

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

24 de abril de 2024



LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 24/04/2024

Recomendamos a leitura do artigo Milliman publicado hoje, 24/04/2024, escrito por Larissa Martins e João Longo:

Reajuste 2024 dos Planos Individuais/Familiares.

Nesse artigo falamos sobre a expectativa de reajuste para os planos de saúde Individuais/Familiares em 2024.

[Clique aqui](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[Mudança de regras para comunicação de rescisão de contrato pelas operadoras aos beneficiários tem nova data](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde registraram lucro líquido de R\\$ 3 bilhões em 2023](#) – Fonte: Jota Info

[Estudo revela aumento nas consultas de alergia e imunologia na saúde suplementar](#) – Fonte: Saúde Business

[Audiência pública na Câmara debate cobertura de planos de saúde a pessoas com TEA](#) – Fonte: Jota Info

[ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 4º trimestre de 2023](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Políticas de proteção de dados adotadas na área da saúde ainda são consideradas frágeis](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde querem regras sobre exames desnecessários](#) – Fonte: Poder 360

MUDANÇA DE REGRAS PARA COMUNICAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO PELAS OPERADORAS AOS BENEFICIÁRIOS TEM NOVA DATA

GOV (ANS) - 22/04/2024

Normativo que também permitirá novas formas para as notificações aos consumidores entrará em vigor em 1º/09/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou para 1º/09/2024 a data de vigência da [Resolução Normativa \(RN\) 593/2023](#), que trata das novas regras para comunicação a beneficiários da possibilidade de rescisão ou exclusão do contrato de plano de saúde por falta de pagamento.

A extensão do prazo se deu para permitir uma melhor organização das operadoras quanto às novas regras e para a elaboração, pela ANS, de um material que auxilie, de forma rápida e prática, no esclarecimento de dúvidas que possam surgir diante das novidades trazidas pela norma.

A RN 593/2023 passará a regulamentar a notificação do beneficiário por inadimplência, seja ele o contratante do plano de saúde individual ou familiar, o empresário individual contratante de plano coletivo empresarial ou aquele que paga a mensalidade de plano coletivo diretamente à operadora. A norma também passa a prever a utilização de meios eletrônicos para comunicação com o consumidor, além das formas que já eram utilizadas.

Pela nova RN, a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia do não pagamento como pré-requisito para exclusão do beneficiário, suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora motivada por inadimplência. Além disso, ela determina que a notificação será considerada válida após o quinquagésimo dia de inadimplência se for garantido, pela operadora, o prazo de 10 dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito. Contudo, os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de rescisão ou suspensão contratual ou de exclusão do contrato.

Ela define, ainda, que para que haja a exclusão do beneficiário ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 meses, cabendo à operadora comprovar claramente a

notificação sobre a situação de inadimplência, demonstrando a data da notificação ao consumidor.

Meios de notificação

Quando passar a vigorar, a RN 593 permitirá novas formas para as notificações aos beneficiários. De modo que poderão ser utilizados meios eletrônicos de acordo com os dados informados à operadora que estejam no cadastro do beneficiário, como e-mail com certificado digital e com confirmação de leitura; mensagem de texto para telefones celulares; mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; e ligação telefônica gravada com confirmação de dados pelo interlocutor. Contudo, a notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis somente será válida se o destinatário responder confirmando a sua ciência.

A comunicação por carta ou através do preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado, continuarão a ser permitidas.

A RN define, também, que na notificação precisa constar o período de atraso com indicação das competências em aberto e o número de dias da inadimplência; a forma e o prazo para o pagamento da dívida e regularização do contrato; bem como os meios de contato da operadora para esclarecimento de dúvidas.

Nos casos em que a operadora não conseguir notificar o consumidor sobre a inadimplência, a norma definiu que o cancelamento somente poderá ocorrer após 10 dias da última tentativa de contato com o beneficiário, desde que haja a comprovação pela operadora da tentativa de notificação por todos os meios descritos na resolução.

A RN 593 se aplicará aos contratos celebrados após 1º/01/1999 e àqueles que foram adaptados à Lei 9.656/1998, e permite que os contratos anteriores ao início da sua vigência sejam aditados para prever todos os meios de notificação estabelecidos na nova regulamentação.

PLANOS DE SAÚDE REGISTRARAM LUCRO LÍQUIDO DE R\$ 3 BILHÕES EM 2023

Jota Info - 22/04/2024

Setor encerrou o ano passado com prejuízo operacional de R\$ 5,9 bilhões, mas aplicações financeiras renderam R\$ 11,2 bilhões.

O mercado de planos de saúde obteve o seu melhor desempenho financeiro no período pós-pandemia de Covid-19. Em 2023, as operadoras de saúde registraram um lucro líquido de R\$ 3 bilhões, conforme indicado pelo Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na última quinta-feira (18/4). Em 2022, as operadoras haviam registrado lucro líquido de R\$ 600 milhões.

De acordo com o relatório, as administradoras de benefícios alcançaram, em 2023, um resultado líquido de R\$ 406,4 milhões, enquanto as operadoras exclusivamente odontológicas e as médico-hospitalares, obtiveram lucro líquido de R\$ 652,8 milhões e R\$ 1,93 bilhões, respectivamente.

Embora o setor de saúde suplementar tenha encerrado o ano passado com um prejuízo operacional de R\$ 5,9 bilhões, isso representa uma redução significativa de 44% em comparação com os R\$ 10,6 bilhões de prejuízo operacional registrados em 2022.

O prejuízo operacional de 2023 foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 11,2 bilhões, principalmente decorrente de aplicações financeiras, que acumularam quase R\$ 111 bilhões no ano passado.

A ANS também enfatizou que o resultado para o 4º trimestre de 2023 foi o melhor desde o 1º trimestre de 2021. “A recuperação está acontecendo, os resultados são melhores do que o que foi projetado para o setor”, avaliou Jorge Aquino, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

“Se em 2022 foi registrado prejuízo na casa de 530 milhões no segmento médico-hospitalar, 2023 já trouxe lucro de 1,9

bilhão. Inclusive, poderíamos até mesmo ter números melhores, mas houve ajustes contábeis significativos em operadoras maiores que tiveram impacto nos resultados gerais. Contudo, é preciso ter uma visão mais ampla do cenário. Temos acompanhado atentamente certas dificuldades na gestão das operadoras”, pontuou Aquino.

A sinistralidade, principal indicador do desempenho das operadoras, atingiu 87% em 2023, representando uma redução de 2,2 pontos percentuais em relação ao ano anterior. Isso significa que 87% das receitas das mensalidades foram utilizadas para despesas assistenciais.

ESTUDO REVELA AUMENTO NAS CONSULTAS DE ALERGIA E IMUNOLOGIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business - 22/04/2024

Número de consultas em alergia e imunologia na saúde suplementar aumentou 42,1% entre 2019 e 2022, enquanto as consultas geriátricas diminuíram significativamente.

As consultas médicas desempenham um papel fundamental nos cuidados com a saúde. Entre 2019 e 2022, o número de consultas na especialidade de alergia e imunologia na saúde suplementar aumentou 42,1%, de 2,1 milhões para 3 milhões de procedimentos. As informações são do estudo especial sobre o número de consultas na saúde suplementar, desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A apuração, baseada no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostra que as consultas nessa especialidade sofreram oscilações desde o início da análise. De 2019 para 2020, no período pré-pandemia da Covid-19, houve uma queda no volume total, passando de 2,1 milhões para 1,6 milhão (-25,5%). No entanto, a partir de 2021, as consultas voltaram ao patamar inicial de 2,1 milhões e, no ano seguinte, atingiram 3 milhões.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, sugere que o aumento pode estar relacionado a uma maior conscientização sobre alergias e questões autoimunes no país. “É evidente que as pessoas estão cada vez mais bem informadas sobre os tipos de alergias, sejam elas alimentares, sazonais, bem como as questões autoimunes. Outro ponto importante que devemos considerar é o fato de maior prevalência por conta de fatores ambientais ou mudanças nos padrões alimentares”, afirma, acrescentando

que o pós-Covid também é um dos fatores a ser considerado. Ele também menciona a prevalência crescente devido a fatores ambientais e mudanças nos padrões alimentares.

Outra especialidade que registrou um aumento significativo nas consultas foi a angiologia, com um aumento de 21,1% - de 1,9 milhão em 2019 para 2,3 milhões em 2022.

No entanto, apesar do aumento no número de beneficiários com 60 anos ou mais, o estudo identificou uma queda expressiva de 32,5% nas consultas com especialistas em geriatria. Em 2019, foram registradas 1,7 milhão de consultas, número que caiu para 1 milhão em 2022.

O público etário com 60 anos ou mais tem crescido bastante nos últimos anos em relação ao volume de beneficiários. Em 2023, houve um registro de 7,5 milhões de contratos, um número recorde em planos de saúde médico-hospitalares, de acordo com a Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) 89. Apesar do aumento nas adesões, houve uma queda expressiva nas consultas com especialistas em geriatria. Para se ter uma ideia, em 2019 foram contabilizadas 1,7 milhão de consultas, número que foi reduzido para 1 milhão em 2022.

Esses dados indicam uma mudança significativa nas tendências de consultas médicas na saúde suplementar. Enquanto algumas especialidades estão vendo um aumento no número de consultas, outras estão vendo uma diminuição. Isso pode ter implicações importantes para a forma como os cuidados de saúde são prestados no futuro..

AUDIÊNCIA PÚBLICA NA CÂMARA DEBATE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE A PESSOAS COM TEA

Jota Info - 18/04/2024

Discussão foi requerida pelo deputado Zé Vitor (PL-MG), que defendeu reformulação de legislação para aprimorar atendimento por operadoras.

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizou nesta quinta-feira (18/4), uma audiência pública para debater a cobertura no tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelos planos de saúde. A audiência foi requerida pelo deputado federal Zé Vitor (PL-MG). Na abertura da reunião, o parlamentar enfatizou a necessidade de discutir uma nova legislação para os planos de saúde, que contemple um atendimento adequado a pessoas com a condição.

“Que hoje tenhamos esse espaço para intensificar o debate. Eu não vou dizer iniciar, porque esse debate já começou a acontecer. [...] Para que em 2024 a gente definitivamente consiga discutir uma nova legislação para os planos de saúde em que as obrigações fiquem claras para todos os lados”, afirmou Zé Vitor.

William Boteri, presidente da Associação de Amigos do Autista de Minas Gerais (AMA-MG), atribuiu o crescimento à melhoria nos diagnósticos e destacou a importância da cobertura dos planos de saúde, criticando as restrições impostas pelas operadoras, que no seu entendimento muitas vezes levam os pacientes a recorrerem ao Judiciário.

“A Resolução da ANS 467/2017 de saúde para o tratamento do autismo impôs algumas restrições a alguns planos, como limites de sessões ou exigências de atualização prévia, o que dificulta o acesso ao tratamento adequado. Nessas situações, os beneficiários têm que buscar seus direitos na justiça, recorrendo à ANS, Procon, Ministério Público e outros [...] É um desgaste desnecessário, principalmente para os pais e familiares que convivem dentro do pico grande de stress no seu cotidiano”, afirmou Boteri.

Arthur de Almeida Medeiros, coordenador-geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, destacou que o Censo 2022, realizado pelo IBGE, incluiu pela primeira vez perguntas sobre a condição, proporcionando um cenário mais detalhado da população com TEA no país. Segundo ele,

quase 17 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, mas ainda não existe um levantamento específico sobre os portadores de TEA. Os dados devem sair no último trimestre de 2024, segundo informou o jornal Estado de S. Paulo.

O vereador de Uberlândia, Ronaldo Tannus (DC-MG), ressaltou o aumento expressivo nos diagnósticos na última década e afirmou que o crescimento não necessariamente reflete um aumento no número de portadores, mas sim uma melhoria na identificação e diagnóstico da condição.

Tannus também enfatizou a prática de cobranças abusivas de coparticipação nos planos de saúde para terapias relacionadas ao autismo, mencionando casos em que as taxas de coparticipação aumentaram até 600%, tornando o acesso aos tratamentos financeiramente inviável para muitas famílias.

“Uma mãe e um pai gastavam em um plano de coparticipação, de R\$ 600 a R\$ 700, e começou a chegar uma fatura de R\$ 5 mil reais. Sem nenhuma prévia. Esse é um ponto essencial a ser debatido sobre a cobrança por essas operadoras”, pontuou o vereador.

Ana Cristina Marques Martins, gerente-geral de Regulação Assistencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apontou um aumento na variedade de procedimentos cobertos para crianças e adolescentes com TEA, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional, impactando na demanda pelos tratamentos nas operadoras de plano de saúde.

Martins mencionou três mudanças que impactaram a cobertura da condição pelos planos no últimos anos. Em julho de 2021, a Resolução Normativa 469 ampliou a cobertura para procedimentos terapêuticos educacionais em crianças.

No ano seguinte, outra alteração beneficiou pessoas com TEA, tornando obrigatória a cobertura de métodos indicados por médico assistente. A ANS também eliminou limitações no número de sessões dos tratamentos, garantindo acesso ilimitado a serviços como fisioterapia e psicologia.

ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS RELATIVOS AO 4º TRIMESTRE DE 2023

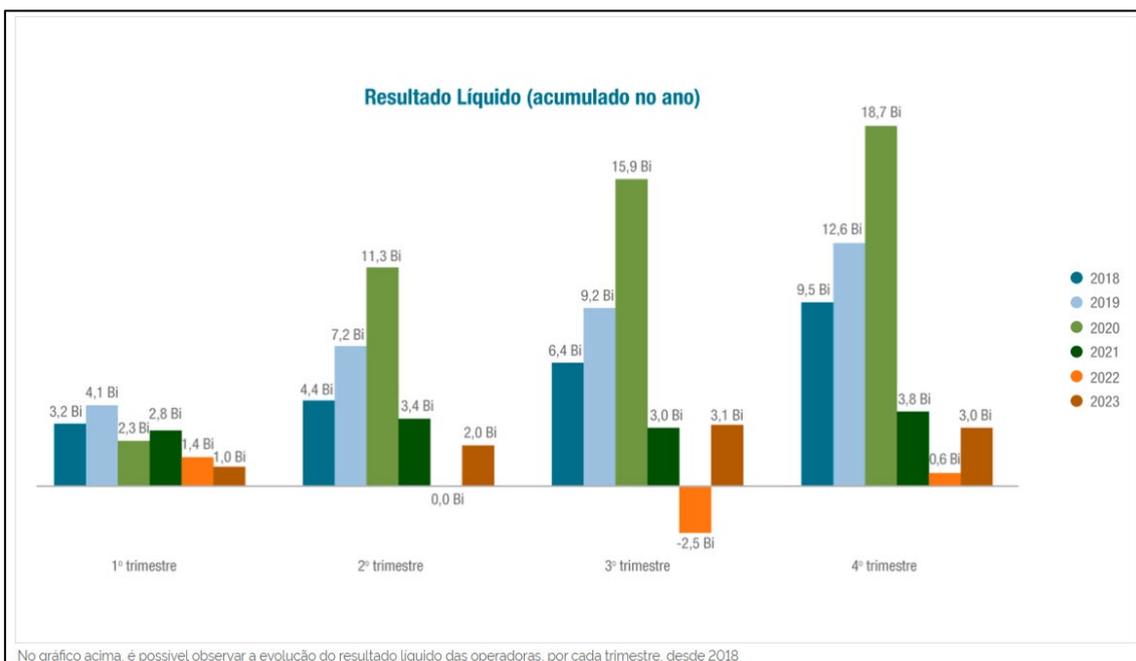
GOV (ANS) - 18/04/2024

Informações estão disponíveis no portal da Agência, no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e no Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que estão disponíveis em seu portal os dados econômico-financeiros relativos ao 4º trimestre de 2023, cujas informações fecham o ano. Os resultados podem ser

consultados no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#).

As informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS demonstram que o setor registrou lucro líquido de R\$ 3,0 bilhões no acumulado do ano de 2023. Esse resultado equivale a aproximadamente 1% da receita total acumulada no período, que foi superior a R\$ 319 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor auferiu cerca de R\$ 1,00 de lucro ou sobra.



O desempenho econômico-financeiro do setor observado em 2023 é o mais positivo do período pós pandemia.

Nos números agregados por segmento, os resultados líquidos no ano de 2023 foram positivos para todos: as administradoras de benefícios registraram lucro de R\$ 406,4 milhões; as operadoras exclusivamente odontológicas, de R\$ 652,8 milhões; e as médico-hospitalares, de R\$ 1,93 bilhões.

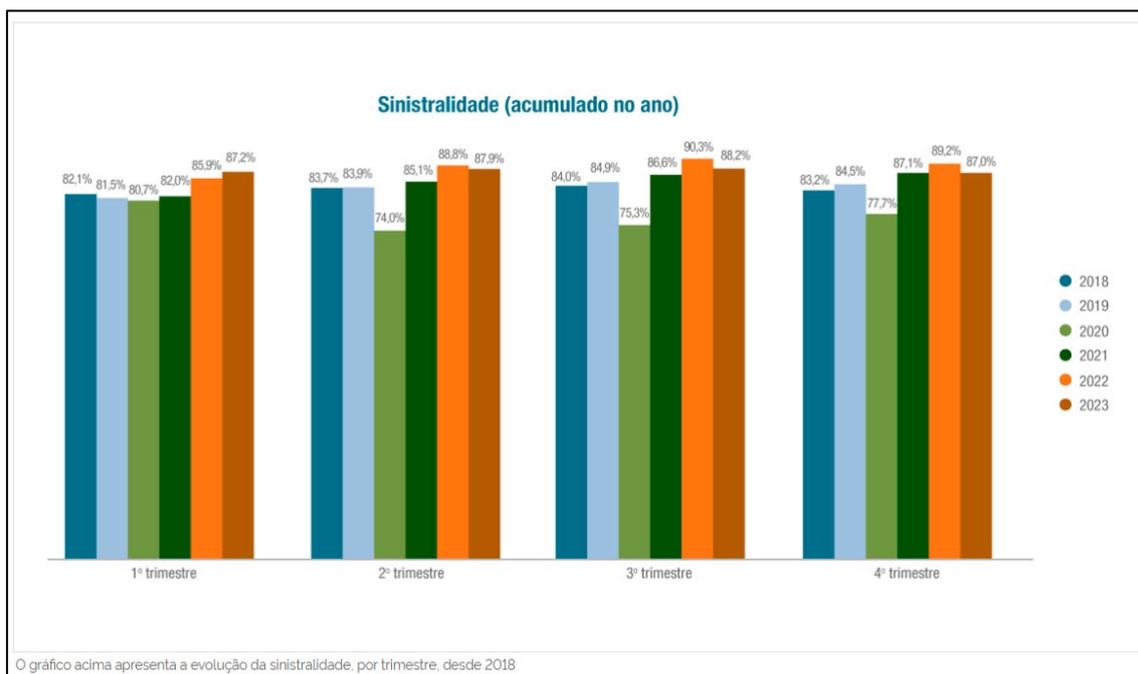
Seguindo uma dinâmica comum no setor, as operadoras médico-hospitalares, que são o principal segmento do setor, fecharam o ano de 2023 com resultado operacional negativo acumulado no ano de R\$ 5,9 bilhões. Entretanto, o resultado do 4º trimestre isolado é o melhor resultado de um trimestre desde o 1º trimestre de 2021. Esse prejuízo operacional foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 11,2 bilhões, advindo principalmente da remuneração das suas aplicações financeiras, que acumularam, ao final do período, quase R\$ 111 bilhões.

“A recuperação está acontecendo, os resultados são melhores do que o que foi projetado para o setor. Se em 2022 foi registrado prejuízo na casa de 530 milhões no segmento médico-hospitalar, 2023 já trouxe lucro de 1,9 bilhão. Inclusive, poderíamos até mesmo ter números melhores, mas

houve ajustes contábeis significativos em operadoras maiores que tiveram impacto nos resultados gerais. Contudo, é preciso ter uma visão mais ampla do cenário. Temos acompanhado atentamente certas dificuldades na gestão das operadoras. Por isso reforçamos que é necessária uma revisão do modelo de gerenciamento e de atendimento, para que elas possam entregar melhores serviços com melhor aproveitamento de todos os seus recursos. Não é uma fórmula fácil, mas as operadoras precisam buscar equacioná-la”, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Jorge Aquino.

Sinistralidade

A sinistralidade, principal indicador que explica o desempenho nas operadoras médico-hospitalares, registrou no ano de 2023 o valor de 87,0% (2,2 pontos percentuais abaixo do apurado no ano anterior), o que indica que em torno de 87% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais. Tal resultado, embora ainda superior ao observado nos anos pré-pandemia e fortemente impulsionado por algumas das maiores operadoras do país, é o melhor dos últimos três anos.



A redução da sinistralidade atual em relação aos mesmos períodos dos anos anteriores resulta, principalmente, da recomposição das mensalidades dos planos – em especial das grandes operadoras – quando comparada à variação das despesas. Sobre este aspecto, cabe ressaltar que continua a se observar uma tendência de maior crescimento das mensalidades médias (ajustadas pela inflação do período observado) em relação à despesa assistencial por beneficiário (também ajustada pela inflação), o que parece sugerir que o setor passa por um período de reorganização de seus contratos, a fim de recuperar os resultados na operação. Isso ocorre em um contexto de aumento de beneficiários e queda dos juros básicos da economia brasileira – que tendem a reduzir o resultado financeiro em relação aos períodos anteriores.

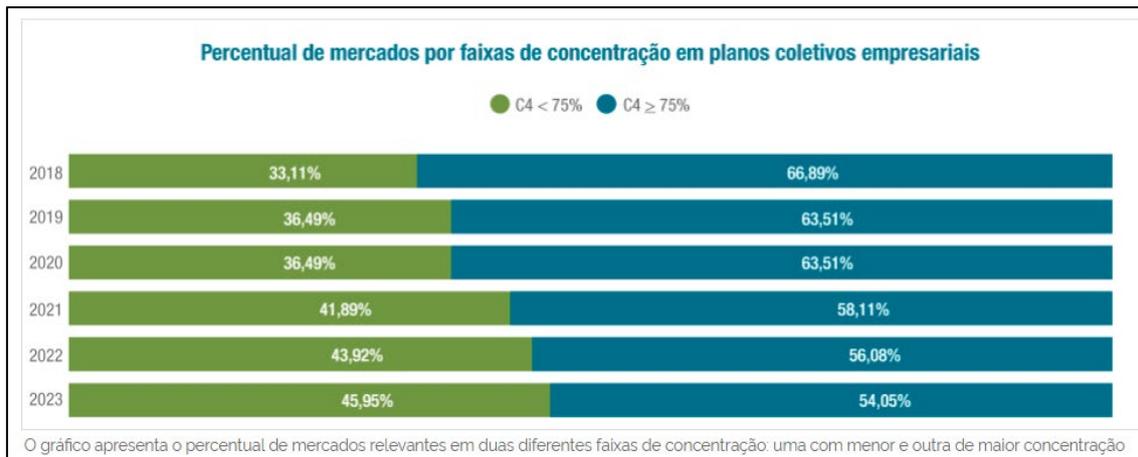
No [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#) também é possível consultar o desempenho individual por operadora de plano de saúde.

Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

A ANS também atualizou com os dados de 2023 o [Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#), que oferece uma visão concorrencial do setor, com índices de concentração, identificação das operadoras que possuem as maiores fatias de mercado e quantidade de planos comercializáveis para cada um dos 148 mercados relevantes de planos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais.

Destaca-se, ainda, a melhora nos índices de concentração dos planos coletivos empresariais ao longo dos anos analisados (2018 a 2023), com o aumento da quantidade de mercados relevantes com menor concentração, principalmente no índice que mede a fatia das quatro maiores operadoras do respectivo mercado.

O gráfico abaixo apresenta o percentual de mercados relevantes em duas diferentes faixas de concentração: uma com menor concentração, quando as quatro maiores operadoras (C4) do mercado possuem, juntas, menos que 75% de participação no mercado (market share) e uma de maior concentração, quando as quatro maiores operadoras do mercado (C4) possuem, juntas, mais que 75% de participação no mercado (market share).



Já nos planos individuais ou familiares o percentual de fatia de mercado vem gradativamente ficando mais concentrado. Há, contudo, um destaque positivo: o mercado do Rio de Janeiro, com queda acentuada nos índices, tornou-se, pela primeira vez, o menos concentrado do país, ultrapassando São Paulo.

Além disso, no [Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#) pode-se observar, também, que os planos coletivos por adesão apresentaram, em 2023, um cenário de estabilidade em todo o país.

Entenda os conceitos

Resultado operacional: é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações e outras receitas operacionais deduzidas as

despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

Resultado líquido: é a soma dos resultados resultado operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Mercado relevante: é “o menor espaço econômico no qual seja factível a uma empresa, atuando de forma isolada, ou a um grupo de empresas, agindo de forma coordenada, exercer o poder de mercado” (CADE, 2001).

Índices de concentração: são indicadores que visam medir o grau de concentração de cada mercado relevante.

POLÍTICAS DE PROTEÇÃO DE DADOS ADOTADAS NA ÁREA DA SAÚDE AINDA SÃO CONSIDERADAS FRÁGEIS

Saúde Business - 18/04/2024

Hospitais, clínicas e operadoras operam dados sensíveis e precisam estar adequados à LGPD.

Os estabelecimentos de saúde estão entre os maiores alvos dos ataques cibernéticos, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo. Por conterem dados sensíveis, hospitais, clínicas e operadoras costumam ser citados como alguns dos setores da economia que mais precisam se adequar à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Desde que as regras impostas pela lei (número 13.709, de 14 de agosto de 2018) começaram a vigorar, em setembro de 2020, o descumprimento pode fazer com que as instituições sejam punidas com multas severas, que podem chegar a 2% do valor de seus faturamentos, com limite de R\$ 50 milhões por infração.

Os ataques hackers colocam em risco toda a infraestrutura computacional das organizações de saúde. Nos últimos anos, têm sido noticiados na mídia casos de estabelecimentos que tiveram suas operações parcialmente ou totalmente paralisadas devido ao acesso irregular a suas criptografias de base. Muitas vezes, os criminosos têm como objetivo o recebimento de um resgate sobre os dados sequestrados.

Segundo dados mais atuais da pesquisa TIC Saúde, desenvolvida pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil, em 2022 apenas 39% das instituições de saúde do país, privadas ou públicas, eram adeptas a uma política de segurança da informação. Por outro lado, no mesmo ano, 76% das organizações da área realizavam treinamentos de funcionários em relação ao tema. Isto demonstra que a preocupação em relação às normas impostas pela LGPD

existe na maioria dos estabelecimentos, mas que o manejo das mesmas ainda ocorre de forma bastante “amadora”, o que resulta em vulnerabilidade.

Para se adaptar à LGPD, não basta ter um sistema de prontuário eletrônico eficiente e atualizado. É preciso implantar todo um sistema de compliance, que envolve, entre outros fatores, a contratação de uma pessoa para a função de DPO (Data Protection Officer); a adoção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eficiente e que esclareça de que forma os dados dos pacientes serão manuseados e mantidos; um bom sistema de transferência internacional de dados, caso o estabelecimento mantenha relações com instituições de outros países; e

desenvolvimento da cultura da privacidade dentro das equipes.

Fora do Brasil, além do DPO, já é muito difundida a figura do CISO (Chef Information security officer) dentro das instituições de saúde. Ele é o responsável pela identificação de riscos presentes em todas as etapas de atuação dos estabelecimentos e por definir quais são as ferramentas mais adequadas para uso em cada tipo de situação, garantindo a segurança cibernética de todos. Em território nacional, ainda são poucos os profissionais habilitados para desenvolver a função e poucas as entidades de saúde que a possuem. O serviço ainda é considerado caro. Porém, é barato se comparado aos valores de multas e gastos gerados por outros tipos de penalidades.

PLANOS DE SAÚDE QUEREM REGRAS SOBRE EXAMES DESNECESSÁRIOS

Poder 360 - 16/04/2024

Superintendente-executivo da Abramge cita recorde de exames de vitamina D e diz que protocolos são necessários para deixar setor mais saudável.

Os planos de saúde devem avançar na discussão de criar regras e protocolos que racionalizem o acesso a procedimentos e exames que julgam desnecessários, afirma em entrevista ao Poder360 Marcos Paulo Novais, superintendente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

O setor passa por uma crise no período pós-pandemia, com aumento de custos e de procedimentos eletivos que ficaram represados durante a crise sanitária. Os planos tiveram, em 2022, prejuízo operacional de R\$ 11 bilhões – o pior resultado da série histórica que começou em 2001. Os dados de 2023, que serão divulgados em breve, devem indicar novo prejuízo por volta de R\$ 9 bilhões.

O resultado operacional é aquele que considera só os valores com serviços de saúde (desconsidera ganhos com operações financeiras, por exemplo).

Os usuários de planos de saúde, que atingiram número recorde (51 milhões) em 2023, também estão insatisfeitos. Foram 353 mil queixas registradas pela ANS (Agência Nacional de Saúde) no ano passado, um aumento de 50% em relação ao ano anterior. Reclamam de negativas injustas, protelação dos planos, não cumprimento de acordos.

Novais diz que o caminho para superar o problema de financiamento e reduzir as queixas dos usuários por falta de atendimento passa por, além de colocar mais regras para evitar exames desnecessários, lidar com a judicialização do setor, melhorar o combate às fraudes contra os planos (para direcionar melhor os recursos) e trazer novamente usuários mais jovens ao serviço.

Leia abaixo trechos da entrevista de Novais ao Poder360:

CRISE NO SETOR

“A gente nunca tinha passado por 3 anos de prejuízo operacional (...) Do começo em 2021 com R\$ 1 bilhão de prejuízo operacional vai a 2022 com R\$ 11 bilhões. Em 2023,

a gente já está em um prejuízo operacional de cerca de 7 bilhões de reais [até o 3º trimestre]. Devemos totalizar 3 anos com R\$ 20 bilhões de prejuízo operacional.

“O que a gente está discutindo agora são tratamentos específicos que custam R\$ 10 milhões para uma única sessão de tratamento e para uma doença normalmente muito rara. Além disso, a gente ainda tem pacientes oncológicos do pós-pandemia que fizeram menos rastreio e estão identificando mais tarde. O tratamento fica muito mais difícil, o paciente está tratando um câncer mais avançado e também mais caro (...) Tudo isso junto atuando em conjunto fez com que realmente gerasse um prejuízo à pressão muito grande, porque as despesas cresceram de forma desenfreada.”

RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS

“De fato, o número de reclamações quando a gente olha números da Agência Nacional de Saúde, eles cresceram. Cresceu também o volume de atendimentos. A gente vai ter 1,7 bilhão de procedimentos cobertos (...) Acho que a gente tem que sopesar o que é essa organização. São 3 milhões de novos exames por dia pagos por plano de saúde.”

EXAMES DESNECESSÁRIOS: “Tem muitos exames desnecessários. Só para dar um exemplo, um exame que é campeão, em volume, é vitamina D [cuja principal forma de se adquirir é ficar exposto ao sol]. Quer dizer aí num país tropical como o nosso Brasil, a gente ser campeão em vitamina D, não faz sentido.

“Nós somos o país que mais faz ressonância magnética em todo o mundo. Isso não é comum. A gente passa os padrões americanos, que já não são considerados os melhores. “A gente precisa passar por uma discussão muito grande de protocolos e diretrizes. Mas, para isso, precisamos de um acesso à saúde que seja mais regrado.

“Não é porque a gente deseja que nós vamos fazer uma ressonância magnética. [Tem que ser] porque o médico entende que é necessário ou talvez não, ou talvez [o médico faça] apenas uma anamnese e aquele paciente vai para casa se cuidar”.

Nós fomos habituados a ter um acesso rápido a qualquer tipo de cirurgia e procedimento. Agora, nós, os planos e os profissionais de saúde também, [vamos ter que nos acostumar a] ter um acesso mais regrado, né? Não é porque eu quero fazer um acompanhamento de nutricionista de performance que eu vou medir minha vitamina D de 3 em 3 meses, porque isso não faz sentido do ponto de vista de saúde e o sistema não vai ficar saudável. A gente tem que ter protocolos. A nossa proposta é para que a gente tenha que passar por protocolos de, senão tudo, quase tudo de serviço de saúde.

“A gente inclusive já está em vias de fazer uma primeira submissão, uma diretriz de utilização para um dos procedimentos do rol de procedimentos de saúde.

“A gente entende que, de forma alguma, é limitar o acesso, mas sim regrar o acesso para que a gente consiga ter uma racionalidade”.

FRAUDES

“A gente começou a identificar um mesmo atendimento médico sendo solicitado do reembolso em múltiplas operadoras. O implante capilar vira 12 recibos de consulta. Pessoas que começam a fazer um acompanhamento nutricional e começam a ter, de 3 em 3 meses, 50 pedidos de exame ao custo de R\$ 25.000. A gente também tem hoje

laboratórios que são um CNPJ para poder conseguir fazer reembolsos de R\$ 25.000.

“A gente precisa tipificar o crime de fraude em saúde para que as pessoas possam entender que é crime e que a gente tenha uma grande arma para que ele seja evitável, porque hoje é um senso de impunidade muito grande”.

FALTA DE PAGAMENTO DOS PLANOS AO SUS

“A gente é cobrado [pela União] 2 anos depois que o atendimento aconteceu. Aquilo que você fez no SUS há 2 anos chega a conta para a operadora hoje, talvez você já nem seja meu cliente. Talvez eu nem tenho esse contrato, é muito difícil o acesso ao prontuário meu cliente. Talvez eu nem tenho esse contrato, é muito difícil o acesso ao prontuário para saber se aquele procedimento foi de fato feito. O processo [de cobrança] é ruim.

“Assim que um beneficiário de plano de saúde dá entrada no hospital do SUS, que ele notifique a operadora para que a gente já saiba que um paciente de plano de saúde está ali, inclusive para que a gente possa entrar em contato com ele para entender o porquê de ele estar na unidade pública, se ele não deseja ser removido por unidade privada ou se está com alguma dificuldade de locomoção. A nossa maior defesa agora é que a gente possa acompanhar esse paciente e não ficar sabendo 2 anos depois do ocorrido”.

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.