

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

06 de novembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga dados de beneficiários referentes a setembro de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Exemplo do Chile é alerta para saúde privada não colapsar no Brasil, diz presidente da Abramge](#) – Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde no Brasil atingem recorde de beneficiários](#) – Fonte: Medicina S.A

[MPF recomenda à ANS providências para proteger consumidor de práticas abusivas cometidas por planos de saúde](#) – Fonte: Tudo Rondônia

[Planos de saúde aplicaram reajustes acima de 800% em dez anos](#) – Fonte: Veja

[ANS divulga resultados preliminares do IDSS](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Operadoras de planos de saúde recorrem à justiça e IA para combater fraudes](#) – Fonte: InfoMoney

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A SETEMBRO DE 2024

(GOV) ANS – 05/11/2024

Planos de assistência médica registraram 51,5 milhões de usuários e planos exclusivamente odontológicos chegaram a 34 milhões de beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de publicar em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a setembro de 2024. No período, o setor registrou 51.452.279 de usuários em assistência médica e 34.078.511 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na [Sala de Situação](#).

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 794.932 beneficiários em relação a setembro de 2023. Já no comparativo de setembro deste ano com agosto de 2024, houve um aumento de 124.437 usuários. No caso dos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.445.049 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 370.824 usuários na comparação de setembro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com setembro de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Ceará os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 24 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
set/24	36.726.001	5.900.743	227	8.763.248	62.060	51.452.279
ago/24	36.585.589	5.907.166	227	8.771.990	62.870	51.327.842
jul/24	36.449.139	5.939.299	228	8.784.447	63.871	51.236.984
jun/24	36.267.496	5.955.896	228	8.791.473	64.028	51.079.121
mai/24	36.080.632	6.088.992	228	8.777.567	64.138	51.011.557

abr/24	35.958.273	6.098.576	228	8.754.979	63.185	50.875.241
mar/24	35.931.605	6.112.042	228	8.749.983	38.410	50.832.268
fev/24	35.808.092	6.140.183	228	8.746.370	38.575	50.733.448
jan/24	35.703.502	6.141.973	228	8.774.446	38.755	50.658.904
dez/23	35.800.572	6.185.085	228	8.782.177	38.888	50.806.950
nov/23	35.696.987	6.155.775	228	8.776.767	39.035	50.668.792
out/23	35.655.423	6.167.546	228	8.797.956	39.164	50.660.317
set/23	35.617.369	6.190.814	229	8.809.644	39.291	50.657.347

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
set/24	24.263.485	2.955.415	1.278	6.855.197	3.136	34.078.511
ago/24	23.910.489	2.940.091	1.278	6.852.692	3.137	33.707.687
jul/24	23.751.590	2.932.718	1.278	6.870.098	3.142	33.558.826
jun/24	23.629.037	2.932.926	1.279	6.819.811	3.147	33.386.200
mai/24	23.537.982	3.027.657	1.279	6.620.274	3.161	33.190.353



abr/24	23.430.605	3.043.432	1.279	6.388.147	3.162	32.866.625
mar/24	23.298.497	3.030.705	1.279	6.219.489	3.190	32.553.160
fev/24	23.444.283	3.019.697	1.279	6.145.456	3.194	32.613.909
jan/24	23.330.736	3.025.837	1.285	6.073.269	3.196	32.434.323
dez/23	23.423.249	3.015.165	1.285	5.957.560	3.199	32.400.458
nov/23	23.208.360	3.018.447	1.286	5.922.799	3.209	32.154.101
out/23	23.138.622	3.016.192	1.286	5.719.962	3.215	31.879.277
set/23	22.995.062	2.997.860	1.314	5.635.999	3.227	31.633.462

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	set/23	set/24	set/23	set/24
Acre	43.278	44.887	18.597	21.962
Alagoas	388.066	384.539	481.876	443.018
Amapá	61.877	63.654	47.883	47.775
Amazonas	582.667	620.444	550.872	581.096
Bahia	1.701.704	1.715.293	1.793.496	1.930.667



Ceará	1.374.632	1.441.997	1.222.543	1.385.619
Distrito Federal	936.864	974.928	668.722	694.935
Espirito Santo	1.267.273	1.326.977	696.720	834.611
Goiás	1.331.699	1.380.473	872.621	960.180
Maranhão	516.225	526.998	314.293	372.002
Mato Grosso	672.124	681.932	265.541	302.766
Mato Grosso do Sul	663.989	677.988	452.973	348.908

Minas Gerais	5.655.378	5.763.081	2.726.807	2.996.779
Pará	875.256	905.592	525.964	565.051
Paraíba	455.391	468.266	496.800	555.474
Paraná	3.092.092	3.134.086	1.654.976	1.897.282
Pernambuco	1.414.153	1.430.308	1.254.670	1.351.359
Piauí	397.279	415.263	179.572	236.575
Rio de Janeiro	5.665.878	5.632.742	3.599.689	3.844.467



Rio Grande do Norte	609.399	622.419	522.008	577.547
Rio Grande do Sul	2.599.548	2.629.542	994.098	1.085.582
Rondônia	153.850	162.710	116.127	130.498
Roraima	31.830	30.828	11.763	12.313
Santa Catarina	1.660.847	1.696.292	850.448	934.020
São Paulo	17.997.744	18.201.075	10.948.151	11.567.070
Sergipe	329.923	339.183	234.480	262.075
Tocantins	122.959	125.942	124.743	132.603

EXEMPLO DO CHILE É ALERTA PARA SAÚDE PRIVADA NÃO COLAPSAR NO BRASIL, DIZ PRESIDENTE DA ABRAMGE

Valor Econômico – 05/11/2024

Gustavo Ribeiro antecipa debates do 28º Congresso da Associação Brasileira de Planos de Saúde, como danos causados por judicialização e pelas perdas bilionárias em fraudes, que colocam a sustentabilidade do setor em risco.

Das 670 operadoras de planos médico-hospitalares com beneficiários registradas em setembro de 2024, 277, ou 43,15%, apresentam resultado negativo. Nos últimos três anos, o setor como um todo registrou prejuízo: foram R\$ 920 milhões negativos em 2021, R\$ 10,65 bilhões em 2022 e R\$ 5,94 bilhões em 2023, totalizando R\$ 17,51 bilhões no período.

Os números indicam que o setor de saúde suplementar do Brasil está correndo um enorme risco. “Quando fazemos alertas sobre os fatores que pressionam as empresas, parece que os reguladores e legisladores não conseguem vislumbrar que existe um risco real de o setor colapsar. Mas, como mostra o exemplo do Chile, é possível, sim, que as empresas quebrem de forma definitiva. E a saúde privada se aproxima perigosamente do modelo malsucedido do Chile”, alerta Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). “Mas há soluções, e o caminho é um diálogo propositivo com base em evidências”, diz.

Diferentes fatores pressionam as organizações que atuam na área. Por exemplo: apesar de, em 2023, o setor receber apenas uma reclamação a cada 13.568 procedimentos realizados, a judicialização indevida se tornou um grave fator de pressão. A esse problema se somam as fraudes, a falta de integração entre os sistemas públicos e privados e a ausência de uma agência única de incorporação de tecnologias de saúde.

Como o Congresso Abramge vai refletir a respeito dos desafios que se apresentam sobre o setor?

Gustavo Ribeiro: O intuito é trazer ideias, saídas e soluções para um estagnamento que abate o setor. A realidade é que não conseguimos gerar acesso a mais de um quarto da população brasileira. Existe uma série de fatores que nos impedem de romper essa marca. A proposta, no evento, é trazer a expertise de outros modelos e sistemas, bem e malsucedidos, e debater as lições que podemos aprender com eles. Além de mostrar que o setor está, sim, disposto a um diálogo com os diversos outros agentes da sociedade, mas em uma discussão pautada por evidências e na visão de futuro. Por isso traremos líderes nacionais e internacionais



que conhecem o setor, não só do Brasil como de outros países.

Qual é o exemplo que poderia inspirar o setor e, em especial, os legisladores e reguladores?

Ribeiro: O do Reino Unido. O serviço público inglês, o NHS, tem como marca a busca incessante por sustentabilidade. Para acessar o sistema, o cidadão passa por um médico de família, dali para uma clínica, e, apenas se for o caso, vai para o hospital. Essa disciplina de acesso ajuda a manter o equilíbrio do custo e a segurança clínica do paciente. Outro ponto é que não se vê por lá a situação de insegurança regulatória experimentada no Brasil, onde uma lei de 2022 tornou o rol de medicamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apenas um detalhe. Então, não existe judicialização do sistema, assim como em nenhum outro país o setor é obrigado, por judicialização indevida, a fornecer medicamentos em fase experimental, não aprovados pelas agências regulatórias. Esse é um dos raros setores em que o avanço da tecnologia torna a prestação de serviços mais cara, e os reguladores britânicos ainda assim garantem a sustentabilidade e a previsibilidade.

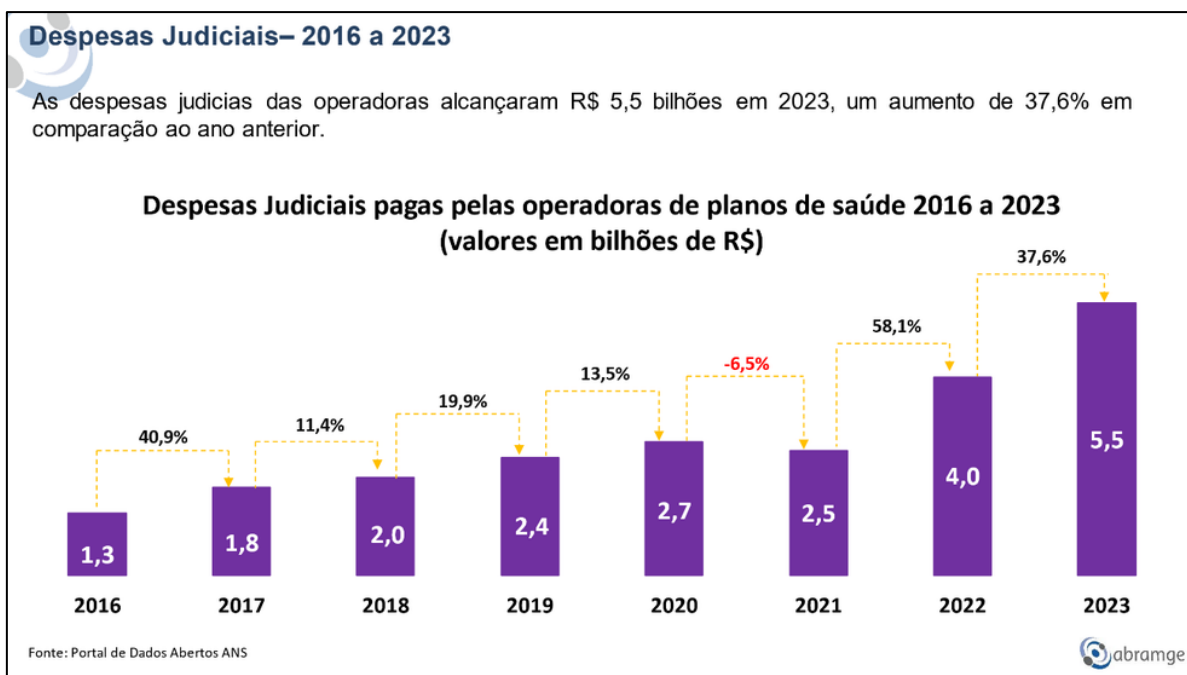
Por outro lado, qual é o caso recente que não deveria ser seguido?

Ribeiro: O modelo de prestação em serviços de saúde do Chile era muito parecido com o brasileiro, até que uma

legislação aumentou as responsabilidades das empresas privadas, sem foco na sustentabilidade financeira. O país chegou a um ponto em que as responsabilidades do sistema público migraram para o privado, que colapsou. Simplesmente não havia orçamento para atender a todos. Com a quebra das empresas, naturalmente o sistema público foi pressionado a ponto de também colapsar. O Chile então precisou voltar atrás. Agora o sistema está se reestruturando.

Como a judicialização indevida e as fraudes pressionam o setor no Brasil?

Ribeiro: O sistema de saúde suplementar gerencia o dinheiro investido por seus clientes. Quando uma ação judicial exige a compra de um medicamento de, por exemplo, R\$ 20 milhões de reais, ela compromete o atendimento a muitas pessoas. E ainda provoca risco à saúde, já que muitas vezes esses produtos sequer foram aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). É um cenário que provoca falta de segurança jurídica, já que a obrigação do setor é cobrir o que está na lei, na regulação e no contrato, sem colocar em perigo a saúde dos pacientes. Por sua vez, as fraudes provocam uma série de perdas financeiras, com clínicas que declaram tratamentos que não ofertaram. A cada ano, mais de R\$ 30 bilhões são perdidos pelo setor em decorrência de fraudes, o que ajuda a explicar os resultados financeiros negativos.



De que forma incorporar as novas tecnologias oferecendo, de forma financeiramente sustentável, as soluções em saúde que vêm surgindo?

Ribeiro: Com uma maior integração entre os setores público e privado, como já acontece no Reino Unido. E com a criação de uma agência única de incorporação de tecnologia de saúde. Hoje existe a Comissão Nacional de Incorporação de

Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que faz a adoção de tecnologia para o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, com a lei de 2022, essa agência também perdeu relevância, enquanto o sistema privado é pressionado a incorporar novas soluções. Precisamos encurtar esses espaços. A agência única poderia permitir que as novas tecnologias fossem incorporadas de forma segura e que beneficiassem a todos, garantindo a sustentabilidade do



sistema. Todos esses temas serão debatidos em profundidade no 28º Congresso Abramge.

Serviço:

28º Congresso Abramge

Data: 21 e 22 de novembro

Horário: Na quinta (21) das 8h às 17h30 e na sexta (22) das 9h às 13h30

Local: Pavilhão da Bienal – Parque do Ibirapuera – Av. Pedro Álvares Cabral, s/n (acesso pelo portão 3)

PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ATINGEM RECORDE DE BENEFICIÁRIOS

Medicina SA – 04/11/2024

As adesões a planos médico-hospitalares seguem em ritmo de crescimento contínuo, especialmente nos últimos quatro anos. Em agosto de 2024 atingiram 51,4 milhões de vínculos no País, novo recorde histórico para o setor, puxado principalmente, pelo tipo coletivo empresarial, que soma a maior parte dos contratos 36,7 milhões. As informações são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 98, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O crescimento se deve à expansão dos planos coletivos empresariais, que agora têm 36,7 milhões de beneficiários e representam 71% do mercado de saúde suplementar.

O estudo mostra que esse tipo de contratação, ofertada por empresas a seus colaboradores, cresceu 3,4% apenas nos últimos 12 meses encerrados em agosto deste ano, resultando em acréscimo de 1,2 milhão de vínculos – via de regra, esses planos estão interligados a criação de empregos formais. De acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), o estoque de oportunidades passou de 45,5 milhões para 47,2 milhões, no mesmo período, alta de 3,9% com 1,8 milhão de novos postos de trabalho.

Vale frisar que, os setores de serviços, comércio e indústria, historicamente, são os que mais ofertam planos de saúde aos seus colaboradores. Eles são, inclusive, os que apresentaram maior saldo de empregos entre agosto do ano passado e o

mesmo mês desse ano: 1 milhão, 340,7 mil e 280,5 mil, respectivamente, seguido da construção (147,5 mil) e agropecuária (11,6 mil).

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o volume acumulado de empregos formais tem melhorado em vários setores, fato que justifica o aumento de adesões a planos médico-hospitalares. “Os planos coletivos empresariais, em especial, respondem por 71% dos beneficiários, ou seja, tem um peso muito grande, que influencia bastante no total geral de vínculos. Portanto, enquanto a economia estiver reagindo com saldo positivo de empregos formais, a tendência será de crescimento para esse tipo de plano e do setor como um todo”, observou.

Variação de beneficiários

As adesões a planos de saúde médico-hospitalares sofreram variações ao longo dos anos. Em dezembro de 2014, por exemplo, atingiram o seu ápice com 50,5 milhões de beneficiários. Nos anos seguintes, até o final 2017, sofreram uma queda aproximada de cerca de 3 milhões de vínculos. No entanto, após o impacto inicial da pandemia de Covid-19, entre março e junho de 2020, o número começou a crescer de forma acelerada e continuou expandindo até atingir o patamar atual (51,4 milhões), superior a marca de 2014.

Veja a íntegra da Análise Especial da NAB 98 [aqui](#).

MPF RECOMENDA À ANS PROVIDÊNCIAS PARA PROTEGER CONSUMIDOR DE PRÁTICAS ABUSIVAS COMETIDAS POR PLANOS DE SAÚDE

Tudo Rondônia – 04/11/2024

Autorquia deverá propor soluções para falhas regulatórias que têm resultado em ônus excessivo aos contratantes.

O Ministério Público Federal (MPF) enviou recomendação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cobrando providências da autarquia para o cumprimento mais eficaz da sua função de regulamentar o setor de planos de saúde no país. O documento, elaborado pelo Grupo de Trabalho (GT) Planos de Saúde, vinculado à Câmara de Consumidor e Ordem Econômica do MPF (3CCR), aponta que a regulação da ANS tem se mostrado insuficiente para garantir o equilíbrio econômico entre consumidores e operadoras de planos de saúde. De acordo com o MPF, isso tem se refletido em reajustes abusivos e outras práticas irregulares por parte das empresas, colocando o consumidor em posição de vulnerabilidade.

Um dos principais problemas apontados é a diferenciação entre as regras para reajustes dos planos de saúde individuais e coletivos. A atual regulamentação da ANS confere maior liberdade às operadoras na fixação dos reajustes dos planos coletivos, o que não ocorre com os planos individuais, cujos índices de reajuste são fixados anualmente pela agência. A avaliação do MPF é que esse excesso de liberdade resulta na aplicação de percentuais de reajuste indiscriminados nos planos coletivos, onerando excessivamente o consumidor.

Tal diferenciação tem favorecido, ainda, a ocorrência de estratégias lesivas praticadas por algumas operadoras com o intuito de burlar a regulamentação. A principal delas é conhecida como “falsos coletivos” e ocorre quando operadoras de planos de saúde atuam para dissimular contratos individuais como se fossem coletivos, mesmo não



havendo nenhum vínculo representativo entre os contratantes. Com isso, as empresas se beneficiam da brecha regulatória que permite reajustes abusivos nos contratos coletivos, em evidente prejuízo ao consumidor.

Outra consequência direta dessa falha regulatória, aponta o MPF, é a escassez na oferta de planos individuais ou familiares, o que dificulta o acesso ao sistema de saúde complementar aos indivíduos que não se qualificam para os planos coletivos, por meio de empregadores ou grupos específicos.

Desse modo, os consumidores dos planos individuais e familiares acabam sendo direcionados para o mercado dos planos coletivos, em uma manobra de mercado das empresas que os coloca em posição de extrema vulnerabilidade negocial.

Na recomendação, o MPF aponta ainda outros problemas causados por falhas na fiscalização promovida pela ANS, como a falta de transparência das operadoras de planos de saúde quanto às cláusulas contratuais, coberturas oferecidas e índices de reajuste aplicados aos contratos. Outra preocupação é com a falta de cumprimento, por parte das operadoras, da obrigação de ofertarem alternativas de portabilidade em casos de cancelamentos unilaterais promovidos por elas.

Pedidos – Diante da situação, o MPF recomendou à ANS uma série de providências para garantir o equilíbrio entre a proteção do consumidor e a sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde, bem como dar efetividade à sua atuação regulatória e fiscalizatória. Entre elas, requer que a autarquia apresente proposta regulatória que discipline, viabilize e fomente a comercialização de planos individuais de saúde de forma a não inviabilizar o acesso individual ou familiar dos consumidores ao mercado de saúde suplementar.

Também pede que a ANS estabeleça um parâmetro de razoabilidade para os reajustes aplicáveis aos preços dos planos coletivos de saúde. Além disso, deve atuar para garantir o cumprimento da norma que determina que as cláusulas contratuais relativas à contratação de planos de saúde devam observar o dever de informação clara e pública, com linguagem simples e de fácil compreensão. O objetivo é que todas as pessoas possam entender com facilidade a extensão das coberturas e as formas de reajuste do preço dos serviços oferecidos pelas operadoras.

O MPF requer, ainda, que a agência apresente proposta regulatória que obrigue as operadoras de saúde de plano coletivo a oferecerem plano individual equivalente aos beneficiários participantes do contrato coletivo, na hipótese de seu cancelamento. A ANS tem 30 dias para se manifestar sobre a recomendação.

PLANOS DE SAÚDE APLICARAM REAJUSTES ACIMA DE 800% EM DEZ ANOS

Veja – 01/11/2024

Índices reajustados pela ANS ficaram em 154% no período; consumidor pode ir à Justiça por valores retroativos.

Nos últimos dez anos, usuários de planos de saúde coletivos foram impactados por um reajuste acumulado de até 814,93% em seus contratos, enquanto as correções aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aos planos individuais e familiares acumularam alta de 154,83% no mesmo período. O levantamento inédito é do escritório Vilhena Silva Advogados, especializado em direito à saúde, que aponta essa disparidade como o principal motivo para o consumidor recorrer à Justiça.

A análise compara em uma série histórica – de 2014 a 2024

– os índices autorizados pela agência reguladora e os reajustes aplicados para planos coletivos e PMEs (com até 29 vidas) pelas três principais operadoras de saúde do Brasil – Bradesco, Sul América e Amil.

Os contratos coletivos, que representam mais de 80% dos planos de saúde comercializados hoje no mercado, são os que apresentam o reajuste mais crítico para o consumidor. No caso dos contratos PMEs, a Amil registrou 520,24% de reajuste acumulado, a Bradesco, 474,33%, e a Sul América, 474,58%. Em contraste, os planos coletivos tiveram reajustes de 814,93% para a Amil, 753,74% para a Bradesco e 695,26% para a Sul América.

ANS DIVULGA RESULTADOS PRELIMINARES DO IDSS

(GOV) ANS – 30/10/2024

Operadoras tem até 15/11 para enviar questionamentos sobre o ano-base 2023.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que foram disponibilizados, nesta quarta-feira, (30/10), os resultados preliminares do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, o IDSS- ano-base 2023. As operadoras poderão enviar questionamentos de 31/10/2024 a 15/11/2024. No próprio sistema para envio de questionamentos, a ANS publicou, também, um documento

de perguntas e respostas frequentes (FAQ) para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Para o ano-base 2023, alguns indicadores foram alterados. O Programa de Operadora Acreditada e o indicador 1.11 - Participação em Programas de Melhoria da Qualidade pelo Plano de Saúde tiveram alteração na pontuação bônus. O indicador 1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos sofreu alteração nas metas e na pontuação. Já o indicador 3.6 - Reajuste dos planos coletivos, que nos anos anteriores tinha peso zero, passou a ter peso 1. A ANS

também fez a inclusão de dois novos indicadores: 2.9 - Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodônticos Concluído (peso zero) e 2.10 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada (bônus). Para consultar as fichas técnicas dos indicadores do ano-base 2023 [clique aqui](#).

Outro material de apoio que está sendo disponibilizado é o Relatório de Batimento TISS x DIOPS - IDSS, ano-base 2023, para que as operadoras possam avaliar a completude de seus dados do Padrão TISS, incorporados à base de dados da ANS, em relação aos dados de despesas assistenciais informados no DIOPS. A ANS já disponibiliza esse relatório rotineiramente em periodicidade mensal e, agora, complementa com a edição anual, produzida a partir da base

de dados utilizada para o cálculo dos indicadores do IDSS (todos os dados recebidos e incorporados até o dia 30/04/2024, relativos ao ano-base em avaliação - 2023). O Relatório de Batimento TISS x DIOPS - IDSS ano-base 2023 está disponível [aqui](#).

[Acesse aqui os resultados preliminares do IDSS, ano-base 2023](#), tire suas dúvidas pelo FAQ e, se for o caso, envie os seus questionamentos.

Confira as orientações abaixo:

1. Para questionar um indicador, é necessário expandir a visão clicando em “Ver mais informações”, conforme imagem abaixo:

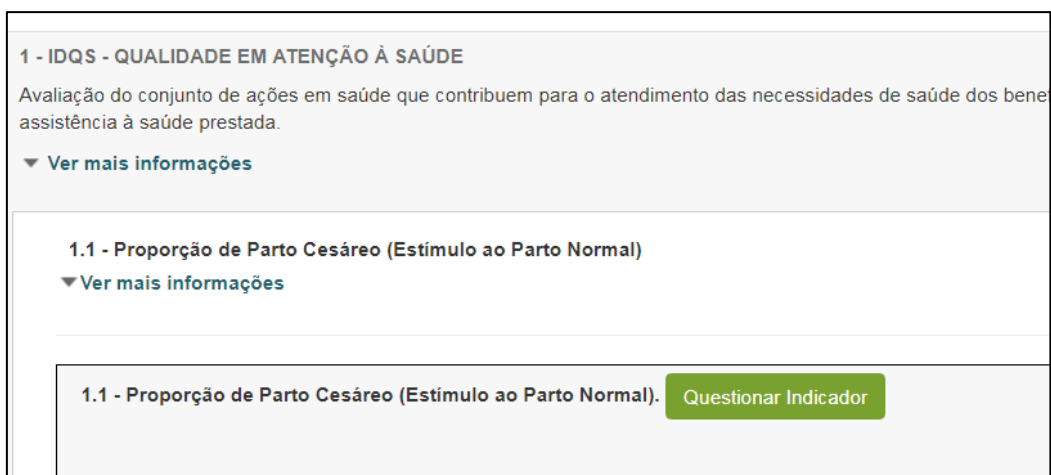


Imagem mostra inicial de desempenho

2. Ao final desta tela será possível acessar o arquivo com respostas às perguntas mais frequentes. Caso ainda deseje questionar, clicar em “Questionar

indicador”, e em “Formulário para questionamento deste indicador”, conforme a ilustração abaixo:

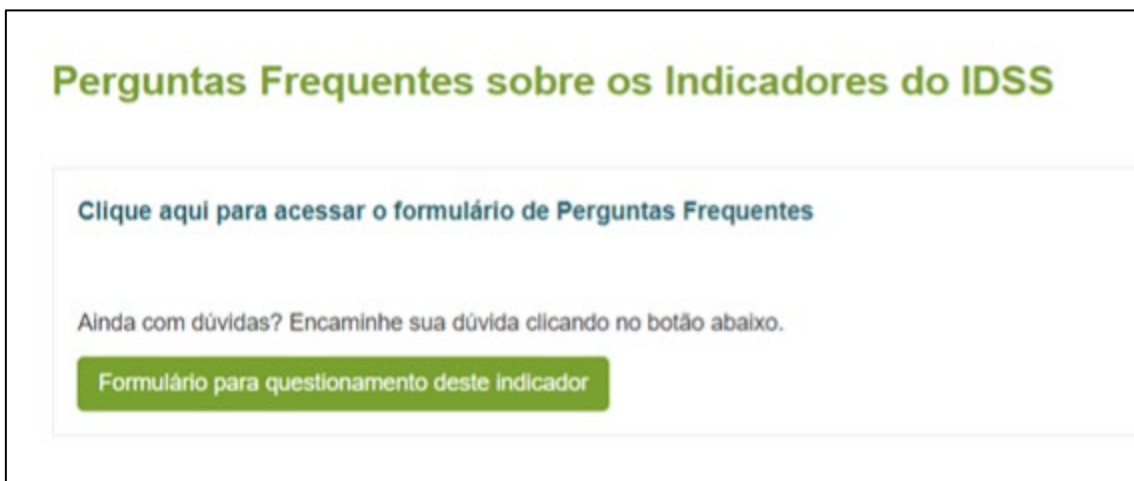


Imagem mostra como acessar o formulário para questionamentos

3. Para realizar o questionamento, deverão ser preenchidas as informações indicadas abaixo:

Proporção de Parto Cesáreo (Estímulo ao Parto Normal)

Nome do demandante (obrigatório, máximo de 150 caracteres)

CPF do demandante (obrigatório, com 11 caracteres, inclusive com 0 a esquerda)

Função do demandante na operadora (obrigatório, máximo de 150 caracteres)

E-mail para retorno (obrigatório, e-mail válido, máximo de 150 caracteres)

Confirmar e-mail para retorno (obrigatório, igual ao e-mail anterior, e-mail válido, máximo de 150 caracteres)

Questionamento específico para o indicador (campo com 4000 caracteres) (obrigatório)

Anexo (opcional, obrigatoriamente um arquivo PDF)

Anexar arquivo PDF (Tamanho máximo: 15MB)

Enviar Voltar

Imagem mostra campos de preenchimento do formulário

- Após o envio do questionamento, o demandante receberá um e-mail com o protocolo para acompanhamento da demanda.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE RECORREM À JUSTIÇA E IA PARA COMBATER FRAUDES

InfoMoney – 30/10/2024

Fraudes e desperdícios causaram perdas de mais de R\$ 30 bilhões às operadoras em um ano.

As fraudes contra os planos de saúde geram perdas bilionárias para as operadoras. A estimativa do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), a partir de pesquisa realizada pela consultoria EY (Ernst & Young), é de que as fraudes e os desperdícios causaram perdas estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões às operadoras de planos de saúde ao longo de 2022, último dado disponível.

“A estimativa é que as fraudes consomem entre 11,7% a 12% de todos os recursos gastos, o que é realmente assustador. Todos nós estamos pagando por isso, inclusive o próprio fraudador”, alerta Cássio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

Ele destaca que os prejuízos pelas fraudes vão além da questão financeira, com o aumento da sinistralidade e, conseqüentemente, das mensalidades.

“Esses recursos poderiam ser usados para implementar uma tecnologia melhor, programas melhores de assistência à saúde, entre outros”, reforça Alves.

“Infelizmente, a fraude ocorre em todas as etapas da cadeia de atendimento ao beneficiário. Quando não identificada e

não combatida no dia a dia de uma operadora de saúde, acaba por penalizar a matriz de custo da empresa, com conseqüente encarecimento do sistema de saúde suplementar. O combate às fraudes também é benéfico para os próprios beneficiários do mercado que usufruem de um serviço mais sustentável e eficiente”, diz Sandro Silva, diretor de operações da Leve Saúde.

Inteligência artificial

Este cenário tem levado as operadoras a criarem uma verdadeira ofensiva contra os fraudadores, que vai além do uso de tecnologia, com uso de Inteligência Artificial e Data Science, até recursos à Justiça.

Recentemente, a Seguros Unimed obteve decisões judiciais favoráveis contra práticas fraudulentas, evitando um prejuízo total de R\$ 4 milhões.

Um dos processos era contra uma clínica que tentava obter reembolso por tratamentos de hemodiálise.

O outro era contra um hospital que solicitava dados pessoais dos segurados para efetuar transações de reembolso. A determinação judicial proibiu essa prática e impôs uma multa em caso de descumprimento, além de reforçar que a

seguradora não aceitará pedidos de reembolso sem o devido comprovante de pagamento.

“Estamos firmes na nossa missão de garantir a segurança financeira e a confiança dos nossos clientes. Continuaremos a agir contra práticas irregulares”, declarou Fabiano Catran, diretor executivo institucional e de cliente da Seguros Unimed.

Só neste ano, a seguradora conseguiu 24 decisões favoráveis na Justiça, que impediram clínicas e estipulantes de solicitar login e senha, emitir reembolsos sem desembolso e abrir demandas junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), resultando em uma economia de R\$ 16,6 milhões, além de 74 notícia-crime distribuídas.

Sandro Silva, da Leve, conta que a operadora possui processos específicos que utilizam a Inteligência Artificial e Data Science para a rápida e efetiva identificação de fraudes. “O uso intensivo da tecnologia nos permite manter um rígido controle dos custos e a oferta de produtos e serviços aos nossos clientes com qualidade e preços competitivos”, diz.

O advogado Ricardo Yamin, doutor em processo civil e especialista em direito da saúde, destaca que a fraude tem

sido uma das principais preocupações das empresas de plano de saúde nos últimos anos.

“Elas ocorrem de diversas formas, por agentes diferentes envolvidos na saúde suplementar. Podem ser cometidas por beneficiários, médicos, clínicas ou hospitais. Identificada a fraude, as empresas de plano de saúde têm adotado postura enérgica em seu combate, com atitudes que vão desde o encerramento de contratos, até a instauração de processos criminais e cíveis para reaver o prejuízo”, alerta.

Ele avalia que o desperdício de recursos faz com que toda a cadeia de atendimento tenha uma qualidade inferior a ideal. “O valor desviado faz com que faltem recursos para a contratação de profissionais, para o investimento em tecnologia e até adquirir equipamentos de saúde adequados para os pacientes.

Também, para tentar evitar mais fraudes, em toda a rede credenciada começa-se a existir uma maior burocratização dos serviços, o que causa demora nos pagamentos e possível aumento de glosas”, finaliza o advogado.

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.