

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

29 de maio de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Qual a melhor estratégia para a sustentabilidade das operadoras?](#) – Fonte: Saúde Business

[Lira anuncia acordo com operadoras para suspender cancelamentos de planos de saúde](#) – Fonte: O Globo

[ANS atualiza dois conjuntos de dados abertos](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Operadoras de saúde investem em tecnologia para personalizar atendimento e combater fraudes](#) – Fonte: Saúde Business

[Autismo e operadoras de saúde: nem mocinho, nem vilão](#) – Fonte: Setor Saúde

[Como o mercado de saúde pode se beneficiar com o Process Mining?](#) – Fonte: Saúde Business

[Aumento de fraudes leva operadoras de planos de saúde a excluírem beneficiário e família de forma vitalícia](#) – Fonte: Revista Cobertura

[ANS lança manual sobre metodologia do monitoramento do programa de qualidade hospitalar](#) – Fonte: GOV (ANS)

QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA PARA A SUSTENTABILIDADE DAS OPERADORAS?

Saúde Business – 28/05/2024

Artigo discute estratégias para a sustentabilidade das operadoras e como lidar com a judicialização, além de insights sobre os dados da ANS.

O setor enfrenta inúmeros desafios que envolvem as recentes modificações legislativas e alterações normativas, o aumento dos custos das novas tecnologias, a retomada de crescimento dos atendimentos em um mundo pós-pandemia, a judicialização e o envelhecimento da carteira.

Esses aspectos inviabilizam continuamente a previsibilidade da frequência de utilização dos beneficiários, que deveria ser uma das protagonistas do setor, contudo, as circunstâncias atuais impedem uma atuação preventiva e necessária das operadoras.

Segundo dados da ANS, o setor ao final de 2023 ultrapassou 51 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 32 milhões em planos odontológicos, o que poderia sugerir uma perspectiva positiva para o setor, no entanto, isso torna o cenário ainda mais desafiador.

Ademais, foi divulgado pela ANS que, o resultado das consultas médicas por beneficiário no 3º trim/2023 foi 12% inferior a 2019, ao passo que as terapias ambulatoriais, internações, procedimentos odontológicos e os exames ambulatoriais tiveram 4%, 6%, 6% e 15%, abaixo do 3º trim/2019, respectivamente.

O estudo aponta, ainda, que as terapias e os demais atendimentos ambulatoriais (atendimentos com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos) apresentaram aumento em relação ao 3º trim/2022. Assim, a expectativa é que o custo das despesas assistenciais ainda possa aumentar, com a equiparação à referência de padrão de utilização de serviços no setor antes da pandemia.

E nesse cenário, indaga-se: Qual a melhor estratégia para a sustentabilidade da operadora?

Essa é uma pergunta difícil, dada a complexidade do sistema, mas, é possível definir estratégias que visam contribuir na garantia da sustentabilidade das operadoras, tais como: comercialização de produtos com mecanismos de regulação, implementação de modelos de Atenção Primária à Saúde, de programas de Governança Corporativa e de Promoção à Saúde.

Nota-se, portanto, que existem alternativas regulatórias que poderão cooperar para a estabilidade, proporcionando um pouco de controle financeiro e promovendo atenção à saúde, com linhas de cuidado e qualidade na prestação de serviços assistenciais.

Não obstante, um fator que impacta significativamente o setor há anos é a judicialização. Em notícia veiculada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em junho de 2023, foram identificados aproximadamente 460 mil novos processos sobre saúde, sendo 164 mil sobre saúde suplementar em 2022.

E diante desse volume ainda é comum decisões na contramão da regulação no país, sendo escassos os julgados em que há uma estrita observância à legislação setorial e das disposições contratuais originalmente contratadas.

Veja bem, a judicialização é um direito de todos os cidadãos, o ponto aqui em discussão não se trata de impedir e/ou dificultar, a meu ver, as decisões devem seguir parâmetros tecnicamente definidos, objetivando uma judicialização equilibrada, sem determinações absurdas que prejudicam a sustentabilidade do setor.

Em recente decisão do STJ (RECURSO ESPECIAL Nº 2071955 - RS 2023/0151582-5) houve o reconhecimento de que a operadora não é obrigada a garantir cobertura de medicamento de uso domiciliar “canabinnol”, mas, infelizmente, decisões como essa não são frequentes, especialmente, em 1ª instância.

Por mais que as operadoras reafirmem seu compromisso de cumprir com todas as obrigações impostas pela ANS, comercializem produtos com mecanismos de regulação, invistam em programas de promoção à saúde, façam uma gestão de riscos adequada à sua estrutura, a qualquer tempo tudo pode ser posto em questão com a crescente demanda do judiciário.

Alinhado a isso, manter uma sinergia entre as áreas internas na operadora é quase impossível, enquanto o setor regulatório define regras e critérios pautados nas normas setoriais, quem atua na esfera judicial depara com inúmeras dificuldades e impasses para o cumprimento de decisões que, em sua maioria, ignoram a regulação da ANS.

Talvez a única alternativa para a operadora, além das possibilidades asseguradas no ambiente regulatório, seja a redução na assimetria das informações, de forma que, a transparência e a divulgação da informação alcancem os beneficiários. Contudo, a ideologia de que os beneficiários pagam o plano e devem ter atendimento, sem qualquer restrição está intrínseca culturalmente na sociedade e, provavelmente, somente muito diálogo aberto e cooperação poderão frear essa demanda.

Existe uma tendência para investimentos em rede assistencial por recursos próprios e, nesse modelo, é possível estabelecer mecanismos de regulação assistencial, como o direcionamento a prestadores, a hierarquização do acesso e a implementação de programas de APS, porém na prática existe a resistência dos beneficiários. Afinal, persiste o sentimento que isso seja exclusivo para ganhos financeiros, ignorando-se o fato de que se trata de novas formas de cuidado, pensando no bem-estar e no tratamento preventivo, tendo em vista, também, o visível envelhecimento da população.

É claro que, com os recursos próprios a operadora terá maior flexibilidade na gestão das contas com a prestação do serviço, devido à dificuldade criada desde os primórdios da regulação com modelos de remuneração que utilizam somente de critérios quantitativos e, em decorrência disso, a elevação de custos assistenciais só aumenta e os reajustes dos planos seguem na mesma direção.

O ecossistema é complexo e a sustentabilidade da operadora não será definida com uma estratégia específica, mas com um conjunto de delas e enquanto o mercado não for enxergado como um serviço privado e houver a conscientização de todos os envolvidos, o colapso do sistema será uma consequência.

Portanto, a instabilidade do setor não atinge apenas operadoras, lembrando que será difícil operadoras de pequeno porte manterem-se sustentáveis, o que pode afetar, inclusive, a empregabilidade no país, mas, também, os beneficiários com aumento dos reajustes dos planos.

LIRA ANUNCIA ACORDO COM OPERADORAS PARA SUSPENDER CANCELAMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 28/05/2024

Segundo o presidente da Câmara, empresas se comprometeram a rever rescisões recentes. Queixas sobre o tema este ano já chegaram a 5.888.

O presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), anunciou nesta terça-feira um acordo com operadoras para suspender cancelamentos de planos de saúde relacionadas a algumas doenças e transtornos.

Desde o mês passado, idosos, crianças com necessidades especiais e portadores de doenças graves têm sido informados da suspensão unilateral de contratos por parte das operadoras, o que era questionado por órgãos de defesa do consumidor.

Entre os afetados estão inclusive crianças com autismo e portadores de câncer.

"Uma boa notícia para os beneficiários dos planos de saúde: em reunião realizada agora há pouco com representantes do setor, acordamos que eles suspenderão os cancelamentos recentes relacionados a algumas doenças e transtornos", disse Lira em suas redes sociais.

De acordo com o blog da colunista do GLOBO Míriam Leitão, Lira esteve pela manhã com o deputado Duarte Júnior (PSB-MA) e representantes do setor de saúde suplementar para

discutir o Projeto de Lei 7.419, de 2006, que trata da atualização da Lei dos Planos de Saúde.

A iniciativa de Lira, além de travar a suspensão por parte das operadoras, visou barrar a iniciativa de instalação de uma CPI na Câmara para investigar o setor da saúde suplementar.

O deputado Aureo Ribeiro (Solidariedade-RJ) já reuniu 197 assinaturas das 171 necessárias para instalar a CPI dos Planos de Saúde para apurar esse tipo de corte dos atendimentos e também os reajustes de mensalidades.

Só nos quatro primeiros meses deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recebeu 5.888 reclamações sobre rescisões unilaterais de contratos de planos de saúde.

O número representa uma alta de 31% em relação às queixas registradas no mesmo período do ano passado. Segundo relatos de usuários, muitos beneficiários com transtornos e doenças crônicas têm sido afetados por essas decisões.

Na semana passada, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), órgão do Ministério da Justiça e Segurança Pública, notificou 16 operadoras de planos de saúde e quatro associações do setor a prestarem esclarecimento sobre o cancelamento unilateral de contratos.

ANS ATUALIZA DOIS CONJUNTOS DE DADOS ABERTOS

GOV (ANS) – 27/05/2024

Aprimoramentos ampliam a utilidade e a acessibilidade às informações do setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou aprimoramentos em dois conjuntos do seu Plano de Dados Abertos (PDA): na Área de Comercialização dos Planos de Saúde e no Valor Comercial da Mensalidade pela Faixa Etária. Com isso, a Agência amplia a utilidade e a acessibilidade às informações do setor e reforça o seu compromisso com a transparência e a melhoria contínua dos dados da saúde suplementar.

Anteriormente identificado como Abrangência Geográfica de Comercialização dos Planos de Saúde, o conjunto agora se chama Área de Comercialização dos Planos de Saúde, tendo passado por uma revisão em sua descrição e no dicionário de dados. Esse conjunto é responsável por listar os municípios de comercialização dos planos de saúde, conforme definido na Nota Técnica de Registro do Produto (NTRP). Com a atualização, a área de comercialização pode ser alterada pelas operadoras a qualquer momento, e o conjunto passou

a informar os municípios relacionados em todas as notas técnicas homologadas ao longo da existência do produto, juntamente com os dados de entrada em vigor de cada nota técnica. Assim, as mudanças promovem uma compreensão mais clara da distribuição geográfica dos planos de saúde no país. Clique [aqui](#) para acessar o conjunto.

Já o conjunto de dados que informa o Valor Comercial da Mensalidade pela Faixa Etária teve sua periodicidade alterada de mensal para semanal, proporcionando uma visão mais dinâmica e atualizada dos valores cobrados pelos planos de saúde, conforme a faixa etária dos beneficiários. Para acessá-lo, clique [aqui](#).

Os conjuntos aprimorados estão disponíveis no Portal de Dados Abertos da ANS, para que toda a sociedade possa utilizar suas informações para análises, pesquisas e tomadas de decisões informadas.

Sobre Dados Abertos

Os dados são abertos quando qualquer indivíduo pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma licença. O Open Government Working Group (Grupo de Trabalho de Governo Aberto) estabeleceu oito princípios técnicos para dados abertos: são eles completos, primários (com o maior nível de granularidade e sem agregação ou modificação), atuais, acessíveis, processáveis por máquina

(processamento automatizado), não-discriminatórios (disponíveis para todos), não-proprietários e livres de licença (livres de direito autoral, patente, propriedade intelectual ou segredo industrial). Restrições relacionadas à privacidade e segurança são permitidas.

Para saber mais, clique [aqui](#).

OPERADORAS DE SAÚDE INVESTEM EM TECNOLOGIA PARA PERSONALIZAR ATENDIMENTO E COMBATER FRAUDES

Saúde Business – 27/05/2024

Automação, Inteligência Artificial e ciência de dados são as principais áreas de investimento. A tecnologia está sendo usada para personalizar o atendimento, combater fraudes e reduzir o número de pacientes que não comparecem às consultas.

A transformação digital assumiu um papel de protagonismo na área da saúde e os investimentos são crescentes. De acordo com a TechTarget, 41% das organizações do setor aumentaram seu orçamento de TI somente no ano passado. A busca é pela transformação digital completa, sendo Automação, Inteligência Artificial e ciência de dados as prioridades de investimento para 30% dos entrevistados. Já estudo da Phillips sobre o futuro da saúde, mostra que a Inteligência Artificial, a análise preditiva e o uso de dados são as tendências para o próximo biênio. Em relação à IA, 72% dos gestores planejavam investir nessa área em 2022 e a projeção é que o percentual chegue a 94% neste ano.

As grandes corporações de saúde têm visto a inteligência artificial como arma para evitar perdas. A Seguros Unimed, braço segurador e financeiro do Sistema Unimed, projeta alcançar uma economia de R\$ 5 milhões por ano, a partir de 2024 com a adoção da tecnologia antifraude da Neurotech, uma empresa B3, especialista na criação de soluções avançadas de Inteligência Artificial e Big Data.

“O combate às fraudes é um grande desafio que a Saúde Suplementar vem enfrentando no Brasil. Em outubro de 2022, a FenaSaúde denunciou um esquema que custava R\$ 40 milhões em reembolsos solicitados por empresas de fachada. Por isso, aqui na seguradora estamos investindo em tecnologia e em parceiros para combater essas ações que prejudicam todo o ecossistema, afetando operadoras, prestadores e beneficiários”, comenta Wilson Leal, Diretor Executivo de Mercado e Tecnologia da Seguros Unimed.

Menos de um ano desde a implementação e desenvolvimento da solução junto a algumas das maiores Operadoras de Saúde do país, a Neurotech conseguiu evitar perdas superiores a R\$ 30 milhões relacionadas a tentativas maliciosas de recebimento ilegal de recursos por meio de golpes nos pagamentos de reembolsos.

Mas não é apenas na fraude que a IA tem mudado a realidade do setor. Estas ferramentas baseadas também podem reduzir outro problema que traz prejuízos financeiros e de tempo aos hospitais e clínicas: as faltas em consultas e outros procedimentos previamente agendados.

Levantamento feito pela Botdesigner, healthtech especializada no desenvolvimento de soluções de Chatbots

Omnichannel para o segmento, mostrou que, com a utilização de um sistema de confirmação automatizada, seja por Whatsapp ou ligação telefônica, a taxa mensal de não comparecimento (no-show) de pacientes pode ser reduzida pela metade, diminuindo os prejuízos no balanço anual.

Através de sua base de clientes, a empresa analisou o funcionamento de um hospital com cerca de 70 médicos em seu corpo clínico e que cobra, em média, R\$ 80 por atendimento. Por mês, são aproximadamente 20 mil agendamentos. Em um cenário sem a tecnologia de confirmação, esse hospital apresentou 4.400 faltas (taxa de não comparecimento de 22%), o que pode gerar um prejuízo mensal de R\$ 352.000,00 e anual de R\$ 4.224.000,00. Já no cenário com a adoção da confirmação automatizada, a taxa de não comparecimento é reduzida a 11%, sendo 2.200 faltas. O prejuízo mensal fica em R\$ 176.000,00 e o anual em R\$ 2.112.000,00, uma queda de 50%.

“O sistema viabiliza contatos anteriores ao momento da consulta e/ou exame para lembrar ao usuário sobre o agendamento. Essa interação com o robô já é adaptada às necessidades do cliente e serve como um complemento ao trabalho dos atendentes reais que, paralelamente, podem dar sequência a outros agendamentos de maneira mais fluida”, explica Frederico de Souza, CEO da Botdesigner.

O uso da tecnologia também acaba por minimizar, inclusive, o risco do vazamento de dados, pois reduz o acesso dos colaboradores a informações críticas que acabam quebrando o sigilo.

“A área da saúde é muito crítica principalmente quando envolve o tratamento de dados. Primeiro porque a grande maioria é caracterizada como sensível. Outro ponto é que muitos titulares estão numa situação de vulnerabilidade, inclusive, jurídica. Além disso, é um setor altamente regulado”, afirma a sócia da DeServ Academy, Bruna Fabiane da Silva.

Segundo a especialista, eleita no final do ano passado uma das 50 Melhores Mulheres em Segurança Cibernética das Américas pela WOMCY (LATAM Women in Cybersecurity), a gestão das pessoas é o maior dos desafios e tem levado a investimentos no treinamento dos colaboradores, demanda sentida pela DeServ Academy.

“Muitas pessoas acabam acessando as informações de um determinado paciente ou de um titular de dados, o que abre margem para a quebra da confidencialidade. Este cenário aumenta a demanda por treinamentos daqueles que lidam com os dados sensíveis. Muitas vezes, não é que houve a

quebra de alguma informação que estava em algum sistema ou erro de algum controle técnico de segurança, mas uma vulnerabilidade humana que acaba vazando informações

sobre determinado paciente como fofoca mesmo”, explica a sócia da DeServ Academy, Bruna Fabiane da Silva..

AUTISMO E OPERADORAS DE SAÚDE: NEM MOCINHO, NEM VILÃO

Setor Saúde – 24/05/2024

Vagner Fujita (CEO da ID Health) aborda questões como exclusão de beneficiários autistas, custos, fraudes e personalização.

Recentemente, o setor de saúde tem sido inundado com notícias sobre as iniciativas de algumas operadoras para excluir beneficiários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com base em regras contratuais. Essas notícias têm sido recebidas de forma bastante negativa, prejudicando todo o setor. Isso se deve, em grande parte, à assimetria de informações e à imagem negativa que a o tema revestiu a posição das operadoras e seguradoras de saúde ao longo do debate público.

Em 2023, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) revelou que as despesas médicas relacionadas às terapias para Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD) representaram 9% do total, um valor que supera os gastos com oncologia (8,7%). Isso evidencia o impacto crescente do TEA nos planos de saúde, especialmente considerando que a faixa etária afetada geralmente paga mensalidades mais baixas em comparação com grupos etários mais avançados, onde a manutenção do vínculo tende a ser mais onerosa, onde é esperado um custo médico maior.

Além do aumento na incidência de casos diagnosticados de TEA na população (não apenas no Brasil, mas em todo o mundo), o número de tratamentos também aumentou. Isso foi acelerado por mudanças nas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, por exemplo, eliminou o limite de sessões anteriormente existente.

No cenário atual, a Lei 14454, promulgada em 2022, permite a execução de procedimentos que inicialmente não eram cobertos. Isso é possível desde que se possa comprovar a eficácia da terapia e que esta seja uma “tecnologia” – termo utilizado no setor para se referir a procedimentos – endossada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou por um órgão internacional de equivalência.

A ANS não permite a seleção de riscos na entrada de novos beneficiários. Os mecanismos de regulação incluem a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que restringe o tratamento para doenças e lesões pré-existentes, e a aplicação de carência de até 180 dias, para alguns tipos de contratos.

Contudo, essa classificação não se aplica aos casos de TEA que não é considerado uma doença, mas sim um transtorno. Enquanto uma doença geralmente apresenta uma causa específica e sintomas bem definidos, um transtorno, como exemplo o TEA, é uma condição que impacta a saúde mental e o comportamento de uma pessoa, podendo não possuir uma causa única ou sintomas facilmente identificáveis.

Nesse sentido, a abordagem para o TEA é distinta, exigindo uma compreensão e tratamento mais complexos e individualizados.

Custos

Na prática, muitos beneficiários ingressam nas operadoras gerando custos mensais e recorrentes – muitas vezes com valores superiores a dezenas de milhares de reais –, impactando diretamente em um desequilíbrio econômico do sistema de mutualismo dos planos de saúde. Outro ponto a observar é que, considerando a escassez de recursos, o setor da saúde (público e privado) faz escolhas de priorização 100% do tempo, pois infelizmente não existe orçamento para oferecer todos os tratamentos disponíveis no mercado.

Como um fator complicador, alguns beneficiários – frequentemente orientados e direcionados por maus prestadores de serviços – recorrem a ações judiciais para buscar atendimento que foi inicialmente negado pelas operadoras. Para se ter uma ideia da magnitude desse desafio, apenas em 2023, foram registrados mais de 219 mil novos processos relacionados à saúde suplementar. Em 2022, esse número foi de 164 mil, enquanto em 2021, foram 130 mil processos. Isso indica uma tendência crescente de judicialização na relação entre a operadora e o beneficiário.

Obviamente, os impactos assistenciais decorrentes das coberturas obrigatórias para os casos de TEA devem ser precificados e os seus tratamentos, quando devidos, devem ser incorporados pelas operadoras.

Fraudes

A maior preocupação reside nos casos de fraudes e abusos por parte dos prestadores de serviços. Exemplos dessas práticas incluem a cobrança por sessões que não foram realizadas e o excesso de tratamento, que pode resultar em estresse e prejuízo para a criança. Outra atitude que gera alerta é a aplicação de tratamentos padronizados com um número elevado de sessões, independentemente das necessidades individuais de cada paciente.

A recomendação é que o tratamento seja personalizado, levando em consideração as especificidades de cada caso. Além disso, a falta de transparência na evolução da terapia é outro desafio a ser superado, pois dificulta o acompanhamento do progresso do paciente.

As operadoras de saúde que oferecem planos com opção de reembolso, têm observado um grande volume de fraudes. Isso ocorre quando beneficiários ou prestadores de serviços de saúde manipulam o sistema para obter ganhos financeiros indevidos. Por exemplo, um médico pode cobrar por procedimentos que não foram realizados ou um paciente pode solicitar reembolso por terapias que nunca aconteceram.

Essas práticas fraudulentas não apenas aumentam os custos para as operadoras, mas também podem comprometer a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde para todos os beneficiários. É crucial que as operadoras

implementem medidas rigorosas de controle e monitoramento para detectar e prevenir fraudes.

Personalização

O desafio reside na padronização da abordagem. Me refiro à tendência de tratar todos os casos da mesma maneira, sem levar em conta as diferenças individuais. Isso pode ser problemático, especialmente quando se trata de saúde, onde cada caso é único e requer um tratamento personalizado.

No contexto das fraudes, as operadoras e seguradoras muitas vezes reagem aplicando regras rígidas de autorização de procedimentos e confirmação a partir de biometria ou token. Embora essas medidas possam ser eficazes para prevenir fraudes, a aplicação indiscriminada delas pode criar

uma percepção de resistência ao tratamento, especialmente no caso de pacientes que necessitam de cuidados especiais.

Isso pode ser visto como uma contradição aos princípios básicos da saúde suplementar, que enfatizam a importância do acesso a cuidados de saúde de qualidade e a necessidade de tratamentos personalizados. Portanto, é importante encontrar um equilíbrio entre a prevenção de fraudes e a garantia de que os pacientes recebam o cuidado de que necessitam.

Ainda há muito trabalho a ser feito, mas é um passo na direção certa para garantir que todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde para indivíduos com TEA sejam tratados de maneira justa e equitativa

COMO O MERCADO DE SAÚDE PODE SE BENEFICIAR COM O PROCESS MINING?

Saúde Business – 24/05/2024

Saiba mais sobre a mineração de processos, uma abordagem inovadora que combina mineração de dados e análise de processos, está preparada para revolucionar o mercado de saúde.

Já ouviu falar em Process Mining? Trata-se de uma abordagem avançada que utiliza técnicas de ciência de dados para descobrir, validar e aprimorar fluxos de trabalho em organizações. Ao combinar mineração de dados e análise de processos, as empresas podem extrair insights valiosos dos dados registrados em seus sistemas de informação, a fim de compreender o desempenho de seus processos, identificar gargalos e áreas de melhoria.

Ele funciona como um raio-X para os negócios, mostrando como está funcionando cada setor e identificando áreas com gargalos ou setores com atrasos.

Adotar a mineração de processos vai transformar fricção em competitividade na operação da instituição, isso vai desde identificar onde estão os eventuais problemas e conseguir solucioná-los de maneira correta, valorizando assim o trabalho que está sendo bem executado e intervindo apenas no que precisa ser ajustado.

A implementação desse tipo de intervenção afeta positivamente todas as áreas de um negócio. Ela enxuga operações desnecessárias, auxilia tomadas de decisão baseadas em dados, melhora a qualidade de entrega de produtos e serviços e, principalmente, reduz custos e aumenta a produtividade. Colaboradores e gestores concentram seus esforços no que é essencial para o crescimento do negócio.

Mas qual a importância para o mercado de saúde?

Agora que o conceito de Process Mining foi elucidado, é crucial compreender sua relevância no campo da saúde. Primeiramente, pela característica da tecnologia, podemos aplicá-la nas diferentes áreas das instituições seja clínica, de apoio e administrativa. Por meio de sua utilização, é possível analisar e compreender de forma profunda e precisa os fluxos de trabalho, identificando principalmente os setores que

necessitam de uma atenção especial e de melhorias para elevar a eficiência operacional.

Outro ponto relevante é a redução de custos. Isso porque, ao adotar a tecnologia para aprimorar processos, ocorre a eliminação de atividades desnecessárias e que desperdiçam recursos, além da otimização na utilização de equipamentos e capital humano.

Adicionalmente, o Process Mining oferece todo suporte que os gestores precisam na tomada de decisões ao fornecer dados claros e precisos, proporcionando maior respaldo para agir em diferentes situações.

Por fim, mas não menos importante, a mineração de processos auxilia as organizações de saúde a garantir conformidade com regulamentos e legislações, tanto no Brasil quanto em outros países.

Importante para o crescimento do setor

O mercado de saúde está constantemente aprimorando seus processos com o auxílio da tecnologia e novas descobertas, que têm impacto em todas as frentes do setor. Novos tratamentos, soluções, medicamentos e até mesmo a melhoria de processos estão integrados ao uso da tecnologia, que é uma realidade presente em nosso cotidiano.

Seguindo a tendência, a mineração de processos está se tornando uma ferramenta de extrema importância no mercado de saúde, pois ela não apenas examina os processos clínicos, mas também proporciona uma visão profunda da interação entre pacientes, profissionais de saúde e sistemas de informação.

Compreender esses aspectos complexos não só permite identificar ineficiências, mas também oferece insights valiosos para melhorias significativas em toda a cadeia de valor do setor de saúde.

Ao fornecer uma compreensão holística dos desafios enfrentados na prestação de cuidados de saúde, a mineração de processos capacita as organizações a adotarem uma

abordagem proativa na busca pela excelência operacional e pela melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Ou seja, o Process Mining desempenha um papel fundamental na transformação e no crescimento do setor, impulsionando a inovação, eficiência, redução de custos e elevando a qualidade dos cuidados de saúde dos pacientes.

AUMENTO DE FRAUDES LEVA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE A EXCLUÍREM BENEFICIÁRIO E FAMÍLIA DE FORMA VITALÍCIA

Revista Cobertura – 24/05/2024

VP de Benefícios da Alper Seguros explica como empresas de saúde suplementar estão se mobilizando para evitar um prejuízo de 12,7% na receita anual do setor.

Após a onda de demissões registradas em 2023 por empresas que detectaram uso indevido do benefício de reembolso do plano de saúde, chegou a vez das operadoras de planos de saúde tomarem medidas mais rígidas e começarem a mitigar ocorrências de abusos fundamentadas na prática indevida conhecida como: reembolso sem desembolso. Entre as medidas mais polêmicas está o bloqueio e exclusão do beneficiário caso o mesmo queira novamente voltar a ser atendido pela operadora.

Para André de Barros Martins, VP de Benefícios da Alper Seguros, a ação das operadoras é legal e visa proibir os excessos buscando assim, a plena garantia de funcionamento do ecossistema de saúde. “Acompanhamos de perto a ocorrência de adulteração em três vezes mais o valor original de uma nota fiscal obtida após a prestação de um procedimento médico. A operadora comprovou a fraude via verificação do valor contratado eletronicamente, e notificou o RH da empresa contratante. Como resultado, o funcionário teve a exclusão do grupo familiar do plano de saúde e foi imediatamente desligado da empresa empregadora”, relata o executivo.

Martins ainda aponta dado do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) divulgado em novembro de 2023 em que um estudo demonstra que as fraudes e desperdícios na utilização do plano de saúde representaram um custo de R\$30 a 34 bilhões para os planos de saúde. Esse valor corresponde a 12,7% da receita anual do setor de saúde suplementar.

Além da exclusão, as operadoras têm adotado processos exigindo documentos e comprovação dos pagamentos

realizados. Martins também pontua que hoje há vários tipos de fraudes e desperdícios cometidos pelos beneficiários. “Os excessos mais comuns incluem: ocultação de condições de saúde preexistentes na contratação, compartilhamento de dados de acesso aos sites das operadoras com terceiros, reembolso duplicado, empréstimo de carteirinha do plano, falsificação de informações ou documentos, superutilização de procedimentos desnecessários, enquadramento forçado em critérios de cirurgias e judicialização premeditada. Infelizmente, a somatória de ações equivocadas como essas prejudicam a fluência e a saudabilidade da cadeia de saúde no Brasil”, afirma.

A fim de coibir as práticas abusivas, o mercado tem, cada vez mais, adotado a inovação e novas tecnologias no setor de saúde, novos processos e conscientização – como acessos exclusivos por aplicativos, reconhecimento facial, campanhas informativas e auditorias mais rigorosas. “As operadoras de saúde no país vêm fortemente implementando medidas para combater fraudes no processo de reembolso, tais como aumento da fiscalização, uso de tecnologias avançadas para detecção de padrões suspeitos, colaboração com órgãos reguladores, e ações judiciais para bloquear reembolsos e notificar crimes”, explica Martins.

Para esclarecer os beneficiários sobre as novas exigências das operadoras no combate às fraudes, a Alper Seguros preparou um material que reúne quais são as documentações necessárias, com conteúdo explicativo e prazos para a solicitação de consultas, exames, terapias e cirurgias das principais operadoras. A empresa segue empenhada na condução de campanhas e informativos estruturados para que suas empresas-clientes orientem seus funcionários e colaboradores sobre as melhores práticas de uso consciente do plano de saúde e de solicitações de reembolso.

ANS LANÇA MANUAL SOBRE METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR

GOV (ANS) – 23/05/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou, nesta quarta-feira (22/5), o Manual Metodológico do PM-QUALISS, Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar. A divulgação foi feita durante participação da ANS na Feira Hospitalar 2024, considerada a principal feira do setor de saúde da América Latina.

Ao divulgar a publicação, o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, ressaltou que o programa

traz uma mudança de paradigma, já que, pela primeira vez, um órgão regulador do Brasil terá indicadores para medir a qualidade dos hospitais e falou da importância da publicação: “O manual descreve a metodologia utilizada no PM-QUALISS, que é tecnicamente robusta, reprodutível, transparente e imparcial, marcando uma nova etapa na qualificação do setor suplementar. É uma iniciativa muito desafiadora e, ao mesmo tempo, de integração, porque convida todos os atores que compõem a cadeia de saúde

suplementar a investirem na cultura da qualidade, da transparência e da governança”.

O Manual apresenta a metodologia do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), que tem como objetivo monitorar, avaliar e divulgar o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar por meio de indicadores de qualidade. Para acessar, basta clicar no link a seguir: [Manual Metodológico do PM Qualiss](#).

O documento é uma ferramenta importante do Programa QUALISS hospitalar, que foi elaborado considerando os seguintes desafios do setor:

- Reduzir a assimetria de informação, possibilitando ao beneficiário acesso a parâmetros de qualidade sobre prestadores hospitalares;
- Conferir maior transparência sobre o desempenho assistencial dos hospitais;
- Fortalecer e induzir uma cultura de avaliação e divulgação do desempenho dos prestadores de serviços de saúde no setor suplementar por meio de ferramentas de gestão.

No manual, estão disponíveis as seguintes informações: histórico do PM-QUALISS Hospitalar; Ciclo Avaliativo de 2023; metodologia de avaliação e comparabilidade do Programa; a forma como os resultados serão apresentados, por hospital; a definição das faixas classificatórias de desempenho; e a forma como os hospitais serão

apresentados nestas faixas. Além disso, apresenta também glossário, fichas técnicas dos indicadores do painel geral e dicionário de dados do Painel Geral.

Sobre o PM Qualiss

O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar é parte integrante do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss como o componente que monitora, avalia e divulga os resultados dos indicadores de qualidade de prestadores hospitalares.

A adoção das melhores práticas, por meio do PM-QUALISS, é muito importante. Ela ajuda a identificar possíveis dificuldades ou oportunidade de melhoria. Isto contribui para as tomadas de decisão, para o aprimoramento da gestão interna do hospital e para o planejamento e a execução de ações efetivas. Como consequência, há impactos positivos na gestão hospitalar e na satisfação dos pacientes.

Para as operadoras, o programa pode gerar informações mais qualificadas para otimizar a estruturação das redes assistenciais e subsídios para a adoção de modelos de remuneração baseados em valor.

Um total de 178 hospitais ingressaram, voluntariamente, no PM-QUALISS e, destes, 101 estão aptos a terem seus resultados divulgados a partir do Ciclo Avaliativo de 2023. A divulgação destes resultados acontecerá no início do segundo semestre deste ano.

Para mais informações sobre o programa, clique [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)

© 2024 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.