor (Hospital do Coração) está acompanhando a evolução do tema por meio de associações setoriais como Saúde Digital Brasil (SDB) e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS).

A empresa assumiu papel protagonista ao participar de um projeto-piloto fundamental para o setor. Criou um teste prático para avaliar os requisitos técnicos e a infraestrutura necessária para estabelecer comunicação eficiente entre as plataformas privadas e os sistemas da Anvisa, especificamente para a obtenção automatizada da numeração das receitas controladas.

“Estamos muito felizes porque é um avanço do ponto de vista de acesso e segurança sanitária – sem perda do papel físico, da logística de buscar a receita, e a segurança da rastreabilidade da origem. Estamos acompanhando os desdobramentos da norma e já adaptando nossas soluções para acelerar, o máximo possível, a transição. Nossa responsabilidade é garantir que prescritores, hospitais e parceiros façam essa migração sem precisar se preocupar em interpretar cada atualização regulatória”, afirma Julia Cestari, líder de Políticas Públicas da Mevo.

Quais são as receitas que passarão por essa mudança?

- As Notificações de Receita (talonários azul, amarelo, retinoides e talidomida), que antes só podiam ser impressas, poderão ser emitidas digitalmente a partir da numeração atribuída pela Anvisa.
- As Receitas de Controle Especial e as Receitas Sujeitas à Retenção (antibióticos e GLP-1) que hoje

são emitidas em formato digital passarão a ter uma numeração atribuída pela Anvisa.

Transição gradual nos próximos meses

Apesar da norma passar a valer na próxima semana, a maior mudança – que seria a integração de plataformas – deve acontecer gradualmente até 1º de junho de 2026.

Portanto, a adoção do modelo eletrônico para as notificações “azul” (B e B2) e “amarela” (A), assim como para prescrições de talidomida e retinoides, ainda levará algum tempo para se consolidar.

Já Receitas de Controle Especial e Receitas Sujeitas à Retenção (antimicrobianos e GLP 1) podem ser emitidas digitalmente com assinatura eletrônica e os parâmetros já usados nos últimos anos (sem numeração da Anvisa).

Apenas exigências pontuais começam a valer a partir de fevereiro:

- A exigência do CPF ou Passaporte em todas as prescrições de medicamentos controlados (Notificações de Receita físicas, Receitas de Controle Especial);
- A data de emissão da receita passa a ser a data em que o documento foi assinado digitalmente, impedindo a emissão de receitas com data passada (retroativa) ou data futura (pré-datada);
- Endereço individual do médico passa a não ser obrigatório – apenas o da instituição de saúde, quando aplicável.

A expectativa é que a agência avance no desenvolvimento e disponibilização da plataforma de integração às plataformas e de novos layouts das receitas que passarão a ser utilizadas em âmbito físico e digital.

DEMANDA REPRIMIDA: PESQUISA APONTA ESPAÇO PARA NOVOS MODELOS DE PLANOS DE SAÚDE

XVI Finance – 03/02/2026

O debate sobre a diversificação de produtos na saúde suplementar, muitas vezes limitado por questões regulatórias e institucionais, ganha agora um novo e robusto capítulo. Em um cenário de recorde de beneficiários em 2025 e da recente regulação dos “cartões de desconto” pela ANS, a nova Pesquisa Vox Populi / IESS traz um diagnóstico claro: o consumidor brasileiro está aberto a modelos de planos de saúde mais acessíveis e segmentados.

Para a XVI Finance, os dados revelam que o setor possui uma vasta demanda potencial que permanece reprimida por barreiras financeiras, sugerindo que o redesenho de modelos assistenciais pode ser a chave para a sustentabilidade e expansão do mercado nos próximos anos.

Planos Restritos como Porta de Entrada

O dado mais emblemático do levantamento é o sinal verde para a criação de planos com cobertura focada em diagnóstico e atenção primária. Segundo o estudo, 38% dos não beneficiários afirmam que fariam adesão a um plano de saúde mais barato, com cobertura restrita exclusivamente a consultas e exames, sem incluir internações ou cirurgias.

Essa disposição indica que o mercado busca uma alternativa intermediária aos planos completos, hoje pressionados por custos elevados.

Tabela 1: Intenção de Adesão a Planos Restritos (Consultas e Exames)

| Percepção do Consumidor | Percentual de Respostas |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Com certeza teria | 15% |
| Provavelmente teria | 23% |
| Soma (Intenção Positiva) | 38% |
| Poderia ter (depende das condições) | 24% |
| Provavelmente não teria | 10% |
| Com certeza não teria | 26% |
| Não sabe / Não respondeu | 2% |

(Fonte: Pesquisa Vox Populi / IESS 2025)

Desejo de Ter um Plano vs. A Barreira do Preço

A pesquisa desmitifica a ideia de que a população fora do sistema privado rejeita o conceito de plano de saúde. Pelo contrário: 61% dos não beneficiários declaram que gostariam

de ter um plano. O principal entrave é estritamente econômico.

Entre os motivos citados por quem não possui cobertura atualmente, o preço alto e a falta de condições financeiras dominam as respostas

| Motivo Citado | Percentual |
|--|------------|
| O preço é muito alto / caro | 53% |
| Não tem condições financeiras | 49% |
| Tem outros gastos prioritários | 17% |
| Utiliza o tratamento gratuito pelo SUS | 12% |

(Fonte: Pesquisa Vox Populi / IESS 2025 – Resposta múltipla)

Apesar da barreira de custo, a valorização do serviço permanece em patamares históricos: mais de 85% dos não beneficiários consideram ter um plano de saúde algo de grande importância.

Satisfação e Fidelidade em Níveis Históricos

Para as instituições que já operam no setor, os dados trazem otimismo quanto à retenção. A satisfação geral dos

beneficiários atingiu seu melhor índice na série histórica, chegando a 85%.

A fidelização também segue a tendência de alta. O índice que agrupa satisfação, recomendação e intenção de continuar no plano atingiu 80% em 2025, com destaque para o crescimento de 5 pontos percentuais na categoria de “alta fidelidade” em relação a 2021.

| Ano da Pesquisa | Alta Fidelidade | Fidelidade | Índice de Fidelização (Soma) |
|-----------------|-----------------|--------------|------------------------------|
| 2015 | 17% | 50% | 67% |
| 2017 | 24% | 48% | 72% |
| 2019 | 27% | 46% | 73% |
| 2021 | 20% | 58% | 78% |
| 2025 | 25,3% | 54,3% | 80,0% |

(Fonte: Pesquisa Vox Populi / IESS 2025)

Tendências Digitais e Transparência de Dados

O estudo também mapeou o comportamento digital do paciente. Embora 60% usem a internet para buscar informações de saúde (sendo 90% via Google), a confiança é

cautelosa: 85% não confiam plenamente nos dados obtidos virtualmente.

Sobre o Prontuário Eletrônico, há uma aceitação positiva de 67%, porém ainda existe um déficit de informação: 41% dos beneficiários ainda não conhecem o sistema. O principal

receio em relação à integração de dados é o vazamento de informações pessoais (57%).

O Que Isso Representa para o Setor

Para a XVI Finance, os resultados da Pesquisa Vox Populi / IESS reforçam que a sustentabilidade da saúde suplementar passa obrigatoriamente pela flexibilização da oferta. O setor atingiu um teto de acessibilidade nos modelos tradicionais.

A abertura de 38% dos não beneficiários para modelos restritos a consultas e exames não deve ser vista como uma precarização, mas como uma estratégia de inclusão e de alívio ao sistema público. O momento regulatório e a percepção de valor do consumidor indicam que o mercado está pronto para novos produtos que equilibrem custo e acesso.

FAQ: Principais Informações da Pesquisa Vox Populi / IESS

Existe demanda para planos de saúde mais simples? Sim. A pesquisa revelou que 38% das pessoas sem plano contratariam modelos restritos a consultas e

exames se o preço fosse mais acessível, sem a necessidade de cobertura para cirurgias e internações.

Por que as pessoas não contratam planos de saúde? O desejo existe (61% querem ter um plano), mas o custo é o entrave. 53% dos não beneficiários apontam o preço alto como o motivo principal e 49% afirmam não ter condições financeiras no momento.

Qual é o nível de satisfação de quem já possui plano? A satisfação atingiu o recorde histórico de 85%. Além disso, 88% dos usuários recomendariam seu plano atual para amigos ou familiares.

Como o brasileiro avalia o atendimento virtual (telemedicina)? A satisfação com atendimentos virtuais é elevada, superando 80% na maioria das categorias, como emissão de receitas e consultas por vídeo.

O que os usuários pensam sobre fraudes no setor? Há uma forte consciência ética: 89% consideram fraude a clínica cobrar por exames não realizados e 86% reprovam o empréstimo da carteirinha para terceiros.

SAÚDE 5.0 E O DESAFIO DE HUMANIZAR A TECNOLOGIA

Revista Cobertura – 02/02/2026

A saúde suplementar brasileira vive um ponto de inflexão. Depois de anos discutindo digitalização, eficiência e custos crescentes, chegamos ao momento em que a tecnologia deixa de ser uma promessa e passa a ser o próprio terreno onde o setor precisa aprender a caminhar. Mas, para além do vocabulário da moda que domina as conferências e relatórios, a pergunta essencial continua a mesma: como colocar o paciente no centro de um sistema que historicamente foi construído ao redor da burocracia?

O conceito de Saúde 5.0 surge justamente como resposta a esse impasse. Ele representa mais do que a simples evolução da Saúde 4.0, marcada pela adoção maciça da telemedicina e de sistemas digitais. A quinta fase amplia o olhar e transforma a tecnologia em um meio para que o paciente assuma, de fato, o papel de protagonista. Vai além de apenas de tratar doenças para compreender a saúde como uma jornada contínua, integrada e conectada. É um modelo que une prevenção, experiência, autonomia e valor.

No cotidiano da saúde suplementar, isso significa abandonar processos que ainda dependem de e-mails perdidos, prontuários desconectados e autorizações manuais, e migrar para um ecossistema capaz de dialogar em tempo real. A interoperabilidade de dados, por exemplo, deixa de ser um desejo para se tornar a base de qualquer operação moderna. Hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras precisam trocar informações sem atritos para que a jornada funcione do início ao fim. Quando essa engrenagem falha, quem paga o preço é o beneficiário, que enfrenta a morosidade, a duplicidade de exames e a fragmentação do cuidado.

A importância da transformação digital não está apenas na automação, mas na capacidade de interpretar e agir sobre dados. A saúde gera informações em abundância, mas só faz sentido quando elas se transformam em decisões mais rápidas, diagnósticos mais precisos e estratégias mais sustentáveis. A inteligência artificial já desempenha um papel central nessa mudança ao acelerar autorizações, prever cancelamentos, apoiar o diagnóstico e detectar fraudes com mais eficiência do que qualquer processo exclusivamente humano. O uso de big data, por sua vez, inaugura uma nova era em que a gestão deixa de ser reativa e passa a antecipar riscos, comportamentos e demandas futuras.

E há, ainda, o impacto direto sobre a experiência do beneficiário. Um sistema capaz de integrar consultas, exames, prescrições digitais, telemedicina, wearables e monitoramento remoto não apenas reduz custos como também entrega ao paciente o que ele mais espera: tempo, clareza e autonomia. Ele passa a ser atendido onde estiver, decide por qual canal prefere se comunicar, acompanha suas informações de saúde e participa ativamente do tratamento. Essa mudança não é estética; é estrutural. Ela transforma o que antes era uma relação distante e verticalizada em um modelo colaborativo, em que todos os agentes do setor trabalham conectados.

Mas a Saúde 5.0 também exige cuidado. Se depender apenas da tecnologia, ela nasce incompleta. O avanço das soluções digitais precisa ser acompanhado de uma governança robusta que respeite a privacidade dos dados, fortaleça a LGPD, evite assimetrias de informação e garanta

que a automação não aprofunde desigualdades. A adoção de tecnologias como IoMT, realidade aumentada, nanotecnologia ou algoritmos preditivos só faz sentido se o beneficiário estiver no controle do próprio percurso, com segurança e transparência.

O setor passa por um momento em que as discussões sobre sustentabilidade financeira se entrelaçam com as discussões sobre transformação digital. Não existe mais futuro possível para a saúde suplementar que não seja apoiado por dados integrados, sistemas inteligentes e modelos preventivos. As tecnologias já estão prontas; o que falta é alinhamento entre todos os atores do ecossistema para que a jornada do paciente seja contínua e livre de ruídos.

O DILEMA DA SINISTRALIDADE: A CIRURGIA AMBULATORIAL COMO ALAVANCA ESTRATÉGICA PARA OPERADORAS DE SAÚDE

Saúde Business – 30/01/2026

Recuperação financeira das operadoras contrasta com tensões na cadeia assistencial e reforça a urgência da mudança no modelo de remuneração.

O setor de saúde suplementar no Brasil vive um momento de profunda reflexão. Após um período de intensa pressão sobre as margens, os dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam para uma recuperação financeira expressiva, com um lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões em 2024, um aumento de 271% em relação ao ano anterior.

A sinistralidade, que mede a relação entre as despesas assistenciais e as receitas, atingiu 82,2% no quarto trimestre de 2024, o menor índice para o período desde 2018, e continuou sua trajetória de queda em 2025.

À primeira vista, os números podem sugerir uma vitória da gestão. Contudo, um olhar mais atento revela um paradoxo preocupante: essa melhora nos balanços financeiros ocorre em um contexto de queixas crescentes sobre restrições de acesso, glosas excessivas, prazos extremamente alongados de pagamento, descredenciamento de prestadores e a manutenção de um modelo que, em sua essência, recompensa o volume em detrimento do valor.

A busca incessante pelo controle da sinistralidade, muitas vezes através de estratégias reativas como glosas e reajustes contratuais, tem gerado um cabo de guerra insustentável entre operadoras e prestadores, com o paciente no meio de um campo de batalha onde a eficiência real e a qualidade assistencial ficam em segundo plano.

Neste momento vale questionar: estamos realmente construindo um sistema mais sustentável ou apenas lubrificando as engrenagens de um modelo obsoleto já há tempos?

A Saúde 5.0 não é sobre máquinas substituindo pessoas, mas sobre tecnologia fortalecendo a relação entre elas. O desafio é mais estratégico do que técnico. Demanda entender que eficiência e humanização não são movimentos contrários, e que investir em inovação é, inevitavelmente, investir em cuidado.

Se quisermos um setor sustentável, precisamos permitir que o paciente ocupe o lugar que sempre deveria ter sido dele. E isso só será possível quando a tecnologia for usada para integrar, simplificar e conectar, e não para criar novas barreiras. O futuro da saúde suplementar exige deixar de enxergar pessoas como números e tratá-las como protagonistas. Esse é o verdadeiro significado da Saúde 5.0.

O paradoxo do custo vs. valor no modelo hospitalocêntrico

A raiz de grande parte da inflação de custos na saúde reside no modelo de remuneração predominante, o fee-for-service (FFS), especialmente quando aplicado ao ambiente hospitalar. Este modelo, que remunera por procedimento, cria um incentivo perverso: quanto mais complexo e demorado o cuidado, maior a receita para o prestador. A eficiência, a rapidez e a prevenção são, na prática, penalizadas.

Um hospital geral, com sua estrutura de custos massiva, depende da alta ocupação de leitos e da maximização do uso de seus recursos para manter sua saúde financeira, o que pode levar a um ciclo de internações e procedimentos que nem sempre representam o melhor valor para o paciente ou para a fonte pagadora.

É neste ponto que a cirurgia ambulatorial surge como uma solução disruptiva. As Unidades de Cirurgia Ambulatorial (UCAs), ou Ambulatory Surgical Centers (ASCs) na nomenclatura internacional, são estruturas enxutas e altamente especializadas, desenhadas para realizar procedimentos com segurança, qualidade e, crucialmente, com um custo drasticamente menor.

Um relatório recente da Trilliant Health, analisando dados de mais de 3.400 centros cirúrgicos e 2.600 hospitais nos EUA, revelou uma disparidade de custos impressionante para os mesmos procedimentos. Uma colonoscopia, por exemplo, custou em média US\$ 1.179 em um ASC, contra US\$ 3.633 em um hospital – uma economia de 67,5%. Para um reparo de hérnia, a diferença foi de US\$ 3.241 (ASC) para US\$ 7.414 (hospital).

CIRURGIA AMBULATORIAL: A SOLUÇÃO DISRUPTIVA



ESTRUTURAS ENXUTAS

- Foco em eficiência operacional
- Custos fixos reduzidos
- Menor burocracia

ALTA ESPECIALIZAÇÃO

- Equipes médicas dedicadas
- Tecnologia de ponta focada
- Processos otimizados

SEGURANÇA E QUALIDADE

- Protocolos rigorosos
- Acreditações internacionais
- Satisfação do paciente superior

Fonte: Fabrício Galvão, 2026 | Trilliant Health - Análise de 3.400+ Centros Cirúrgicos Ambulatoriais e 2.600 Hospitais Gerais (EUA), 2025.



Esses números demonstram que não se trata de uma economia marginal. A migração de volume para o ambiente ambulatorial representa uma oportunidade de bilhões de dólares em economia. A Associação Americana de Centros Cirúrgicos (ASCA) estima que o uso de ASCs já gere uma economia anual de US\$ 37,8 bilhões para os seguros comerciais nos EUA.

O mais importante, como apontam diversos estudos, incluindo uma análise publicada no *Annals of Surgery*, essa economia não vem às custas de piores desfechos clínicos ou maiores taxas de readmissão, elas ocorrem com indicadores assistenciais substancialmente melhores.

CIRURGIA AMBULATORIAL: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Estudo com 73.724 Pacientes (NY e FL, 2014)

CIRURGIA AMBULATORIAL



CIRURGIA HOSPITALAR (INPATIENT)



87% dos casos realizados em ambiente ambulatorial

RESULTADOS DO ESTUDO

REPARO DE HÉRNIA



OR **0.28** ✓

72% MENOR
↓ READMISSÃO

TIREOIDECTOMIA



OR **0.70** ✓

30% MENOR
↓ READMISSÃO

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA



OR **0.37** ✓

63% MENOR
↓ READMISSÃO

APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA



OR **0.63** ⇄

COMPARÁVEL

OR (Odds Ratio): quanto menor que 1, menor o risco de readmissão na cirurgia ambulatorial comparada à hospitalar.



CUSTOS SIGNIFICATIVAMENTE MENORES

P < 0.001 para TODOS os 4 procedimentos



RESULTADOS SUPERIORES

Readmissão em 30 dias reduzida em **3 de 4** procedimentos

P < 0.001 significa que há **mais de 99,9%** de certeza de que os resultados observados são reais e não ocorreram por acaso.

Fonte: Fabricio Galvão, 2026 | Friedlander DF, et. al. Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? Ann Surg. 2021.



Estratégias de credenciamento inteligente e a força dos bundles

Para as operadoras de saúde no Brasil, a simples constatação de que as UCAs são mais custo efetivas não é suficiente. É preciso transformar essa informação em uma estratégia proativa. Isso passa por uma reengenharia do credenciamento, abandonando a lógica de uma rede extensa e indiferenciada para adotar um modelo de credenciamento

inteligente, focado em parcerias com UCAs de alta performance.

Algumas operadoras já estão atentas a esse movimento e buscam negociações diretamente com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial (SOBRACAM), entidade que representa os hospitais cirúrgicos ambulatoriais no país. Uma negociação concentrada com a associação pode representar uma ampliação de rede com 42 prestadores de maior

eficiência e menor custo, presentes em 9 estados e em franca expansão pelo Brasil.

A rede de associados da SOBRACAM está estrategicamente distribuída: a região Sudeste concentra 50% das instituições (21 unidades, sendo 14 em São Paulo), seguida pelo Nordeste com 26,2% (11 membros) e Centro-Oeste com 19% (8 membros). As regiões Norte e Sul, cada uma com uma instituição, sinalizam um potencial de expansão para essas áreas.

Essa estratégia se materializa através da adoção de modelos de remuneração baseados em valor, com destaque para os pagamentos por pacote (bundled payments). Diferente do FFS, o bundle remunera o episódio cuidado com um valor único e pré-acordado. Essa mudança transforma a relação entre operadora e prestador de uma transação adversarial para uma parceria estratégica, onde ambos são incentivados a buscar a máxima eficiência e o melhor desfecho para o paciente.

Um estudo publicado no JAMA Health Forum demonstrou que a implementação de bundled payments para cirurgias ambulatoriais de coluna foi associada a uma redução de quase 10% nos gastos para o Medicare³.

O papel da SOBRACAM como vetor de expansão

Nesse processo de transformação, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial desempenha um papel fundamental. Como entidade multidisciplinar, a SOBRACAM atua como um hub, conectando os diversos atores do ecossistema como cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, gestores, indústria e fontes pagadoras. Ao promover eventos, cursos e a disseminação de protocolos e diretrizes, a sociedade cria um ambiente colaborativo para a troca de informações e

experiências, acelerando a curva de aprendizado do mercado brasileiro.

Mais do que isso, ao ser a representante do Brasil na International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), a SOBRACAM funciona como uma ponte para o que há de mais avançado no mundo, trazendo para o cenário nacional as melhores práticas e os modelos de sucesso já validados internacionalmente

Esse intercâmbio é crucial para que o Brasil não apenas siga tendências, mas participe ativamente da vanguarda da cirurgia ambulatorial, fomentando o desenvolvimento de negócios e a criação de um mercado robusto e competitivo.

Encarar o dilema da sinistralidade exige mais do que ajustes contábeis. Demanda uma mudança de paradigma. A cirurgia ambulatorial, estruturada através de parcerias estratégicas e remunerada por valor, oferece às operadoras de saúde uma oportunidade única de sair da defensiva. Não se trata apenas de uma tática para reduzir custos, mas de um movimento estratégico para construir um ecossistema de saúde mais racional, previsível e sustentável.

Ao abraçar as UCAs e os modelos de bundled payment, as operadoras podem, finalmente, alinhar seus objetivos financeiros com a entrega de um cuidado de altíssima qualidade, transformando o desafio da sinistralidade em uma alavanca para a verdadeira inovação em saúde.

A jornada não é simples, mas os dados internacionais e as experiências bem-sucedidas em outros países demonstram que o caminho está pavimentado. Cabe agora aos líderes do setor a coragem de trilhá-lo, contando com o suporte de entidades como a SOBRACAM para acelerar essa transformação necessária e urgente.

GASTOS DE PLANOS DE SAÚDE COM MEDICAMENTOS CRESCEM DE FORMA GENERALIZADA, APONTA ESTUDO DO IESS

Revista Cobertura – 29/01/2026

Análise revela expansão contínua do componente medicamentoso em todos os tipos de contratação e modalidades de operadoras, com destaque para terapias oncológicas

As despesas com medicamentos realizadas pelas operadoras de planos de saúde registraram crescimento contínuo e generalizado entre 2019 e 2024, atingindo todos os tipos de contratação e modalidades de operadoras, segundo o estudo *Panorama das Despesas com Medicamentos na Saúde Suplementar Brasileira (2019–2024)*, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). A íntegra do estudo está disponível pelo link: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2026-01/Medicamentos.pdf>

No acumulado do período analisado, os gastos com medicamentos cresceram 77,4% nos planos individuais ou

familiares, 68,1% nos planos coletivos empresariais e 57,6% nos planos coletivos por adesão, evidenciando a expansão generalizada do componente medicamentoso no conjunto da saúde suplementar, considerando os diferentes tipos de contratação que compõem o setor.

“O estudo mostra que o crescimento das despesas com medicamentos não está restrito a um segmento específico do mercado, mas se manifesta de forma consistente em toda a estrutura da saúde suplementar”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Apenas em 2024, o estudo identificou aproximadamente R\$ 20,35 bilhões em despesas com medicamentos, considerando a soma dos gastos observados nos tipos de contratação analisados, em valores reais corrigidos para preços de 2025. Desse volume, 50% corresponderam a despesas de planos coletivos empresariais, 28% a planos

individuais ou familiares e 22% a planos coletivos por adesão. Essa distribuição ocorre em um contexto no qual os planos coletivos empresariais concentravam 72% dos beneficiários da saúde suplementar, enquanto os planos individuais ou familiares respondiam por 16,8% da base, e os planos coletivos por adesão, por 11,2%.

“Quando comparamos a participação nos gastos com o tamanho das carteiras, fica claro que planos com base menor e mais envelhecida tendem a apresentar despesas proporcionais mais elevadas com medicamentos”, observa Cechin. “Isso expressa o desafio da negociação entre a saúde suplementar e os fornecedores de medicamentos.”

Importante ressaltar que a base de dados utilizada para o estudo, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não possibilita a consolidação das despesas assistenciais da saúde suplementar como um todo, nem permite dimensionar qual é a participação dos medicamentos no total dos gastos do setor. Dessa forma, a análise concentra-se exclusivamente na evolução, na distribuição e no comportamento das despesas com medicamentos, sem

comparação direta com os demais componentes assistenciais.

A análise per capita reforça a heterogeneidade entre os tipos de contratação. Em 2024, as despesas médias anuais com medicamentos por beneficiário atingiram R\$ 765 nos planos coletivos por adesão, R\$ 654 nos planos individuais e R\$ 272 nos planos coletivos empresariais.

O estudo destaca ainda o avanço expressivo das despesas com medicamentos utilizados em terapias oncológicas, com crescimento acumulado superior a 120% em diversos segmentos entre 2019 e 2024. A expansão ocorreu de forma consistente em todos os tipos de contratação e modalidades de operadoras, indicando uma tendência estrutural de elevação desse componente assistencial.

“A evolução dos gastos com medicamentos oncológicos reforça que esse componente se tornou um dos principais vetores de pressão sobre as despesas assistenciais, exigindo acompanhamento contínuo e análise estruturada”, destaca José Cechin.

CANETAS EMAGRECEDORAS NO SUS? MINISTRO DA SAÚDE NÃO DESCARTA E EXPLICA PASSOS NECESSÁRIOS

CBN (Globo) - 28/01/2026

Um dos principais alertas do relatório é o aumento expressivo do excesso de peso e da obesidade entre adultos. A proporção de pessoas com excesso de peso saltou de 42,6% em 2006 para 62,6% em 2024.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que o governo não descarta incorporar canetas emagrecedoras ao Sistema Único de Saúde. A afirmação foi feita nesta quarta-feira, durante agenda no Rio, onde o ministério revelou os novos dados do Vigitel, que apontam que o índice de obesidade no Brasil mais que dobrou nos últimos 18 anos. Entre 2006 e 2024, o percentual saiu de 11,8% para 25,7%.

Um dos principais alertas do relatório é o aumento expressivo do excesso de peso e da obesidade entre adultos. A proporção de pessoas com excesso de peso saltou de 42,6% em 2006 para 62,6% em 2024.

Segundo o ministro, ainda existem alguns impeditivos para que essas medicações sejam incorporadas ao sistema público de saúde neste momento. No entanto, isso deve começar a mudar a partir de março, quando a patente da semaglutida, de nome comercial Ozempic, vencerá no Brasil.

"A própria Organização Mundial da Saúde fez a primeira avaliação sobre essas tecnologias e reconhece que elas podem ter um papel importante no enfrentamento da obesidade como tema de saúde pública. Está no horizonte, sim, primeiro, fazer com que empresas nacionais se apropriem dessas tecnologias. Segundo, estimular que a gente tenha uma variedade maior de empresas com registro dessa medicação para derrubar o

preço. A possibilidade é de essa ser uma tecnologia adicional a outras ações de combate à obesidade no SUS", disse.

Produção nacional e redução de preços

Para que as canetas emagrecedoras possam, no futuro, ser incorporadas ao SUS, o Ministério da Saúde pretende seguir as recomendações da OMS. A principal estratégia é estimular que o Brasil se aproprie da chamada plataforma tecnológica de peptídeos, utilizada hoje no tratamento de diabetes, excesso de peso e obesidade, e que pode ter aplicação futura em outras doenças crônicas, como o câncer.

O governo quer incentivar instituições públicas, como a Fiocruz, e empresas nacionais a absorverem essa tecnologia, reduzindo a dependência de poucos fabricantes internacionais. Segundo Padilha, parte das empresas que hoje dominam esse mercado eram produtoras de insulina e passaram a priorizar medicamentos mais caros, deixando de fabricar insumos essenciais. Por isso, o Brasil retomou recentemente a produção nacional de insulina, após duas décadas, em parceria com empresas brasileiras, a Fiocruz e instituições internacionais.

Papel da Anvisa e novos registros

Outra etapa considerada fundamental é a ampliação do número de empresas com registro desses medicamentos no país. O Ministério da Saúde solicitou à Anvisa a abertura de um chamado público para que fabricantes interessados solicitem registro de versões da medicação cuja patente expira em março. A expectativa é que a entrada de novos

produtos no mercado aumente a concorrência e reduza os preços, como já ocorreu com outros medicamentos.

Atualmente, uma comissão responsável por avaliar a incorporação de tecnologias ao SUS já analisou essas canetas e concluiu que, com apenas um produto disponível e preços elevados, a incorporação seria inadequada, pois concentraria recursos públicos em um único fornecedor. Segundo o ministro, esse cenário pode mudar com a produção nacional, a transferência de tecnologia e a ampliação do número de registros

Combate a práticas irregulares

Padilha também alertou para os riscos do uso irregular dessas medicações. A Anvisa intensificou a fiscalização e

proibiu a produção e comercialização de supostas canetas emagrecedoras manipuladas, vendidas sem garantia de qualidade ou segurança. Segundo o ministério, havia pessoas utilizando esses produtos sem saber exatamente o que estavam aplicando no próprio corpo.

De acordo com o ministro, a incorporação das canetas emagrecedoras ao SUS está no horizonte, mas depende do cumprimento de etapas como a produção nacional, a redução de preços, a ampliação da concorrência e a garantia de segurança sanitária. A ideia, segundo ele, é que esses medicamentos possam, no futuro, ser uma ferramenta adicional no combate à obesidade dentro do sistema público de saúde.

PRONTUÁRIOS, ANÁLISE DE EXAMES, NOVOS REMÉDIOS E ATÉ AUXÍLIO NA PRÁTICA CLÍNICA: COMO A IA JÁ É UMA REALIDADE NA SAÚDE

Época Negócios – 27/01/2026

Ferramentas já usadas por médicos e hospitais prometem reduzir tempo com burocracias, apoiar decisões e acelerar diagnósticos e descobertas científicas

O avanço da inteligência artificial (IA) atravessa todas as áreas, e a saúde não é diferente. Longe de ser uma promessa futurista, ferramentas inovadoras já são realidade na rotina de muitos médicos: uma pesquisa da consultoria McKinsey & Company mostrou que, ainda no final de 2024, 85% dos gestores americanos da área da saúde já exploravam ou haviam adotados recursos de IA.

No Brasil, o cenário é semelhante. Plataformas que geram prontuários automatizados, analisam exames, administram filas de hospitais, desenvolvem medicamentos e até mesmo sugerem diagnósticos e condutas clínicas estão se tornando parte do cotidiano de diversos profissionais e hospitais.

Uma das plataformas de IA que tem crescido no Brasil é a NoHarm.AI, fundada por Ana Helena Ulbrich, farmacêutica que foi considerada uma das 100 pessoas mais influentes no mundo da IA pela revista americana Time em 2025. Lançada em 2020, ela se integra aos dados dos hospitais e indica onde estão os potenciais erros de prescrições médicas, especialmente para pacientes críticos.

— Ela ajuda profissionais a revisar e priorizar prescrições médicas, identificar riscos e alertar sobre possíveis problemas, proporcionando maior segurança para os pacientes, além de trazer muito mais eficiência para os processos, pois organiza as informações na mesma tela e gera alertas, qualificando a avaliação das prescrições — conta Ana Helena.

Apenas em 2025, mais de 23 milhões de prescrições foram analisadas pela plataforma, que conta com mais de três mil profissionais ativos cadastrados. A NoHarm.AI estima ter

impactado cerca de 3,4 milhões de vidas, 1,6 milhão apenas no ano passado.

Outra frente que tem se expandido é a de ferramentas que acompanham consultas médicas para gerar automaticamente anotações sobre o paciente. Uma das empresas pioneiras na área é a Voa Health, lançada em 2024, que atende profissionais e serviços como hospitais e operadoras de saúde.

— A Voa nasceu como uma espécie de “escrivão médico por IA”. A plataforma escuta a consulta, de forma segura e consentida, e gera automaticamente os registros clínicos personalizados para o profissional. Isso permite que o médico se concentre mais na conversa e no cuidado com o paciente, enquanto a IA cuida da documentação — conta Fillipe Loures, médico e cofundador da Voa Health.

Segundo Loures, pesquisas indicam que de 40% a 50% do tempo de uma consulta é consumido por tarefas administrativas e que esse é um dos principais fatores ligados ao burnout médico. Além disso, um estudo da Voa com mais de 500 participantes, de 2025, mostrou que 92% dos pacientes já saíram de uma consulta com a sensação de não terem sido plenamente escutados pelo profissional.

Em agosto, a Voa adicionou à sua plataforma uma outra ferramenta de IA, treinada em mais de 50 mil publicações científicas, para auxiliar o médico em tempo real respondendo a dúvidas, gerando sugestões para o caso, justificativas para planos de saúde. Até o momento, mais de 1,5 milhão de atendimentos já foram realizados com apoio da Voa, cerca de 200 mil por mês

Quem também tem começado a implementar uma tecnologia semelhante às consultas, desenvolvida internamente, é a Rede D'Or, maior do país, que administra cerca de 80 hospitais. Nos pronto-socorros das unidades, uma IA que

acompanha as consultas e faz o prontuário também passou a ser disponibilizada e tem gerado bons resultados entre os médicos, conta Ariel Dascal, Chief Digital Officer (CDO) da Rede D'Or:

— Em alguns casos, a IA pode já dar uma sugestão de hipótese de diagnóstico e como seguir, mas sempre para a avaliação do médico. Isso ajuda o raciocínio do profissional. Nós colocamos sem obrigação de uso, mas temos unidades com 98% de aderência, independentemente se o médico é novo ou velho, se gosta mais de dispositivos digitais ou não. Ficamos surpresos com o quão fácil tem sido a adesão e temos recebido depoimentos muito bacanas, profissionais dizendo que já não se veem mais trabalhando sem as ferramentas.

Na sequência, exames, consultas, tudo fica arquivado no histórico do paciente e é acompanhado pela IA. Essa integração pode levar até mesmo a diagnósticos precoces. Dascal cita de exemplo que uma pessoa que entra no pronto-socorro com suspeita de pneumonia e faz um exame de tórax pode acabar tendo um pequeno nódulo, que não era o que estava sendo buscado e passaria despercebido, detectado pela IA.

Essa análise de exames com auxílio da inteligência artificial é de fato uma das áreas mais promissoras no campo. Segundo uma pesquisa da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), feita com laboratórios privados do país em 2024, ferramentas do tipo já são rotineiramente utilizadas para avaliar laudos e identificar suspeitas de casos urgentes, priorizando eles para a análise por médicos radiologistas.

O Einstein Hospital Israelita é outra unidade de referência que vem adotando tecnologias semelhantes. O HStory, por exemplo, é uma ferramenta desenvolvida também internamente que integra dados de pacientes numa única plataforma e os monitora com algoritmos de IA. Outra frente é a Centro de Monitoramento Assistencial (CMOA), que acompanha os parâmetros vitais dos pacientes 24 horas por dia e permite que haja um alerta precoce em casos de deterioração clínica.

— Essas ferramentas trazem o histórico do paciente, integram dados e geram algoritmos preditivos de doenças futuras, encontram anormalidades em exames de imagem e geram hipóteses diagnósticas permitindo a ampliação das opções ao médico — conta Eliézer Silva, diretor do Sistema de Saúde Einstein no Einstein Hospital Israelita.

Essa realidade tem sido cada vez mais comum e, em breve, deve chegar também à rede pública com o primeiro hospital inteligente do Sistema Único de Saúde (SUS) no futuro Instituto Tecnológico de Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). Previsto para 2030, a unidade vai integrar tecnologias avançadas de IA, telessaúde, ambulâncias conectadas por 5G, automação hospitalar e sistemas de gestão preditiva.

Alexandre Chiavegatto Filho, diretor do Laboratório de Big Data e Análise Preditiva em Saúde (Labdaps) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), explica que o próximo passo será ter uma IA tão integrada ao contexto do paciente e bem treinada que conseguirá auxiliar profundamente no diagnóstico e na decisão clínica da melhor intervenção terapêutica. Para ele, esse será o uso que vai revolucionar o sistema de saúde, mas ainda não existem algoritmos que conseguem fazer isso plenamente com a segurança necessária:

— De todas as aplicações de IA até hoje, em todos setores, essa vai ser a que terá o maior impacto e benefício na minha opinião. São algoritmos capazes de identificar o problema, a gravidade e indicar o melhor tratamento. Só que estamos mais distantes porque é uma área que não pode errar, é uma questão de vida ou morte. Mas, a cada semana, temos algoritmos melhores que os anteriores.

Ele conta que outro desafio é fazer com que esses algoritmos consigam se adaptar às diferentes realidades sem reproduzir preconceitos ou vieses, já que eles são treinados em populações muito distintas. Essa é uma das principais frentes do seu laboratório, que conta hoje com cerca de 30 pesquisadores.

— Buscamos entender como garantir que esses algoritmos vão funcionar em todas as realidades da saúde brasileira, do país mais diverso e mais desigual do mundo. Temos uma quantidade imensa de realidades aqui dentro, então um algoritmo que aprenda com dados de regiões como São Paulo, não necessariamente funciona no resto do país, principalmente nas regiões menores, mais remotas. Então temos desenvolvido algoritmos para identificar e corrigir esses desafios da desigualdade em saúde no Brasil — explica.

Enquanto isso, há outros usos da IA no campo da saúde que tem se expandido. Plataformas de IA generativa, como o ChatGPT e o Gemini, que já são muito usadas para fornecer informações sobre saúde, também decidiram criar funcionalidades específicas para o cuidado. O ChatGPT Health, por exemplo, permitirá conectar registros médicos e dados de aplicativos de bem-estar em um único espaço para basear as conversas nas próprias informações de saúde do usuário.

Há ainda a área de desenvolvimento de novos fármacos. De acordo com uma pesquisa da empresa de consultoria McKinsey & Company, a IA poderá gerar de US\$ 60 bilhões a US\$ 110 bilhões por ano em economia para as indústrias farmacêutica e de produtos médicos por acelerar o processo de identificação de compostos para possíveis novos medicamentos.

Os números são atraentes para os laboratórios, já que, segundo a consultoria, as empresas farmacêuticas geralmente gastam cerca de 20% das receitas em pesquisa e desenvolvimento, e a criação de um novo remédio leva, em

média, de 10 a 15 anos, ou seja, demora para que o investimento volte para a farmacêutica.

No final de 2025, a japonesa Takeda anunciou que seu comprimido experimental contra a psoríase desenvolvido com auxílio de IA, o zasocitinibe, obteve sucesso em dois estudos de fase final e que o pedido para aprovação às agências

reguladoras deve ocorrer neste ano. Se aprovado, será o primeiro medicamento desenvolvido pela tecnologia.

— Esperamos que esses algoritmos vão de fato mudar profundamente todo o sistema de saúde nos próximos anos. Essas tecnologias vão fazer descobertas científicas, vão trazer novos medicamentos, vão melhorar decisões clínicas e facilitar o dia a dia dos profissionais — diz Chiavegatto Filho.

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

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

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

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

[milliman.com](https://www.milliman.com)