

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

23 de outubro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[O reajuste não deve ser anual, diz defensor público sobre cobrança em planos de saúde](#) – Fonte: Metro1

[Gilmar Mendes diz estudar medidas para reduzir judicialização na saúde; veja quais estão em análise](#) – Fonte: Estadão

[Impactos do TEA no sistema de saúde foi tema de debate em evento da Abrange-PR/SC](#) – Fonte: Saúde Business

[Clínicas do Detran aceitarão plano de saúde](#) – Fonte: Jornal de Brasília

[Acreditação hospitalar no Brasil: avanços e desafios no caminho da qualidade](#) – Fonte: Saúde Business

[Campanha da Fenasaúde contra fraudes resulta em mais decisões a favor de operadoras](#) – Fonte: Medicina S/A

[Homem apontado como contador da fraude milionária contra planos de saúde é preso na Zona Oeste do Rio](#) – Fonte: G1

[Mercado de IA na saúde deve movimentar mais da US\\$ 180 bilhões até 2030](#) – Fonte: Saúde Business

[Reajuste de planos de saúde acima do teto opõe operadoras e entidades de proteção ao consumidor](#) – Fonte: Estadão

[ANS abre tomada pública sobre cartões de desconto, os planos ambulatoriais, até 31/10](#) – Fonte: Istoé

[ANS abre consulta para reformular política de preços dos planos de saúde](#) – Fonte: Correio Braziliense

[ANS aprova novas terapias para câncer de próstata e outras doenças](#) – Fonte: Correio do Estado

[Saúde suplementar busca recuperação após três anos de prejuízo](#) – Fonte: Estadão

O REAJUSTE NÃO DEVE SER ANUAL, DIZ DEFENSOR PÚBLICO SOBRE COBRANÇA EM PLANOS DE SAÚDE

Metro1 – 22/10/2024

André Porciúncula, Defensor Público Federal, explicou as condições de reajuste dos planos de saúde em entrevista nesta segunda-feira (21).

O reajuste dos planos de saúde é um cenário que aflige os beneficiários e clientes brasileiros. Em entrevista à Rádio Metropole, no programa Metropole Mais, o defensor público federal André Porciúncula explicou as condições de modificação em variados tipos de cobrança. Segundo ele, a faixa etária e o índice de reajuste que a Agência Nacional de Saúde publica anualmente são os fatores previstos na legislação que permitem o aumento dos preços.

O defensor ressalta que o mudança da cobrança não deve ser anual. "A cada período de 5 anos, há um reajuste aplicado pela faixa etária, com o percentual previsto em contrato", ele

explica. "Se o aumento for abusivo em relação à idade, isso pode ser questionado judicialmente", acrescenta.

Ele ainda pontua que o índice publicado anualmente pela Agência Nacional e também regula os reajustes é aplicado somente para planos individuais, não mais usado em grande escala. "A maioria das pessoas não os têm mais", garante. Tendo em vista a massificação dos aumentos, o defensor teoriza que uma possível explicação para as altas cobranças são os falsos planos empresariais coletivos. "Esses planos tutelam até cinco pessoas da mesma família, às vezes através de uma microempresa individual. O Supremo Tribunal de Justiça entende que esse tipo de contrato versa como individual, logo, os rege pelo índice da ANS que vale para planos individuais".

GILMAR MENDES DIZ ESTUDAR MEDIDAS PARA REDUZIR JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE; VEJA QUAIS ESTÃO EM ANÁLISE

Estadão – 22/10/2024

Em evento nesta segunda, 21, ministro abordou possíveis estratégias para reduzir a alta litigiosidade referente principalmente ao acesso a medicamentos.

O ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Gilmar Mendes afirmou na noite desta segunda-feira, 21, em evento em São Paulo, que vem sendo estudada a criação de uma agência de análise de tecnologia para acelerar o fluxo de avaliação de novos medicamentos e sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS), tema de parte dos processos relacionados ao setor que tramitam no Judiciário.

Outras medidas, segundo o ministro, são o desenvolvimento de um projeto em parceria com os Estados para o controle da distribuição de medicamentos e avanços na oferta de consultoria a juízes que julgam ações da área da saúde. "Queremos reduzir a judicialização, mas queremos reduzir com consistência, não deixando as pessoas desprovidas na proteção do seu direito", disse Gilmar no CNN Talks - Saúde no Brasil.

Segundo o ministro, ao contrário de muitos países em que o tema é tratado no âmbito administrativo, o Brasil talvez possua a maior judicialização existente no campo da saúde — devemos chegar a 600 mil novos processos neste ano. Por isso, disse Gilmar, o Supremo tem discutido a área.

Um exemplo recente foi a decisão do STF sobre o Tema 1.234, em que a Corte especificou critérios para as situações em que a União e os Estados deverão ser responsáveis por fornecer medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

"Conseguimos fazer esse acerto, um amplo acordo, e aprovamos duas súmulas tornando essa orientação vinculante, mas temos muitas demandas e temos que trabalhar no sentido da desjudicialização", disse o ministro.

Ainda na área de medicamentos, ele mencionou a proposta de unir os trabalhos da Anvisa e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), pelas quais todo remédio precisa passar para ser distribuído pelo SUS, para reduzir o tempo de espera por novos tratamentos.

"Isso tem que ter uma iniciativa do Executivo e levar ao Legislativo para conseguir uma grande reforma do sistema. O pessoal da saúde suplementar reclama que era preciso que houvesse o mesmo tratamento que se dá para o SUS para o sistema suplementar e que houvesse essa reforma", afirmou. "Acho que é importante que haja essa chamada 'agência de análise de tecnologia'. Já há propostas, esboços nesse sentido".

Em relação aos medicamentos já aprovados e que ainda assim demoram anos para serem incorporados ao SUS, como é o caso de alguns remédios contra o câncer, o ministro mencionou que o atraso configura motivo para acionar o Judiciário.

"O que nós estamos fazendo é reconhecer que o medicamento que foi aprovado na Anvisa e que está indicado pela Conitec para ser incorporado ao SUS, que ele seja de dispensação obrigatória, e depois isso tem que ser levado para os planos. Nesse caso (*de atraso de anos entre a aprovação da Conitec e a oferta pelo SUS*), se não se dispensa obrigatoriamente, a judicialização é totalmente devida."

Consultoria para juízes

O ministro também indicou projetos para a oferta de consultoria para juízes, para que eles tenham maior segurança na tomada de decisões envolvendo temas da área da saúde. "Temos que criar mecanismos de responsabilidade

da própria judicialização, dos próprios juízes quando tomam determinadas deliberações sem a devida informação”, disse.

Pelos modelos, os magistrados podem ter acesso a pareceristas, como professores e médicos especializados na doença ou condição em questão, e esclarecer, por exemplo, se determinada terapia é ou não é necessária.

IMPACTOS DO TEA NO SISTEMA DE SAÚDE FOI TEMA DE DEBATE EM EVENTO DA ABRAMGE-PR/SC

Saúde Business – 21/10/2024

Especialistas em transtornos do desenvolvimento discutiram a importância do diagnóstico precoce, os desafios da judicialização e o modelo de atendimento adotado pelo SUS.

A unidade da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge-PR/SC) promoveu um importante evento em Curitiba para discutir protocolos e tratamentos para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). O encontro reuniu especialistas, como Débora Guelfi, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a pediatra Sandra Regina Moraes e Laura Ceretta Moreira, especialista em Neurociência da Educação. A discussão também abordou o impacto do TEA na saúde pública e complementar.

A necessidade de diálogo entre operadoras e especialistas

A presidente da Abramge PR/SC, Dulcimar De Conto, destacou a necessidade de desmistificar o assunto para facilitar a tomada de decisão. “Não se trata apenas de custos, mas também da falta de efetividade. Precisamos romper o silêncio e tirar a mordida que nós, operadores públicos e privados, estamos vivendo”, afirmou. Ela enfatizou a importância da sustentabilidade das operadoras e da modernização das normas e leis para oferecer produtos diferenciados, visando democratizar o acesso à saúde complementar.

Gustavo Ribeiro, presidente nacional da Abramge, participou do encontro acompanhado da diretoria executiva da entidade, que representa cerca de 140 operadoras de saúde no Brasil, com mais de 17 milhões de beneficiários. “O TEA gera um impacto não apenas no setor, mas também nas famílias brasileiras e no Poder Judiciário. Há uma enorme pressão sobre a saúde pública e a saúde complementar. O Paraná é um exemplo de como o diálogo entre os diversos agentes da saúde é crucial para encontrarmos soluções que beneficiem os usuários”, afirmou.

O impacto do TEA nas demandas judiciais e na saúde pública

Durante sua apresentação, Laura Ceretta Moreira defendeu a metodologia PDI (Processo de Investigação Diagnóstica), que envolve a família, a criança e a escola para garantir um diagnóstico preciso de TEA. Ela ressaltou a importância de um tratamento individualizado para cada paciente.

“Um diagnóstico apressado ou descontextualizado da realidade da criança, especialmente no período pós-pandêmico, pode levar a conclusões imprecisas e intervenções inadequadas. Isso pode afetar seriamente o desenvolvimento das crianças que, com um diagnóstico correto, poderiam receber o tratamento adequado e evoluir”, alertou. Laura mencionou o caso de uma criança diagnosticada com TEA que, na verdade, era superdotada.

Segundo Sandra, o aumento no diagnóstico de TEA tem gerado um crescimento no número de ações judiciais, algumas delas solicitando horas excessivas de tratamento. “O protocolo adotado no Paraná envolve a definição de um plano terapêutico individualizado, que considera o diagnóstico, o tratamento medicamentoso das comorbidades, e a avaliação da equipe multidisciplinar e da escola. Somente assim a decisão será tomada de forma técnica”, explicou.

Estratégias para garantir o desenvolvimento das crianças com TEA

Diante desse cenário complexo, a Secretaria de Saúde do Paraná destacou a importância da capacitação contínua de profissionais para o atendimento de crianças com TEA, sendo a metodologia ABA a mais utilizada. Débora Guelfi enfatizou a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento individualizado. “Devemos estimular o desenvolvimento da criança com o objetivo de reduzir danos, melhorar a qualidade de vida e promover a autonomia. Avaliações e monitoramento contínuo são essenciais para a análise da evolução do paciente”, concluiu.

CLÍNICAS DO DETRAN ACEITARÃO PLANO DE SAÚDE

Jornal de Brasília – 21/10/2024

Roosevelt Vilela resalta que não é certo que o cidadão, que já paga por um plano de saúde, tenha também que desembolsar mais uma taxa para realizar exames médicos cobrados pelo Detran.

A Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF) aprovou projeto do distrital Roosevelt Vilela determinando que clínicas que prestam serviços ao Detran devem aceitar planos de saúde. Já passou pela primeira comissão, a de Assuntos Sociais.

A proposta do parlamentar determina que as clínicas que prestam serviços ao Departamento de Trânsito do DF (Detran-DF) devem aceitar convênios médicos para realização de exames.

O parlamentar resalta que não é certo que o cidadão, que já paga por um plano de saúde, tenha também que desembolsar mais uma taxa para realizar exames médicos cobrados pelo Detran. “Inclusive, essa prática é realidade no estado do Rio de Janeiro, que, por meio de uma Lei, possibilitou que as

clínicas estabelecessem relação comercial com as empresas de planos de saúde”, destacou o distrital Roosevelt.

Tanto para tirar a habilitação quanto para renovar é preciso realizar alguns exames médicos obrigatórios. Para tirar a carteira pela primeira vez, na categoria B, por exemplo, deve-se realizar um exame clínico e oftalmológico, além de uma avaliação psicológica (psicotécnico), no valor de R\$ 468,74, de acordo com as clínicas conveniadas e tabela do Detran. Já para renovação de todas as categorias, o valor é de R\$ 224,74 para realizar apenas o exame oftalmológico.

No entanto, caso a renovação seja para exercer atividade remunerada, cobra-se o mesmo valor dos exames médicos exigidos para tirar a CNH pela primeira vez (R\$ 468,74). Com o projeto de Roosevelt Vilela, na prática, esses valores não seriam cobrados de quem utiliza planos de saúde, que ficariam responsáveis por essa cobertura.

“É indispensável que as empresas de prestação de serviços junto ao Detran-DF passem a aceitar convênios para a realização dos exames, tendo em vista que o usuário, em tese, já paga por tal serviço”, salientou o parlamentar.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS NO CAMINHO DA QUALIDADE

Saúde business – 21/10/2024

Com apenas 8,99% dos hospitais acreditados, o Brasil avança lentamente na busca por excelência e segurança na saúde. Saiba quais são os principais desafios nesta jornada.

O cenário da acreditação no Brasil tem se mostrado cada vez mais relevante para o setor saúde, impulsionado por demandas de melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados e pela necessidade de garantir segurança ao paciente. O país possui cerca de 6.805 hospitais, dos quais 612 são acreditados, representando 8,99% do total. Entre esses, 425 são certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Considerando o tipo de gestão, aproximadamente 57% dos hospitais acreditados pela ONA são privados, 21% são públicos, 19% são filantrópicos e 2% se enquadram em outros tipos de gestão ou não informados. Cerca de 70 organizações de saúde brasileiras são acreditadas pela Joint Commission International (JCI) - uma instituição internacional -, sendo que 70% são hospitais. Há ainda outros órgãos, como a Accreditation Canada.

No Brasil, a acreditação segue um modelo voluntário e se destaca por avaliar diferentes perfis, tamanhos e complexidades de organizações de saúde desde a atenção primária, secundária e terciária. Mas seu avanço ainda é considerado lento pelos especialistas.

“A acreditação no Brasil avança ainda com moderada velocidade. Considerando o número total de hospitais existentes no país, temos uma parcela muito pequena que se submete a essa avaliação externa”, comenta Helideia Lima, diretora de Qualidade Assistencial da Rede D’Or e coordenadora do Grupo de Trabalho de Melhores Práticas Assistenciais da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

Existem diversas instituições acreditadoras, nacionais e internacionais. Segundo Cristiane do Valle, vice-presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), a ONA é a única metodologia nacional estruturada de acordo com a realidade do sistema de saúde do Brasil, considerando a complexidade, porte, perfil, características regionais e níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Poucas instituições são acreditadas, mas a tendência é de crescimento

Há um crescimento no número de instituições acreditadas, impulsionado por exigências de clientes, operadoras de saúde e pelo próprio mercado, que busca diferenciação pela qualidade e eficiência.

“O panorama da acreditação hospitalar no Brasil tem se mostrado cada vez mais promissor nos últimos anos. Com a maior conscientização sobre a importância da qualidade no atendimento à saúde, muitas instituições têm buscado a acreditação como um diferencial competitivo e um compromisso com a excelência”, diz Mirocles Vêras, presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

Apesar de não haver um levantamento oficial sobre o número de hospitais filantrópicos e Santas Casas que são acreditados atualmente, o portal da ONA aponta 119 resultados encontrados no perfil gestão filantrópica. “Um bom número, porém, ainda pequeno, diante das 1.814 instituições filantrópicas de saúde. Mas sabemos que a acreditação está no planejamento de muitas dessas instituições”, destaca Vêras.

O executivo acredita que os hospitais estão se conscientizando sobre a importância da acreditação não apenas como um selo de qualidade, mas também como uma forma de garantir a confiança da população e dos parceiros. Além disso, a acreditação tem se mostrado um diferencial competitivo que pode ajudar na captação de recursos e na ampliação do atendimento à população.

O fato é que o Brasil está vivenciando um momento de maior procura pelo sistema de acreditação, com um aumento significativo no número de novas instituições certificadas. Em 2023, o crescimento da ONA, por exemplo, foi de 17%, superando a média histórica de crescimento anual desde 2020.

Ana Maria Saut, gestora técnica da ONA e instrutora em cursos de pós-graduação da Fundação Vanzolini, uma das instituições acreditadoras credenciadas pela ONA no Brasil, conta que, no primeiro semestre de 2024, foram registradas 176 novas certificações, em comparação com 96 ao longo de todo o ano de 2023.

“Esse fato demonstra o contínuo interesse das instituições de saúde em aderir aos padrões de qualidade e segurança exigidos pela acreditação. O aumento foi impulsionado por iniciativas como o projeto Avança Saúde, que certificou 276 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no município de São Paulo entre agosto de 2023 e junho de 2024.”

Acreditação no Brasil e no mundo

Segundo dados do relatório Desafios de qualidade em saúde no Brasil, publicado em 2022 pela Anahp, a acreditação faz parte da gestão da saúde em quase 100 países, no entanto, o processo tem particularidades nas diversas regiões.

Na França, é obrigatório desde 1996 e serve como uma ferramenta de controle dos serviços, além dos propósitos originais. O National Health Service (NHS), da Inglaterra, utiliza a acreditação como base para uma política de melhoria contínua do sistema, inclusive com padrões específicos para unidades de baixa complexidade.

No Líbano, o governo emprega o processo como ferramenta para a regulamentação da assistência. Já a China adota a obrigatoriedade nos hospitais universitários como forma de garantir a formação de profissionais qualificados. Na Tailândia, o programa de acreditação, implantado em 1997, foi uma resposta bem-sucedida às dificuldades que os hospitais do país enfrentaram durante a crise econômica asiática.

“Quando comparamos o Brasil a outros países, podemos considerar que estamos bem. Avaliando dados de hospitais acreditados pela JCI no mundo, por exemplo, a Espanha possui apenas 3,24% dos hospitais acreditados por essa metodologia; Portugal, 1,23%; México, 1,08% e Colômbia, 0,77%, sendo que o Brasil aparece na terceira posição, com 8,63% do total dos hospitais acreditados”, diz Helidea.

Nos Estados Unidos, a Joint Commission, junto à Joint Commission International (programa voltado para o exterior), certificou mais de 23 mil instituições em mais de 70 países. No Canadá, a Accreditation Canada certificou mais de 12.500 organizações em mais de 40 países.

Embora o Brasil enfrente desafios, como a concentração de instituições acreditadas na região Sudeste (71% do total), o crescimento em diversas áreas de saúde, como Atenção Primária e serviços de diagnóstico, está ampliando o alcance da acreditação no país.

“Além do crescimento no número de instituições acreditadas, destaca-se a evolução na maturidade dos sistemas de gestão. Atualmente, 521 instituições no Brasil são acreditadas no Nível 3 – Acreditado com Excelência, da ONA, representando 42,2% do total de creditações. Esse nível de maturidade reflete a capacidade dessas instituições de manter padrões elevados de qualidade e segurança de forma consistente ao longo do tempo”, destaca Ana Maria.

Desafios a serem vencidos na jornada da acreditação

As instituições hospitalares, tanto públicas quanto privadas, enfrentam desafios substanciais ao buscar a acreditação. A preparação pode demandar mudanças estruturais, culturais e de gestão.

O maior desafio para a maioria das instituições é mostrar aos profissionais o propósito da certificação. “Um dos fatores que dificultam o processo é a falta de estrutura adequada para atendimento aos padrões, incluindo áreas físicas e equipamentos. Hospitais que não conseguem manter suas estruturas atualizadas terão que fazer ainda mais investimento para conseguirem a acreditação”, analisa Helidea.

Ela ressalta ainda a importância de avaliar a necessidade de fortalecer o cuidado interdisciplinar e centrado no paciente, além da cultura de aprendizado com a identificação dos eventos adversos como fundamentais nos desafios do processo da acreditação.

“Vejo como um dos principais obstáculos frente à obtenção da acreditação a adaptação aos rigorosos padrões de qualidade e segurança exigidos pelos organismos acreditadores. Isso muitas vezes requer investimentos em infraestrutura e formação de pessoal e implementação de novos protocolos, o que pode ser um desafio, especialmente para instituições que já operam com recursos limitados”, opina Vêras. Vale lembrar que o processo de acreditação pode envolver custos diretos (taxas de avaliação, investimentos em infraestrutura, treinamentos, entre outros) e indiretos (tempo e recursos humanos dedicados à implementação) significativos.

Outro desafio apontado por ele é a necessidade de documentação e rastreabilidade de processos. “Muitas instituições podem ter dificuldades em manter registros adequados e evidências que demonstrem conformidade com os padrões exigidos. Superar esses desafios é essencial para que possamos melhorar continuamente a qualidade do atendimento”, comenta.

Na opinião de Ana Maria, instituições que não possuem uma área de qualidade podem ter dificuldades adicionais em organizar os processos necessários. “A criação de núcleos de qualidade é uma estratégia fundamental para garantir o desenvolvimento e a manutenção dos padrões exigidos para a acreditação.”

Oportunidades e tendências para a melhoria contínua

Entre as tendências observadas nas certificações de qualidade e segurança do paciente destacam-se a busca por creditações reconhecidas internacionalmente, a expansão para outros níveis de cuidado além dos hospitais e a busca por certificações em áreas específicas, como oncologia.

Além disso, a demanda por certificações em gestão ambiental e segurança da informação deve crescer. Na opinião de Cristiane, a integração de critérios de sustentabilidade, visando a redução do impacto ambiental nas práticas hospitalares - o que deve ganhar cada vez mais relevância nos próximos anos -, tem surgido como tendência promissora.

“Há, no entanto, o risco de migração da acreditação para a certificação pela norma ISO 7101, lançada no final de 2023. Por ser parte das normas ISO, essa certificação pode ter um maior reconhecimento pelo mercado e facilitar a integração com sistemas de gestão em áreas como meio ambiente e saúde e segurança ocupacional”, observa Ana Maria.

Ela comenta ainda que as instituições de saúde já acreditadas devem buscar outras certificações. “As mais proeminentes na área de saúde incluem aquelas relacionadas à qualidade e segurança do paciente, gestão ambiental e segurança da informação. Essas certificações estão em destaque devido à crescente ênfase na excelência dos serviços de saúde, à visibilidade dos erros evitáveis, à necessidade de proteger os dados dos pacientes em um ambiente digitalizado e à preocupação global com questões ambientais. Além disso, elas se alinham às Metas de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidas pelas Nações Unidas, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar, redução das desigualdades e ação pelo clima.”

Ana Maria também ressalta a necessidade de expansão da acreditação para além dos hospitais, alcançando laboratórios e serviços de imagem como uma tendência de diversificação e consolidação da acreditação em diferentes serviços de saúde no Brasil.

Mas as oportunidades de melhoria também devem ser uma preocupação das instituições acreditadoras, acredita Helidea, com foco na manutenção da expertise dos avaliadores, que deveriam passar por processo de educação permanente e avaliação do seu desempenho para que não existam tantas diferenças na forma de avaliação dos critérios por uma mesma metodologia.

CAMPANHA DA FENASAÚDE CONTRA FRAUDES RESULTA EM MAIS DECISÕES A FAVOR DE OPERADORAS

Medicina S/A – 20/10/2024

A campanha Saúde sem Fraude, da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), acaba de resultar em mais decisões judiciais contra golpistas que fraudavam operadoras de planos e seguros de saúde. Associada à FenaSaúde, a SulAmérica obteve uma liminar concedida pela 1ª Vara de Itapeverica da Serra (SP) para bloquear mais de R\$ 82 mil da conta corrente de um usuário acusado pela falsificação de 123 pedidos de reembolso apresentados à companhia. Já a Seguros Unimed conseguiu uma decisão favorável da 10ª Vara Cível de São Paulo contra um grupo de clínicas estéticas que fraudava a empresa na capital. Elas ofereciam ressarcimento total por tratamentos a clientes cujos contratos não incluíam essa cobertura. As duas ordens judiciais foram expedidas na semana passada.

A partir da campanha da FenaSaúde, lançada em março do ano passado, as operadoras intensificaram o combate a fraudes e reforçaram ações cíveis e criminais contra golpistas. Os esquemas utilizados pelos fraudadores chegaram ao refinamento de utilizar até falsos bancos digitais.

“As fraudes prejudicam todos os beneficiários de planos de saúde porque encarecem os seus custos e todos acabam pagando por isso. Quando lançamos a campanha Saúde sem Fraude, em 2023, demos um recado bem claro e as operadoras vão se manter firmes nesse combate porque é preciso estar consciente de que fraudes desse tipo podem trazer consequências graves para quem as pratica, como vemos agora”, afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

No final de 2022, a FenaSaúde já havia lançado 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 para investigar fraudes por reembolsos indevidos, com prejuízo total de R\$ 51 milhões — ou seja, 0,15% do montante que seria descoberto pelo IESS. De 2019 a 2023, a FenaSaúde e suas

associadas registraram 4.502 notícias-crime e ações cíveis relacionadas a fraudes, com crescimento expressivo ano a ano, com aumento de 66% nos últimos dois anos.

A FenaSaúde dispõe de um canal direto para recebimento de denúncias de fraudes que já recebeu 195 casos desde o seu lançamento, em maio de 2022, somando-se aos casos registrados na Polícia Civil e no Ministério Público.

Prejuízo milionário

A SulAmérica detectou recentemente que quatro beneficiários a fraudaram em R\$ 9 milhões através de clínicas falsas abertas em suas próprias residências desde 2021, e descobriu outra fraude milionária, também de R\$ 9 milhões, praticada por uma clínica especializada no tratamento do transtorno do espectro autista, em São Caetano do Sul (SP), de onde partiram 309 solicitações irregulares em atendimentos não solicitados para 36 pacientes. O caso foi registrado no Ministério Público de São Paulo.

Em 2024, foi descoberto um golpe que envolvia uma fintech falsa para lesar diversas operadoras. Sofisticado, o esquema era aplicado por prestadores de serviços não credenciados — S’Agapo Medicina Diagnóstica, Genética Ltda e Mitros Lab Medicina Diagnóstica — que chegaram ao requinte de criar uma instituição financeira, o Theos Bank, que não tinha sequer registro do Banco Central para atuar no país. O objetivo era burlar o sistema de reembolsos com uso até de carteirinhas em clínicas parceiras da quadrilha. Ao todo, a fraude foi de R\$ 18 milhões e o caso corre na 41ª Vara Cível de São Paulo, que ordenou o fechamento do Theos Bank.

“Não vamos deixar que prevaleça a ideia de que o crime compensa. Nos últimos meses, conseguimos vitórias como a desarticulação de esquemas de reembolso indevido e decisões judiciais contra práticas criminosas. Essas conquistas são fruto do esforço conjunto das operadoras de saúde e da conscientização de cada beneficiário. É preciso punir quem aplica golpes”, conclui Vera Valente.

HOMEM APONTADO COMO CONTADOR DA FRAUDE MILIONÁRIA CONTRA PLANOS DE SAÚDE É PRESO NA ZONA OESTE DO RIO

G1 – 19/10/2024

A prisão dele foi pedida à Justiça depois da apreensão do celular da chefe da quadrilha, na semana passada.

Um homem apontado como contador da quadrilha suspeita de uma fraude milionária contra planos de saúde foi preso neste sábado (19) em Sepetiba, na Zona Oeste do Rio. Anderson Pereira é também investigado como o responsável por abrir empresas de fachada para aplicar o golpe.

Os investigadores pediram a prisão dele à Justiça depois da prisão de Adriana Neves Castro, que é apontada como chefe da quadrilha. O celular dela, que foi apreendido, foi analisado para chegar em informações que levassem ao envolvimento de Anderson.

A ação da Polícia Civil do RJ contra o grupo criminoso ficou intitulada de Operação Carência Zero. Só uma operadora teve um prejuízo de R\$ 11 milhões.

As investigações da 12ª DP (Copacabana) começaram em 2023 e apontam Adriana Neves Castro como chefe do grupo. Segundo a polícia, ela contratou planos corporativos para cerca de 800 pessoas físicas sem qualquer vínculo empregatício.

Os suspeitos são investigados por estelionato, associação criminosa e lavagem de dinheiro e já respondem pelo mesmo tipo de fraude em São Paulo.

Segundo a polícia, os planos eram comercializados com taxa de adesão e valores até quatro vezes maiores que os cobrados em folha pela tabela empresarial.

Em um dos casos investigados, por exemplo, uma idosa de 68 anos arcava com uma mensalidade de R\$ 2.700. Ela ainda teve que desembolsar R\$ 3 mil na taxa de isenção. Na folha, o serviço da empresa, o serviço custava apenas R\$ 721,18.

“Era um golpe sofisticado e acreditamos que algumas pessoas, de certa forma, possam ter sido enganadas. Por isso seguiremos investigando individualmente os casos dos beneficiários, uma vez que eles adquiriram um plano com vínculo trabalhista que nunca existiu e podem responder criminalmente. Os nomes das empresas constam nas

carteirinhas. Além disso, eles também podem sofrer ações na área cível para ressarcimento de valores médicos gastos”, explicou o delegado Ângelo Lages.

Entre 2019 e 2023, por exemplo, um convênio foi contratado para 778 empregados de oito empresas falsas. No total, estas empresas descontaram R\$ 2.158.926 milhões de seus supostos funcionários.

No entanto, os custos médicos apresentados pelo plano foram de R\$ 13.074.087 milhões, gerando um prejuízo de R\$ 10.915.160 milhões.

Movimentação milionária

Na quebra do sigilo fiscal de Adriana, os investigadores descobriram que em seis meses de 2023, por exemplo, ela movimentou mais de R\$ 2 milhões, lastro incompatível com seu patrimônio, capacidade financeira e atividade econômica. Recentemente, ela se candidatou ao cargo de vereadora em Itaguaí, mas teve apenas 17 votos.

Os outros investigados, que foram alvo de buscas, são seu filho e o acusado de ser o contador e sócio de algumas das empresas usadas no esquema. A polícia também investiga a participação de operadores de venda, que atraíam as pessoas, e médicos, que muitas vezes direcionavam os pacientes já com a necessidade cirúrgica.

“Também havia uma intensa migração de pessoas entre as empresas. Quando algo saía errado, os funcionários, quase que instantaneamente, eram contratados por outra empresa do grupo, se mantendo como beneficiários do plano”, completou o delegado.

Ao longo das investigações, os policiais descobriram que as empresas não possuíam sede nos endereços informados na hora da contratação do serviço junto à seguradora.

Para a polícia, o fim do esquema tende a beneficiar todos os usuários de planos de saúde, pois segundo a seguradora, as fraudes acabam impactando nos preços para o consumidor final.

MERCADO DE IA NA SAÚDE DEVE MOVIMENTAR MAIS DA US\$ 180 BILHÕES ATÉ 2030

Saúde Business – 18/10/2024

Mais de 40% das empresas de saúde ampliaram seus orçamentos de TI, e 72% dos gestores já planejam investir em inteligência artificial.

O mercado de soluções e serviços baseados em inteligência artificial (IA) para a saúde deve movimentar mais de US\$ 180 bilhões globalmente até 2030, segundo um estudo da consultoria Precedence Research. Uma fatia significativa desse montante pode chegar ao Brasil, à medida que hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de saúde

intensificam os investimentos em tecnologias que melhoram tanto a satisfação dos pacientes quanto a retenção de novos clientes. Entre as principais ferramentas estão os chatbots, que impulsionam uma tendência emergente no setor: a centralização de dados e demandas dos pacientes.

Para Frederico de Souza, CEO da healthtech Botdesigner, apesar dos avanços tecnológicos, é fundamental desmistificar a ideia de que a simples adoção de tecnologia resolve todos os problemas de hospitais e clínicas. Segundo

ele, é necessário aprimorar estratégias que integrem diferentes setores e facilitem o acesso ao histórico completo dos atendimentos.

“O fluxo de um chatbot bem estruturado deve guiar o paciente de forma simples e direta, como se ele fosse recebido na recepção de um hospital, encaminhado ao setor correto e rapidamente atendido. O bot precisa fornecer informações de forma intuitiva, e as respostas às interações do cliente devem ser rápidas e precisas. Nada é mais frustrante do que esperar sem saber qual será o próximo passo, ou descobrir, após várias etapas, que o problema só pode ser resolvido em outro canal. O atendimento automático deve ser superior ao presencial ou telefônico”, explica Souza.

Aplicação da tecnologia em um hospital

Um exemplo recente dessa transformação é o Hospital Decós, em Sergipe. Apesar de sua infraestrutura moderna e foco em consultas, diagnósticos e cirurgias eletivas, o hospital enfrentava dificuldades com a falta de um sistema unificado para gerenciar o envio e recebimento de documentos importantes, como carteirinhas de convênio e pedidos médicos, que se perdiam entre os diferentes canais de atendimento.

Além disso, a equipe do hospital tinha pouca visibilidade sobre a jornada dos pacientes, o que dificultava o atendimento e a resposta às reclamações. Com a solução de

chatbot, o Hospital Decós consolidou todos os canais de atendimento em um único número de WhatsApp, eliminando a confusão causada pelos múltiplos números utilizados anteriormente.

“Aqui realizamos procedimentos que exigem autorização prévia, como cirurgias e exames. O paciente precisa enviar fotos de documentos, carteirinhas e pedidos médicos. Como organizar isso sem vários celulares espalhados pelas recepções? Agora conseguimos monitorar toda a trajetória do paciente e identificar, por exemplo, por que ele não foi atendido”, relata Thaisa Brito, Coordenadora do Call Center do Hospital Decós.

Investimentos em IA e automação crescem no setor de saúde

De acordo com a TechTarget, 41% das organizações de saúde aumentaram seu orçamento de TI no último ano, buscando uma transformação digital completa. Automação, IA e Ciência de Dados são as principais prioridades de investimento para 30% das empresas entrevistadas. Um estudo da Phillips sobre o futuro da saúde aponta que IA, análise preditiva e uso de dados são tendências para os próximos dois anos. Em 2022, 72% dos gestores de saúde já planejavam investir em IA, e a expectativa é que esse número chegue a 94% neste ano.

REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE ACIMA DO TETO OPÕE OPERADORAS E ENTIDADES DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR

Estadão - 18/10/2024

Diante do aumento dos custos de tecnologia e tratamentos, ANS estuda regulamentar revisão técnica para viabilizar aumento de mensalidades de contratos individuais quando haja desequilíbrio nas contas.

A possibilidade de que operadoras façam reajustes excepcionais nas mensalidades de planos de saúde individuais, acima do limite fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem gerado embate entre as empresas e os órgãos de defesa do consumidor. A proposta é um dos pontos mais controversos da discussão iniciada pela agência para reformular regras do setor.

De um lado, empresas argumentam que é preciso tornar a cartela de planos individuais sustentável, já que, segundo elas, os valores cobrados não condizem com os custos de tecnologias e tratamentos mais recentes. De outro, especialistas e entidades afirmam que o reajuste excepcional pode lesar os beneficiários. No dia 7 de outubro, as duas posições se encontraram durante audiência pública proposta pela ANS para debater as propostas.

A ANS quer definir critérios para que as operadoras possam fazer reajustes em planos individuais acima do estabelecido pela própria agência, levando em consideração situações em que haja desequilíbrio financeiro nos contratos. A ideia é construir um indicador que mostre a ameaça às finanças da empresa, caracterizando a necessidade e a importância de fixar reajuste além do definido.

Em 2002, a revisão técnica em planos individuais foi possibilitada por meio de uma resolução da ANS. A norma, no entanto, foi posteriormente suspensa, e assim permanece até os dias atuais. Desde então, segundo a agência, houve ajustes concedidos, excepcionalmente, para empresas que absorveram beneficiários de outros planos de saúde, de modo a evitar desequilíbrio econômico-financeiro de quem estava recebendo a carteira. Agora, a ideia da ANS é regulamentar a revisão técnica para definir critérios para que as empresas apliquem o reajuste acima do teto.

Em junho deste ano, a ANS definiu um teto para reajuste dos planos individuais e familiares da ordem de 6,91% até maio de 2025. Em comparação, neste ano, a média de reajuste dos planos coletivos de até 30 vidas foi de 17,85%.

Com a trava de reajustes, os planos individuais ficaram cada vez mais escassos, representando cerca de 20% do mercado de saúde suplementar. Há um entendimento por parte das empresas de que não é vantajoso comercializar esse tipo de produto — muitas operadoras administram planos individuais, mas em contratos antigos, adquiridos há anos pelos beneficiários. Nesse contexto, uma das propostas da ANS é vincular a possibilidade de reajuste excepcional, como é defendido pelas empresas, à obrigatoriedade de comercialização de novos contratos individuais.

Durante a audiência pública, a representante do Procon-SP, Maria Lacerda, disse que o reajuste excepcional compromete a previsibilidade e, na prática, poderá fazer com que

beneficiários abandonem os contratos ou fiquem endividados. “Ele vai acabar se endividando para manter o plano de saúde. Sabemos que muitos consumidores já pagam o limite do seu orçamento”, disse na ocasião.

“O reajuste por revisão técnica é ilegal, contrário ao Código de Defesa do Consumidor, pois representa variação de preço unilateral e coloca a pessoa consumidora em situação de extrema desvantagem”, reforça Marina Paullelli, advogada do programa de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores (Idec).

O Idec foi outra instituição que se manifestou contra a proposta durante a audiência pública. De acordo com Marina, permitir o reajuste excepcional deixaria os consumidores desprotegidos e causaria aumento nos preços das mensalidades. Ela argumenta que a forma como o reajuste é concedido atualmente, obedecendo a um teto, ajuda a conter a elevação exorbitante de preços. “Os planos coletivos, ao contrário (dos individuais), não têm o reajuste definido dessa forma e apresentam, historicamente, reajustes anuais superiores, em comparação aos individuais”, exemplifica.

Valores defasados

No primeiro semestre deste ano, o setor teve um lucro líquido de R\$ 5,6 bilhões, segundo os dados informados pelas operadoras à ANS, um aumento de 180% ante os R\$ 2 bilhões registrados no mesmo período de 2023. Apesar disso, as empresas argumentam que têm operado em desvantagem no que diz respeito aos valores cobrados nos contratos individuais.

“Não fazer nada acaba prejudicando o consumidor, porque o plano é insustentável e não vai estar aqui amanhã. A gente começa o ano já sabendo que essas carteiras estão desequilibradas e vão gerar um prejuízo de milhões de reais ou bilhões. Onde vamos conseguir recursos para equilibrar isso?”, questiona Marcos Novais, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). “Não

estou falando de aumentar a rentabilidade, de lucro. Estou falando de equilibrar a conta.”

Segundo Novais, os gastos das operadoras para manter os planos individuais dispararam com o surgimento de novas tecnologias, medicamentos e a disseminação de novos tipos de tratamento. Isso, diz ele, não foi acompanhado por uma atualização nos preços, cujos reajustes são limitados pela ANS. Ele afirma que o cenário acabou gerando uma bola de neve, fazendo com que as empresas perdessem o interesse em ofertar esse tipo de produto.

“Depois de 2010, entram medicamentos de R\$ 100 mil, R\$ 200 mil, entram todos os procedimentos robóticos, todas as cirurgias minimamente invasivas. A gente colocou isso tudo dentro de contratos que foram precificados nos anos 2000”, diz.

Em nota enviada à reportagem, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que também representa o setor, argumenta que outras áreas já têm revisão técnica, como o setor de energia elétrica, com o objetivo de proteger o consumidor e dar sustentabilidade aos serviços.

“A revisão é importante, sobretudo, para evitar que eventuais desequilíbrios econômico-financeiros de determinadas carteiras de planos individuais e familiares inviabilizem a continuidade dos serviços de saúde aos beneficiários”, sustenta a entidade.

Em entrevista ao Estadão, o presidente da ANS, Paulo Rebello, defendeu a possibilidade de revisão técnica e disse que a agência vai buscar alternativas para proteger os consumidores e minimizar o impacto de eventuais aumentos. Segundo ele, uma das possibilidades é diluir o reajuste ao longo de cinco anos. “Não fará a aplicação daquele reajuste de forma imediata. Vai ser um reajuste diluído para que o beneficiário não sinta tanto”, afirmou.

ANS ABRE TOMADA PÚBLICA SOBRE CARTÕES DE DESCONTO, OS PLANOS AMBULATORIAIS, ATÉ 31/10

Istoé – 18/10/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deu início a Tomada Pública de Subsídios (TPS) 5 em seu site, convidando o público a enviar propostas sobre a reformulação das regras dos planos ambulatoriais, chamados popularmente de cartões de desconto, até o dia 31 de outubro.

De acordo com a ANS, o propósito da tomada pública é fomentar a participação da sociedade na revisão e aprimoramento das normas vigentes, aproveitando o momento para estudar a existência dos planos exclusivamente ambulatoriais, que atualmente não são regulados pela ANS, para entender as causas e explorar alternativas que ampliem a oferta de produtos e serviços de saúde à população.

A iniciativa foi proposta e aprovada na 612ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 27 de setembro.

Segundo o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, hoje há cerca de 60 milhões de pessoas usando cartões de desconto. “São produtos baratos, sem qualquer tipo de regulação e fiscalização, mas que possibilitam a realização de consultas e exames”, diz.

Para Rebello, esta é a forma como essas pessoas encontraram de ter acesso aos serviços de saúde. Com isso, o diretor-presidente defende que a proposta de rever as regras dos planos exclusivamente ambulatoriais é dar a esses consumidores a possibilidade de ter planos de saúde com preços mais baixos, com regras claras e com coberturas garantidas.

Conhecidos como planos ambulatoriais, eles são oferecidos no mercado, embora em número limitado, e permitem aos usuários acesso a exames, consultas e uma variedade de terapias, incluindo tratamentos para condições como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), além de prever até 12

horas de atendimento hospitalar em situações de urgência e emergência.

O debate sobre as regras para venda de planos exclusivamente ambulatoriais foram incluídas no debate do "combo preço", que envolve a revisão técnica do reajuste da política de preços e reajustes dos planos de saúde privados,

que entrou em audiência pública pela ANS no último dia 7 de outubro.

Com a tomada pública 5, a população poderá enviar sugestões de propostas alternativas para planos exclusivamente ambulatoriais. Para participar, os interessados devem acessar os documentos disponíveis, preencher o formulário e enviá-lo através do portal da ANS.

ANS ABRE CONSULTA PARA REFORMULAR POLÍTICA DE PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Correio Braziliense – 17/10/2024

Agência Nacional de Saúde Suplementar lançou consulta pública para receber sugestões sobre reajustes e regras dos planos de saúde. As propostas podem ser enviadas até o fim de outubro.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou nesta quarta-feira (16/10) uma nova Tomada Pública de Subsídios (TPS 4) em seu portal. O objetivo da consulta é coletar sugestões da sociedade para a reformulação da política de preços e reajustes dos planos de saúde privados. Os interessados podem enviar suas contribuições até 31 de outubro.

A iniciativa visa promover o aprimoramento de normas em quatro áreas fundamentais: reajustes coletivos, fator moderador financeiro (como coparticipação e franquia), venda on-line de planos e revisão técnica. Segundo o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, todas as contribuições recebidas serão analisadas junto com estudos técnicos em andamento, para a elaboração de uma minuta normativa que, posteriormente, será submetida a consulta pública.

Entre os principais impactos esperados estão sustentabilidade do setor, criação de regras mais claras, ampliação da concorrência e melhora na qualidade dos

serviços prestados. Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, acredita que essas mudanças contribuirão para um ambiente mais equilibrado e eficiente no sistema de saúde suplementar, aumentando a confiança dos consumidores.

A TPS 4 será dividida em seções que abordam os temas de forma detalhada. No que diz respeito aos reajustes dos planos coletivos, serão discutidos o tamanho adequado do agrupamento de contratos e diretrizes para cláusulas de reajuste. Em relação ao fator moderador financeiro, a consulta irá tratar dos limites para coparticipação e franquia, além de procedimentos que poderiam ser isentos dessas cobranças.

Sobre a venda on-line, a ANS busca debater a obrigatoriedade dessa modalidade. Para a revisão técnica, serão levantados os critérios para justificar a necessidade de ajustes nos planos, além de indicadores que mostrem possíveis desequilíbrios econômicos.

Toda a documentação relacionada à Tomada Pública de Subsídios estará disponível no [site da ANS](#) durante o período de consulta, no menu de "Participação Social".

ANS APROVA NOVAS TERAPIAS PARA CÂNCER DE PRÓSTATA E OUTRAS DOENÇAS

Correio do Estado – 16/10/2024

Cobertura na saúde suplementar será obrigatória a partir do dia 22.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião da diretoria colegiada, a inclusão de dois medicamentos e uma terapia imunobiológica para mulheres, procedimentos que passam a fazer parte do rol dos planos de saúde para tratamentos de câncer de próstata, osteoporose na pós-menopausa e citomegalovírus. As tecnologias passam a ter cobertura obrigatória na saúde suplementar, a partir do dia 22 deste mês.

Na reunião de segunda-feira (14), foi incluído o Ganciclovir, medicamento para tratar infecções causadas por citomegalovírus (CMV) em indivíduos imunossuprimidos pelo

vírus da imunodeficiência humana (HIV), por meio da atualização da diretriz de utilização do procedimento.

O segundo medicamento foi a Abiraterona, para tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração, por meio da atualização do procedimento da terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer.

Além disso, os planos de saúde deverão cobrir o Romosozumabe, terapia imunobiológica para mulheres com osteoporose na pós-menopausa e que falharam ao tratamento medicamentoso e tiveram duas ou mais fraturas. Essa tecnologia já constava no rol de procedimentos e teve a cobertura ampliada, por meio da retirada da faixa etária para a qual estava anteriormente indicada.

SAÚDE SUPLEMENTAR BUSCA RECUPERAÇÃO APÓS TRÊS ANOS DE PREJUÍZO

Estadão – 16/10/2024

Fraudes, judicialização, inflação médica e mudanças na regulamentação contribuíram para que as despesas superassem as receitas nos últimos balanços.

Após três anos seguidos de prejuízo operacional, num acumulado de R\$ 17,5 bilhões negativos, o setor de planos de saúde vem registrando resultado positivo em 2024 e trabalha com uma perspectiva de retomada moderada da estabilidade. Ainda assim, segundo dados públicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atualmente 277 operadoras continuam com resultado negativo.

O último ano fechado de balanço positivo foi em 2020, quando as receitas superaram as despesas em 8,2%, resultado explicado em boa parte pela pandemia e pelo decorrente distanciamento social. Já no ano seguinte, o setor amargou déficit de 0,4%, seguido por perdas de 4,1% em 2022 e 2% em 2023. “Este ano os resultados ainda estão difíceis para grande parte do setor, com perspectiva de melhora a partir de 2025”, indica Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Para o presidente da entidade que agrega 138 operadoras de saúde suplementar que somadas representam 34,7% dos beneficiários de planos médicos no País, o setor está no limite. Além de todas as turbulências decorrentes da pandemia, outras dinâmicas influenciaram nos resultados do setor de saúde suplementar. Uma delas foi o crescimento exponencial das fraudes contra planos de saúde. Em 2023, o setor registrou recorde de despesas médicas com reembolsos para beneficiários totalizando R\$ 11,9 bilhões, quase o dobro do registrado em 2019 quando alcançou R\$ 6 bilhões. Levantamento realizado pela Abramge indica que o aumento progressivo está intimamente ligado a fraudes.

Outro ponto relevante foi a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabelecendo que em algumas situações as operadoras estão sujeitas a cobrir tratamentos e terapias não previstos no rol da ANS, o que foi precedido pela aprovação da Lei 14.454. Outra situação que justifica o aumento exponencial dos custos é a ausência total de protocolos e o consequente crescimento vertiginoso das terapias dos Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD), grupo que inclui o Transtorno de Espectro Autista (TEA).

“Um fato alarmante foi apontado recentemente pela pesquisa divulgada pela consultoria Funcional, que contou com uma base de dados com cerca de 1 milhão de beneficiários de planos de saúde. Nela consta que o custo da primeira faixa etária, de 0 a 18 anos, subiu 43% em 2022 e outros 16% em 2023. A variação é entre três a quatro vezes superior à encontrada na última faixa etária de 59 anos ou mais”, descreve Ribeiro.

Todos por todos

As despesas do setor são ampliadas por problemas estruturais, como as fraudes e o desperdício provocado pelo uso desnecessário ou abusivo dos recursos. Outro levantamento, desta vez realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), estima que esses fatores sejam responsáveis, juntos, por 13% das despesas totais dos planos de saúde no País, o que equivale a R\$ 34 bilhões anuais.

A judicialização dos contratos – processos que frequentemente envolvem medicamentos de alto custo – é outra fonte de ampliação das despesas. Em 2023, os gastos com judicialização alcançaram R\$ 5,5 bilhões, mais que o dobro do registrado apenas dois anos antes. “Nem toda judicialização é inadequada, mas é preciso que se tornem mais qualificadas”, diz Arnaldo Hossepian Jr., procurador de Justiça aposentado do Ministério Público de São Paulo, responsável por supervisionar o Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por quatro anos. Para combater os danos provocados pela excessiva judicialização, o CNJ criou os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus).

Outra fonte permanente de pressão sobre os custos dos planos de saúde é a inflação médica, que sobe em ritmo superior ao da inflação geral devido à utilização crescente dos recursos médicos e dos investimentos em novas tecnologias, medicamentos e tratamentos. “É um sistema baseado em mutualismo, princípio em que as pessoas pagam quando não estão precisando para ter o direito de usar quando precisam. Considerando-se que os custos influenciam diretamente nos valores dos contratos, ocorrências como fraudes e judicialização resultam em uma conta que acaba sendo dividida entre todos”, lembra Gustavo Ribeiro.

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.