

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

21 de agosto de 2024



EVENTO RECOMENDADO



14CBA

CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUÁRIA
29 E 30 DE AGOSTO 2024 - RIO DE JANEIRO

Patrocinador Ouro:



[Clique aqui](#) para mais informações.

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS realiza oficinas do programa de monitoramento da qualidade hospitalar](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Corretores são peças-chave no combate a fraudes e desperdícios no setor de saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[CDH debaterá cancelamento unilateral de planos de saúde para hipervulneráveis](#) – Fonte: Senado

[Realização de cirurgias bariátricas cresce 84,3% na saúde suplementar entre 2015 e 2023](#) – Fonte: IESS

[Planos de saúde: contingenciamento pode afetar atendimento da ANS a consumidores e fiscalização](#) – Fonte: O Globo

[Aumento de beneficiários em planos de saúde ameaça setor](#) – Fonte: Consumidor Moderno

[Usuários trocam plano de saúde nacional por regional para pagar menos: vale a pena?](#) – Fonte: InfoMoney

[Melhores e maiores 2024: operadoras de planos de saúde aumentam lucro líquido em 191%](#) – Fonte: Revista Exame

[Crise nos planos de saúde impacta empresas de home care](#) – Fonte: CNN Brasil

[Polícia Civil de SP faz operação contra fraudes em planos de saúde](#) – Fonte: Folha de São Paulo

[No DF, planos de saúde têm dívidas de R\\$ 19 milhões com o SUS](#) – Fonte: Metrôpoles

[Planos de saúde: queixas de rescisões unilaterais se mantêm na ANS e no Procon-SP](#) – Fonte: Jota Info

[Planos de saúde x cirurgias plásticas: um marco na saúde suplementar](#) – Fonte: Correio Braziliense

[Acreditação hospitalar reforça a percepção de valor dos serviços prestados](#) – Fonte: Saúde Business

[Plano de saúde: entenda o que o STF vai discutir sobre contratos para idosos](#) – Fonte: Estadão

ANS REALIZA OFICINAS DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

(GOV) ANS – 20/08/2024

Agência reuniu hospitais participantes do projeto para compartilhar experiências, indicadores e boas práticas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, durante o mês de julho de 2024, uma série de reuniões com representantes dos hospitais que participam do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar). Ao todo, foram seis encontros virtuais que reuniram mais de 200 participantes com o objetivo de compartilhar experiências, boas práticas e analisar indicadores do setor.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Mauricio Nunes, destaca que o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar tem grande relevância para a saúde suplementar. “Este projeto tem o consumidor como público final, já que ele terá uma fonte segura para verificar a qualidade dos hospitais cobertos pelo seu plano de saúde”, destacou Mauricio.

Durante as oficinas, os hospitais participantes do Programa puderam esclarecer dúvidas sobre as regras e as fichas técnicas dos indicadores de qualidade com a equipe técnica da ANS. A troca de informações nos encontros facilita a implementação de estratégias e contribui para o aprimoramento da qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

As reuniões também serviram como um fórum para a capacitação dos colaboradores, visando à disseminação de conhecimentos atualizados e à aplicação de metodologias inovadoras no cuidado com a saúde. A proposta é elevar a eficiência operacional dos hospitais participantes.

Sobre o Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar:

Desde 2022, a ANS vem implementando o Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar com a coleta dos dados dos hospitais participantes. O Programa visa induzir a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares por meio do monitoramento de indicadores que abrangem três domínios: efetividade, eficiência e segurança.

Efetividade mensura os desfechos associados aos procedimentos, condutas e adesão aos protocolos institucionais; eficiência avalia a qualidade e agilidade dos processos, buscando grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis em cada realidade; e segurança reflete a atenção das instituições às suas práticas assistenciais com o objetivo de evitar danos aos pacientes.

Para mais informações sobre o PM-QUALISS Hospitalar, clique [aqui](#).

CORRETORES SÃO PEÇAS-CHAVE NO COMBATE A FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS NO SETOR DE SAÚDE

Saude Business – 20/08/2024

Com 19% dos custos do setor originados pelas fraudes, a educação dos beneficiários sobre a sustentabilidade do sistema de saúde começa com os corretores que vendem os planos.

O setor de saúde suplementar no Brasil enfrenta um desafio crescente: o combate a fraudes e desperdícios nos planos de saúde. Segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), esses problemas representam cerca de 19% dos custos totais do setor, equivalente a aproximadamente R\$ 28 bilhões por ano. Nesse contexto, os corretores desempenham um papel essencial na conscientização do público, sendo fundamentais para a sustentabilidade do sistema e a garantia de um atendimento de qualidade aos beneficiários.

Para Victor Moutinho, diretor comercial da Sami, “as fraudes não apenas oneram o sistema, mas também comprometem a qualidade do atendimento aos pacientes que realmente necessitam. É um problema que afeta toda a cadeia da saúde suplementar.”

O papel estratégico dos corretores de saúde:

Os corretores, como intermediários entre operadoras e beneficiários, estão em posição privilegiada para educar e orientar o público. Seu trabalho vai além da simples venda de

planos, englobando a responsabilidade de promover o uso consciente e ético dos serviços de saúde. Moutinho ainda ressalta: “Além de conhecer os produtos, esses profissionais precisam adotar uma postura estratégica, orientando sobre o uso adequado do plano e alertando sobre as consequências das fraudes para todo o sistema.”

Exemplos de fraudes incluem a cobrança por serviços não prestados, o uso indevido do plano por terceiros e a prescrição de exames desnecessários. Já os desperdícios se manifestam por meio de consultas e exames excessivos e internações prolongadas sem necessidade clínica. É crucial que os corretores expliquem aos beneficiários o impacto dessas práticas, mostrando como elas aumentam os custos operacionais dos planos, resultando em reajustes anuais e contribuições mais altas.

Estratégias para combater fraudes e desperdícios:

Para combater essas questões, é possível adotar estratégias de conscientização, como: explicar detalhadamente as coberturas, limitações e procedimentos corretos para a utilização do plano; organizar eventos informativos para clientes, abordando temas como uso consciente do plano e o impacto financeiro das fraudes; desenvolver e distribuir material educativo sobre boas práticas na utilização dos serviços de saúde; manter canais abertos para esclarecer

dúvidas e receber denúncias de possíveis irregularidades; e trabalhar em conjunto com as operadoras em campanhas de conscientização.

Apesar de seu papel fundamental, os corretores enfrentam desafios. A complexidade do tema e a necessidade de constante atualização exigem investimento em capacitação contínua. Além disso, é preciso superar a resistência de

alguns clientes, que podem interpretar a orientação como uma tentativa de limitar o uso do plano.

"Encontrar o tom ideal para abordar esses assuntos mais delicados é crucial. Com esse alinhamento, as perspectivas são promissoras. Ao esclarecer as consequências das fraudes e promover o uso responsável dos serviços, os corretores contribuem para a sustentabilidade do sistema e para a manutenção de preços mais justos", conclui Moutinho.

CDH DEBATERÁ CANCELAMENTO UNILATERAL DE PLANOS DE SAÚDE PARA HIPERVULNERÁVEIS

Senado – 20/08/2024

O cancelamento unilateral de planos de saúde é o tema de audiência pública da Comissão de Direitos Humanos (CDH), marcada para as 10h desta quarta-feira (21). Os parlamentares devem analisar especialmente a interrupção dos planos coletivos por adesão, que atingem diretamente pessoas hipervulneráveis.

O debate foi sugerido pelo senador Flávio Arns (PSB-PR), que apontou o desespero causado pelo cancelamento aos familiares de pessoas com transtorno do espectro autista ou doenças raras, por exemplo.

"A queixa é nacional e urgente. Ao entrarem em contato com as administradoras dos planos e solicitarem portabilidade, as

famílias foram informadas que não há planos disponíveis para adesão. A preocupação aumenta quando não há planos que contemplem apenas as crianças individualmente — ou são com coparticipação, ou não atendem a rede credenciada que a criança já está inserida", justificou Flávio Arns no requerimento.

A audiência pública deve contar com a participação de representantes da Associação Vítimas a Mil; do Instituto de Defesa de Consumidores; da Associação Nenhum Direito a Menos; da Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor; e do Ministério da Justiça. A reunião será interativa e aberta à participação por meio do Portal e-Cidadania ou pelo telefone 0800 061 22 11.

REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS BARIÁTRICAS CRESCE 84,3% NA SAÚDE SUPLEMENTAR ENTRE 2015 E 2023

IESS – 19/08/2024

Considerada uma pandemia mundial, a obesidade é um grave problema de saúde pública, que está associada ao desenvolvimento de muitas outras doenças. Dentro desse cenário, a realização de cirurgias bariátricas é uma realidade e tem crescido de forma expressiva na saúde suplementar do Brasil. Entre 2015 e 2023, o número de procedimentos passou de 28,4 mil, em 2015, para 52,4 mil, em 2023, alta de 84,3%.

As informações são do novo estudo especial do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o Texto para Discussão nº 106 – O papel das cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade: perspectivas da saúde suplementar no Brasil, que tem como base dados do Painel de dados do TISS (D-TISS).

Ao longo do período analisado, foram realizadas 331,1 mil cirurgias em beneficiários de planos de saúde. Nota-se que,

de modo geral, entre 2015 e 2020 houve crescimento gradual, passando de 28,4 mil para 33,4 mil, respectivamente. No entanto, nos anos seguintes, mesmo durante a pandemia de Covid-19, o crescimento foi bastante representativo – 43% entre 2020 e 2021 e 15% entre 2021 e 2022. Já entre 2022 e 2023 houve leve queda de 4,7%.

Levando-se em conta a evolução do número de procedimentos por sexo do beneficiário, o estudo mostra que a grande maioria de cirurgias se deu entre as mulheres. Para se ter uma ideia, entre 2015 e 2023, houve crescimento expressivo de 99,5%, passando de 20,9 mil para 41,7 mil, respectivamente.

Para acessar o Texto para Discussão nº 106 na íntegra, [clique aqui](#).

PLANOS DE SAÚDE: CONTINGENCIAMENTO PODE AFETAR ATENDIMENTO DA ANS A CONSUMIDORES E FISCALIZAÇÃO

O Globo – 19/08/2024

Agência teve R\$ 22,5 bilhões de cortes no orçamento

O contingenciamento de R\$ 22,5 bilhões do orçamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pode afetar o atendimento ao consumidor. A agência teme ter que fechar

12 núcleos de atendimento espalhados pelo país e a redução na equipe que atua no Disque ANS. Serviços de fiscalização, como o que trata do ressarcimento ao SUS de procedimentos realizados na rede público de clientes da saúde suplementar

já estão prejudicados, admitiu o presidente da agência, Paulo Rebello.

- A realidade vivenciada pelas agências está se tornando cada vez mais preocupante. Além do corte orçamentário ocorrido em março, recentemente, fomos surpreendidos por mais uma redução de, aproximadamente, 14% no orçamento, o que põe em risco a execução de diversas ações regulatórias imprescindíveis para proteção do interesse público. Será necessário que as agências reduzam metade do valor de seus contratos e despesas, fechem sedes, diminuam drasticamente atendimentos ao público externo, ações de fiscalização e limitem significativamente a representação institucional. Portanto, há um risco iminente de que as atividades das agências reguladoras sejam afetadas de modo crítico e que suas atribuições legais não sejam cumpridas adequadamente - afirma Rebello.

No caso da ANS, ele ressalta que há 112 vagas em aberto. Apenas 35% desse total teve autorização para preenchimento pelo Concurso Nacional Unificado, realizado no último domingo. Nas agências reguladoras como um todo essa vancância é, em média de 45%. Rebello que também é presidente do Comitê das Agências Reguladoras Federais (Coarf), destaca que na Anvisa, por exemplo, 50% dos 1.200 servidores já podem se aposentar. Se isso acontecer vira um caos.

- Para dar um exemplo da ANS, em 2022 venceu um contrato de técnicos que eram responsáveis pelo acompanhamento do ressarcimento das operadoras ao SUS e até agora não conseguimos liberação para contratação. O resultado prático está claro nos números de ressarcimento feitos ao SUS que em 2022, foi de R\$ 1 bilhão, em 2023, de R\$ 750 milhões e este ano a projeção é de R\$ 250 milhões. Ou seja, deixaremos de arrecadar R\$ 750 milhões, porque não conseguimos renovar um contrato de R\$ 5 milhões. E no caso do ressarcimento, a cobrança tem que ser feita em um ano ou não se pode mais cobrar as operadoras, conforme

determina o TCU - ressalta Rebello, informando que o Disque ANS consome outros R\$ 6 milhões.

Em conversa com o blog, no quarto andar da sede do GLOBO, na Cidade Nova, o presidente da ANS, contou que o orçamento da reguladora é o mesmo, sem correção, desde 2021. O valor mínimo para manter os contratos em vigor, afirma, seria em torno de R\$ 140 milhões para os gastos discricionários, atualmente a reguladora tem disponível pouco mais de R\$ 88,25 milhões. Durante o planejamento do orçamento de 2024, a agência fez um levantamento, que seriam necessários pelo menos R\$ 175 milhões para os gastos discricionários, incluindo a manutenção dos principais contratos e expansão do seu parque tecnológico.

- O aperfeiçoamento do guia de planos, sistema que facilita a contratação e a portabilidade de carências dos usuários de planos de saúde, depende de investimento em tecnologia. - Pontua o presidente.

Rebello ressalta:

- Juntas as 11 agências reguladoras arrecadam R\$ 130 bilhões, tudo isso vai para a União. O custo total de todas as reguladoras é de R\$ 5 bilhões - destaca Rebello.

O orçamento total aprovado para a ANS na LOA 2024 é R\$ 317.357.001, desconsiderando a reserva de contingência que a gestão fica a cargo da Secretaria de Orçamento Federal. Deste valor, R\$ 211.071.311 são os gastos obrigatórios com folha de pagamento de pessoal. O restante, R\$ 106.285.690 são para os discricionários com demais despesas e contratos.

A primeira redução ocorreu na votação do projeto de lei para conversão em lei. O valor inicial para gastos discricionários foi reduzido em R\$ 4.473.710,00. Na sequência, houve um cancelamento, em março de outros R\$ 14.085.138. Com o Decreto 12.120, o valor foi reduzido em mais R\$ 3.947.725,00 ficando em R\$ 88.252.827, os gastos discricionários ao todo, o corte foi de R\$ 22,5 milhões.

AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE AMEAÇA SETOR

Consumidor Moderno – 19/08/2024

Sala de situação da ANS mostra que existem 51.030.366 usuários em planos de saúde médica e 33.483.799 beneficiários odontológicos, e aumento de custos operacionais desafiam sustentabilidade do modelo.

O setor de saúde contabilizou 51.030.366 usuários em planos de saúde médica. No que tange aos planos de assistência exclusivamente odontológica, o número de beneficiários é de 33.483.799. Os dados são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referentes ao mês de junho de 2024.

Segundo a Sala de Situação, ferramenta de consulta disponível no portal da ANS, nos planos médico-hospitalares,

houve um aumento de 743.137 beneficiários em comparação a junho de 2023. Na comparação com maio de 2024, o crescimento foi de 75.808 usuários. Já nos planos exclusivamente odontológicos, foram somados 2.432.916 beneficiários ao longo de um ano, e 221.539 na comparação entre junho e o mês anterior

Na análise dos dados por gênero, nota-se que o público feminino é predominante em ambas as categorias, representando 53% nos planos com cobertura médico-hospitalar e 51% nos planos com cobertura odontológica.

Beneficiários de planos de saúde por gênero - junho/2024



Análise por faixa etária:

Na análise por faixa etária realizada em junho de 2024, observa-se que a faixa de 40 a 44 anos foi a que apresentou o maior número de beneficiários em planos de assistência médica, totalizando 4.993.126 novos beneficiários. Em seguida, encontra-se a faixa etária de 35 a 39 anos, com 4.981.595 novos beneficiários. No que diz respeito aos planos odontológicos, as faixas etárias com o maior número de usuários em junho de 2024 foram a de 35 a 39 anos, que teve um aumento de 3.675.381 beneficiários, e a de 40 a 44 anos, com um acréscimo de 3.633.901 beneficiários.

Em relação aos estados, ao comparar com junho de 2023, o setor registrou um aumento no número de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, destacando-se Minas Gerais, São Paulo e Ceará, que apresentaram os maiores ganhos em números absolutos. Para os planos odontológicos, todas as 24 unidades federativas mostraram crescimento ano a ano, com São Paulo, Minas Gerais e Paraná liderando em termos de aumento absoluto.

Visão Geral do 1º Semestre de 2024:

Na comparação entre dezembro de 2023 e junho de 2024, que corresponde ao 1º semestre de 2024, o setor registrou um crescimento de 202.250 beneficiários em planos de assistência médica e de 1.012.736 em planos exclusivamente odontológicos. Ao analisar os dados por gênero, notou-se um aumento de 71.493 beneficiárias e 130.757 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil. Nos planos odontológicos, o crescimento foi de 549.386 beneficiários do sexo feminino e 463.350 do sexo masculino, em nível nacional.

Em relação à faixa etária, a categoria de 45 a 49 anos foi a que teve o maior aumento em assistência médica, com 99.938 novos beneficiários, seguida pela faixa de 10 a 14 anos, que registrou 44.697 novos beneficiários. Já nos planos odontológicos, a faixa etária com o maior crescimento foi a de 65 a 69 anos, com um aumento de 191.897 beneficiários, seguida pela faixa de 70 a 74 anos, que somou mais 188.885 beneficiários.

É importante ressaltar que os números podem sofrer alterações retroativas devido às revisões realizadas mensalmente pelas operadoras.

Análise do cenário:

Fernando Bianchi, sócio do M3BS Advogados, ao apresentar uma opinião crítica sobre os principais pontos do estudo, destacou que um dos principais dados é que, entre 2019 e 2023, o número de beneficiários de planos médico-

hospitalares aumentou 7,4%, passando de 47,0 milhões para 50,5 milhões. “Esse crescimento é particularmente relevante para as operadoras, pois indica uma recuperação robusta após as quedas registradas entre 2014 e 2020”.

Ademais, mantendo o olhar voltado para a defesa dos interesses das operadoras de planos de saúde, o especialista em Direito da Saúde Suplementar, argumenta que a faixa etária acima de 60 anos apresentou um crescimento de 12,5%, refletindo o envelhecimento populacional e a crescente preocupação com a saúde na terceira idade.

“Portanto, o aumento na adesão de beneficiários, especialmente na faixa etária mais avançada, representa tanto uma oportunidade quanto um desafio. Se, por um lado, há um incremento na base de clientes, por outro, há uma pressão maior sobre os custos operacionais devido à maior demanda por serviços de saúde complexos e custosos. As operadoras devem, portanto, revisar suas políticas de precificação e gestão de risco para assegurar a sustentabilidade financeira”.

Como o volume de procedimentos assistenciais aumentou significativamente, Fernando Bianchi pontua que isso se dá devido aos aumentos em consultas médicas. Ademais, outros atendimentos ambulatoriais, exames complementares e terapias também contribuem para o montante de 1,7 bilhão de procedimentos em 2023. Em outras palavras, um crescimento de 7,5% em relação ao ano anterior.

Recuperação pós-pandemia:

O crescimento na produção assistencial é indicativo de uma recuperação pós-pandemia e de uma demanda reprimida que está sendo atendida. O conselho de Fernando, para as operadoras, é continuar investindo em infraestrutura e tecnologias que permitam a otimização de processos e a redução de custos. Só para exemplificar, ele cita a telemedicina e a digitalização de prontuários. “Ademais, é essencial a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde para reduzir a necessidade de procedimentos de alta complexidade”.

No que tange aos obstáculos, há necessidade de adaptação às mudanças demográficas e ao aumento da longevidade da população. “Nesse ínterim, os planos de saúde devem focar em estratégias que promovam a saúde preventiva e a gestão de doenças crônicas. A utilização de Big Data e Inteligência Artificial pode fornecer insights valiosos para a personalização do atendimento e a identificação precoce de problemas de saúde. Além disso, é crucial fortalecer as parcerias com prestadores de serviços de saúde para garantir a qualidade e a continuidade do atendimento”.

Como advogado empresarial defensor das operadoras de planos de saúde, ele salienta, por fim a importância de um planejamento estratégico robusto, a adoção de tecnologias emergentes e a promoção de um ambiente regulatório favorável. “A colaboração entre operadoras, prestadores de serviços e reguladores será vital para assegurar a sustentabilidade e a qualidade do setor de saúde suplementar no Brasil”.

Autogestões em Saúde:

Por sua vez, a Amanda Bassan Alves, gerente executiva da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), salienta que enquanto o setor de saúde suplementar experimentou um crescimento de 7,4% no número de vidas entre 2019 e 2023, o sistema de autogestões registrou uma tendência inversa. Na prática, o setor experimentou uma redução de 11,9% no número de beneficiários. Assim, ele passou de 4.459.391 em dezembro de 2019 para 3.928.099 em dezembro de 2023.

“Entretanto, apesar dessa queda no número de beneficiários nas autogestões, as despesas assistenciais aumentaram 13,7% no mesmo período. Este é um reflexo de uma tendência maior no setor. Ou seja, o segmento viu um aumento de 40,1% nas despesas assistenciais, passando de R\$ 184,40 bilhões em 2019 para-R\$ 258,34 bilhões em 2023”.

Ameaça ao setor:

Assim, analisando o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, Amanda observa que as autogestões apresentam os maiores índices de utilização por beneficiário. Analogamente, isso se dá em todos os agrupamentos: consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias e internações. O único índice menor está em procedimentos odontológicos. Este cenário se deve, em grande parte, à composição da população das autogestões, que conta com cerca de 30% de idosos. Essa faixa etária consome mais recursos devido a condições crônicas, que são mais prevalentes entre eles.

Segundo ela, o principal desafio é equilibrar a crescente produção assistencial e o aumento das despesas assistenciais em proporção ao número de novos beneficiários. Especialmente considerando que o maior crescimento tem ocorrido na última faixa etária, de 60 anos ou mais. “Se essa tendência de aumento continuar de forma desproporcional enfrentaremos planos de saúde cada vez mais caros. Por consequência, a sustentabilidade da saúde suplementar estará ameaçada. É crucial implementar estratégias que possam conter esses custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados”.

USUÁRIOS TROCAM PLANO DE SAÚDE NACIONAL POR REGIONAL PARA PAGAR MENOS: VALE A PENA?

InfoMoney – 19/08/2024

Diferença varia muito de região para região, mas, em geral, regionais são entre 20% e 25% mais baratos.

Ter um plano de saúde é um dos principais desejos dos brasileiros. Atualmente, cerca de 51 milhões de pessoas têm convênio médico no país. No entanto, manter este benefício tem sido cada vez mais difícil. Os sucessivos reajustes, especialmente nos planos coletivos que representam 85% dos contratos e os que não são definidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), têm levado usuários a buscarem alternativas para manter o produto.

Estudo realizado pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) mostra um aumento no número de usuários que optam pelo plano de saúde regional e uma redução dos modelos nacionais.

A modalidade de grupos de municípios foi a que mais cresceu, com aumento de 4 pontos percentuais nos últimos 10 anos – entre março de 2014 e 2024 passando de 40% para 44% de cobertura.

No segmento nacional, que contempla cobertura em todo o território brasileiro, a análise revela que houve retração de 3 pontos percentuais nos planos, caindo de 43% para 40%. O mesmo ocorreu com os planos de abrangência em grupo de estados, que passaram de 6% para 4% de representatividade no mesmo período.

Tendência de mercado:

A pesquisadora Cristina Helena de Mello comenta que essa é uma tendência do mercado. “Normalmente, as contratações dos planos são feitas por pessoas jurídicas. A contratação não é mais facilitada para pessoa física, embora é muito raro isso acontecer. Então, quando a gente olha esse padrão de crescimento nos últimos dez anos, a gente tem que entender que por trás disso temos empresas fazendo negociações para oferecer o benefício pelo melhor preço”, afirma.

Ela comenta ainda que, dependendo da região, os planos de saúde têm um poder de barganha muito grande com os hospitais. “Muitas vezes, eles concentram quase todos os atendimentos dos hospitais, que por sua vez, não conseguem fazer boas negociações de preço. Então, encontramos custos que podem ser significativamente menores em algumas regiões do que para um plano nacional”, diz.

Bruno Corano, economista e investidor da Corano Capital, explica que essa troca se deve majoritariamente ao fato de os planos regionais serem mais acessíveis, ou seja, mais baratos. De acordo com ele, a diferença varia muito de região para região, mas, em geral, os planos custam entre 20% e 25% menos quando são regionais.

Na avaliação dele, essa troca pode ser importante do ponto de vista financeiro. “Para famílias menos privilegiadas, o gasto com o convênio ou com o plano de saúde é relativamente importante, já que às vezes chega a mais de 10% da renda, ou bem mais de 10% da renda. Considerando

esse patamar de custo, se a família conseguir 20% a 25% de redução, é significativo para o orçamento”, afirma.

O educador financeiro Emerson Santos aconselha que, diante dos reajustes nos planos de saúde em 2024, a revisar as necessidades de saúde e comparar opções de planos com coberturas adequadas e mais econômicas. “Considere também planos com coparticipação, que têm mensalidades menores. Negocie com sua operadora para tentar obter melhores condições, especialmente se fizer parte de um plano coletivo”, diz o especialista.

Especialistas consideram que, para aquelas pessoas que não viajam muito, que têm um estilo de vida bem local, o plano regional pode ser uma boa opção. “Agora, se a frequência de viagens for muito grande, não vale”, considera Corano.

Se as viagens forem esporádicas, só de férias ou trabalho, por exemplo, o usuário pode fazer um seguro-viagem para garantir atendimento em caso de necessidade.

Cuidados na contratação:

O médico Armando Lobato, presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar Nacional (SBACV Nacional), alerta que a escolha deve ser feita com cuidado.

“Acredito que a escolha de um plano de saúde é uma decisão crucial para garantir a qualidade da assistência médica e o estudo do IESS evidencia o crescimento significativo dos planos municipais nos últimos 10 anos, destacando a importância de entender bem essa modalidade antes de tomar uma decisão”, diz.

Para ele, o plano de saúde regional pode ser um importante aliado na tentativa de reduzir despesas, mas o usuário deve estar atento à cobertura, aos laboratórios, locais de pronto-atendimento e hospitais que serão contemplados neste modelo. “Tão importante quanto ter um plano de saúde é saber que, no momento da necessidade, você terá opções que garantam um atendimento de qualidade.”

O médico comenta que é fundamental estar atento à cobertura geográfica, rede de atendimento, especialidades médicas cobertas, serviços de emergências, qual a cobertura dos procedimentos, reajustes e carências e não menos importante, o atendimento ao cliente.

Além desses pontos, diz ele, é crucial que o plano de saúde seja administrado por uma operadora idônea e confiável.

MELHORES E MAIORES 2024: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE AUMENTAM LUCRO LÍQUIDO EM 191%

Revista Exame – 16/08/2024

Entre 2022 e 2023, margem líquida dos planos de saúde foi de R\$ 961,1 milhões; vencedores da 51ª edição da premiação serão divulgados no dia 17 de setembro.

As operadoras de planos de saúde apresentaram o melhor desempenho no ano passado em relação ao crescimento do lucro líquido. De acordo com o levantamento da Exame Melhores e Maiores, os planos de saúde apresentaram margem líquida de R\$ 961,1 milhões, equivalente a 191,1% a mais do que o registrado no ano anterior.

A margem líquida é como um termômetro que mostra a saúde financeira de uma empresa. Ela indica qual foi o lucro real da corporação após pagar todos os seus custos, como aluguel, folha de pagamento, impostos, insumos etc. “Em outras palavras, é o dinheiro que sobrou para os donos da empresa depois de todas as contas pagas”, explica Samuel Barros, reitor do Ibmecc no Rio de Janeiro.

No caso das empresas de saúde, diz Barros, o impacto positivo na margem líquida ocorreu por conta dos reajustes aplicados pelas operadoras junto aos beneficiários dos planos, assim como fusões e integrações de operações, o que aumenta a eficiência do setor como um todo. “Mas é uma área que hoje encontra dificuldades para repassar ao cliente final os custos e a inflação médica, que tem um comportamento mais agressivo do que a inflação econômica geral”, pondera Barros.

Dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, em junho deste ano, havia no país 51 milhões de usuários de planos de assistência

médica. A maior parte dos beneficiários é atendida por planos coletivos, geralmente oferecidos por empresas ou sindicatos.

Segundo a ANS, em 2023 foram autorizados 1,93 bilhão de procedimentos pelos planos, entre consultas, exames, terapias e cirurgias. O número representa um aumento de 7,4% em relação ao total de procedimentos feitos em 2022: 1,8 bilhão de procedimentos.

Outros setores:

Outros setores analisados pelo ranking de Melhores e Maiores, como imobiliário e construção civil, farmacêutico e beleza e seguradoras também apresentaram bom desempenho em relação à margem líquida.

Entre os destaques negativos estão transporte e logística, com redução da margem líquida em 390% entre 2022 e 2023 (- 390%). Os preços dos combustíveis contribuíram para os resultados negativos. “A alta no custo dos combustíveis provocou efeito direto nos transportes, logística e serviços logísticos, setor que apresentou os piores resultados em diversas análises”, diz Barros.

Vencedores de Melhores e Maiores 2024:

Com metodologia desenvolvida pela EXAME, em parceria com o Ibmecc, a 51ª edição de Melhores e Maiores leva em conta não somente os indicadores financeiros e contábeis das empresas, como também a diversidade na gestão, boas práticas ambientais e de governança. Foram avaliadas um total de 1287 companhias, das quais 1000 estão classificadas no ranking, que será divulgado no dia 17 de setembro.

CRISE NOS PLANOS DE SAÚDE IMPACTA EMPRESAS DE HOME CARE

CNN Brasil – 16/08/2024

Prorrogação de pagamento, falta de reajuste, inadimplência e glosas médicas são algumas das dificuldades enfrentadas pelas prestadoras de atenção domiciliar.

O setor de saúde brasileiro vem enfrentando uma forte crise, percebida por todos os players do mercado.

Na saúde suplementar, especificamente, a conjuntura negativa teve início quando as operadoras de saúde, para conseguirem gerir seu fluxo de caixa, aumentaram a pressão sobre seus fornecedores.

Depois de realizar procedimentos autorizados pelas operadoras, hospitais, laboratórios e empresas de home care (atenção domiciliar) vêm encontrando dificuldades para receber pelos serviços oferecidos, como a prorrogação de pagamento, falta de reajuste, inadimplência e, principalmente, as glosas médicas.

Um panorama da crise:

Segundo Cláudio Flauzino, médico e diretor-executivo da Home Doctor, empresa pioneira em atenção domiciliar no país, as dificuldades do setor começaram na pandemia, quando houve uma baixa utilização dos serviços de saúde. Ele conta que naquele período, a realização de tratamentos de alta complexidade, como quimioterapia, além de cirurgias eletivas e exames, sofreu uma grande queda. Por outro lado, houve um importante encarecimento não só em recursos humanos, mas, também, em insumos, como materiais e medicamentos, e na logística.

“Ou seja, a matriz de custos aumentou, mas as operadoras não puderam repassar esse valor para os beneficiários. Nos anos seguintes à pandemia, diante dos resultados negativos e do aumento na sinistralidade, elas iniciaram movimentações que impactaram diretamente o setor. Por exemplo, deixaram de arcar com toda a conta, adiaram pagamento por um, dois e até três meses. O resultado é que quem já estava pressionado pelo aumento dos preços, como nós, da atenção domiciliar, ficamos totalmente sufocados”, diz Flauzino.

As demandas específicas do setor:

O executivo destaca que os custos de uma empresa de atenção domiciliar envolvem, basicamente, recursos humanos, insumos e logística, as linhas que mais encareceram nos últimos anos, o que levou à fragilidade do setor.

Marcos Domingues, CEO da Qualivida, empresa de home care que atua nas regiões norte e nordeste, concorda que o cenário tem exigido muita cautela. “Vários aspectos, como o envelhecimento da população, aumento excessivo de custos e o downgrade do perfil da carteira das operadoras, que as leva a negociar os valores cada vez mais para baixo, tem contribuído para esse quadro. O modelo não está funcionando, é preciso repensá-lo, e em todos os sentidos”. Sheila Silveira Siao Lopes, diretora de produção da CaptaMed, empresa de home care de Minas Gerais, também reforça as dificuldades que a saúde extra-hospitalar vem enfrentando. “Durante a pandemia houve um ganho de visibilidade para a atenção domiciliar, mas, ao mesmo tempo, uma perda de margem importante. Vale destacar, ainda, o

problema do piso de enfermagem – na atenção domiciliar, especificamente, o uso dessa mão de obra é muito mais expressivo do que no hospital. No atendimento em casa, temos um profissional para atender um paciente, enquanto no hospital o mesmo técnico de enfermagem atende vários”, ela sinaliza.

Domingues também destaca a necessidade de compreensão, por parte das operadoras, de que o serviço de saúde em casa não é como o hospitalar. “A gente não tem um posto de enfermagem no fim do corredor, nem um médico permanentemente no local. Existe toda uma necessidade de programação, nossas empresas são de logística. Então os modelos de cobrança, de remuneração e de funcionamento precisam ser vistos à luz desse contexto específico, e não à luz do cenário hospitalar ou de clínica. Não é possível comparar uma empresa de saúde domiciliar com um hospital. É preciso considerar custos de deslocamento, por exemplo”, salienta o CEO da Qualivida.

Para Flauzino, da Home Doctor, outro ponto importante é que a gestão financeira exercida pelas operadoras tem atingido de forma mais acentuada as empresas de atenção domiciliar, porque essa ainda não é uma atividade inclusa no rol de procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e não tem cobertura obrigatória. “Aliás, a maioria dos planos não indica, claramente, quais empresas de home care são cobertas. Ou seja, enquanto o usuário pode escolher qual hospital ou laboratório deseja usar, no caso do atendimento domiciliar ele não tem essa opção. É o plano que determina quem prestará o serviço e, logicamente, essa decisão é baseada no preço. Além disso, da noite para o dia o plano pode descredenciar determinada empresa e não há como questionar, uma vez que não foi mencionado quais seriam as prestadoras de atenção domiciliar cobertas pelo plano. Existe uma fragilidade organizacional, inclusive do sistema de saúde, que deixa a atenção domiciliar muito dependente das fontes pagadoras”, ele alerta.

A saída para a crise:

Muito se tem discutido a respeito das dificuldades do setor. Mas, para Flauzino, a incidência das glosas indevidas, bem como a retenção e atraso no pagamento deveriam ser as últimas alternativas. “Antes disso as operadoras deveriam buscar outras soluções, como controle de fraudes, melhora na eficiência, nos contratos e na operação, entre outras. E a discussão sobre o prazo de pagamento não pode ser unilateral, alguém tem que mediar e determinar, por exemplo, que se houver glosa indevida, o pagamento do recurso deverá ter correção por índice de inflação. Afinal, se eu não pago o boleto de aluguel, da escola ou do plano de saúde, eu arco com juros, certo? Os dois lados precisam ter regras claras, tanto em relação aos seus direitos quanto com as suas obrigações”.

Já Sheila Lopes, da CaptaMed, salienta a importância de juntar todos os players para encontrar uma solução. “Precisamos buscar uma atuação política para regulamentar o setor. Quando a gente vê os cenários externos de outros sistemas de saúde, é nítido o fortalecimento do movimento ‘saúde é realizada em casa’ e essa descentralização do cuidado hospitalar para o domicílio. É preciso mudar, colocar no rol, estabelecer políticas e parcerias com o Programa ‘Melhor em Casa’, que é a política pública do SUS, mostrar

valor para as operadoras, de forma a conseguir negociar melhores condições de remuneração. Acredito, ainda, que seja importante mudar um pouco o escopo da atenção domiciliar, trazendo maior responsabilidade também para a família”, ela diz.

Domingues conta que a Qualivida segue buscando alternativas para ganho de escala e capilaridade de forma cada vez mais inteligente, e discutindo com as operadoras sobre esse processo de mudança. “Acreditamos que a saúde precisa ser reinventada. É importante enxergar, por exemplo, que o serviço de saúde em casa não envolve, apenas, o atendimento de alta complexidade. Existe uma série de outros serviços, mais simples, que podem ser prestados no home care”.

POLÍCIA CIVIL DE SP FAZ OPERAÇÃO CONTRA FRAUDES EM PLANOS DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 15/08/2024

Suspeitos montaram clínicas-fantasma, forjavam médicos e resultados de exames para pedir reembolsos.

A Polícia Civil de São Paulo deflagrou na manhã desta quinta (15) uma operação contra fraudes em planos de saúde, que podem passar de R\$ 2,5 milhões.

Foram cumpridos 49 mandados de busca e apreensão nas zonas leste, norte e sul da capital paulista. Ao todo, 115 policiais e 51 viaturas participaram da operação.

De acordo com as investigações, os suspeitos montaram clínicas-fantasma com as quais contratavam serviços das operadoras. Os sócios dessas empresas de fachada também figuravam como beneficiários.

Eles conseguiam forjar pedidos médicos e resultados de exames para, posteriormente, pedir reembolsos de procedimentos que não existiam.

Segundo a polícia, foram apreendidos quatro simulacros de armas de fogo, 45 celulares, 56 cartões bancários, sete notebooks, dois CPUs e R\$ 4,4 mil. As investigações continuam para descobrir a participação de cada envolvido.

Em nota, a Abramge (Associação Brasileira dos Planos de Saúde) informou que as fraudes contra os planos de saúde configuram um golpe contra os mais de 51 milhões de beneficiários que hoje são atendidos pelo sistema privado de saúde.

Segundo a associação, as fraudes envolvendo reembolsos investigadas pela Polícia Civil de São Paulo são apenas um dos tipos de atos criminosos cometidos contra o sistema que custaram, isoladamente, R\$ 10 bilhões às operadoras somente em 2023.

De acordo com relatório divulgado em novembro pelo IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), as fraudes e os desperdícios causaram perdas de até 12,7% das receitas dos planos de saúde em 2022, com prejuízos estimados entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões.

O tema das fraudes começou a ganhar notoriedade há pouco mais de um ano, quando as entidades representativas do

Flauzino, no entanto, destaca outro aspecto importante: a necessidade de avançar nos modelos contratuais, com a oferta de pacotes que tenham compartilhamento de risco, medição de resultado e de valor, entre outros quesitos. “É preciso subir o nível e discutir modelos de remuneração. Por exemplo, se eu me comprometi que o paciente teria alta em 30 dias, mas ele teve em 40 dias, eu mesmo vou pagar parte da conta porque não foi isso que eu combinei”.

Por fim, o diretor-executivo da Home Doctor alerta para o envelhecimento populacional e a sobrecarga do sistema de saúde, que sofre com hospitais lotados. “Diante da transformação digital, o atendimento em casa tem se tornado cada vez mais eficiente. A atenção domiciliar deveria ser vista como uma solução para a crise do setor”, ele conclui.

setor iniciaram um movimento para investigar o crescimento dos casos e denunciar a situação.

Em nota, a Fenasauúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) informou que o grupo criminoso cometia fraudes contra uma de suas associadas, a SulAmérica, e enfatizou a necessidade de que as ações de combate e repressão sejam frequentes e acompanhadas da rápida apuração e punição dos envolvidos.

“Iniciativas como essa são fundamentais para coibir práticas delituosas que prejudicam não só as empresas do setor, mas principalmente os milhões de brasileiros que dependem dos planos para ter acesso à saúde privada de qualidade”, diz a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Em 2022, a federação lançou um movimento de combate às fraudes com a apresentação, ao Ministério Público de São Paulo, de três notícias-crime que levaram à abertura de dez inquéritos policiais.

As denúncias envolvem contratações fraudulentas de planos de saúde para obtenção de vantagem indevida por meio de reembolso. O valor total envolvido nas três notícias-crime é de R\$ 51 milhões.

De 2019 a 2023, a FenaSaúde e suas associadas registraram 4.502 notícias-crime e ações cíveis relacionadas a fraudes, com crescimento ano a ano. Só nos últimos dois anos esses casos aumentaram 66%.

Operadoras iniciaram investigações internas, e grandes companhias de diferentes setores fizeram demissões em massa de funcionários acusados de aplicar golpes nos planos corporativos oferecidos como benefício.

Ao mesmo tempo, tem aumentado a queixa de beneficiários sobre dificuldades impostas pelos planos em casos de reembolsos assegurados pela lei. Por exemplo, operadoras de saúde têm exigido o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) em casos de reembolsos de consultas, terapias e tratamentos, o que não é exigência da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

De acordo com o Procon-SP, somente neste ano, 924 reclamações foram registradas sobre dificuldades para devolução de valores pagos e reembolso.

Principais tipos de fraude na saúde suplementar:

Fracionamento do recibo:

Ocorre quando o médico faz apenas uma consulta, mas oferece diversos recibos falsos ao paciente, simulando atendimentos para extrair mais dinheiro do plano de saúde por meio do reembolso. Geralmente, o pretexto para iniciar a fraude é a cobrança de um preço de consulta acima do limite do reembolso.

Solicitação de login e senha do plano de saúde:

Acontece quando o beneficiário revela login e senha de seu aplicativo do plano de saúde para as clínicas ou os consultórios médicos. Depois de acessados por terceiros, os dados, que deveriam ser confidenciais, podem ser usados para trocar a conta bancária vinculada ao reembolso e receber ressarcimento por procedimentos falsos.

Empréstimo de carteirinha:

É a fraude em que o usuário de um plano de saúde cede sua carteirinha para que outro paciente, não beneficiário, tenha acesso a consulta ou procedimento se passando por outra pessoa.

Estado clínico falso:

Há muitos casos desse tipo de fraude em tratamentos estéticos, que não são cobertos pelo plano de saúde. O profissional faz uma aplicação de botox ou implante capilar, por exemplo, mas falsifica o estado clínico do paciente no recibo para forçar o plano a reembolsar seu serviço ao paciente.

Possíveis consequências para o beneficiário:

- Rescisão do contrato de plano de saúde;
- Perda do emprego nos casos em que o plano é fornecido pela empresa;
- Ações indenizatórias;
- Instauração de inquéritos.

Fontes: Abramge (associação brasileira de planos de saúde) e FenaSaúde (federação nacional de saúde suplementar).

NO DF, PLANOS DE SAÚDE TÊM DÍVIDAS DE R\$ 19 MILHÕES COM O SUS

Metrópoles – 15/08/2024

Em todo o país, os planos de saúde somam R\$ 1,77 bilhão em dívidas pendentes com o SUS, sendo R\$ 1,07 bilhão já inscrito na dívida ativa.

Os planos de saúde têm a obrigação de reembolsar o Sistema Único de Saúde (SUS) quando os usuários são atendidos na rede pública – isso se o serviço for coberto pelo convênio. Num caso de acidente, por exemplo, em que a vítima tem plano de saúde e é levada ao pronto-socorro de um hospital público, o convênio deverá “pagar essa conta”.

No entanto, desde 1999, há registros de dívidas milionárias, que se arrastam em burocracia e na Justiça, sendo pagas aos poucos ou nem isso. Em todo o país, os planos somam R\$ 1,77 bilhão em dívidas pendentes, sendo R\$ 1,07 bilhão já inscrito na dívida ativa.

No Distrito Federal, os planos de saúde foram cobrados em cinco anos (de 2018 a 2023) a pagar R\$ 83.859.101,47 em procedimentos e internações que ocorreram na rede pública do DF nos anos anteriores. Desse valor, R\$ 64.638.083,89 já foram pagos, o que deixa a dívida em R\$ 19.221.017,58 por atendimentos e procedimentos ocorridos na capital do país. A cada R\$ 10 cobrados pelo SUS em atendimentos no DF, R\$ 7,7 foram pagos, enquanto os outros R\$ 2,3 seguem acumulando.

O pagamento tem como objetivo restituir os 55.073 atendimentos ambulatoriais realizados no DF de 2017 a 2021 e já cobrados pelo SUS. Também pretende ressarcir as 13.291 consultas já cobradas.

VALOR ANUAL PAGO E PARCELADO POR UF - BRASIL, POR ANO DE EMISSÃO DA GRU									
UF Atendimento	Principal	%Valor cobrado principal	Valor pago	% Pago	Valor em parcelamento	% Em parcelamento	Valor pago + em parcelamento	% Valor pago + em parcelamento	Índice de Efetivo Pagamento
SP	R\$ 2.250.930.465,03	34,72%	R\$ 1.169.863.311,80	32,71%	306.191.211,27	38,70%	R\$ 1.476.054.523,08	33,80%	65,58%
MG	R\$ 779.030.183,46	12,02%	R\$ 508.039.955,68	14,21%	88.773.313,32	11,22%	R\$ 596.813.269,01	13,66%	76,61%
RJ	R\$ 555.159.773,12	8,56%	R\$ 339.770.302,79	9,50%	145.591.880,22	18,40%	R\$ 485.362.183,01	11,11%	87,43%
RS	R\$ 342.545.021,74	5,28%	R\$ 218.784.059,16	6,12%	49.306.325,83	6,23%	R\$ 268.090.384,98	6,14%	78,26%
PR	R\$ 360.260.811,00	5,56%	R\$ 215.040.078,87	6,01%	41.959.962,59	5,30%	R\$ 257.000.041,47	5,88%	71,34%
SC	R\$ 220.761.331,98	3,41%	R\$ 175.999.445,19	4,92%	2.551.448,91	0,32%	R\$ 178.550.894,10	4,09%	80,88%
Não identificado	R\$ 172.404.673,69	2,66%	R\$ 97.057.519,78	2,71%	29.912.348,31	3,78%	R\$ 126.969.868,09	2,91%	73,65%
ES	R\$ 152.743.993,81	2,36%	R\$ 115.165.773,71	3,22%	5.407.916,21	0,68%	R\$ 120.573.689,91	2,76%	78,94%
BA	R\$ 250.678.134,92	3,87%	R\$ 97.787.603,48	2,73%	20.485.722,79	2,59%	R\$ 118.273.326,28	2,71%	47,18%
PE	R\$ 264.814.217,11	4,08%	R\$ 84.365.481,94	2,36%	10.992.798,88	1,39%	R\$ 95.358.280,82	2,18%	36,01%
GO	R\$ 135.978.139,27	2,10%	R\$ 86.819.189,13	2,43%	7.065.022,99	0,89%	R\$ 93.884.212,12	2,15%	69,04%
CE	R\$ 199.462.242,05	3,08%	R\$ 60.667.937,94	1,70%	16.482.991,19	2,08%	R\$ 77.150.929,13	1,77%	38,68%
DF	R\$ 83.859.101,47	1,29%	R\$ 60.994.109,08	1,71%	3.643.974,80	0,46%	R\$ 64.638.083,89	1,48%	77,08%
PA	R\$ 94.104.198,77	1,45%	R\$ 37.256.225,58	1,04%	10.939.999,71	1,38%	R\$ 48.196.225,29	1,10%	51,22%
MS	R\$ 67.060.143,76	1,03%	R\$ 37.666.072,88	1,05%	9.099.393,45	1,15%	R\$ 46.765.466,33	1,07%	69,74%
MT	R\$ 52.440.909,91	0,81%	R\$ 33.045.220,44	0,92%	13.128.318,93	1,66%	R\$ 46.173.539,37	1,06%	88,05%
PI	R\$ 51.663.472,57	0,80%	R\$ 37.561.223,32	1,05%	6.042.092,17	0,76%	R\$ 43.603.315,49	1,00%	84,40%
RN	R\$ 113.784.414,27	1,76%	R\$ 37.804.074,60	1,06%	3.696.036,41	0,47%	R\$ 41.500.111,01	0,95%	36,47%
MA	R\$ 75.715.009,45	1,17%	R\$ 35.002.642,94	0,98%	2.639.887,66	0,33%	R\$ 37.642.530,61	0,86%	49,72%
PB	R\$ 49.121.391,22	0,76%	R\$ 33.707.884,37	0,94%	803.387,09	0,10%	R\$ 34.511.271,46	0,79%	70,26%
Total	R\$ 6.482.655.642,57	100,00%	R\$ 3.576.263.638,70	100,00%	791.276.561,50	100,00%	R\$ 4.367.540.200,21	100,00%	67,37%

Valores de dívidas com o SUS

O procedimento que as pessoas mais buscam no SUS no Distrito Federal é em pós-transplantes de órgãos, tendo ocorrido 1.768 casos com beneficiários de plano de saúde.

Quando pagos, os valores são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde, que incorpora ao orçamento do Ministério da Saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cobrança passa por um longo processo que leva em média dois anos para ser finalizado. “Por isso, em anos mais recentes, ainda há atendimentos sendo discutidos administrativamente, podendo ser futuramente cobrados”, explica a agência.

No site da ANS, é possível consultar os atendimentos ambulatoriais feitos com beneficiários de planos de saúde, dos anos 2017 a 2021. Nesse período, o Brasil teve 1.650.195 atendimentos identificados, desses, foram cobrados 1.242.214.

Como funciona a cobrança:

O processo de ressarcimento ao SUS começa quando a ANS recebe informações sobre atendimentos ocorridos na rede pública ou privada conveniada ao sistema único pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus).

A agência faz a conferência dos dados para identificar se as pessoas são beneficiárias de planos de saúde e encaminham as notificações às operadoras, que podem efetuar o pagamento ou apresentar uma defesa que derrube a cobrança. Essa defesa pode ser no caso de uma pessoa ter

um plano de saúde com cobertura regional, por exemplo só no Centro-Oeste, e precisar em outra parte do país, como o Rio de Janeiro.

Nesses casos, o paciente entra apenas como usuário do SUS, que é de entrada gratuita e universal, e o valor não precisaria ser restituído às empresas, que podem alegar a impugnação do pagamento.

Não cabe ressarcimento nos casos em que o beneficiário está em período de carência contratual; o atendimento foi realizado fora da área de abrangência geográfica do contrato; o procedimento realizado não faz parte do rol de cobertura obrigatória.

A ANS destacou que não é o hospital público que registra se o paciente tem ou não plano de saúde, e que a rede SUS utiliza documentos padronizados pelo Ministério da Saúde, nos quais não há campo para registro de planos de saúde.

Em junho deste ano, a ANS disponibilizou novos formulários para o processo de ressarcimento do SUS. A ideia é dar mais transparência aos processos decisórios de impugnações e de recursos.

O ressarcimento está previsto no artigo nº 32, da Lei dos Planos de Saúde, que determina que as operadoras restituam o valor em casos de serviços prestados. Quando o serviço é prestado pela rede pública, o reembolso deve ser pago ao SUS e, quando é pela rede particular, as empresas também pagam o mercado privado.

Em 2018, o Supremo Tribunal Federal julgou constitucional a medida, considerando que os planos de saúde são obrigados a pagar a rede privada quando é usada pelos pacientes.

O Metrôpoles questionou a Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), mas não teve resposta até a publicação deste texto.

PLANOS DE SAÚDE: QUEIXAS DE RESCISÕES UNILATERAIS SE MANTÊM NA ANS E NO PROCON-SP

Jota Info – 15/08/2024

Reclamações não pararam de chegar mesmo após acordo de Lira com operadoras para suspender cancelamentos e mudanças contratuais.

Enquanto consumidores e parlamentares tentam abrir uma CPI para investigar o aumento de rescisões unilaterais contratuais nos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) continua a receber queixas dessas práticas.

Como o JOTA mostrou, no fim de maio o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), anunciou que as operadoras suspenderam as rescisões como parte de um acordo informal com os parlamentares, de olho nas negociações de um novo marco legal para o setor.

A agência informou ao JOTA que recebeu no mês de julho 1.389 queixas de rescisões unilaterais contratuais. Em junho, no primeiro mês da suposta trégua, as queixas também não pararam de chegar: 1.576 em todo o mês. O ápice das

reclamações, feitas à ANS, aconteceu em maio e abril, quando foram registradas, respectivamente, 1.978 e 1.633 queixas. Em 2024 a ANS já recebeu 10.590 queixas de rescisões unilaterais contratuais.

Agosto começa com novas reclamações

O Procon-SP também informou ao JOTA que não pararam de chegar as reclamações de consumidores, contra planos de saúde, por supostas rescisões unilaterais ou alterações unilaterais de contratos. Em julho, o órgão recebeu 53 queixas sobre o tema. E agosto já começou com 16 reclamações, até a última quarta-feira (7/8).

O JOTA já havia mostrado que, para o órgão de defesa do consumidor, o mês de junho teve 73 reclamações, mais até do que março (70). Em comum, tanto o balanço do Procon-SP quanto o da ANS mostram que as rescisões só tiveram aumento expressivo a partir de abril.

PLANOS DE SAÚDE X CIRURGIAS PLÁSTICAS: UM MARCO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Correio Braziliense – 15/08/2024

Em 2023, o STJ decidiu que os planos de saúde devem custear cirurgias reparadoras. Mas o que exatamente são cirurgias reparadoras, e em quais casos os planos de saúde são obrigados a custeá-las?

No cenário atual da saúde no Brasil, uma decisão importante do Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem repercutido significativamente entre pacientes e operadores de planos de saúde. Em 2023, a Corte decidiu que os planos de saúde devem custear cirurgias reparadoras.

Essa decisão, que se soma a outros precedentes mais recentes, reforça a obrigatoriedade das operadoras em cobrir procedimentos essenciais para a recuperação da saúde e bem-estar dos pacientes. Mas o que exatamente são cirurgias reparadoras, e em quais casos os planos de saúde são obrigados a custeá-las?

Cirurgias reparadoras são intervenções médicas realizadas para corrigir deformidades ou disfunções que afetam a aparência ou o funcionamento de uma parte do corpo. Essas cirurgias não têm caráter estético, mas sim terapêutico, buscando restabelecer a normalidade de funções ou formas alteradas por acidentes, doenças ou condições congênitas.

De acordo com a decisão do STJ, os planos de saúde devem custear cirurgias reparadoras em casos em que há indicação médica clara de que a intervenção é necessária para garantir a saúde física e mental do paciente.

Isso inclui situações como: reconstrução mamária após mastectomia devido ao câncer de mama; correção de deformidades causadas por acidentes ou traumas; cirurgias para remover excesso de pele após grandes perdas de peso, como ocorre frequentemente em pacientes bariátricos.

A obrigatoriedade de custeio por parte dos planos de saúde se aplica a qualquer pessoa que tenha uma indicação médica. Para solicitar a cobertura, basta que a intervenção seja justificada como necessária para o restabelecimento da saúde e da qualidade de vida do paciente. Isso amplia o alcance da decisão, beneficiando um maior número de pacientes que necessitam dessas intervenções.

Ao analisar um pedido de cirurgia reparadora, os planos de saúde consideram diversos fatores antes de aprovar ou negar a solicitação.

Entre os critérios levados em conta, destacam-se: indicação médica; conformidade com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); histórico do paciente; aspectos contratuais.

Isto posto, a decisão do Superior Tribunal de Justiça é um marco importante para a saúde suplementar no Brasil. Ela reafirma o direito dos pacientes de terem acesso a tratamentos necessários para sua recuperação e bem-estar, sem serem penalizados pela burocracia ou pelo interesse econômico das operadoras de saúde.

No entanto, ainda há desafios a serem superados, como a resistência de alguns planos em cumprir a decisão e a necessidade de maior clareza e transparência nos processos de aprovação de cirurgias reparadoras.

É fundamental que as operadoras de saúde cumpram suas obrigações de forma justa e célere, colocando sempre o bem-estar do paciente em primeiro lugar. Essa é uma vitória não apenas para os pacientes, mas para toda a sociedade, que

vê seus direitos de saúde sendo cada vez mais reconhecidos e protegidos pela justiça.

Portanto, apesar da decisão do STJ representar um avanço significativo, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir que todos os pacientes que necessitam de cirurgias reparadoras tenham seu direito plenamente respeitado e atendido.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR REFORÇA A PERCEPÇÃO DE VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Saúde Business – 14/08/2024

Diretor do IAHCS Acreditação destaca que acreditação não apenas eleva a qualidade assistencial, mas também impulsiona o desempenho financeiro de instituições de saúde e operadoras.

Investir em segurança do paciente traz benefícios que vão além da melhoria dos serviços prestados; também impacta financeiramente as instituições de saúde. Ao decidir buscar acreditação, as instituições devem estar cientes dos novos custos envolvidos. No entanto, esses custos, a longo prazo, são compensados pela percepção de maior valor dos serviços, tanto pelos pacientes quanto pelas operadoras de saúde. Segundo o Dr. Sérgio Ruffini, Diretor e Avaliador Sênior do IAHCS Acreditação, uma das primeiras organizações a implementar o modelo de melhoria contínua da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a acreditação agrega valor não só na assistência, mas também no aspecto financeiro.

Consequências assistenciais e financeiras da acreditação:

"Buscar acreditação tem consequências tanto assistenciais quanto financeiras. Os gestores precisam entender que a segurança aumenta os custos, mas esse investimento é direcionado para melhorar o atendimento ao paciente, diferente de custos para embelezar o ambiente, por exemplo. A acreditação, por sua vez, é um investimento que beneficia diretamente o paciente e, ao mesmo tempo, favorece prestadores e fontes pagadoras", explica Ruffini.

Investimentos em uma recuperação mais rápida e segura para o paciente também beneficiam as operadoras, que veem uma redução nos custos assistenciais. "As operadoras estão incentivando os prestadores a investirem na acreditação como nunca antes visto", diz Ruffini.

No passado, o aumento de custos gerado pelo processo de acreditação gerava dúvidas entre gestores. No entanto, com o incentivo das operadoras, essa percepção mudou. "A acreditação diferencia os prestadores que seguem um processo de melhoria contínua. Hospitais e clínicas, hoje, são muito mais incentivados, inclusive financeiramente, pelas operadoras que valorizam a adoção de práticas de gestão e

assistência voltadas para a melhoria do cuidado ao paciente", completa.

Aumento do faturamento com a acreditação:

Ruffini destaca que instituições com mecanismos de comprovação de qualidade assistencial e de gestão veem um aumento de 5% a 10% no faturamento a longo prazo. "Nas visitas de manutenção às instituições acreditadas, tanto nas capitais quanto no interior, o reconhecimento pelas operadoras é evidente, com gestores relatando um aumento médio de 5% a 10% no faturamento. Isso comprova que o caminho da certificação de qualidade na saúde é irreversível. Hoje, as operadoras definem o valor de reajuste contratual levando em conta a acreditação, oferecendo um incentivo baseado nas normativas da ANS", afirma.

Sustentabilidade e redução de eventos adversos:

O Diretor do IAHCS reforça que há um entendimento crescente, por ambas as partes, dos benefícios para a sustentabilidade. "Prestadores de diferentes tamanhos e áreas de atuação, ao obterem a acreditação, começam a negociar esse tratamento diferenciado. Grandes operadoras já adotam amplamente esses incentivos, e as de pequeno e médio porte também estão percebendo os benefícios de incluir fatores de estímulo para reduzir eventos adversos evitáveis, como infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Prevenir essas infecções gera uma economia significativa de recursos, que são escassos", diz Ruffini.

Segundo a OMS, 10% dos pacientes internados sofrem de IRAS, e 50% dessas infecções podem ser evitadas com medidas eficazes. "Essas medidas fazem parte do treinamento contínuo dos colaboradores, com apoio das Instituições Acreditoras e da própria ONA, por meio de cursos e eventos", explica Ruffini.

"Hoje, gestores buscam a acreditação pelo impacto financeiro, não apenas pelo assistencial. A acreditação vai além da segurança; ela contribui para a sustentabilidade de prestadores e fontes pagadoras, gerando economia de recursos e maior controle na jornada do paciente", conclui o Diretor e Avaliador Sênior do IAHCS Acreditação.

PLANO DE SAÚDE: ENTENDA O QUE O STF VAI DISCUTIR SOBRE CONTRATOS PARA IDOSOS

Estadão – 14/08/2024

Julgamento tem como questão central reajuste da mensalidade com base na idade dos usuários.

Nesta quarta-feira (14), o Supremo Tribunal Federal (STF) retoma o julgamento de um recurso que pode decidir se o Estatuto da Pessoa Idosa deve ser aplicado aos contratos de planos de saúde firmados antes de 2004, ano em que o regulamento foi implementado. O documento veda a cobrança de valores diferenciados pelas operadoras de saúde em razão da idade, já que a medida é considerada discriminatória.

Na prática, isso significa a proibição de reajustes no valor das mensalidades baseados na faixa etária da pessoa contratante após ela completar 60 anos, o que era comum nos contratos de serviço de saúde suplementar antes do Estatuto da Pessoa Idosa.

Depois da implementação do documento, ficaram permitidos o reajuste por faixa etária até os 59 anos e o reajuste anual. A Agência Nacional de Saúde (ANS) incorporou a decisão, repassada às operadoras dos planos de saúde. No entanto, contratos firmados antes da vigência do regulamento dos direitos da pessoa idosa seguem aplicando o aumento da mensalidade de clientes com mais de 60 anos.

Entenda o contexto:

A Corte analisa um caso específico de uma pessoa que aderiu a um plano de saúde em 1999. Segundo informações disponíveis na pauta do STF, a mensalidade do serviço sofreu um reajuste em 2005, quando a cliente completou 70 anos.

A cliente questionou a alteração de valor e pediu a aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS), responsável por julgar o caso, deu parecer favorável ao pedido, por considerar abusivo o aumento da mensalidade do plano de saúde.

A operadora, no entanto, entrou com recurso extraordinário no STF argumentando que os reajustes estavam previstos no contrato, firmado antes da vigência do Estatuto.

A relatora do caso no Supremo Tribunal Federal foi a ministra Rosa Weber, hoje aposentada. “O voto dela foi muito consistente, com boa fundamentação jurídica, sustentando que o Estatuto da Pessoa Idosa poderia, sim, ser aplicado a

contratos anteriores”, explica o advogado Rafael Robba, sócio do escritório Vilhena Silva Advogados, que não está envolvido no caso.

No entanto, o especialista explica que o julgamento pelo STF teve início durante o período de pandemia, em que os trâmites eram feitos virtualmente. Depois, houve um pedido de destaque para que o processo fosse julgado em plenária, presencialmente.

Frente às mudanças no quadro de ministros que integram o STF nos últimos anos, não é possível saber qual o rumo do julgamento. “Na época, o voto dela estava prevalecendo. Mas, agora, (o julgamento) vai começar praticamente do zero. A composição do STF mudou e não sabemos como alguns ministros costumam julgar esse tipo de assunto”, comenta o advogado.

O que pode acontecer?

Se o STF for favorável à aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa no caso julgado, a decisão se tornará referência para outros casos semelhantes. No entanto, não torna obrigatório que todos os contratos de planos de saúde vigentes se adaptem à decisão automaticamente.

“Logicamente será um direcionamento para a própria sociedade. Então, seria interessante que as operadoras seguissem esse entendimento, porque o STF é a última instância que trata do assunto e, a partir do momento que decide que é dessa forma, qualquer um que buscar a justiça (em situação parecida) possivelmente vai ter esse entendimento”, explica Robba.

O advogado afirma ainda que, se favorável à aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa no caso julgado, a decisão do STF também poderia influenciar ou embasar uma norma da ANS para as operadoras de planos de saúde. No entanto, isso é apenas uma possibilidade.

Caso o STF entenda que o Estatuto da Pessoa Idosa não se aplica à situação, o advogado aponta que os casos de reajuste abusivos de mensalidade para clientes acima dos 60 anos ainda assim encontram espaço para debate judicial. Isso porque o Código de Defesa do Consumidor proíbe essas práticas que colocam compradores em situação de vulnerabilidade e desvantagem exageradas.

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.