

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

25 de setembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Alerj vai à justiça contra suspensão da CPI dos planos de saúde](#) – Fonte: Jornal do Brasil

[Consumo de produtos médico-hospitalares cresce 7,9% no Brasil em 2024](#) – Fonte: Saúde Business

[Parto adequado: projeto da ANS contribui para redução de cesáreas desnecessárias](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Plano de saúde consegue bloquear R\\$ 82 mil de usuário que fraudou até 123 pedidos de reembolso](#) –
Fonte: Exame

[Regulação da IA nas atividades de saúde no Brasil](#) – Fonte: Saúde Business

[Saúde suplementar tem crescimento de processos judiciais](#) – Fonte: O Globo

[Planos de saúde: quatro beneficiários fraudaram R\\$ 9 milhões em três anos e meio](#) – Fonte: O Globo

[Saúde suplementar registra queda em maior parte dos procedimentos](#) – Fonte: Medicina S.A

[Ministério Público participa de audiência pública no TJ/AL para debater o atendimento dos planos de saúde](#) – Fonte: Tribuna Hoje

[Procedimentos odontológicos cresceram 6,3% em um ano](#) – Fonte: Revista Apólice

[Reajuste dos planos de saúde administrados por empresas entra na mira da Câmara](#) – Fonte: Estadão

[Consultas médicas e internações caem de 2019 para 2023 na rede privada](#) – Fonte: Valor Econômico

[A revolução tecnológica e o impacto da colaboração na saúde brasileira](#) – Fonte: Saúde Business

[Explosão ransomware na saúde: um desafio à luz da LGPD e das normas da ANS](#) – Fonte: Tiinside

[Desembargadora concede liminar para suspender a CPI dos planos de saúde, na ALERJ](#) – Fonte: O Globo

[Anahp aponta redução no uso da maioria dos serviços de planos de saúde](#) – Fonte: Jota Info

[Falta de cobertura do home care e braço de ferro entre operadoras e pacientes](#) – Fonte: Conjur

[Audiência abordará o descumprimento de decisões por planos de saúde](#) – Fonte: Infonet

[Dino rejeita ação que pedia para STF obrigar a Câmara a instalar CPI dos planos de saúde](#) – Fonte: Valor Econômico

ALERJ VAI À JUSTIÇA CONTRA SUSPENSÃO DA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

Jornal do Brasil – 25/09/2024

A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), entrou nesta terça-feira (24) com um agravo regimental contra a decisão liminar do Tribunal de Justiça do Rio (TJRJ) de suspender temporariamente os trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a investigar denúncias de irregularidades nos planos de saúde de pessoas com deficiência.

O presidente da Alerj, deputado Rodrigo Bacellar (União), e os parlamentares que compõem a CPI se posicionaram contrários à liminar do TJRJ emitida pela desembargadora Cintia Santarém Cardinali, na última quinta-feira (19).

O deputado Fred Pacheco (PMN), presidente da CPI, afirmou que decisões da Justiça devem ser cumpridas, mas agradeceu à Procuradoria-Geral da Alerj por tomar todas as atitudes legais cabíveis contra a decisão.

O parlamentar enalteceu o presidente Bacellar por ter autorizado a instalação da comissão, que é a primeira da história do Brasil para investigar os planos de saúde de pessoas com deficiência.

"Considero a decisão da Justiça imoral. É preciso olhar para aqueles que mais precisam. Essas mães e pais estão sofrendo. Esses planos são ricos, são poderosíssimos e contratam seus brilhantes advogados, mas não podem vencer desta forma: de uma maneira unilateral. Agora, depois de quatro tentativas com mandados judiciais, conseguiram a suspensão com uma liminar. Nós estávamos caminhando muito bem na busca de soluções para mães e pais atípicos, que estão tendo os seus contratos cancelados unilateralmente, o que leva a interrupção do tratamento de filhos e filhas que podem até morrer", avaliou Pacheco.

A decisão liminar da desembargadora Cintia Cardinali, do Órgão Especial do TJRJ, suspende a CPI até que o colegiado do órgão julgue o mérito do mandado de segurança impetrado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe). A liminar da desembargadora se baseia em possíveis danos irreparáveis à imagem das empresas de planos de saúde.

Bacellar afirmou que o objetivo da Alerj não é manchar a imagem das corretoras, mas chegar a um bom acordo e ajudar as mães e os pais atípicos. "A gente sabia que não era uma tarefa fácil mexer com quem lida com lucros exorbitantes, como os planos de saúde no Brasil. Mas não vamos abaixar a cabeça. Decisão judicial se respeita e se questiona dentro dos limites legais, com recurso. Vamos continuar trabalhando, tentando ajudar o próximo. Tenho certeza de que em breve a gente vai conseguir reverter essa decisão e continuar atuando em prol das pessoas que muito precisam", explicou em plenário.

A CPI foi criada por resolução do Parlamento fluminense. Instalada em junho deste ano, a comissão já realizou seis reuniões, ouvindo diversas entidades que representam os planos de saúde, bem como os pais e responsáveis por pessoas com deficiência.

Vice-presidente da CPI, a deputada Carla Machado (PT) disse que os integrantes do grupo continuam à disposição das famílias de pessoas com deficiência. "Milhares de crianças atípicas não têm o atendimento que merecem. As mães, muitas vezes, não conseguem nem fechar um diagnóstico. Muitos lares ficam em desequilíbrio porque, por mais que amem, não têm como socorrer, não têm como pedir socorro, tanto na educação, na saúde, no bem-estar, enfim, é um verdadeiro descaso", criticou a parlamentar. *(com Agência Brasil)*

CONSUMO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES CRESCE 7,9% NO BRASIL EM 2024

Saúde Business – 25/09/2024

Setor registra aumento nas contratações e importações, enquanto internações, cirurgias e exames no SUS também sobem, destacando a demanda por diagnósticos e tratamentos clínicos.

Setor registra aumento nas contratações e importações, enquanto internações, cirurgias e exames no SUS também sobem, destacando a demanda por diagnósticos e tratamentos clínicos.

Dados do Boletim Econômico da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS) apontam um crescimento de 7,9% no consumo de produtos médico-hospitalares no Brasil nos primeiros seis meses do ano, em comparação com o mesmo período de 2023. O setor também registrou aumento no número de contratações, com a abertura de 3.511 novas vagas nas atividades industriais e comerciais, uma alta de 2,4%, elevando o total de trabalhadores no setor para 148.108, excluindo os empregados em serviços de complementação diagnóstica e terapêutica.

Setores com maior crescimento

O segmento que mais se destacou foi o de 'reagentes e analisadores para diagnóstico in vitro', com um crescimento de 22%, seguido de 'próteses e implantes – OPME' (4,2%) e 'materiais e equipamentos para a saúde' (2,8%). "Os resultados mostram que o setor de dispositivos médicos está suprindo o sistema de saúde com os produtos necessários para atender à crescente demanda da população, especialmente em diagnósticos laboratoriais, testes rápidos (como para dengue) e exames de imagem, além de fornecer materiais e equipamentos para a expansão da rede privada de atendimento", analisa o presidente executivo da ABIIS, José Márcio Cerqueira Gomes.

Apesar do aumento na demanda por dispositivos médicos, a produção nacional recuou 0,7% no primeiro semestre. O abastecimento desse mercado foi em grande parte suprido por importações, que cresceram 14,4% em relação ao ano anterior, totalizando US\$ 3,9 bilhões. As exportações também tiveram um aumento de 11,6%, somando US\$ 408 milhões.

Internações, cirurgias e exames

Entre janeiro e junho, foram registradas 6,8 milhões de internações no SUS, um aumento de 4,5% em relação ao mesmo período de 2023. Houve um crescimento significativo de 21,5% nas internações para 'métodos de diagnósticos em especialidades' e de 3,2% para 'tratamentos clínicos (outras especialidades)', com destaque para o aumento de 8,6% nas internações para 'tratamentos de doenças bacterianas'.

As cirurgias também apresentaram alta de 7,9% no período, totalizando 2,98 milhões de procedimentos. O destaque foi para 'cirurgia do aparelho da visão', que cresceu 23,9%, 'pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa' (18,0%) e 'bucomaxilofacial' (16,7%).

O número de exames realizados no SUS também subiu 7,4%, atingindo 655,4 milhões no primeiro semestre. Entre os destaques estão o aumento de 17,5% nos exames de 'tomografia' e 12,3% nas 'ressonâncias magnéticas'.

PARTO ADEQUADO: PROJETO DA ANS CONTRIBUI PARA REDUÇÃO DE CESÁREAS DESNECESSÁRIAS

(GOV) ANS – 25/09/2024

Estudo da USP mostra que os hospitais adeptos ao programa reduziram em 13,7% o número de cesáreas sem indicação clínica.

O Movimento Parto Adequado, iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, e a organização americana sem fins lucrativos, Institute for Healthcare Improvement (IHI), conquistou um resultado expressivo: entre 2015 e 2019, o projeto reduziu em 13,7% a proporção de partos feitos por cesariana nos hospitais privados da cidade de São Paulo participantes da proposta. Os dados fazem parte de um estudo divulgado pela da Universidade de São Paulo (USP), que realizou um comparativo das taxas de cesárea de maternidades de hospitais privados de São Paulo que aderiram ao Parto Adequado desde a sua primeira fase, com as que não o implementaram em nenhum momento, durante os cinco anos de acompanhamento.

A ideia era medir a efetividade do projeto desenvolvido pela ANS, para reduzir a incidência de cirurgias cesarianas sem indicação clínica e promover o parto normal, aprimorando a assistência obstétrica. A pesquisa usou dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e foi limitada ao período anterior a 2020 para evitar a possível interferência da pandemia nas taxas de cesariana. Ao todo, foram registrados 277.747 nascimentos nessas maternidades privadas de São Paulo no período analisado – a maioria deles (77%) por cesárea. Conforme os cálculos estatísticos, no ano anterior à implementação do programa, não houve redução nesse tipo de parto – o que foi observado, de forma recorrente nos anos seguintes.

No mesmo período avaliado - 2015 a 2019 -, enquanto os hospitais participantes do Parto Adequado tiveram a redução de 13,7% nas cirurgias, a incidência de cesarianas caiu 3,4% nos hospitais não adeptos ao projeto da ANS.

A diretora-adjunta da Diretoria de Desenvolvimento Social da ANS, Angélica Carvalho, comemora o resultado e destaca a importância da iniciativa. "Estamos felizes com o resultado, pois indica a relevância do projeto Parto Adequado na luta contra cesáreas desnecessárias. Sabemos que quando a cirurgia ocorre sem a indicação adequada, pode haver mais riscos do que benefícios, principalmente à mãe. Valorizar o parto adequado é de fundamental importância para a ANS, assim como o estímulo à qualidade dos serviços assistenciais prestados às mulheres e bebês", declara Angélica.

De acordo com as pesquisadoras da USP responsáveis pelo estudo, essa é a primeira vez que se comparam dados entre maternidades de hospitais privados que aderiram ou não

aderiram ao projeto Parto Adequado. Elas apontam que a metodologia possibilita fazer uma melhor avaliação da efetividade do programa. Os interessados podem acessar o resultado do estudo, através da revista 'Cadernos de Saúde Pública', que publicou o artigo. [Clique e acesse](#).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo, com cerca de 60% dos nascimentos. No setor suplementar brasileiro, a proporção é ainda maior, de mais de 80% de cesáreas. Apesar do elevado percentual de partos realizados por cirurgia cesárea na saúde suplementar, já é possível observar uma tendência de queda na proporção de cesáreas nos últimos anos, período em que a ANS intensificou as estratégias para redução das cesarianas desnecessárias via Projeto Parto Adequado. Importante destacar que a taxa de cirurgias cesáreas vem declinando desde 2017 no setor suplementar de saúde - de, aproximadamente, 86% em 2017 para cerca de 81,8% nos anos de 2021 e 2022.

Para saber mais sobre a história e o movimento Parto Adequado, [clique aqui](#).

Certificação de Boas Práticas

Em 2023, como uma evolução do Parto Adequado, a ANS criou a Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal, um reconhecimento projetado para incentivar as operadoras de planos de saúde a buscarem medidas para garantir o direito ao pré-natal, ao parto e ao puerpério com qualidade e segurança, melhorando a experiência da beneficiária e os resultados em saúde de mães e bebês.

Para isso, a Agência abriu o processo para participação social a fim de obter subsídios para a certificação de boas práticas. "A adesão da sociedade foi fundamental para a definição de critérios de avaliação do Manual de Certificação em Parto Adequado e do Glossário de Boas Práticas em Parto Adequado, que, hoje, fazem parte da certificação", explica o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes.

O manual da Agência estabelece práticas e padrões para a melhoria da qualidade do cuidado às gestantes e recém-nascidos, além de definir diretrizes e critérios para a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a essa população, incluindo aspectos como gestão, infraestrutura, processos assistenciais, relações com pacientes e profissionais, entre outros.

A CBP Parto Adequado é um processo voluntário de verificação da conformidade com requisitos estabelecidos pela ANS para redes de atenção ou linhas de cuidado específicas. A verificação é feita por meio de auditorias realizadas por entidades acreditadoras em saúde independentes, mas que devem ser reconhecidas pela ISQua (The International Society for Quality in Health Care) ou pelo Inmetro, e homologadas pela ANS. [Clique aqui](#) para saber mais.

Relatório da ANS

Para ampliar a transparência aos dados referentes ao projeto, a ANS publicou o relatório “Parto Adequado – Estratégias de Qualificação da Jornada da Gestante: a trajetória de 2015 a 2023”, que reúne as lições coletadas pelo Movimento

Parto Adequado, os protocolos assistenciais dos prestadores, as ações regulatórias realizadas ao longo dos anos e também um estudo sobre custos assistenciais.

A divulgação do relatório permite uma avaliação do Movimento e sistematiza a metodologia de trabalho adotada por ele, além de detalhar sua operacionalização e os resultados alcançados, contribuindo para reflexões e apontamentos para continuidade e sustentabilidade da saúde suplementar. A publicação compartilha e semeia os aprendizados do Movimento e estimula que mais operadoras e hospitais adotem as boas práticas na atenção à saúde materna e neonatal.

[Confira aqui](#) mais informações.

PLANO DE SAÚDE CONSEGUE BLOQUEAR R\$ 82 MIL DE USUÁRIO QUE FRAUDOU ATÉ 123 PEDIDOS DE REEMBOLSO

Exame – 25/09/2024

Cliente teria conseguido aproximadamente R\$ 270 mil reais em reembolsos fraudulentos no período de dois.

Com alto índice de fraudes sobre reembolsos de usuários de planos de saúde, a SulAmérica conseguiu na Justiça uma decisão inédita que pode abrir as portas para virar essa tendência. A operadora identificou irregularidades praticadas por um beneficiário que fraudava documentos para solicitar até 123 reembolsos e conseguiu garantir o bloqueio de valores na casa dos R\$ 82 mil.

Por meio de liminar na Justiça, a operadora conseguiu bloquear a conta do cliente para evitar o pagamento de novas solicitações de reembolso fraudulentas. Segundo a empresa, todos os médicos que tinham seus nomes envolvidos nos pedidos de reembolso foram procurados e negaram que haviam realizado os atendimentos.

“A documentação exibida com a petição inicial, respaldada, em particular, por declarações da prestadora de serviço, traz evidências de burla do sistema de reembolso, de falseamento da realidade, de forjamento de atendimentos, em prejuízo patrimonial da autora”, disse o magistrado na liminar.

Após a negativa dos profissionais de saúde consultados, foram apresentados novos recibos deste mesmo segurado e dois de seus dependentes. Ao todo, os nomes de cinco médicos foram usados para justificar os reembolsos.

Para receber o valor de supostas consultas médicas, como regra, o beneficiário apresentava as notas de R\$ 550. A investigação interna contou com ferramentas de biometria facial, que permitiu confirmar que as solicitações de reembolso fraudadas foram solicitadas diretamente pelo beneficiário investigado.

A suspeita da empresa é de que o cliente e seus dependentes tenham recebido, no total, aproximadamente R\$ 270 mil reais em reembolsos de maio de 2022 até julho de 2024

Após a equipe da SulAmérica analisar diversas solicitações de reembolso, foi possível verificar que a mesma nota fiscal — com adulterações — foi anexada em diversas solicitações diferentes, para forjar o pagamento de atendimentos não realizados. Ao descobrir o esquema, a operadora conseguiu evitar o pagamento de mais 12 solicitações de reembolso com documentos fraudados.

Mais indícios de fraude

O aumento nos pedidos de reembolso, quando comparado às despesas assistenciais, pode ser um indicativo de maior incidência de fraudes ou abusos no uso dos reembolsos por parte dos beneficiários.

Segundo dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde, houve um crescimento significativo nos reembolsos pagos pelos planos de saúde ao longo dos últimos anos, especialmente entre 2020 e 2021, com um aumento de 37,2%, seguido por um crescimento de 25,5% entre 2021 e 2022.

Embora o crescimento tenha sido mais moderado de 2022 para 2023 (4,2%), os valores pagos a título de reembolso continuam expressivos, atingindo R\$ 11,88 bilhões em 2023. O verdadeiro problema fica por conta do descolamento considerável entre os reembolsos e as despesas assistenciais gerais, já na casa dos R\$ 10,5 bilhões.

Reembolsos inflacionados, pedidos fraudulentos ou práticas inadequadas no sistema de saúde suplementar podem estar contribuindo para esse crescimento desproporcional. Ou seja, este cenário, em breve, pode pressionar o sistema a adotar medidas de controle mais rigorosas para evitar fraudes e consequentes aumentos dos planos para garantir a sustentabilidade do setor.

REGULAÇÃO DA IA NAS ATIVIDADES DE SAÚDE NO BRASIL

Saúde Business – 24/09/2024

Apesar da ausência de uma legislação específica, o Brasil avança na implementação da inteligência artificial na saúde, ressaltando a importância de equilibrar inovação com a proteção do consumidor e a responsabilidade jurídica.

A aplicação da inteligência artificial no Brasil, em diversas áreas do conhecimento humano e atividades empresariais, está em evidência na mídia e em diversos eventos.

Todavia, ainda não temos uma lei tratando do assunto, sendo que o Projeto de Lei n. 2338/23, de iniciativa do Senador Rodrigo Pacheco, atual presidente do Senado Federal, é o que está em um estágio mais avançado de discussão, porém sem perspectiva de sua aprovação com brevidade para, posteriormente, ser apreciado pela Câmara dos Deputados.

Já na União Europeia, o parlamento aprovou, meses atrás, o Regulamento da Inteligência Artificial, que vigora integralmente a partir de agosto de 2026. No entanto, já em fevereiro de 2025 começam a ser aplicadas as proibições de sistemas de IA considerados de risco inaceitável. A referida norma estabelece e regula quatro categorias de riscos: a) risco inaceitável; b) risco elevado; c) risco limitado; e d) risco mínimo.

Assim como ocorreu com a Lei Geral de Proteção de Dados Brasileira, a regulação que será adotada no Brasil seguirá os passos da legislação europeia. Porém, como já manifestamos, o grande desafio é regular e calibrar essa tecnologia, buscando equilibrar direito, tecnologia e inovação.

Esse assunto avançou na Europa e está sendo debatido nos EUA. Porém, no Brasil — não obstante o auxílio de uma renomada comissão de juristas — o PL 2338/23 ainda não está maduro. Foram apresentadas cerca de 145 emendas no Senado Federal e realizadas mais de 20 audiências públicas.

Mas, mesmo sem uma regulação específica, a IA encontra-se em implementação em diversos setores, com vultosos investimentos, inclusive na área da saúde. O próprio Governo Federal já anunciou o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial (PBIA), com um investimento de R\$ 23 bilhões de 2024 a 2028.

A implantação sem regras específicas contém riscos. As aplicações na área da saúde para auxiliar diagnósticos e procedimentos médicos são consideradas atividades de “alto risco”, inclusive no PL que está em discussão.

Todavia, apesar de não existir uma lei para disciplinar tais atividades, o direito já possui diversos instrumentos jurídicos para coibir ou responsabilizar aqueles que estão realizando tais atividades com sensível risco para os pacientes e os consumidores.

Desde as questões de responsabilidade civil, inclusive objetiva, previstas no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 1990), até mesmo aspectos relacionados à Proteção de Dados, que é disciplinada pela Lei n. 13.709, de 2018, e aspectos éticos que são regulamentados pelo Código de Ética Médica, já existe uma expressiva legislação esparsa que poderá ser aplicada a esse setor.

Lembre-se de que já possuímos diversos instrumentos jurídicos para avaliar a responsabilidade daqueles que estão

utilizando a IA em suas atividades, chamando especial atenção, entre outros, para os princípios (i) do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo; (ii) da necessidade da harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica prevista no art. 170 da Constituição Federal, sempre com base na boa-fé e no equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores; (iii) da educação e informação de fornecedores e consumidores quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo; (iv) da coibição e repressão eficientes de todos os abusos praticados no mercado de consumo, inclusive a concorrência desleal e a utilização indevida de inventos, criações industriais, marcas, nomes comerciais e signos distintivos que possam causar prejuízo aos consumidores.

O Código de Defesa do Consumidor ainda estabelece, entre outros, os seguintes direitos básicos: (i) proteção da vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos; (ii) educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas as liberdades de escolha e igualdade nas contratações; (iii) informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; (iv) proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços; (v) efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos; (vi) acesso aos órgãos judiciais e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção jurídica, administrativa e técnica aos necessitados; (vii) facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência.

Verifica-se que, não obstante não termos uma lei que discipline o uso da Inteligência Artificial, o arsenal jurídico existente já garante a responsabilização daqueles que se utilizam dessa nova tecnologia na área da saúde, quando estas acarretarem riscos à saúde ou segurança dos consumidores, evidenciando, principalmente, o dever de informar. Sendo assim, é recomendável, em algumas situações, a utilização de termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de eliminar ou mitigar os riscos dos fornecedores de bens e serviços que se utilizam da IA em suas atividades.

Precisamos acompanhar os desdobramentos da regulação europeia da IA, pois, assim como aconteceu com a LGPD, a lei brasileira irá se espelhar na mencionada legislação, reiterando que precisamos encontrar um equilíbrio entre direito, tecnologia e inovação, com a devida proteção de todos os usuários, principalmente na área da saúde.

SAÚDE SUPLEMENTAR TEM CRESCIMENTO DE PROCESSOS JUDICIAIS

O Globo – 24/09/2024

No primeiro semestre de 2024, foram mais de 137 mil novos processos. Advogada explica que, no setor da saúde, uma situação comum é a litigância predatória, quando há o ajuizamento de ações judiciais de forma abusiva e em massa

A quantidade de novos processos judiciais relacionados ao setor de saúde suplementar (que envolve planos, seguros e serviços privados) aumentou aproximadamente 64% entre 2020 e 2023. O número foi de 145,3 mil para 238,6 mil, aponta o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

A estatística, obtida com a filtragem de “direito à saúde” e, após, “saúde complementar”, ainda afirma que nos seis primeiros meses de 2024, foram mais de 137 mil casos novos. Desse total, cerca de 128 mil estão na Justiça Estadual, ao passo que 7 mil tramitam em tribunais superiores e pouco mais de 1,6 mil na Justiça Federal, informa o CNJ.

De acordo com a advogada Daniela Sigliano, CEO do Sigliano Advogados, algo comum em processos no setor de saúde suplementar é a litigância predatória. Não é possível, no entanto, calcular quantos dos casos registrados pelo CNJ se encaixam nessa situação.

“A litigância predatória ocorre quando há o ajuizamento de ações judiciais de forma abusiva e em massa, com o objetivo de sobrecarregar o sistema jurídico e obter vantagens indevidas. Isso é particularmente comum em casos contra planos de saúde, nos quais diversas ações são movidas, muitas vezes sem fundamentação adequada”, diz Sigliano. O escritório no qual a advogada é CEO tem um braço médico especializado em saúde chamado MedicLaw.

Ela explica que as ações em massa têm gerado sérios impactos no sistema de justiça. Este, segundo Sigliano, se vê sobrecarregado para resolver demandas que, em muitos casos, são fraudulentas.

Além do aspecto legal, há também uma questão econômica, pois as empresas do setor de saúde enfrentam custos elevados com processos, além de terem suas reputações manchadas, alega Sigliano.

“Diante desse cenário, é essencial realizar uma investigação minuciosa das ações para compreender os motivos por trás

desses processos e gerir de forma eficaz a causa que está gerando as demandas”, afirma.

A advogada acrescenta que “a identificação de ações fraudulentas é fundamental para proteger tanto o sistema de saúde suplementar quanto o sistema de justiça, garantindo que apenas demandas legítimas sejam analisadas e julgadas”.

De acordo com a profissional, existem algumas estratégias usadas para identificar possíveis ações fraudulentas. Uma delas é o monitoramento de padrões de litígios, nos quais há uma análise do volume e frequências de processos, identificando comportamentos que se repetem. Advogados que auxiliam muitas ações similares em um curto espaço de tempo podem estar agindo de forma predatória, por exemplo.

Na análise detalhada dos casos, busca-se verificar se as ações possuem fundamentos legais sólidos ou se repetem argumentos considerados frágeis e inconsistentes, que poderiam indicar má fé, diz Sigliano.

Há ainda o uso de inteligência artificial, que ajudam a cruzar informações e detectar comportamentos atípicos de litígios, permitindo uma resposta mais rápida e eficaz. A advogada explica que há consultorias especializadas nesse tipo de investigação.

“Ao adotar essas medidas, os planos de saúde e hospitais podem se proteger contra práticas abusivas e garantir uma defesa adequada contra ações judiciais irregulares”, conclui Sigliano.

MedicLaw

Braço do Sigliano Advogados, a MedicLaw é um assessoria que atua na área consultiva, visando à adequação e à orientação dos clientes, como na contenciosa (administrativa e judicial) voltada para a responsabilidade civil e a segurança da prática médica.

A empresa presta ainda assistência na contratação de serviços para instituições de saúde, como contabilidade, marketing e seguros de responsabilidade civil.

PLANOS DE SAÚDE: QUATRO BENEFICIÁRIOS FRAUDARAM R\$ 9 MILHÕES EM TRÊS ANOS E MEIO

O Globo – 24/09/2024

SulAmérica identificou desvios em tratamentos de Transtorno de Espectro Autista que incluem criação de clínica fictícia por responsável

Criação de clínica fictícia para atendimento de menor, no endereço residencial dos pais, apresentação de notas falsas, uso de recibos adulterados, cobranças de serviços em duplicidade, declaração de procedimentos não reconhecidos pelos profissionais que os teriam realizado. Essas são algumas das fraudes identificadas em supostos tratamentos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) de quatro beneficiários de planos de saúde da SulAmérica que juntos totalizam um desembolso de cerca de R\$ 9 milhões, de janeiro de 2021 a maio de 2024. Nesse caso, não se tratam de quadrilhas, como já denunciemos aqui, mas casos

individuais que resultaram em notícia-crime à polícia e em ação judicial contra o beneficiário e seu representante legal.

Inteligência artificial, auditoria todas as ferramentas estão sendo usadas pela SulAmérica para identificação fraudes. A operadora chegou a barrar judicialmente R\$ 73 milhões em reembolsos fraudulentos de janeiro de 2023 a julho deste ano, nesses quatro casos, no entanto, as irregularidades só foram identificadas após o pagamento. Segundo a operadora, a atuação visa além de combater práticas criminosas, proteger os beneficiários garantindo que sejam atendidos por estabelecimentos regulares e profissionais qualificados.

– Esses casos demonstram como surgem tipos inéditos de fraude a cada oportunidade – diz a diretora-executiva da

Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente.

Na avaliação da FenaSaúde, é necessário que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) crie uma Diretriz de Utilização (DUT), estabelecendo requisitos e procedimentos para a cobertura dos atendimentos multidisciplinares dos pacientes com TEA.

- Seria uma iniciativa capaz de ajudar a coibir desperdícios e evitar fraudes, sem comprometer o bom atendimento aos beneficiários com TEA, colaborando para preservar a sustentabilidade de todo o sistema suplementar - diz Vera.

Na avaliação de Ana Navarrete, consultora especialista em saúde suplementar, no entanto, a criação de DUTs é uma solução ruim, porque acaba por se tornar uma via indireta de controle de acesso ao tratamento, o que prejudica o usuário de boa-fé.

- A criação de DUTs dificulta o acesso de quem está no uso adequado do plano. Aumenta o risco de negar atendimento necessário a quem precisa. O que realmente resolveria o problema seria avançarmos numa regulação e maior fiscalização sobre os prestadores. Tanto sobre preço quanto qualidade - avalia Navarrete.

O combate a fraudes é de interesse de todos, inclusive dos consumidores, afinal a conta dos planos de saúde é como a dos condomínios, um rateio entre todos os usuários. Isso significa na prática, que todos pagam pelos procedimentos irregulares. No entanto, têm sido frequentes os relatos de dificuldade de aprovação de procedimentos e de pagamentos de reembolso aos beneficiários dos planos de saúde, diz a especialista.

- Combater a fraude é importante e necessário, mas não pode ser um pretexto para dificultar acesso ou criar burocracias desnecessárias para que os usuários de planos de saúde tenham acesso a seus direitos.

SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA QUEDA EM MAIOR PARTE DOS PROCEDIMENTOS

Medicina S.A – 23/09/2024

Com o objetivo de descobrir por que os custos da saúde suplementar vêm aumentando, a 3ª Edição do Balanço Observatório Anahp, publicação trimestral com o panorama financeiro e operacional do setor, apresenta entre os dados, um levantamento específico para o período de 5 anos, de 2019 a 2023. Os números apontam que não houve elevação no uso por beneficiário, e sim uma queda na maior parte dos procedimentos.

Hoje, os usuários de planos de saúde realizam menos consultas médicas e internações do que em 2019. O aumento de custos, mostram os números, ocorre pelo crescimento dos

beneficiários e pelo descontrole em itens específicos como exames e terapias.

“A busca por eficiência e o combate ao desperdício precisam partir de uma avaliação técnica, e é isso que buscamos ter com estes números referentes aos últimos 5 anos e que foram analisados do ponto de vista financeiro e operacional”, destaca Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp

QUANTIDADE DE EVENTOS POR BENEFICIÁRIO - 2019 A 2023					
Procedimentos	2019	2020	2021	2022	2023
Consultas médicas	6	4,3	4,9	5,4	5,5
Consultas médicas ambulatoriais	4,7	3,5	3,9	4,1	4,1
Consultas médicas em pronto-socorro	1,2	0,8	0,9	1,2	1,3
Outros atendimentos ambulatoriais	3,7	2,8	3,2	3,6	3,9
Exames	19,8	16,5	20,7	22,3	23,4
Terapias	1,7	1,2	1,3	1,4	1,6
Internações	0,193	0,161	0,166	0,184	0,189
Procedimentos odontológicos	6,6	5,3	5,6	5,7	5,7

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar - ANS 2024.

Do ponto de vista do custo com os procedimentos cobertos pelos planos de saúde, as terapias e outros atendimentos ambulatoriais cresceram 40% e 31%, em valores reais,

respectivamente; e as despesas com consultas médicas baixaram 1%, aplicado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para deflacionar esse valor.

DESPESAS ASSISTENCIAIS, EM VALORES REAIS - 2019 A 2023						
Procedimentos	2019	2020	2021	2022	2023	2023/2019
Consultas médicas	R\$ 33.027.973.672,34	R\$ 25.084.825.744,23	R\$ 26.777.919.852,04	R\$ 31.213.746.856,00	R\$ 32.562.990.445,78	-1%
Consultas médicas ambulatoriais	R\$ 24.152.900.081,72	R\$ 19.112.864.267,77	R\$ 20.541.711.780,55	R\$ 22.897.861.955,91	R\$ 23.112.513.240,33	-4%
Consultas médicas em pronto-socorro	R\$ 8.227.798.314,88	R\$ 5.863.319.879,03	R\$ 6.158.797.956,14	R\$ 8.267.520.127,02	R\$ 9.322.953.510,99	13%
Outros atendimentos ambulatoriais	R\$ 18.913.954.842,85	R\$ 17.508.438.792,81	R\$ 19.582.656.153,87	R\$ 23.389.853.271,58	R\$ 24.792.960.767,40	31%
Exames	R\$ 46.158.536.708,04	R\$ 38.902.910.434,91	R\$ 44.928.851.967,99	R\$ 45.984.077.559,34	R\$ 49.175.020.327,32	7%
Terapias	R\$ 18.553.463.702,35	R\$ 17.641.045.759,36	R\$ 17.507.914.434,85	R\$ 19.253.831.624,47	R\$ 26.024.365.281,82	40%
Internações	R\$ 103.362.635.545,32	R\$ 92.185.275.322,39	R\$ 101.759.959.962,41	R\$ 99.531.537.096,87	R\$ 107.779.422.777,70	4%
Demais despesas médico-hospitalares	R\$ 10.363.344.002,65	R\$ 9.697.633.987,06	R\$ 10.981.144.174,74	R\$ 14.953.592.709,37	R\$ 14.295.166.351,54	38%
Procedimentos odontológicos	R\$ 4.389.295.079,59	R\$ 3.346.149.605,41	R\$ 3.510.837.985,16	R\$ 3.483.835.652,43	R\$ 3.710.960.272,47	-15%
Total	R\$ 234.769.203.553,14	R\$ 204.366.279.646,19	R\$ 225.049.284.531,06	R\$ 237.810.474.770,07	R\$ 258.340.886.224,03	10%

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar - ANS 2024.

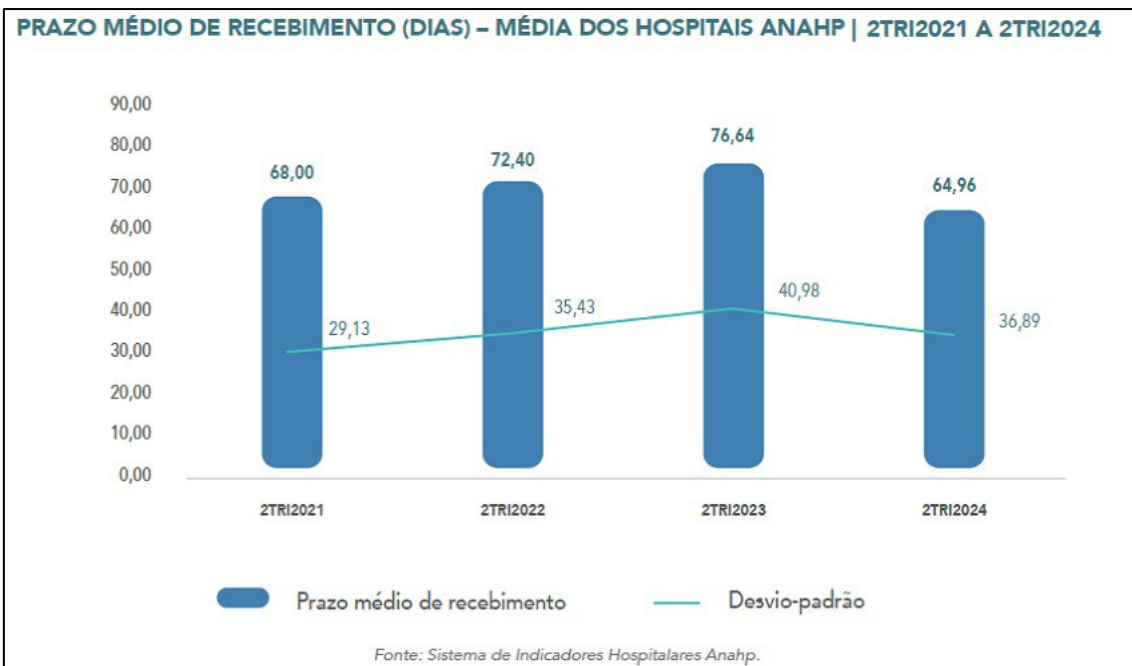
No que se relaciona especialmente às operadoras, dados do segundo trimestre de 2024 mostram um cenário econômico favorável. Os números parciais indicam que o mercado de saúde suplementar vem garantindo algum resultado ou atenuando déficits de sua operação em função do resultado das aplicações financeiras, como aconteceu em 2023.

Contudo, o indicador de prazo médio de recebimento, que expressa a quantidade média de dias em que o hospital recebe pelo serviço prestado, o prazo segue elevado (cerca de 65 dias) e, sugere dificuldade de negociação entre hospitais e operadoras, com contas hospitalares que levam meses para serem pagas; o que traz maior dificuldades aos hospitais para manutenção de seu fluxo de caixa.

EVOLUÇÃO DO RESULTADO FINANCEIRO DAS OPERADORAS – 2014 A 2024											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vidas (milhões)	50,53	49,28	47,63	47,09	47,09	47,01	47,56	48,93	50,42	50,88	51,07
Operadoras	828	789	764	728	716	697	685	685	699	692	684
Prêmio (R\$ bilhões)	124,9	141,2	160,7	178,1	191,9	207,5	217,5	239,1	231,5	272,81	147,41
Sinistro (R\$ bilhões)	103,8	117,2	134,6	147,6	159,6	172,8	165,8	206,0	206,2	236,56	123,02
Sinistralidade	83,1%	83,0%	83,7%	82,9%	83,2%	84,5%	77,7%	87,1%	89,2%	86,8%	83,6%
Outras despesas (R\$ bilhões)	18,16	20,43	20,28	23,79	23,43	22,97	34,18	30,20	25,80	34,32	20,01
% da receita	14,54%	14,47%	12,62%	13,36%	12,21%	11,07%	15,72%	12,63%	11,14%	12,58%	13,57%
Resultado operacional (R\$ bilhões)	(0,5)	(0,4)	(0,9)	1,6	4,0	5,5	14,3	(1,6)	(9,9)	(9,2)	0,8
% operacional	(0,37%)	(0,29%)	(0,58%)	0,89%	2,11%	2,63%	6,56%	(0,69%)	(4,29%)	(3,38%)	0,51%
DRE líquido (R\$ bilhões)	2,97	3,58	5,84	6,70	8,79	11,78	17,50	2,90	-0,51	1,93	5,13
% resultado	2,38%	2,53%	3,63%	3,76%	4,58%	5,67%	8,05%	1,21%	(0,22%)	0,71%	3,48%

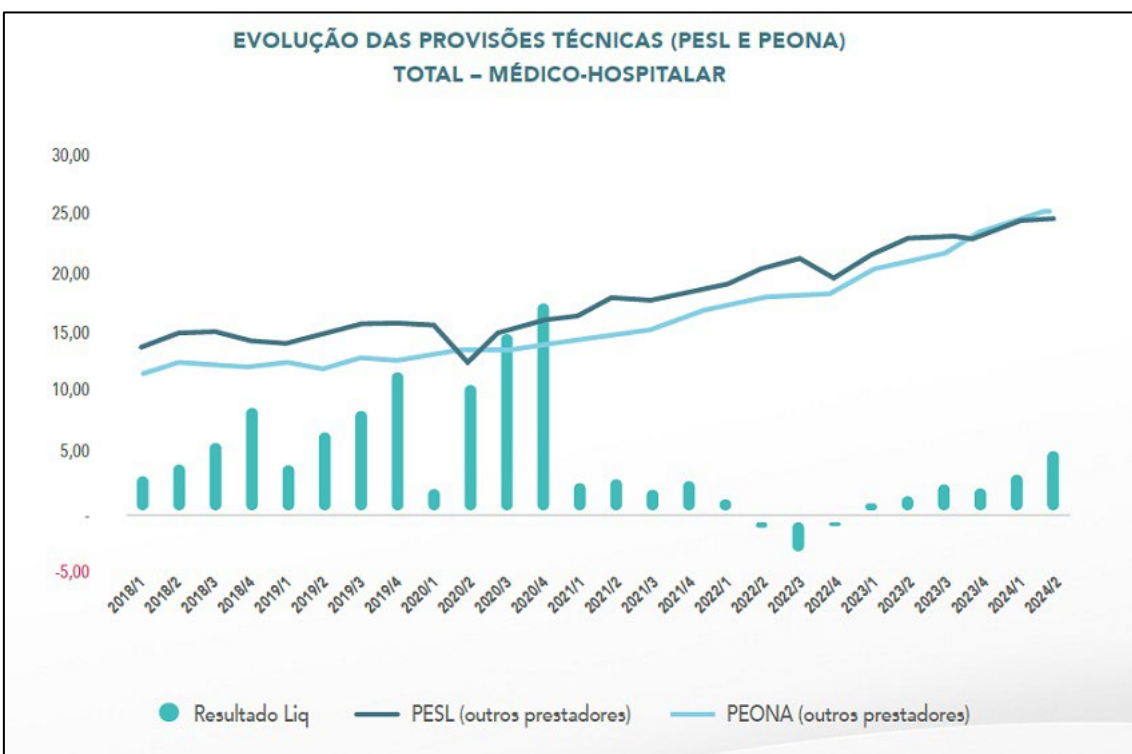
Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: 2024 referente aos dados acumulados até o segundo trimestre. Não consideramos neste cálculo operadoras de odontologia ou administradoras de benefício.



Houve também uma mudança nas provisões técnicas, que são valores contabilizados no passivo da operadora que refletem as obrigações esperadas decorrentes da operação de plano de saúde. Como se pode ver no gráfico abaixo, a

PEONA (Provisão para eventos ocorridos e não avisados), passou o PESL (Provisão de eventos/sinistros a liquidar), fato que não ocorria há quatro anos. Isso aponta que as operadoras estão provisionando mais do que antigamente.



O Balanço Observatório Anahp traz dados econômico-financeiros do setor da saúde suplementar é resultado de desdobramento do Observatório Anahp, e para seu conteúdo há duas fontes básicas de dados: Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) e Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp. Os números contam com a análise da consultoria Arquitetos da Saúde.

MINISTÉRIO PÚBLICO PARTICIPA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA NO TJ/AL PARA DEBATER O ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

Tribuna Hoje – 23/09/2024

O Ministério Público de Alagoas (MPAL) representado pelo subprocurador-geral administrativo institucional, Walber Valente, participou de audiência pública ocorrida no Tribunal de Justiça de Alagoas (TJAL), na sexta-feira (20), onde foram discutidas demandas envolvendo os planos de Saúde. Também se fizeram presentes a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/AL), o Conselho Regional de Medicina (CRM), a Defensoria Pública (DPAL), planos de saúde e mães atípicas. A audiência foi dirigida pelo presidente do TJAL, desembargador Fernando Tourinho.

O foco principal foi o não atendimento dos planos de saúde às solicitações médicas, bem como os valores exorbitantes exigidos dos usuários. Outro ponto destacado pelo representante da Comissão de Saúde da OAB/AL foi a lentidão no atendimento de liminares com tutela de urgência, segundo ele algumas passando mais de um ano sem execução.

Walber Valente entende que esse retardamento desrespeita não somente a pessoa doente, mas também o profissional que tenta garantir a dignidade do cidadão.

“Temos uma situação delicada e que exige um esforço conjunto. Percebemos que há muitas ações, denúncias, um clamor da sociedade. Se existem casos em que se torna impossível esperar e um ano após o doente não conseguiu o atendimento, uma solução precisa ser encontrada pois a saúde é um direito fundamental e há doenças que não podem esperar. O Ministério Público está pronto e irá contribuir com o que for necessário para desobstruir esse processo”, afirma o subprocurador-geral.

Na ocasião, uma mãe atípica relatou as dificuldades enfrentadas no atendimento ao filho, informando que os planos de saúde reduziram pela metade os dias e as horas de terapias o que é considerado bastante prejudicial na evolução das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Depois de vários depoimentos ficou acordado o estudo da criação de uma comissão com várias representatividades, além da possibilidade de uma Vara com juízes disponíveis para tratar exclusivamente do assunto em pauta.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CRESCERAM 6,3% EM UM ANO

Revista Apólice – 23/09/2024

Ações preventivas representam a grande maioria de atendimentos, porém, entre 2022 e 2023, apresentaram queda, aponta estudo do IESS.

O número de procedimentos odontológicos realizados na saúde suplementar em clínicas e consultórios cresceu 6,3% entre 2022 e 2023 – passou 184,5 milhões para 196,2 milhões. As informações são do novo estudo especial “Panorama da Odontologia Suplementar Brasileira: 2019-2023 – Análise do Mapa Assistencial da ANS”, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Pela primeira vez em cinco anos, os indicadores superaram o volume registrado em 2019, quando 185,6 milhões de procedimentos haviam sido contabilizados entre beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Isso porque em 2020, durante a pandemia de Covid-19, o número caiu para 154,3 milhões e, em 2021, totalizaram 172,7 milhões.

A análise, no entanto, revela um ponto de atenção em relação aos procedimentos preventivos, que registraram queda significativa (23,7%) entre 2019 e 2023 – de 82 milhões para 62,6 milhões, respectivamente.

Queda na prevenção

As ações tem peso considerável (32%) no total de intervenções realizadas no último ano, que incluíram, por exemplo, 35 milhões de aplicações tópicas de flúor, 8 milhões

de atividades educativas individuais e 502 mil selantes aplicados em crianças menores de 12 anos.

“De um lado, nota-se que, o total de procedimentos realizados em 2023 por beneficiários de planos exclusivamente odontológicos superou a marca registrada em 2019, fato que é positivo. Porém, a queda observada em relação aos procedimentos preventivos, merece atenção, já que esse adiamento de ida ao dentista pode agravar problemas bucais como cáries e lesões, e impactar negativamente a saúde como um todo”, aponta o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

Gastos

O estudo também descreve os valores com despesas realizadas no período. Em 2023, as operadoras informaram à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que foram gastos R\$ 3,7 bilhões com assistência à saúde odontológica.

O valor é 11,4% maior em relação ao ano de 2022. Dentre os procedimentos identificados, as ações preventivas também foram as que tiveram maior custo, totalizando R\$ 572 milhões.

Já o número de adesões a planos exclusivamente odontológicos segue em alta no País. Entre 2019 e 2023 saltou de 24,7 milhões para 31,5 milhões de beneficiários, crescimento de 27,5% no período.

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE ADMINISTRADOS POR EMPRESAS ENTRA NA MIRA DA CÂMARA

Estadão – 21/09/2024

Presidente da Subcomissão Permanente de Planos Privados da Câmara, Leo Prates quer que atuais índices, chamados de 'abusivos', sigam percentuais definidos pela Agência Nacional de Saúde.

O presidente da Subcomissão Permanente de Planos Privados da Câmara, Leo Prates (PDT-BA), apresentará um projeto de lei para vincular o reajuste dos planos de saúde de autogestão ao índice estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Prates também quer fazer uma audiência pública com nomes do setor para discutir o tema.

A proposta tem o objetivo de equiparar o índice de reajuste anual dos planos de autogestão ao de outros convênios de saúde. Hoje, a ANS define um valor máximo de aumento, mas o limite não se aplica a essa modalidade.

O plano de autogestão é aquele em que a própria empresa administra a assistência para seus funcionários, como é o caso da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), por exemplo. Além disso, o projeto estipula que o reajuste deve ser vinculado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e a subíndices de preços na área de saúde.

O argumento de Prates é que a desvinculação dos planos de autogestão gera valores "abusivos". "Atualmente, há um

número crescente de reclamações sobre os reajustes dos planos de autogestão. Usuários frequentemente se queixam de aumentos abusivos e falta de transparência", justifica o deputado. "Estamos vendo a ANS conceder reajustes aos planos individuais da ordem de 6,31% e os planos de autogestão impondo percentuais acima de 23%."

Em junho, a ANS definiu o limite de 6,91% para o reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares contratados a partir de 1999 ou adaptados à Lei 9.656, de 1998.

O número ficou abaixo dos 9,63% do ano anterior, quando as reclamações à ANS sobre aumentos dos planos de saúde cresceram 126% entre 2022 e 2023.

Prates também apresentou pedido de audiência pública na Comissão de Saúde com os presidentes da Cassi, Claudio Said; da ANS, Paulo Rebello Filho, e do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Pigatto, para falar sobre a "discrepância" dos planos de autogestão, se comparados aos individuais.

"Chegou a hora de o Legislativo se posicionar firmemente sobre esse assunto, dar um basta nessa escalada de aumentos abusivos, que vêm lesando de forma inapelável os consumidores brasileiros", afirmou o deputado.

CONSULTAS MÉDICAS E INTERNAÇÕES CAEM DE 2019 PARA 2023 NA REDE PRIVADA

Valor Econômico – 21/09/2024

Na comparação com 2022, no entanto, foi constatada um aumento de quase 3% no número de internações por pacientes

Um levantamento da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), associação que representa um grupo de mais de 120 hospitais particulares, mostrou que, de 2019 a 2023, houve uma redução do número de consultas ambulatoriais, internações e terapias, por paciente. Mas houve aumento dos exames e atendimentos médicos em prontos socorros.

O levantamento mostra que o número de consultas ambulatoriais por paciente caiu de 4,7 em 2019 para 4,1 em 2023, ou seja, 12%. As internações caíram de 0,193 para 0,189 por paciente nos 5 anos, queda de 2%, enquanto os procedimentos odontológicos diminuíram de 6,6 para 5,7, queda de 13%, e as terapias passaram de 1,7 para 1,6, redução de 8%.

Já o número de exames aumentou no período, subindo de 19,8 para 23,4, ou seja, uma alta de 18%. Também tiveram alta os atendimentos médicos em prontos socorros (4%).

Na comparação com 2022, no entanto, foi constatada um aumento de quase 3% no número de internações por pacientes, já que naquele ano a média calculada foi 0,184.

Operadoras

O levantamento da Anahp mostrou ainda que as operadoras de plano de saúde apresentaram um resultado financeiro

líquido positivo de R\$ 5,1 bilhões no primeiro semestre deste ano, o que representa cerca de 3,5% do que as empresas arrecadaram com as taxas pagas pelos 51 milhões de beneficiários desses planos no período, o chamado prêmio, que chegou a R\$ 147,41 bilhões.

Os planos de saúde desembolsaram 83% desses prêmios com os pagamentos dos procedimentos médicos aos usuários desses planos, ou seja, R\$ 123,02 bilhões. Esse percentual, chamado de taxa de sinistralidade, foi inferior aos observados nos 12 meses de 2021 (87%), de 2022 (89%) e de 2023 (87%), anos em que os planos fecharam com prejuízos de 1,6%, 9,9% e 9,2%, respectivamente.

Ainda segundo a pesquisa, a variação dos custos médico-hospitalares no país chegou a 11,66% em 2023, acima dos 8,78% em 2022, mas abaixo dos 13,86% de 2019. Desde 2014, esses custos variaram acima da inflação oficial, com exceção de 2020, ano de início da pandemia, quando caiu 8,45%.

A inflação oficial em 2023, por exemplo, ficou em 4,62%. Em 2022, foi de 5,79%. "Olhando 100% dos beneficiários e a variação do seu custo per capita, a gente tem a notícia que todo mundo conhece, de que os custos médicos variam acima dos custos da inflação geral", afirma Luiz Feitoza, um dos responsáveis pelo estudo.

De acordo com Feitoza, a variação é calculada com base na demanda dos serviços e no custo propriamente dito dos procedimentos. E o principal responsável pela variação

positiva do indicador no acumulado dos 10 anos, entre 2014 e 2023, foi o custo propriamente dito, que cresceu 119,8%, enquanto a demanda subiu apenas 23,22%.

A variação do custo médico hospitalar em 2023 foi muito pressionada pelo aumento do custo das terapias, segundo o estudo.

“A crise na saúde suplementar tem que passar vigorosamente pela identificação real dos motivos. Buscamos com esse

levantamento e avaliação técnica do ponto de vista financeiro e operacional. Identificamos, por exemplo, que os usuários de planos de saúde realizam menos consultas médicas, internações e terapias. Mas, por outro lado, os custos tiveram um aumento importante, como as terapias, que cresceram 40% por procedimento, em valores reais descontado o IPCA, nos últimos cinco anos”, avalia Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp.

A REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E O IMPACTO DA COLABORAÇÃO NA SAÚDE BRASILEIRA

Saúde business – 19/09/2024

No Brasil, a inovação aberta na saúde pode melhorar a qualidade do atendimento, reduzir erros médicos e ampliar o acesso a tratamentos eficazes.

A saúde no Brasil enfrenta desafios complexos, como a crescente demanda por serviços acessíveis e de qualidade, além da desigualdade no acesso e da necessidade de modernização das infraestruturas. Nesse cenário, a inovação aberta, um conceito de Henry Chesbrough, surge como uma estratégia promissora para transformar o setor.

Ao promover a colaboração entre empresas, startups, universidades e governos, essa abordagem tem potencial para acelerar o desenvolvimento de soluções, reduzir custos e ampliar a diversidade de ideias. No Brasil, onde o setor movimenta cerca de R\$ 700 bilhões por ano (9,1% do PIB), a inovação aberta pode ser crucial para enfrentar os desafios de infraestrutura e falta de recursos.

Oportunidades e tecnologias emergentes para o setor

A colaboração entre diferentes setores, como o acadêmico e startups, é uma oportunidade valiosa para idealizar novas tecnologias e práticas inovadoras, sobretudo com o apoio de empresas privadas e governamentais.

Tecnologias emergentes, como inteligência artificial (IA), telemedicina e big data, estão entre os recursos que já estão transformando a saúde globalmente, permitindo diagnósticos precisos, tratamentos personalizados e otimização de cuidados médicos.

Inovação impulsiona o surgimento de novas empresa

No Brasil, a inovação aberta na saúde pode melhorar a qualidade do atendimento, reduzir erros médicos e ampliar o acesso a tratamentos eficazes, democratizando as novas tecnologias. Além disso, essa abordagem impulsiona a criação de startups e novas indústrias de saúde, contribuindo para a economia e o contínuo desenvolvimento do setor.

Contudo, para que a inovação aberta seja bem-sucedida, é necessário o apoio de políticas públicas que incentivem a colaboração, além de investimentos em tecnologia e infraestrutura. A adoção de uma mentalidade colaborativa entre todos os stakeholders, incluindo profissionais de saúde, gestores e empreendedores, é essencial para transformar de forma definitiva o sistema de saúde no Brasil.

EXPLOSÃO RANSOMWARE NA SAÚDE: UM DESAFIO À LUZ DA LGPD E DAS NORMAS DA ANS

Tiinside – 19/09/2024

O aumento dos ataques de ransomware no setor de saúde brasileiro, especialmente em 2024, trouxe à tona a fragilidade das instituições frente a ameaças cibernéticas. Com uma média de 2.976 ataques semanais por organização, o Brasil ultrapassa a média global e destaca-se como um dos países mais vulneráveis. Essas invasões, que sequestram dados e sistemas, paralisam operações críticas e ameaçam a privacidade de milhões de pacientes, revelando lacunas preocupantes na proteção de dados sensíveis. Diante desse cenário, o compliance com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) torna-se uma questão não apenas regulatória, mas de sobrevivência institucional.

O crescente número de ataques decorre, em grande parte, da rápida digitalização do setor de saúde, que, embora tenha trazido avanços na eficiência e no tratamento médico, ampliou consideravelmente a superfície de ataque. As instituições de saúde armazenam e processam dados

sensíveis, como informações médicas e pessoais de seus pacientes, tornando-se um alvo preferencial para invasores. Sistemas obsoletos, aliados à infraestrutura de segurança insuficiente em muitas instituições, agravam ainda mais o risco de incidentes.

Arcabouço Legal

A LGPD define as diretrizes gerais para o tratamento de dados pessoais no Brasil, aplicando-se a todos os setores, incluindo a saúde. Seus principais objetivos são garantir o respeito à privacidade e aos direitos dos titulares de dados, prevenir danos e aumentar a transparência no uso de dados pessoais.

No contexto da saúde, a LGPD é especialmente relevante, pois os dados tratados incluem informações sensíveis, como dados sobre o estado de saúde, histórico médico e dados biométricos. Essas informações estão classificadas como

dados pessoais sensíveis (art. 5º, II da LGPD) e requerem proteção rigorosa. A LGPD impõe às organizações a responsabilidade de:

Coletar e tratar dados pessoais somente quando estritamente necessário, observando o princípio da necessidade(art.6ºdaLGPD).

Implementar medidas técnicas e organizacionais de segurança, como criptografia e anonimização (art.46 da LGPD).

Comunicar incidentes de segurança aos titulares dos dados e à ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados), garantindo que qualquer violação seja tratada de forma transparente (art. 48 da LGPD).

Nomear um encarregado pelo tratamento de dados (DPO) que será o ponto de contato entre a instituição, os titulares e a ANPD (art. 41 da LGPD).

Especificamente no setor de saúde suplementar, a Resolução Administrativa ANS Nº 80 de 2022 complementa a LGPD, reforçando suas diretrizes e criando normas específicas para operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços ligados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta resolução detalha a Política de Proteção de Dados Pessoais no âmbito da ANS e das entidades sob sua supervisão.

Principais Obrigações da Resolução ANS Nº 80:

Inventário de Dados Pessoais: As operadoras de saúde são obrigadas a manter um registro detalhado das operações de tratamento de dados pessoais, de acordo com o art. 22 da resolução. Esse inventário deve conter informações sobre a coleta, utilização, retenção e eliminação dos dados, bem como as práticas de segurança adotadas.

Plano de Resposta a Incidentes: As operadoras devem elaborar um plano de resposta a incidentes de privacidade para lidar com eventuais vazamentos ou violações de dados pessoais, e garantir a comunicação imediata aos titulares afetados e à ANPD.

Tecnologias de Segurança: A resolução reforça o uso de tecnologias como anonimização e criptografia para proteger os dados pessoais, particularmente os dados sensíveis de saúde. Além disso, deve-se limitar o acesso aos dados apenas às pessoas e sistemas estritamente necessários, implementando práticas como pseudonimização para minimizar riscos.

Princípio da Necessidade: O tratamento de dados pessoais deve ser limitado ao mínimo necessário para alcançar as finalidades específicas. Esse princípio, expresso no art. 3º, visa reduzir o risco de exposição e abusos no tratamento de informações sensíveis.

Transparência e Direitos dos Titulares: A ANS também exige que as operadoras garantam o livre acesso dos titulares aos seus dados, permitindo que solicitem a correção, eliminação ou bloqueio de informações incompletas ou desnecessárias (art. 23 da resolução).

Treinamento e Boas Práticas: As operadoras devem capacitar seus colaboradores sobre proteção de dados e adotar boas práticas de governança, difundindo uma cultura de proteção à privacidade e segurança da informação dentro da organização.

Assim, a LGPD estabelece a base legal geral para o tratamento de dados no Brasil, impondo rigorosas obrigações às instituições quanto à coleta, uso e proteção de dados pessoais. A Resolução Administrativa ANS Nº 80 complementa e especifica essas diretrizes para o setor de saúde suplementar, criando um arcabouço normativo robusto para a proteção dos dados sensíveis, como aqueles relacionados à saúde, e promovendo maior segurança e transparência no tratamento dessas informações. Isso se torna essencial frente ao aumento de ataques cibernéticos e violações de dados no setor de saúde.

Impacto dos Ransomwares: Desafios e Obrigações Legais

Os ataques de ransomware, ao sequestrar dados e sistemas hospitalares, têm impactos devastadores. Além de comprometer a continuidade dos serviços médicos, esses ataques violam diretamente os direitos dos titulares dos dados, previstos tanto na LGPD quanto nas normas da ANS. Em caso de incidentes, a LGPD prevê sanções rigorosas, como multas que podem chegar a 2% do faturamento anual da empresa, limitadas a R\$ 50 milhões por infração. Além disso, a ANS pode impor medidas corretivas e exigir planos de adequação das instituições para garantir o cumprimento das normas de proteção de dados.

Dada a natureza sensível das informações de saúde, os ataques cibernéticos podem resultar em violação de privacidade, com a possibilidade de extorsão e venda de dados na darkweb. Isso torna ainda mais urgente a necessidade de adoção de medidas preventivas, como a segmentação de redes e a implementação de centros de operações de segurança (SOC), que permitem o monitoramento contínuo e a resposta rápida a incidentes

Para mitigar o impacto dos ataques, as instituições de saúde devem adotar uma postura proativa e focada na conformidade com a legislação vigente. A Resolução ANS Nº 80 e a LGPD exigem que as instituições realizem auditorias regulares, implementem políticas de segurança robustas e capacitem continuamente seus colaboradores para identificar e mitigar riscos. Além disso, a adoção de tecnologias avançadas de proteção, como backup off-line e criptografia, pode reduzir significativamente o impacto de ataques cibernéticos.

A implementação de um plano de resposta a incidentes, exigida tanto pela LGPD quanto pelas normas da ANS, é

outro fator crucial. Esse plano deve incluir medidas claras para a notificação de autoridades competentes e dos titulares dos dados em caso de violação, além de prever ações para contenção e mitigação dos danos. No caso de incidentes de grande escala, como os ataques de ransomware, a rapidez na resposta pode ser determinante para minimizar prejuízos e restaurar a confiança dos pacientes.

Conclusão

O aumento dos ataques de ransomware ao setor de saúde no Brasil evidencia a urgência de um robusto sistema de segurança da informação, alinhado às exigências legais e regulatórias. A conformidade com a LGPD e as normas da ANS deve ser vista não apenas como uma obrigação jurídica, mas como um imperativo estratégico para garantir a continuidade dos serviços de saúde e a proteção dos dados sensíveis. À medida que a transformação digital avança, a segurança cibernética no setor de saúde não pode ser negligenciada, sob pena de prejuízos incalculáveis tanto para as instituições quanto para os pacientes.

O caráter sensível dos dados tratados nesse setor, incluindo informações de saúde de natureza altamente confidencial, torna a conformidade com essas normas uma prioridade absoluta. A LGPD e a Resolução ANS Nº 80 não podem ser vistas apenas como barreiras burocráticas, mas como instrumentos fundamentais para a proteção de direitos fundamentais, como a privacidade e a dignidade dos pacientes. No entanto, além da conformidade regulatória, é

imprescindível que as instituições internalizem o conceito de cibersegurança preventiva como parte de sua cultura organizacional, visando não apenas evitar sanções, mas também assegurar a confiança pública e a sustentabilidade de seus negócios.

A transformação digital, que tem acelerado o uso de tecnologias no setor de saúde, é paradoxalmente um avanço e uma vulnerabilidade. Com o crescimento do uso de dispositivos conectados e a digitalização massiva de prontuários e sistemas hospitalares, a superfície de ataque se expande exponencialmente. Diante disso, a omissão ou subestimação da segurança cibernética pode levar a prejuízos incalculáveis – não apenas financeiros, mas também em termos de risco à vida dos pacientes, interrupção de serviços críticos e danos reputacionais irreversíveis.

Portanto, o acompanhamento de um corpo jurídico especializado, a implementação de medidas proativas, como o fortalecimento da infraestrutura digital, adoção de tecnologias de ponta e capacitação contínua de colaboradores, deve ser uma prioridade estratégica. A criação de um ambiente cibernético resiliente, alinhado aos mais altos padrões de proteção de dados, não é mais opcional, mas uma condição essencial para a sobrevivência das instituições de saúde em um cenário de ameaças crescentes. Sem essa abordagem, o setor não apenas ficará vulnerável a novos ataques, mas poderá comprometer a própria essência de sua missão: salvar vidas.

DESEMBARGADORA CONCEDE LIMINAR PARA SUSPENDER A CPI DOS PLANOS DE SAÚDE, NA ALERJ

O Globo – 19/09/2024

Associação das empresas do setor alegou 'constrangimento ilegal' ao pedir a paralisação da fiscalização aberta pelos deputados estaduais.

Decisão de minutos atrás tomada pela desembargadora Cintia Santarém Cardinali determinou a imediata paralisação dos trabalhos da CPI dos Planos de Saúde, em curso na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, que investiga irregularidades na prestação de serviços das operadoras em todo o estado, especialmente o cancelamento de contratos para crianças atípicas.

A liminar possui efeito instantâneo e atende ao pedido da Associação Brasileira dos Planos de Saúde. A entidade representante do setor alega o risco de "constrangimento ilegal" dos dirigentes das empresas, além de afirmar que a

CPI investiga e fiscaliza uma questão fora da competência da Alerj.

A suspensão também ocorre por outro motivo. A magistrada responsável pelo processo entrará de férias em outubro, o que impede o agendamento do julgamento pelo Órgão Especial do TJ do Rio (TJRJ) neste período. Uma nova análise só será possível a partir de novembro, com o retorno da desembargadora.

"Isso não nos desanima. Ainda cabe recurso. Acionamos a Procuradoria da Alerj para tentar reverter essa decisão. Nosso coração fica apertado pelos pais e mães de crianças atípicas, que estão tendo seus tratamentos interrompidos por essas medidas arbitrárias", declarou o presidente da CPI, deputado Fred Pacheco.

ANAHP APONTA REDUÇÃO NO USO DA MAIORIA DOS SERVIÇOS DE PLANOS DE SAÚDE

Jota Info – 19/09/2024

Índice de procedimentos por beneficiário é menor que no período pré-pandemia, destaca a entidade

Dois dos pontos mais críticos para o setor de saúde suplementar, o uso e o custo dos serviços, foram analisados

pelo Panorama trimestral financeiro e operacional da saúde suplementar, divulgado nesta quinta-feira (19/9) pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). O levantamento concluiu que não há uma sobreutilização

generalizada dos produtos e nem um aumento difuso dos custos de operação.

Ao contrário, “constata-se um comportamento de redução, na maior parte dos casos, do uso dos serviços da saúde suplementar por pessoa. Com exceção do aumento de 18% no número de exames por beneficiário, todos os demais grupos de atendimento apresentaram resultados inferiores (como no caso das consultas médicas e internações) ou levemente superiores (como em outros atendimentos ambulatoriais) aos registrados em 2019”, diz o relatório em relação aos procedimentos por beneficiário.

Os números por beneficiário se tornam relevantes no contexto à medida que o índice geral de procedimentos aumentou, mas de forma proporcional ao incremento na quantidade de pessoas usando os serviços. O texto destaca que o total de internações aumentou 6% entre 2019 e 2023. O relatório enfatiza que este índice é próximo à ampliação de beneficiários no mesmo período; 8%, saindo de 47 milhões para 51 milhões, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Isso resultou em um índice de procedimentos por beneficiário menor que no período pré-pandemia. Em 2019, a média era de 6 consultas médicas, 4,7 consultas ambulatoriais, 1,2 consultas em pronto-socorro para cada pessoa que usa a saúde suplementar. No ano passado, foram 5,5, 4,1 e 1,3, respectivamente.

Em conversa com o JOTA, o diretor-executivo da Anahp, Antônio Britto, avaliou a situação. “Em relação aos exames, vejo três problemas principais: o primeiro é que quase nenhum brasileiro tem um médico de família que o acompanha. A maior parte das pessoas, quando vai ao consultório, conhece aquele profissional pela primeira vez. Uma segunda questão é uma certa insegurança por parte dos profissionais jovens, o que os leva a esgotar todas as ferramentas antes de fechar um diagnóstico”, explicou.

FALTA DE COBERTURA DO HOME CARE E BRAÇO DE FERRO ENTRE OPERADORAS E PACIENTES

Conjur – 19/09/2024

O home care é um serviço de assistência médica que oferece uma série de tratamentos e cuidados no domicílio do paciente, abrangendo desde visitas de enfermagem, até tratamentos mais complexos que envolvem equipe multidisciplinar e uso de equipamentos especializados. No contexto dos planos de saúde, o home care tem se tornado um tema cada vez mais discutido, à medida que cresce a demanda por esse tipo de serviço e a judicialização em torno da sua cobertura.

Recente levantamento revelou que em São Paulo ocorreu um aumento de 64% nas ações judiciais relacionadas a esse tipo de tratamento, sinalizando um cenário de incerteza e conflito entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

O principal ponto de discussão gira em torno da Lei 14.454, sancionada em setembro de 2022, que modificou significativamente o entendimento sobre o rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Antes dessa legislação, as operadoras de saúde eram obrigadas a cobrir apenas os procedimentos incluídos na lista da ANS. Contudo, com a nova lei, o rol passou a ser

Para Britto, o terceiro fator é comportamental e está ligado a um hábito, especialmente em relação às pessoas com maior poder aquisitivo. “Também há uma questão cultural da população, que não se sente bem atendida se não sair do consultório com uma lista de exames a fazer”, detalhou. Segundo ele, trazer esses dados à tona é importante para que o setor mapeie onde estão os problemas e consiga lidar com eles.

A realização de exames aumentou 18,44% no período, chegando a 1,1 milhão. Também entre 2019 e 2023, o número geral de procedimentos cresceu 17%, alcançando 1,9 bilhão.

Custos

O relatório também faz uma ponderação da variação dos custos nos últimos cinco anos, com um salto de 40% no total. A subida foi puxada pelas terapias (com alta de 79%), demais despesas médico-hospitalares (76%) e outros atendimentos ambulatoriais (67%).

Questionamento de contas

O documento faz ainda uma avaliação da retenção de pagamentos entre os trimestres de 2023 e 2024 (último dado fechado). Os valores questionados pelas operadoras de planos de saúde ainda em fase de negociação caíram de 9,27% para 8,87%.

Segundo Britto, esse pode ser um indicativo de melhora nas contas das operadoras. “O aumento [da suspensão no passado] foi uma estratégia das operadoras para atrasar o pagamento e reduzir o déficit nas contas, aumentando o prazo em que elas pagam para os hospitais. Achamos que essa levíssima redução é porque as operadoras melhoraram de situação financeira e por isso ela começa a reduzir os prazos”, comentou.

considerado exemplificativo, permitindo que tratamentos prescritos por médicos, mesmo que não estejam no rol, sejam reivindicados judicialmente pelos pacientes. Essa mudança impulsionou o aumento das demandas judiciais, especialmente em relação ao home care.

Judicialização em números

Dados do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) mostram que, em 2023, foram registrados 451 processos relacionados ao tratamento domiciliar, um aumento significativo em comparação aos 275 processos protocolados em 2022. Esse crescimento reflete a crescente insatisfação dos consumidores com a recusa das operadoras de saúde em cobrir o home care, mesmo diante de uma prescrição médica que recomenda esse tipo de serviço.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) também relatou um aumento no número de ações contra operadoras de planos de saúde em geral, com cerca de 234,1 mil processos em 2023, o equivalente a uma nova ação judicial a cada dois minutos. Esse panorama chamou a atenção do Supremo Tribunal Federal, que está estudando maneiras de lidar com

o aumento das disputas judiciais no setor de saúde suplementar.

Viabilidade econômica

A ANS, por sua vez, mantém a posição de que a cobertura do home care não é obrigatória, a menos que esteja expressamente prevista no contrato. Contudo, entidades de defesa do consumidor, como o Procon-SP, e o próprio Judiciário têm adotado uma posição contrária, defendendo que o rol da ANS é exemplificativo e que uma prescrição médica deve ser suficiente para garantir o direito ao tratamento domiciliar.

Além disso, decisões judiciais anteriores à Lei 14.454, como a do Superior Tribunal de Justiça, já haviam estabelecido que a cláusula contratual que proíbe a internação domiciliar é abusiva quando o home care é uma continuidade necessária do tratamento hospitalar.

As operadoras de saúde, no entanto, argumentam que a obrigatoriedade de cobrir tratamentos não previstos em

contrato, como o home care, aumenta a insegurança jurídica e coloca em risco a sustentabilidade financeira do sistema.

O debate sobre o home care no Brasil exemplifica um desafio maior enfrentado pelo setor de saúde suplementar: como garantir que os beneficiários tenham acesso aos tratamentos de que necessitam sem comprometer a viabilidade econômica das operadoras de saúde.

O aumento expressivo das ações judiciais em São Paulo demonstra que soluções urgentes precisam ser discutidas para harmonizar os interesses de consumidores, operadoras e reguladores.

Portanto, o aumento das ações judiciais por home care em São Paulo sublinha a complexidade do sistema de saúde suplementar no Brasil. Um diálogo contínuo entre todas as partes envolvidas será essencial para encontrar um equilíbrio justo e sustentável, que respeite os direitos dos beneficiários e, ao mesmo tempo, preserve a sustentabilidade do setor de saúde. A judicialização é uma alternativa, mas não será a solução.

AUDIÊNCIA ABORDARÁ O DESCUMPRIMENTO DE DECISÕES POR PLANOS DE SAÚDE

Infonet – 19/09/2024

As Comissões de Direito Médico e Saúde, Defesa dos Direitos dos Consumidores e Defesa dos Direitos das Pessoas com Autismo da OAB/SE realizarão no dia 23, próxima segunda-feira, uma audiência pública para tratar sobre o descumprimento de decisões judiciais por planos de saúde. A Ordem convida a sociedade para debater a situação, apresentar as medidas adotadas e buscar soluções conjuntas para tentar resolver a situação.

O que tem acontecido de forma recorrente é que os usuários de planos de saúde estão precisando buscar a justiça para ter acesso à exames e procedimentos, inclusive, os que constam no ROL de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS). E, mesmo com decisões judiciais favoráveis, as operadoras de planos de saúde não estão cumprindo as determinações judiciais e os usuários continuam desassistidos, alguns, tendo o seu estado de saúde agravado pela falta de assistência e outros chegando a óbito.

O tema vem sendo discutida internamente pelas comissões temáticas da OAB/SE e o problema já foi levado ao Tribunal

de Justiça em busca de soluções. “Os pacientes estão sendo prejudicados com os descumprimentos de ordens judiciais em saúde e isso não pode continuar assim. A audiência será um grande espaço de discussões entre a advocacia, entidades e a sociedade civil na busca de soluções efetivas para esse problema”, afirma Carolina Teixeira, presidente da Comissão de Direito Médico e Saúde da OAB/SE.

A Comissão de Defesa dos Direitos dos Consumidores também participa da audiência, tendo em vista que as operadoras de saúde não estão garantindo o direito dos consumidores vulneráveis e hiper vulneráveis a determinados serviços de saúde, assim como a comissão de Direito das Pessoas com Autismo, já que muitas vítimas lesadas pelos planos de saúde são autistas.

A audiência pública acontecerá na próxima segunda-feira, 23, no auditório da Caixa de Assistência dos Advogados de Sergipe (CAASE), a partir das 9h.

DINO REJEITA AÇÃO QUE PEDIA PARA STF OBRIGAR A CÂMARA A INSTALAR CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

Valor Econômico – 18/09/2024

O mandado de segurança, rejeitado por Dino, foi impetrado pela Associação Nenhum Direito a Menos (Anedim).

O ministro Flávio Dino, do Supremo Tribunal Federal (STF), rejeitou nesta quarta-feira (18) o mandado de segurança que pedia à Corte para determinar a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a investigar planos de saúde na Câmara dos Deputados.

O mandado de segurança foi impetrado pela Associação Nenhum Direito a Menos (Anedim) que alega que foi apresentado um requerimento para a criação de uma CPI no dia 5 de junho de 2024, com 307 assinaturas válidas, para

investigar as práticas dos planos de saúde, que lideraram as reclamações de consumidores em anos recentes.

No entanto, o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, não instalou a comissão. Para a associação, “não existe qualquer espaço para juízo de discricionariedade do Presidente da Câmara na análise do requerimento de Instituição de CPI”.

Dino justificou a decisão de rejeitar a ação por entender que a Anedim não possui os requisitos legais para impetrar um mandado de segurança coletivo porque a associação foi criada em 15 de julho de 2024.

“Para que as associações possam impetrar mandado de segurança coletivo na defesa de direitos líquidos e certos de seus membros ou associados, exige-se que tenham sido constituídas e estejam em regular funcionamento, há, pelo menos, 1(um ano)”, escreveu.

No entanto, o ministro ponderou que a rejeição da ação não impede posterior reexame em outro mandado de segurança sobre o assunto.

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.br.

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.