

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

13 de março de 2024



EVENTO RECOMENDADO

VII ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS

Tema: A preocupação com o aumento dos custos da saúde e a sinistralidade das operadoras

Nossa diretora, **Andréa Cardoso**, será palestrante nesse evento.

O encontro ocorrerá nos dias 11 e 12 de abril de 2024 e tem como objetivos:

Abordar o aumento dos custos dos serviços de saúde sob os vieses de causas e consequências, bem como as estratégias de administração necessárias para equalizar forças e viabilizar o negócio;

Debater sobre o Rol de procedimentos - É taxativo ou exemplificativo?

Discutir a interferência do Congresso Nacional e o STF na Saúde Suplementar

As inscrições deverão ser realizadas por e-mail:

julcemarragnini@hotmail.com

ou pelos telefones: (49) 9 99891603, com o valor de R\$ 250,00 por pessoa.

ÍNDICE INTERATIVO

[Seguros Unimed evita prejuízo de R\\$35,5 milhões com combate às fraudes assistenciais](#) - Fonte: Saúde Business

[15ª edição do seminário Unidas debate as contribuições das autogestões para a saúde suplementar](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Cosaúde debate inclusão de tecnologias no Rol e regimento da comissão](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Em fevereiro, PA virtual registra aumento de 718% de casos prováveis de dengue](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Saúde mental: o impacto para as operadoras no longo prazo](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS deve avaliar regras de revisão técnica neste semestre](#) - Fonte: Jota Info

[Consulta Pública 126: ANS recebe contribuições para atualização do Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS realiza evento sobre qualidade cadastral do Sistema de Informação de Beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Serviços ambulatoriais de saúde apresentam maior frequência de utilização e VCMH/IESS fecha em 15,1%](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Instituto Ética Saúde mapeia principais práticas antiéticas, fraudes e ilegalidades do mercado da saúde](#) - Fonte: Saúde Business

SEGUROS UNIMED EVITA PREJUÍZO DE R\$35,5 MILHÕES COM COMBATE ÀS FRAUDES ASSISTENCIAIS

Saúde Business – 13/03/2024

Seguradora vem revertendo o cenário de fraudes com campanhas de conscientização, processos internos e investimentos em tecnologia.

A Seguros Unimed enfrentou e venceu um desafio considerável no campo da saúde suplementar ao evitar um prejuízo estimado em mais de R\$ 35,5 milhões devido a fraudes em custos assistenciais ocorridas entre janeiro e dezembro de 2023. A empresa, profundamente engajada em campanhas contra práticas fraudulentas, tanto em colaboração com a Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde) quanto de forma independente, tem liderado esforços para reverter essa tendência prejudicial. Este esforço envolve conscientização sobre o uso apropriado do seguro-saúde, aprimoramento de processos internos, investimentos significativos em tecnologia e inteligência artificial, e uma abordagem rigorosa dentro da empresa para fortalecer a governança e combater fraudes.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de saúde enfrentaram um aumento de 50% nas perdas nos primeiros três meses de 2023 em comparação com o mesmo período de 2022, resultando em um déficit de R\$ 1,7 bilhão para o setor. Entre as práticas fraudulentas mais comuns que contribuíram para esse prejuízo estão a falsificação de recibos de reembolso, manipulação de documentação médica, uso indevido do plano para procedimentos estéticos e solicitações de reembolso sem comprovação de pagamento.

A detecção dessas práticas fraudulentas resultou em um aumento dramático de 884% em notificações criminais e ações judiciais movidas pelas operadoras entre 2018 e 2022, conforme apontado pela Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), com o número de casos saltando de 75 para 738.

“A sustentabilidade do sistema mutualista do seguro-saúde depende da correta utilização do plano de saúde, dentro das coberturas contratadas. É assim que a Seguros Unimed garante uma oferta diferenciada de serviços, combatendo as fraudes que poderiam prejudicar seus clientes”, diz o diretor-executivo de Provimento da Seguros Unimed, Luís Fernando Rolim Sampaio, que destaca ainda o compromisso da empresa com a qualidade do atendimento.

Rolim observou que há um longo caminho a percorrer no sistema judicial para combater efetivamente essas práticas fraudulentas. “Apesar dos esforços que as operadoras de assistência médica vêm demonstrando para combater as ações fraudulentas, ainda temos uma enorme tarefa de sensibilização da Justiça, tendo em vista o número de contratos mantidos por liminar, apesar das fraudes contidas nos mesmos”.

Para enfrentar esse desafio, a Seguros Unimed tem implementado ações tanto externas quanto internas. Externamente, tem focado em conscientizar os beneficiários sobre o uso responsável do seguro-saúde, enquanto internamente, desenvolveu uma estrutura antifraude dedicada e investiu em tecnologias para detectar atividades fraudulentas.

A empresa identificou 244 contratos com fraudes comprovadas em 2023, evitando um custo de mais de R\$ 35 milhões. Durante o mesmo período, foram revogadas 34 liminares e concedidas 17 liminares a favor da Seguradora, o que evitou o pagamento de custos falsos totalizando mais de R\$ 15 milhões.

“Apesar do alarmante número de fraudes e tentativas contra a Seguros Unimed, estamos orgulhosos do trabalho incansável da nossa equipe. Graças aos nossos esforços, conseguimos evitar inúmeras dessas ações fraudulentas, podendo direcionar os recursos salvos para atender aos nossos beneficiários e às nossas redes parceiras com qualidade e transparência”, comenta Fabiano Catran, diretor-Executivo Institucional e de Clientes.

A parceria da Seguros Unimed com empresas que utilizam inteligência artificial também foi destacada, resultando em uma economia estimada de R\$ 7 milhões por ano, que será revertida para os beneficiários por meio de melhorias nos serviços de saúde.

Esses esforços em conjunto e o investimento em tecnologia contra fraudes têm sido fundamentais para a sustentabilidade dos negócios da Seguros Unimed, servindo como exemplo para o setor como um todo. Em colaboração com a FenaSaúde, a empresa está comprometida em conscientizar os beneficiários da saúde suplementar e todo o ecossistema sobre a importância de combater a fraude no setor.

15ª EDIÇÃO DO SEMINÁRIO UNIDAS DEBATE AS CONTRIBUIÇÕES DAS AUTOGESTÕES PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

Revista Cobertura – 12/03/2024

O evento – um dos maiores do segmento – será realizado nos dias 24 e 25 de abril em Brasília e reunirá operadoras de autogestão, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e profissionais ligados do setor.

Já consolidado como um dos principais eventos do setor, o Seminário UNIDAS chega a sua 15ª edição este ano e tem como tema “Autogestões e suas contribuições para a saúde suplementar”. O encontro, que tem como público principal gestores de planos de saúde de autogestão e da saúde suplementar, será realizado nos dias 24 e 25 de abril em

Brasília. A cidade foi escolhida por ser sede das principais operadoras do segmento do país, com aproximadamente 1 milhão de vidas, que representa 25% do universo das filiadas da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Entre os palestrantes estão os principais especialistas das autogestões, da saúde suplementar e do setor como: Vera Valente – Diretora-Executiva da FENASAÚDE, Jorge Antonio Aquino Lopes, Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE – ANS, Alexandre Fioranelli – Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, José Antonio Diniz de Oliveira – Presidente da

FIOSAÚDE e Presidente do Conselho Deliberativo na UNIDAS, Cesar Brenha Rocha Serra – Diretor Adjunto da DIOPE (ANS), Antonio Carlos Endrigo – Médico empreendedor e investidor em startups de saúde, entre outros.

A programação do evento contará com palestrantes renomados e painéis que debaterão a inovação e estratégia na incorporação de tecnologia em operadoras de saúde; fomento das autogestões para a sustentabilidade do sistema; saúde como estratégia de cuidado do indivíduo; o papel da tecnologia e inovações para melhorar a qualidade do cuidado; diversidade como estratégia de inclusão e melhoria de resultado, entre outros temas.

O Seminário é uma referência em networking para o setor, além de disponibilizar para os participantes a oportunidade de

conhecer os serviços das empresas que patrocinam e apoiam o evento.

* Programação sujeita a alterações

15º Seminário UNIDAS

Quando: 24 e 25 de abril

Onde: CICB – Centro Internacional de Convenções do Brasil

St. de Clubes Esportivos Sul – Trecho 2 Conjunto 63, Lote 50

Asa Sul, Brasília – DF

Programação: [15º Seminário UNIDAS](#)

Inscrições:

https://www.sympla.com.br/evento/15-seminario-unidas/2281998?_gl=1*1nh5dfy*_ga*MTE5NzA5Nzc5Ni4xNZA0NzE1Nzg1*_ga_KXH10SQZTF*MTcwNTA2MDA1NC4xMi4xLjE3MDUwNjAxOTYyMjM4wLjA

COSAÚDE DEBATE INCLUSÃO DE TECNOLOGIAS NO ROL E REGIMENTO DA COMISSÃO

GOV (ANS) – 12/03/2024

Assuntos foram tratados na 26ª reunião técnica e na 7ª reunião administrativa.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, nos dias 27 e 28/2, a 26ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde).

O diretor de Normas e Habilitações dos Produtos, Alexandre Fioranelli, iniciou o encontro dando as boas-vindas aos presentes e, em seguida, elencou as propostas que haviam sido submetidas para atualização do Rol a serem discutidas nos dois dias de reunião. “Agradeço a todos a participação nesse qualificado debate, e que tenham um excelente trabalho no processo de avaliação de tecnologias em saúde”, declarou.

No primeiro dia, houve a apresentação de quatro propostas de alteração do Rol originadas das tecnologias recomendadas pela Conitec e incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 02/05/2019 a 02/09/2021. Este grupo de tecnologias não está contemplado pelas regras de incorporação automática trazidas pela Medida Provisória 1.067/2021. São elas:

- Teste de liberação Interferon-gama, para detecção de tuberculose latente em pessoas vivendo com HIV, crianças em contato com casos de tuberculose ativa e pacientes candidatos a transplante de células-tronco;

- Teste de lipoarabinomanano de fluxo lateral na urina, para diagnóstico de tuberculose ativa em pessoas com suspeição de vida com HIV/AIDS;

- Testes comerciais de sondas em linha para detecção do complexo MTB (M. tuberculosis), em amostras pulmonares e extrapulmonares, de mutações nas regiões determinantes de

resistência a rifampicina e isoniazida (1ª linha), fluoroquinolona e aminoglicosídeos (2ª linha); e

- Implante subdérmico de etonogestrel (IMP-ETN) como método contraceptivo reversível de longa ação para prevenção da gravidez não desejada para adultas em idade fértil - em situação de rua, em uso de medicamentos teratogênicos ou potencialmente teratogênicos, privadas de liberdade ou trabalhadoras do sexo.

Em seguida, foram discutidos resultados da Consulta Pública 123 sobre o procedimento Diálise peritoneal ambulatorial automática, para tratamento da doença renal crônica.

No dia 28, foi a vez de a Comissão discutir dois novos procedimentos que foram propostas para incorporação ao rol. O primeiro deles foi a Avaliação intravascular por tomografia de coerência óptica para o caso de doença arterial coronariana e intervenção coronariana percutânea. Em seguida, o grupo debateu sobre o Fechamento do apêndice atrial esquerdo para prevenção de acidentes vasculares cerebrais em pacientes com fibrilação atrial não-valvar com contraindicação e/ou falha à terapia com anticoagulantes orais.

Sétima reunião administrativa Antes do início dos debates do dia 27/02, na parte da manhã, foi realizada a 7ª reunião administrativa da Cosaúde, que abordou temas pertinentes à organização de futuros encontros do grupo e assuntos administrativos. Esse momento do encontro foi reservado apenas aos membros da Comissão.

Para assistir ao evento na íntegra, clique nos links abaixo:

[26ª reunião técnica da Cosaúde – Dia 1](#)

[26ª reunião técnica da Cosaúde – Dia 2](#)

[7ª reunião administrativa](#)

EM FEVEREIRO, PA VIRTUAL REGISTRA AUMENTO DE 718% DE CASOS PROVÁVEIS DE DENGUE

Revista Cobertura – 11/03/2024

O aumento significativo dos casos de dengue no País em fevereiro, registrado pelo Ministério da Saúde, reflete-se também no ambiente online. Um levantamento realizado pela Conexa, ecossistema digital de saúde integral, líder na América Latina, constatou crescimento de casos prováveis da doença identificados no Pronto Atendimento Virtual, recentemente.

A cada mil consultas realizadas em fevereiro, 57,2 foram identificadas como casos prováveis de dengue. Em comparação com igual período de 2023, registra-se alta de 718%. Na ocasião, eram 7 pacientes com a doença por mil atendimentos. A primeira quinzena de fevereiro havia fechado com 44,9 por mil. A doença está em alta, em 2024, também no ambiente virtual.

A coleta de informações ocorreu pela plataforma de Health Analytics da startup e a base utilizada foi a de clientes Conexa (corporativos e de operadoras de saúde). A healthtech tem acesso a dados técnicos populacionais, anonimamente, de mais de 600 mil pacientes em planos de saúde e de cerca de 400 outras empresas. Os números são utilizados para gestão populacional, em total conformidade com normas da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

“A métrica utilizada por nós, da Conexa, é uma adaptação daquela tradicionalmente adotada em estudos epidemiológicos”, afirma o médico Henry Szejder, diretor de Health Analytics e Gestão de Saúde Populacional da Conexa. “Calculamos a taxa de incidência a partir da quantidade de pessoas com uma determinada doença por mil pacientes atendidos, explicou.

Olhando para os números totais de atendimentos, em comparação com anos anteriores, sem levar em conta a quantidade de pessoas por mil pacientes atendidos, a plataforma registrou um crescimento de 194% nos casos de dengue em janeiro equiparado ao mesmo período de 2023. Considerando apenas 2024, houve aumento de 245% de janeiro para fevereiro.

A situação do teleatendimento Conexa acompanha o cenário epidemiológico que o país atravessa. Segundo o Ministério da Saúde, foram registrados mais de 217 mil casos de dengue nas quatro primeiras semanas de 2024. Até o dia 15 de fevereiro, já são mais de 524 mil casos prováveis. Não há indícios de redução para os próximos dias.

“O aumento da doença registrado por nós neste momento aparenta ser mais agressivo e mais precoce do que em anos anteriores”, diz Szejder. “Nos anos de 2022 e 2023, o pico de dengue ocorreu de abril a maio; neste ano, a taxa de incidência de fevereiro foi quase três vezes maior que a observada em abril e maio dos anos anteriores”, alertou.

Tendência de crescimento

“Acompanhando o painel de monitoramento das arboviroses e fazendo uma análise comparativa dos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, é possível dizer que a situação é grave”, ressalta Simone Fernandes, infectologista da Conexa. A especialista chama atenção para a alta incidência da doença, que já ultrapassa os 262 casos prováveis por 100 mil habitantes, segundo o Ministério da Saúde.

Para a especialista, o número de doentes deve continuar crescendo nos próximos meses. “A tendência é seguirmos em ascensão no número de casos prováveis até um pico, que pode ocorrer no mês de abril, em consequência de um possível aumento das chuvas que acontecem nas últimas semanas de março”, afirma.

Diante do cenário atual, a infectologista reforça que a principal forma de prevenção da dengue é o controle do mosquito vetor. Além disso, é importante que a população tenha conhecimento dos sintomas que podem indicar a doença, como febre alta, dor atrás dos olhos, dor no corpo, dor abdominal, diarreia e manchas na pele.

“Se você acha que está com dengue procure atendimento médico; evite automedicação, respeite o repouso e faça muita hidratação”, orienta a médica.

SAÚDE MENTAL: O IMPACTO PARA AS OPERADORAS NO LONGO PRAZO

Saúde Business – 11/03/2024

Cresce o número de atendimentos de transtornos mentais na saúde privada e operadoras buscam formas de lidar com a nova realidade.

O número de beneficiários de planos de saúde com depressão aumentou de 11,1% para 13,5% de 2020 para 2023, segundo um estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) intitulado “Janeiro Branco na Saúde Suplementar – Panorama da saúde mental entre beneficiários de planos de saúde”, baseado em dados de três pesquisas feitas pelo Inquérito Telefônico para Vigilância de

Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), nos anos de 2020, 2021 e 2023.

O estudo teve o objetivo de traçar um panorama da saúde mental entre os beneficiários de planos de saúde e trouxe dados que podem ilustrar uma realidade já conhecida de todos: a saúde mental precisa estar no centro das atenções. Um desses dados, por exemplo, aponta que os custos com procedimentos em psicoterapia passaram, entre 2018 e 2022, de R\$ 181 milhões para R\$ 269 milhões.

O número de eventos tendo como CID a ansiedade mais que dobrou de 2018 a 2022, passando de 794 para 2.100. Outro sinal de alerta: o aumento no número de procedimentos foi maior entre os beneficiários mais jovens, com idade entre 18 e 39 anos.

Como os transtornos mentais impactam as operadoras

Depressão e ansiedade são os transtornos mais comuns. “Embora não se tenham dados recentes da prevalência de ansiedade na saúde suplementar, o estudo do IESS apontou considerável aumento no número de eventos registrados nos últimos anos cuja causa foi a ansiedade generalizada. Por sua vez, a depressão, em 2023, estava presente em cerca de 7,6% dos homens e 18,5% das mulheres usuários dos planos de saúde”, explica José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Na Unimed Nacional, conta Luiz Paulo Tostes Coimbra, presidente da instituição, é nítido o aumento no número de atendimentos relacionados a quadros de ansiedade e depressão, além de uma alta demanda de pacientes com transtornos de estresse, relacionados ou não ao trabalho.

A Sami Saúde realizou um levantamento que apontou que, dos mais de 21 mil membros atendidos atualmente, 20% tiveram diagnóstico de pelo menos um distúrbio relacionado à saúde mental. “Isso significa um número aproximado de 4.200 pessoas com alguma queixa relacionada a essa área da saúde. A faixa etária com mais diagnósticos é de 29 a 33 anos, com prevalência entre as mulheres. Cerca de 14% dos casos estão ligados à ansiedade, 3% à depressão e, pelo menos 1%, a transtornos de estresse”, revela Vitor Asseituno, cofundador da Sami.

Impactos da saúde mental na saúde física são reais e aumentam custos. Como lidar com essa realidade

A correlação entre saúde mental e física é bem estabelecida, com evidências mostrando que problemas de saúde mental podem afetar significativamente a saúde física de uma pessoa, e vice-versa.

“Quando se observa o aumento de casos relacionados à saúde mental, podemos notar, por exemplo, uma relação com a evolução de queixas ligadas a sintomas físicos no trato gastrointestinal ou alterações cardíacas. Isso porque, em casos de ansiedade e depressão, é muito comum que o paciente tenha sinais como dores de estômago, diarreias crônicas, alterações de sono e apetite, batimentos cardíacos acelerados, entre outros”, explica Asseituno.

Ele comenta sobre a necessidade de as empresas contratantes de planos, beneficiários e operadoras entenderem que é preciso evitar esse cenário. Segundo ele, para que os pacientes não cheguem a esse ponto crítico, é preciso olhar para a medicina preventiva como o melhor caminho a ser seguido.

“Isso passa pelo conhecimento da saúde integral do paciente e do acompanhamento de um time coordenado que olhe para todas as áreas da vida de um indivíduo e faça os encaminhamentos necessários para que um transtorno não evolua”, comenta Asseituno.

Cechin concorda, dizendo que, para minimizar os impactos dos transtornos mentais na saúde física, as operadoras podem adotar uma abordagem integrada que inclua o

incentivo a estilos de vida saudáveis e a implementação de programas de prevenção e educação.

Asseituno conta que a Sami Saúde oferece ao paciente suporte integral, personalizado e garantido por um Time de Saúde formado por médicos, enfermeiros e coordenadores de cuidado. Esse time acompanha e conduz os pacientes durante toda sua jornada com a Sami, conseguindo assim identificar a causa raiz de dores – muitas vezes sintomas de transtornos mentais -, e, por estar lado a lado com o paciente, ajuda a evitar desperdícios, como a realização de exames repetidos ou desnecessários.

“Além disso, o Time de Saúde conhece as particularidades de cada paciente, como histórico de saúde, rotina, fatores socioeconômicos e culturais - que têm enorme impacto na saúde mental. Com isso, conseguimos ser mais assertivos e mais ágeis no diagnóstico de problemas desencadeados por estresse, ansiedade, depressão, entre outras questões dessa natureza. Hoje, por exemplo, pelo menos 20% dos atendimentos do Time de Saúde são voltados à saúde mental.”

Esses detalhes têm feito a diferença. “A sinistralidade caixa da Sami (sinistro real) tem ficado estável em 72-73%, o que vemos como algo muito positivo, considerando o atual cenário da saúde no país, no qual, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a média de sinistralidade de outras operadoras ficou acima dos 93%.”

Para Cechin, cabe também às empresas contratantes fazerem a detecção precoce de colaboradores que apresentem sintomas iniciais do problema para evitar que estes se agravem. “A detecção e intervenção precoces em problemas de saúde mental, o suporte a grupos vulneráveis e a colaboração com organizações especializadas podem ser estratégias eficazes”, destaca ele.

Coimbra concorda que a melhor forma de atuar é trabalhando na prevenção. Nesse cenário, ele ressalta a importância de as empresas divulgarem aos seus colaboradores as ferramentas e programas disponíveis, sejam programas próprios de qualidade de vida ou os desenvolvidos em parceria com o plano de saúde.

“O Saúde em Foco é o nosso pilar destinado ao cuidado e prevenção. Ele engloba programas de saúde que trazem atendimento especializado para prevenção e promoção do bem-estar, com acompanhamento de profissionais preparados para entender as necessidades dos nossos beneficiários.”

Coimbra conta que, em 2023, a Unimed lançou, em parceria com o Dr. Online, o Consultório Online para atender empresas. É uma cabine de telemedicina que permite consultas virtuais com diversas especialidades e é estruturada para realizar exames como eletrocardiograma, medição de pressão arterial, ausculta pulmonar e cardíaca, avaliação oftalmológica, entre outros. Uma das metas é contribuir para a prevenção de doenças crônicas e redução do absenteísmo nas empresas.

Outro programa da Unimed que utiliza apenas vias digitais para atendimento é o IntegralMente, desenvolvido em parceria com a MentalMap. O programa proporcionou, somente em 2023, mais de 30 mil consultas com psicólogos ou psiquiatras aos beneficiários. “Entretanto, apesar da modalidade online ser uma solução para parte da demanda,

não se pode excluir a necessidade de redes de atendimento e apoio presenciais”, destaca Coimbra.

A telemedicina é uma grande aliada da atenção primária à saúde por conseguir extrapolar fronteiras e permitir um acompanhamento mais rápido e eficiente para os pacientes. “Na Sami, essa triagem inicial, feita por um time de enfermeiros e médicos de família, consegue resolver até 85% das queixas, o que é positivo tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde”, analisa Asseituno.

Hoje, na Sami, 95% dos atendimentos são digitais. Asseituno explica que, nos casos de transtornos de saúde mental, esse atendimento remoto permite acompanhar de perto a evolução da condição para que sejam traçadas as estratégias mais adequadas para evitar problemas maiores. Hoje, são também centenas de consultas de saúde mental por mês via telemedicina.

Outro aspecto que Cechin julga relevante lembrar é a necessidade de a sociedade superar o estigma associado à doença, o que tende a atrasar a busca por atenção especializada e a agravar a situação

Impactos da saúde mental a longo prazo em diversos cenários

Para os beneficiários, o aumento das doenças psicológicas pode levar a uma saúde física deteriorada e qualidade de vida reduzida. Isso afeta não apenas a capacidade de realizar atividades diárias, mas também impacta as relações sociais e a independência.

“Já para as operadoras de planos de saúde e para as empresas contratantes, o crescimento de doenças psicológicas resulta em perda de desempenho e produtividade, custos de saúde mais elevados e uma demanda crescente por serviços, exigindo investimentos em recursos e infraestrutura”, opina Cechin.

Asseituno comenta que, se o sistema de saúde não mudar e não voltar seus esforços à missão de conscientizar a todos sobre a importância da medicina preventiva e da atenção primária à saúde, o cenário será cada vez mais voltado a tentar remediar problemas que já estão presentes na vida dos pacientes.

“Atuar apenas para tratar doenças é uma corrida sem fim na qual as operadoras de saúde correm contra o tempo, contra a inflação médica e contra fraudes na tentativa de garantir a saúde de seus pacientes. Prevenir o aparecimento dessas doenças é a melhor saída. Promover saúde e bem-estar deveria ser de fato a preocupação do setor de saúde no país e no mundo.”

Cechin pontua que, nos últimos anos, o campo da saúde mental testemunhou avanços significativos. A pesquisa em neurociência tem aprofundado a compreensão dos mecanismos cerebrais subjacentes aos transtornos mentais, incluindo melhor compreensão dos fatores de risco para seu desenvolvimento e melhores condutas terapêuticas.

“Assim, é possível observar o desenvolvimento de novos medicamentos, com menos efeitos colaterais; o uso de terapias baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, e a expansão da telemedicina, que melhorou o acesso ao tratamento”, finaliza.

ANS DEVE AVALIAR REGRAS DE REVISÃO TÉCNICA NESTE SEMESTRE

Jota Info – 11/03/2024

Paulo Rebello afirma que estratégia pode ser ampliada; uma das condicionantes seria oferta de novos planos individuais.

O presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, afirmou que a agência deve decidir ainda este semestre novas regras para a revisão técnica, mecanismo adotado em situações específicas para reajuste das mensalidades de planos. A ideia, de acordo com Rebello, é permitir que o instrumento possa ser usado de forma mais ampla, e não apenas em casos de desequilíbrio econômico-financeiro.

A proposta prevê uma série de condições para que a revisão seja pleiteada pela operadora. Uma das possibilidades seria permitir a revisão para contratos muito antigos. No plano, que está em elaboração, haveria também necessidade de contrapartidas. “Uma delas seria a obrigação de a empresa voltar a oferecer no mercado planos individuais”, disse Rebello na noite de 22/2 durante Diálogos, evento do JOTA exclusivo para assinantes.

A próxima edição do Diálogos de Saúde será em 14 de março, com a presença da diretora da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Meiruze Freitas.

De acordo com o presidente da ANS, nesse formato, o pedido de revisão técnica seria submetido à agência, que analisaria as condições caso a caso antes da decisão. Tal mecanismo permitiria reajustes distintos, de acordo com as condições de cada operadora.

Há ainda um caminho a se percorrer antes de o tema ser votado pelos diretores da agência. Mas Rebello acredita que essa agenda pode ser cumprida nos próximos meses. “A agência precisa regular o mercado, não pode regular em casos excepcionais”, afirmou, logo depois do evento.

Rebello observa que a revisão foi feita no caso da Unimed Paulistana, uma situação pontual, em sua definição.

O presidente da ANS admite que a proposta deve provocar a resistência de associações ligadas à defesa do consumidor. Mas acredita que o debate é necessário.

A oferta de planos de saúde individual sofreu uma queda expressiva ao longo dos últimos anos. Depois da entrada em vigor da lei que regulamenta o setor, em 1998, empresas reduziram a oferta de planos novos no mercado.

A estratégia teve como objetivo justamente driblar a interferência direta da ANS na fixação dos preços das mensalidades. Um dos mecanismos usados para reduzir a oferta foi apresentar planos com preços muito mais altos do que os demais.

Idec critica eventual retomada de revisão técnica

Especialistas em defesa do consumidor manifestaram preocupação com a proposta em análise na ANS sobre revisão técnica. O último caso de revisão técnica ocorreu com a Unimed Paulistana em 2015, em meio a um Termo de

Ajustamento de Conduta (TAC) assinado com Ministério Público, ANS e Procon. A norma que regula as revisões técnicas, no entanto, teve a constitucionalidade questionada desde 2001 em ação civil pública do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). A ação aguarda julgamento no Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3).

O Idec obteve sentença favorável em primeira instância para anular a revisão técnica das operadoras Associação Auxiliadora Classes Laboriosas e Interclínicas. Nesse processo, o instituto argumentou que a norma viola o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

“Como essa ação ainda está pendente de julgamento e foi suspenso o termo de compromisso respaldado pela norma, há um questionamento sobre a legalidade em jogo”, explicou ao JOTA a advogada Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do IDEC.

“É uma completa descaracterização do contrato. Isso gera uma situação de insegurança para o consumidor. Revisão

técnica é um instrumento muito complexo e polêmico”, acrescentou.

Entre advogados especializados em defesa de consumidores, a proposta de revisão técnica também provoca preocupação. “Se além do reajuste ainda houver revisão técnica, isso pode acarretar quase na inviabilidade do consumidor continuar no plano”, afirmou ao JOTA o advogado Rafael Robba, sócio do escritório Vilhena Silva.

Mesmo caso a revisão técnica venha acompanhada da obrigatoriedade de oferta de planos individuais, como cogita o presidente da ANS, o Idec avalia que essa medida seria inócua.

“Não tem garantias de que a obrigatoriedade de oferta de plano individual emplacaria, porque as operadoras controlam o preço de entrada. Podem inflar o preço, colocar um preço impraticável e as pessoas não vão contratar”, explicou Navarrete, do Idec.

CONSULTA PÚBLICA 126: ANS ATUALIZAÇÃO DO ROL

GOV (ANS) – 08/03/2024

Sociedade pode enviar dados e comentários sobre os tratamentos propostos até 27/03/2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira, 08/03, a [Consulta Pública 126](#), com o objetivo de obter contribuições sobre as propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as seguintes tecnologias:

Tomografia de coerência óptica coronariana, para avaliação de doença arterial coronariana e intervenção coronariana percutânea; e

Fechamento do apêndice atrial esquerdo (percutâneo) – FAAE, para prevenção de acidente vascular cerebral (AVC) em pacientes com fibrilação atrial não valvar (FANV) com contraindicação e/ou falha a terapia com anticoagulantes orais (ACO).

As propostas foram discutidas na 26ª Reunião Técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), ocorrida em 27 e 28/02, e apresentadas durante a 1ª Reunião Extraordinária da

RECEBE CONTRIBUIÇÕES PARA

Diretoria Colegiada (DICOL), no dia 05/03. Para assistir à reunião da DICOL na íntegra, [clique aqui](#).

Os formulários para envio de contribuições das consultas públicas para a atualização do Rol foram reformulados. Com a alteração, a sociedade poderá opinar se concorda, discorda ou concorda/discorda parcialmente das incorporações. Antes da mudança, as classificações dos tipos de opinião disponíveis eram concordo, discordo ou concordo/discordo parcialmente da recomendação preliminar da ANS. O objetivo da modificação é conferir maior clareza e transparência ao processo de participação social.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 27/03 no próprio site da ANS, no qual também estão disponíveis os documentos relacionados às propostas durante o período de consulta: www.gov.br/ans, em "Acesso à informação", no item "Participação Social", no subitem [Consultas Públicas](#)

O Rol tem sido constantemente atualizado por meio de um processo dinâmico, que conta com ampla participação social, no qual a análise das tecnologias é feita a partir de metodologia de avaliação de tecnologias em saúde e nos princípios da saúde baseada em evidências, utilizados em diversos países ao redor do mundo

ANS REALIZA EVENTO SOBRE QUALIDADE CADASTRAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 08/03/2024

Encontro faz parte de campanha da Agência e acontecerá no dia 25/3, das 14h às 17h.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar no próximo dia 25/3 um evento sobre a qualidade cadastral do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Tendo como público-alvo as operadoras, o encontro faz parte das ações da campanha da ANS para incentivo ao correto preenchimento dos dados, que foi lançada no dia 29/2 no

portal e redes sociais da reguladora. O objetivo é conscientizar as operadoras a enviarem os dados que compõem o sistema da forma mais adequada possível e, assim, aprimorar a qualidade do cadastro de beneficiários da saúde suplementar.

O evento, que acontecerá das 14h às 17h e terá transmissão ao vivo pelo canal da ANS no Youtube, vai abordar informações gerais sobre o SIB e os aspectos técnicos para

o preenchimento dos campos e contará com um espaço para perguntas e esclarecimentos.

É importante que as operadoras inscrevam os colaboradores que atuam operacionalmente no envio de informações de beneficiários à ANS. As inscrições já estão abertas e podem ser feitas por meio deste [link](#).

Para acessar o material de divulgação, clique [aqui](#).

Sobre o SIB

O Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) é o sistema que as operadoras de planos privados de saúde utilizam para

enviar mensalmente os dados de atualização cadastral de seus beneficiários.

O SIB contém três grupos de dados: identificação pessoal do beneficiário, identificação de endereço e informações contratuais.

O envio dos arquivos de atualização cadastral pode ser diário. A operadora tem até o dia 5 de cada mês para encaminhar as informações referentes aos procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação ocorridos até o último dia do mês imediatamente anterior.

SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE APRESENTAM MAIOR FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO E VCMH/IESS FECHA EM 15,1%

Revista Cobertura – 08/03/2024

Nos últimos anos, o índice calculado pelo IESS teve oscilações por conta dos efeitos da pandemia e agora segue estável, enquanto o IPCA está em queda.

A Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), apurada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), fechou em 15,1% nos 12 meses encerrados em junho de 2023, comparado com os 12 meses anteriores. O estudo leva em conta o comportamento de uma carteira de 606 mil beneficiários de planos de saúde individuais e, novamente, se revelou superior à inflação de preços medida pelo IPCA/IBGE, que foi de 3,2% no mesmo período.

O índice permaneceu estável, apenas 0,2 pontos percentuais a mais, em comparação ao ritmo de aumento das despesas registrado no levantamento anterior (14,9%), referente aos 12 meses terminados em março de 2023. Na oportunidade, o IPCA/IBGE foi de 4,7% no mesmo período.

O estudo mostra que houve aumento significativo na frequência de utilização dos serviços que compõem a lista de procedimentos de Outros Serviços Ambulatoriais (OSA), executados por profissionais de nível superior, mas não médicos, entre eles psicólogos e terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fisioterapeutas. Nota-se um crescimento acentuado, iniciado a partir de junho de 2021 quando a variação era 13,2% positiva, saltou para 121,6% nos 12 meses seguintes, e se fixou 30,6% em junho de 2023, percentual ainda considerado elevado.

“A pandemia da Covid-19 acentuou a prevalência de distúrbios mentais e levou as pessoas a buscarem esses tipos de procedimentos com mais intensidade. Além disso, fica evidente o aumento no tratamento específico do transtorno do espectro autista (TEA), que passou a ser mais conhecido, discutido e exposto na mídia” afirma o superintendente executivo do IESS, José Cechin, ao lembrar que a retirada dos limites de cobertura por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para psicólogos e terapeutas ocupacionais, em 2022, por exemplo, intensificou bastante os atendimentos com esses profissionais na saúde suplementar.

Além do aumento na frequência de OSA, a análise apresentou, no período analisado, variação positiva, que representa aumento nas despesas per capita de 15,9%, no pacote de procedimentos disponíveis. Para se ter uma ideia, entre os 12 meses anteriores a junho de 2022 e os 12 seguintes até junho de 2023 o número de procedimentos realizados no País subiu de 5,2 milhões para 6,6 milhões, alta de 27,5%, sendo o maior volume entre beneficiários de planos de saúde com 59 anos ou mais.

Cechin acrescenta ainda que, “ninguém pode ser contra esse tipo de tratamento, porém temos que ficar atentos à questão da ausência de padronização de protocolos, bem como normatizações para esses tipos de casos, visando a utilização adequada, na medida certa, de forma a produzir o resultado almejado, sem desperdícios de recursos”.

O levantamento do IESS, no entanto, revela que a VCMH também foi positiva em outros grupos de procedimentos, significando crescimento das despesas por exposto, entre eles terapias (32,3%), consultas (13,4%) internação (12,8%) e exames (3,2%).

Como a VCMH é calculada

A VCMH é calculada a partir de metodologia internacional considerando-se o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos 12 meses imediatamente anteriores. O índice é uma média ponderada por padrão de plano individual (básico, intermediário, superior e executivo), o que possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico-hospitalar. Com isso, eliminam-se boa parte das variações que decorrem de mudanças na composição dos planos, que nada teriam a ver com variação de despesas.

A metodologia é reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo per capita em saúde nos Estados Unidos, como o S&P Healthcare Economic Composite e Milliman Medical Index.

[Clique aqui](#) para acessar o estudo na íntegra.

INSTITUTO ÉTICA SAÚDE MAPEIA PRINCIPAIS PRÁTICAS ANTIÉTICAS, FRAUDES E ILEGALIDADES DO MERCADO DA SAÚDE

Saúde Business – 07/03/2024

Estudo analisou o canal de denúncias, informações extraídas de prestações de contas, dados do questionário de autoavaliação dos associados, relatos formais e informais de profissionais da saúde e pacientes.

As 25 atitudes oportunistas no mercado da saúde mais identificadas pelo Instituto Ética Saúde (IES) entre julho de 2015 e novembro de 2023 foram tabuladas em um estudo inédito da entidade, de acordo com o grau de prejudicialidade e de frequência no setor da saúde.

As práticas antiéticas, fraudes e ilegalidades mais frequentes nos oito anos mapeados foram: pagamento de propinas a profissionais de saúde vinculados à indicação de produtos; pagamento de despesas profissionais de saúde em eventos de terceiros; patrocínio indevido de eventos de terceiros; presentes e brindes sem cunho científico em troca de indicação de produtos; informalidade nas remessas de comodato e consignação de produtos e equipamentos médicos.

Foram consideradas mais prejudiciais, ou seja, com alto impacto a curto, médio e longo prazo na cadeia econômica do setor saúde, incluindo riscos à segurança do paciente: pagamentos de propinas a profissionais de saúde, disfarçados de descontos financeiros; profissionais médicos praticando atos mercantilistas vedados pelos órgãos reguladores; empresas sem CNAE do setor de saúde comercializando dispositivos médicos – Covid-19 (flexibilização da pandemia pelo governo); pagamento inadequado de materiais cirúrgicos, com incentivo à reesterilização de produtos de uso único; fraudes em cobranças de material utilizado – troca de material efetivamente comercializado; falsificação de produtos cirúrgicos; fraudes em registros de materiais – produtos sem registro da Anvisa; fraudes em concessão de leitos do SUS – Covid-19.

O diretor executivo do Instituto Ética Saúde explica que o estudo tem o objetivo de disseminar conhecimento sobre as más práticas da saúde para profissionais do setor, terceiros interessados (que atuam indiretamente no setor da saúde) e pacientes, com a natureza primária de sensibilização e educação. “Precisamos fomentar as denúncias e informações para aqueles que podem agir de forma preventiva e coercitiva no combate a tais práticas nocivas a sustentabilidade da saúde. É preciso uma atuação conjunta, via Instituto e Órgãos estatais reguladores, para maior imputação e apuração das

responsabilidades, além da identificação dos infratores, e eventuais punições”, defende Filipe Venturini Signorelli.

O estudo traz com riqueza de detalhes como as práticas prejudiciais ao setor são executadas pelos profissionais oportunistas. “São pessoas mal-intencionadas, antiéticas, corruptas, ou seja, criminosas e desprovidas de caráter e compromisso real com a sustentabilidade econômica do setor e com a vida do paciente. Muitas destas práticas não são crimes tipificados pela lei, mas são condutas claramente prejudiciais, e isso é ponto pacífico, o diálogo ético e a responsabilidade social são urgentes para que o setor não seja sufocado pelo custo excessivo”, complementa o diretor executivo.

O assessor de Compliance do IES, Marlon Franco explica que “é importante destacar que as más práticas identificadas pelas ferramentas de comunicação disponibilizadas pelo Instituto Ética Saúde vão além das descritas neste estudo. A complexidade do cenário atual exige uma análise abrangente das tendências e desafios enfrentados pelo setor saúde, a fim de promover uma compreensão mais completa. Essa ampla avaliação é essencial para a implementação eficaz de medidas preventivas e corretivas, assegurando a integridade e a transparência na interação entre os agentes do setor”, afirma.

Os parâmetros da prejudicialidade para o mercado de forma direta ou indireta estão classificados de 1 (um) a 5 (cinco), onde 1 (um) possui baixo impacto e 5 (cinco) possui alto impacto na cadeia econômica do setor saúde. Nos mesmos moldes, foi criada uma percepção da frequência dessas práticas, observando a reincidência por meio dos relatos coletados. Tal percepção não eleva e/ou diminui a prejudicialidade de qualquer das práticas apontadas, apenas tenta demonstrar a frequência e o impacto da instabilidade nas relações econômicas geradas.

“O combate corrupção, fraudes, simulações, ilegalidades, irregularidades etc. é algo que deve ser perene em nosso propósito, pois, somente assim, poderemos vislumbrar a sustentabilidade tão almejada para o setor da saúde, e que, ao final, sabe-se ser o paciente o maior beneficiado”, finaliza Filipe Venturini.

O levantamento completo e as explicações sobre cada tipo de fraude você pode [acessar aqui](#).

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)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.