

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

07 de fevereiro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS prorroga prazo de envio dos indicadores de saúde para operadoras Promoprev](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Padrão TISS: ANS disponibiliza arquivos de conferência](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Nos últimos cinco anos, volume de ações cíveis e notícias-crime contra fraudadores já ultrapassa 4 mil, aponta FenaSaúde](#) – Fonte: Fena Saúde

[O papel do judiciário no combate às fraudes na saúde suplementar](#)- Fonte: Saúde Business

[Senadora vai acionar SEC sobre venda da Amil pelo UHG para Seripieri Filho](#) - Fonte: Veja

ANS PRORROGA PRAZO DE ENVIO DOS INDICADORES DE SAÚDE PARA OPERADORAS PROMOPREV

GOV (ANS) – 07/02/2024

As operadoras com programas aprovados terão até 1º de março para enviar os dados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou até o dia 1º de março o prazo para as operadoras com programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) aprovados enviarem os indicadores de saúde que servirão de base para a construção da análise de resultado regulatório do programa.

Conforme notícia publicada anteriormente no [Portal da ANS](#), a planilha com os dados solicitados deve ser enviada por meio de Protocolo Eletrônico - Petição Intercorrente, para cada processo referente a cada formulário de cadastramento.

Para saber mais, [acesse este link](#).

PADRÃO TISS: ANS DISPONIBILIZA ARQUIVOS DE CONFERÊNCIA

Valor Econômico – 29/01/2024

Documentos englobam as competências de janeiro a outubro de 2023 com dados processados até 15/01/2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que os arquivos de conferência dos dados do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), encaminhados pelas operadoras e incorporados ao banco de dados da ANS, já estão disponíveis por meio do Programa Transmissor de Arquivo (PTA). Os documentos englobam as competências de janeiro a outubro de 2023 recebidos e processados até 15/01/2024. As operadoras foram informadas por meio do [Ofício-Circular nº 1/2024/COIMO/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#).

Essa ação faz parte do monitoramento do Padrão TISS e tem o objetivo de proporcionar às operadoras a possibilidade de conferir todos os dados que foram efetivamente incorporados ao banco de dados nacional de atendimentos da saúde suplementar, verificando possíveis inconsistências ou incompletude de informações. Com a medida, é possível corrigir quaisquer problemas, dentro das regras vigentes do Padrão TISS.

Em caso de dúvidas ou sugestões, a ANS disponibiliza em seu site a [Central de Atendimento](#) e o Disque ANS 0800 701 9656. A operadora poderá registrar demanda junto à Central, informando "Monitoramento TISS" no assunto, a fim de que a mensagem seja encaminhada para a avaliação da área técnica pertinente. Na demanda, é importante detalhar o problema ou a solicitação, informando o nome do arquivo e a competência à qual se referem.

Sobre a TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar avaliações e acompanhamentos econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Para mais informações sobre o Padrão TISS, [acesse aqui](#).

NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, VOLUME DE AÇÕES CÍVEIS E NOTÍCIAS-CRIME CONTRA FRAUDADORES JÁ ULTRAPASSA 4 MIL, APONTA FENASAÚDE

Fena Saúde – 05/02/2024

Levantamento feito pela FenaSaúde aponta que, nos últimos 5 anos, as associadas da entidade abriram mais de 4 mil notícias-crime e ações cíveis contra fraudadores de planos médicos e odontológicos no país. Apenas em 2023, foram registrados 2.042 casos, representando um aumento de 66% em comparação ao ano anterior.

A diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente, destaca que esse enfrentamento tem se intensificado e sido fundamental para garantir a sustentabilidade do setor. "As práticas fraudulentas comprometem a operação dos planos de saúde e causam impactos financeiros expressivos, exigindo esforços contínuos para preservar a integridade e

confiança no setor. Sabemos que a maior parte dos usuários e prestadores são íntegros, e nosso intuito é continuar convocando a sociedade para se aliar a nós no combate às fraudes. Além das ações de comunicação, as operadoras lançam mão de todas as ferramentas e ações necessárias para investigar e coibir essas práticas prejudiciais para todos", afirma a executiva.

Os dados revelam um aumento de 10 vezes no número de notícias-crime e ações cíveis entre 2019 e 2023. Na avaliação da entidade, o problema acentuou-se principalmente a partir da pandemia, impulsionado pela digitalização, sendo os reembolsos uma porta significativa para essas práticas.

O PAPEL DO JUDICIÁRIO NO COMBATE ÀS FRAUDES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 01/02/2024

Fraudes e desperdícios no setor causaram um prejuízo estimado de R\$ 34 bilhões em 2022.

A saúde suplementar no Brasil está diante de um dos maiores desafios dos últimos anos, conforme aponta o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS): as fraudes e desperdícios no setor causaram um prejuízo estimado de R\$ 34 bilhões em 2022. Essa cifra representa cerca de 12,7% dos R\$ 270 bilhões faturados pelas empresas no ano passado. Mais do que o sistema como um todo, esse cenário também impacta diretamente os beneficiários dos planos de saúde, demandando um olhar minucioso de seus operadores.

O combate às fraudes em planos de saúde enfrenta desafios substanciais, agravados pela ausência de uma tipificação criminal específica para esse tipo de infração. A lacuna na legislação cria um ambiente propício para práticas fraudulentas, dificultando a identificação e punição dos responsáveis. O investimento em tecnologias avançadas de análise de dados, o monitoramento constante de padrões de utilização e a colaboração estreita com profissionais de saúde são medidas essenciais para a detecção precoce de anomalias.

A judicialização da fraude é outro aspecto crítico, com a propositura de ações baseadas em premissas para lá de suspeitas e documentos forjados, inclusive procurações. A revisão e fortalecimento da legislação são imperativos, exigindo a criminalização específica dessas práticas e estabelecendo penalidades mais severas. Além disso, é vital aprimorar os mecanismos de verificação de documentos em processos judiciais relacionados à saúde suplementar.

Nesse cenário, a atuação dos juízes é de importância crucial. A análise crítica dos processos, a avaliação cuidadosa das provas apresentadas e a identificação de possíveis fraudes processuais são aspectos fundamentais. A falta de tipificação específica para fraudes em planos de saúde coloca um ônus ainda maior sobre o judiciário, destacando a necessidade de uma postura firme diante desse tipo de prática.

Juízes devem ser capacitados e orientados sobre as peculiaridades dos casos relacionados à saúde suplementar. A identificação de documentos falsos, pedidos enganosos e outros artifícios fraudulentos requerem uma abordagem diligente. A colaboração entre o sistema judiciário, operadoras de saúde e órgãos reguladores é fundamental para a efetividade na prevenção e punição dessas práticas.

A ausência de uma legislação específica não deve ser um obstáculo para a atuação firme dos juízes. Pelo contrário, essa lacuna ressalta a necessidade de uma interpretação judiciária criteriosa e a aplicação de penas proporcionais às práticas fraudulentas. A jurisprudência consolidada pode desempenhar um papel crucial na criação de precedentes sólidos, que desencorajem atividades ilícitas no âmbito dos planos de saúde, garantindo a integridade das ações judiciais, a confiança do público no sistema judiciário e a prevenção de abusos.

Por isso, o enfrentamento das fraudes em planos de saúde e a promoção do uso responsável dos recursos exigem uma abordagem holística. A conscientização dos beneficiários, a atuação firme das autoridades reguladoras, o combate efetivo à fraude por parte das operadoras e uma postura decidida do judiciário são elementos interconectados que compõem essa complexa equação.

A colaboração entre todos os atores envolvidos, incluindo operadoras, profissionais de saúde, beneficiários, autoridades reguladoras e o sistema judiciário, é crucial para garantir a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil. A revisão legislativa para tipificar e criminalizar especificamente as fraudes em planos de saúde, juntamente com uma abordagem mais robusta do judiciário na identificação e punição de práticas fraudulentas, é essencial para fortalecer a base legal e inibir práticas prejudiciais ao sistema. A atuação firme dos juízes desempenha um papel fundamental nesse contexto, assegurando a justiça e a integridade do sistema de saúde suplementar.

SENADORA VAI ACIONAR SEC SOBRE VENDA DA AMIL PELO UHG PARA SERIPIERI FILHO

Veja – 01/02/2024

Soraya Thronicke quer saber se o grupo americano analisou a capacidade do empresário brasileiro de honrar passivo bilionário assumido na transação.

A senadora Soraya Thronicke (União Brasil-MS) afirmou que vai enviar um ofício à Securities and Exchange Commission (SEC), órgão fiscalizador do mercado de capitais dos Estados Unidos, para pedir informações sobre a decisão do UnitedHealth Group (UHG) de vender a Amil para o empresário José Seripieri Filho, conhecido como Junior.

A parlamentar quer saber se o UHG analisou a capacidade do empresário brasileiro de honrar o gigantesco passivo assumido na transação, avaliada em cerca de 11 bilhões de

reais – 2 bilhões de reais a ser pagos à multinacional americana e 9 bilhões de reais em dívidas.

Em 22 de dezembro, o gigante do setor de saúde dos EUA informou à SEC que esperava fechar o negócio no primeiro semestre de 2024, “sujeito a condições regulatórias”.

O temor de Thronicke é que o enorme valor em dívidas resulte em corte significativo de funcionários e falta de atendimento a usuários de planos de saúde e da rede hospitalar da Amil. “Isso vai desaguar no SUS”, alerta a senadora.

No início de janeiro, ela enviou um e-mail ao presidente do conselho e ao CEO do UHG, Stephen Hemsley e Andrew Witty, respectivamente. “Apesar dos aspectos privados

envolvidos nessa operação (de aquisição), este pedido de esclarecimentos destaca a preocupação com os beneficiários da Amil no Brasil e os possíveis impactos sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, em casos de falta de atendimento a eles”, escreveu Thronicke.

“Nesse sentido, é necessário obter informações sobre o processo de diligência prévia levado a cabo pelo UHG em relação ao comprador, notavelmente sua capacidade financeira de honrar os compromissos tributários assumidos, além de possíveis contenciosos trabalhistas”, acrescentou a senadora.

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.