

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

18 de setembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Hora de queimar gordura: como as empresas de saúde cresceram e aumentaram lucros em 2023](#) – Fonte: Revista Exame

[Empresas de saúde registram alta de atendimentos médicos devido à piora da qualidade do ar em SP](#) – Fonte: Estadão

[Projeto proíbe planos de saúde de cancelamento unilateral](#) – Fonte: Agência Senado

[Saúde é o terceiro setor mais atacado por cibercriminosos](#) – Fonte: Saúde Debate

[Tratamento inadequado em crianças autistas leva a ações na justiça, traumas a famílias e prejuízo a planos](#) – Fonte: CNN Brasil

[Brasileiros com planos de saúde se consultam e são internados menos, mas fazem mais exames](#) – Fonte: O Globo

[Planos de saúde e hospitais se unem para reduzir custos: entenda o novo modelo para o consumidor](#) – Fonte: O Globo

[CPI da Alerj dos planos de saúde vai convocar representantes da Unimed | Agência Brasil \(ebc.com.br\)](#) – Fonte: Agência Brasil

[Indústria de produtos médico-hospitalares pede alterações na reforma tributária no senado](#) – Fonte: Saúde Business

[A regulamentação do cartão de desconto: perspectivas e reflexões](#) – Fonte: Saúde Business

[Home care e a insegurança jurídica entre planos de saúde e pacientes](#) – Fonte: Jornal de Araraquara

[Atendimentos ambulatoriais têm alta de 12,8% na saúde suplementar em cinco anos](#) – Fonte: IESS

HORA DE QUEIMAR GORDURA: COMO AS EMPRESAS DE SAÚDE CRESCERAM E AUMENTARAM LUCROS EM 2023

Revista Exame – 18/09/2024

Os planos de saúde expandiram o número de beneficiários e o de atendimentos desde a pandemia. Tudo isso alimentou a inflação médica. Quem cresceu e ganhou eficiência levou a melhor em 2023.

As prestadoras de serviços e fornecedoras de insumos para saúde tiveram um 2023 de números expressivos — alguns positivos, outros nem tanto. A começar pela principal notícia boa: os planos de saúde fecharam o ano com 50,5 milhões de brasileiros sob cobertura.

É o maior número desde 2014, quando o setor entrou numa crise de quase uma década em razão do fechamento de postos de trabalho com carteira assinada. Com mais gente assegurada, nunca os planos foram tão utilizados.

No total, foi mais de 1,7 bilhão de procedimentos como exames e internações no ano passado. É uma alta de 18,5% sobre 2019, o último ano antes da pandemia, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), uma das fontes mais confiáveis de dados sobre o setor.

Entre 2020 e 2022, os números desse segmento foram prejudicados pela pandemia. Com a quarentena, muita gente postergou exames e cirurgias eletivas, por exemplo. “No ano passado, com a crise sanitária definitivamente para trás, a demanda represada veio à tona”, diz José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Crescimento de maneira sustentável

Tudo isso beneficiou os fornecedores de produtos e serviços para os planos de saúde. No ano passado, o conjunto de 27 empresas listadas na categoria Saúde e Serviços de Saúde no Ranking EXAME MELHORES E MAIORES 2024 expandiu as receitas em 32%. “Foi a maior alta entre os 22 setores do ranking”, diz o economista Samuel Barros, reitor da faculdade de negócios Ibmec, parceira técnica da edição de 2024.

A bonança no lado das receitas coincidiu com um aumento generalizado nas despesas com saúde. Mesmo com a inflação geral em queda desde 2022, as despesas do setor continuam crescendo em dois dígitos: em 12 meses até setembro de 2023, a alta chegou a 12,7%, segundo o IESS. (O IPCA no mesmo período foi de 5,2%.)

Não à toa, os planos de saúde endureceram as negociações com fornecedores, numa tentativa de conter a escalada dos custos. O resultado é uma pressão sobre o lucro. O conjunto de 27 prestadoras de serviços de saúde teve margem operacional de apenas 2,4% em 2023.

É uma das menores do ranking — a média de todos os setores do MELHORES E MAIORES 2024 ficou em 8%. “Quem conseguiu conter custos cresceu de maneira mais sustentável”, diz Barros.

As empresas de saúde mais bem colocadas no ranking de 2024 colecionam histórias de ajustes operacionais para ganhar fôlego. A começar pelo laboratório paulista Fleury, primeiro colocado nessa categoria.

A empresa investiu pesado em tecnologia, inclusive em inteligência artificial, numa tentativa de automatizar processos em 2023. “O cenário de saúde foi muito desafiador no pós-pandemia”, diz a CEO Jeane Tsutsui, fazendo referência ao vaivém da sinistralidade dos planos de saúde, que caiu em 2020 e cresceu rapidamente nos anos seguintes.

“Nesses momentos de pressão, todos nós temos de ter um olhar coletivo de como juntos podemos contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde”, diz Tsutsui. “Eficiência’ é a palavra fundamental.” (Leia mais sobre o Grupo Fleury e veja a tabela com a posição e os dados financeiros das empresas aqui.)

Disciplina por eficiência

Um bom exemplo de quem passou a olhar no detalhe as despesas é a administração do hospital Albert Einstein, quinto colocado no ranking. Nos últimos cinco anos, virou prática nas unidades do grupo em São Paulo e em Goiânia a revisão constante em cada linha de despesa em busca de melhorias.

Nos últimos anos, a gestão do hospital tem alongado os contratos com fornecedores de insumos e ampliado o volume, para evitar pagar mais caro em compras avulsas. Em paralelo, novas rotinas de médicos e enfermeiros colaboraram para uma queda de 20% na duração das internações ao longo da última década. “É uma disciplina na busca por eficiência”, diz Henrique Neves, diretor-geral do hospital Albert Einstein

CUSTOS EM EXPANSÃO

Em 2023, finalmente os planos de saúde no Brasil retornaram ao patamar de 2014. Após um baque inicial, a pandemia motivou uma onda de exames e internações. O resultado: as despesas médicas voltaram a subir muito acima da inflação no país

Número de beneficiários da saúde suplementar brasileira
(em milhões de pessoas)



Quantidade de procedimentos médicos realizados por planos privados no Brasil (em milhões)



Variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) em 12 meses na comparação com o IPCA, principal indicador de inflação no Brasil (em %)

— VCMH — IPCA

(1) Inclui consultas, exames, internações, terapias e outros atendimentos ambulatoriais.
Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).



Mesmo quem está num ritmo de expansão acelerada priorizou maneiras de fazer mais com menos em 2023. É o caso do laboratório de medicina diagnóstica Sabin, quarto lugar no ranking. Aberto em Brasília, em 1984, o Sabin saiu às compras: foram cinco aquisições desde 2019. Os últimos meses por ali foram de buscar sinergias.

No ano passado, a companhia migrou 100% das unidades para um mesmo sistema operacional, de modo a evitar gastos dobrados com softwares. De quebra, a medida permitiu aos pacientes acessar um mesmo prontuário médico em 78 cidades de 14 estados, de todas as regiões, onde o Sabin está presente.

Além disso, a companhia buscou economizar na conta de luz com a migração para o Mercado Livre de Energia. Algumas unidades em Brasília ganharam painéis solares para depender menos do fornecimento externo. “De 2022 para cá, a despesa com energia diminuiu 17%”, diz Lídia Abdalla, presidente executiva do laboratório Sabin.

Na Oncoclínicas, rede hospitalar dedicada ao tratamento de câncer com operações em 15 estados, para além da integração de diversos modelos de prontuário médico num só, a busca por eficiência passou também pela “cozinha” da

operação. Ao longo do ano passado, a companhia centralizou serviços de backoffice, como os de TI.

Em busca de sinergias

Agora, boa parte deles está sendo terceirizada num projeto com a empresa de tecnologia Accenture. As medidas ajudaram a Oncoclínicas a encarar os alongamentos feitos pelos planos de saúde nos prazos de pagamento por causa da escalada de despesas.

“O cenário macro mais difícil nos obriga a ser mais eficientes”, diz o fundador e CEO Bruno Ferrari. Em 2023, a companhia faturou 5,4 bilhões de reais, alta de 35%. No período, o lucro foi de 312 milhões de reais, quase o triplo do ano anterior.

Em algumas das empresas com destaque na edição de 2024 de *MELHORES E MAIORES*, o investimento em novas estruturas ao longo do ano passado foi direcionado justamente a ganhos de eficiência com a simplificação de estruturas.

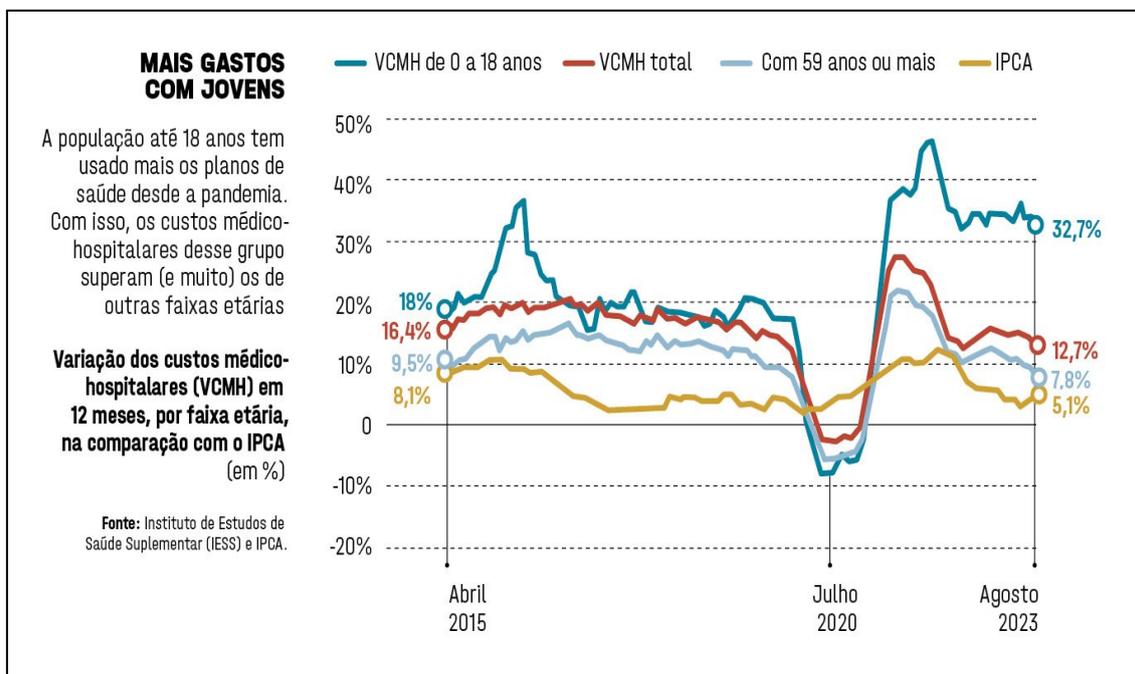
Um caso exemplar é o da Viveo, que faturou 11 bilhões de reais em 2023, alta de 26% em 12 meses, com insumos hospitalares. O lucro da companhia no período, de 349

milhões de reais, foi 38% acima do registrado em 2022 e colaborou para a empresa ficar em sexto lugar no ranking. Sob o guarda-chuva da Viveo estão 16 marcas, como a - Cremer, que fabrica itens de primeiros socorros, e a Mafrá Hospitalar, de distribuição de 12.000 itens para hospitais.

O portfólio da companhia fundada em 1996 começou a se expandir a partir de um aporte, 20 anos mais tarde, vindo da DNA Capital, braço de investimento da família Bueno, fundadora do plano de saúde Amil e da operadora de laboratórios e hospitais Dasa.

Nos últimos oito anos, foram 25 aquisições. Em 2023, a Viveo aportou 30 milhões de reais em dois centros de distribuição — em Cajamar, na Grande São Paulo, e em Brasília — para centralizar a distribuição das 18 marcas. Além disso, investiu 40 milhões de reais numa nova fábrica de lenços umedecidos, um dos carros-chefe da companhia.

Até então, eles eram produzidos em duas unidades adquiridas de empresas diferentes. Havia pouca sinergia entre as operações. “No ano de 2023 ficamos focados em reduzir a complexidade das operações”, diz o CEO Leo Byrro.



Olhando para o futuro, há bons motivos para crer numa continuidade dos desafios — e da complexidade — do setor. O envelhecimento da população é uma realidade: com a natalidade em queda, o Brasil terá 55 milhões de idosos em 2040.

Para cada 100 brasileiros com menos de 15 anos, o país terá 153 habitantes acima dos 60 anos, boa parte deles com doenças típicas da terceira idade. O setor também deve ser pressionado por um uso crescente por parte dos jovens. A maior atenção à saúde mental vem provocando uma onda de diagnósticos de doenças como o transtorno do espectro autista, também conhecido pela sigla TEA.

Combate ao desperdício

Na Mercer Marsh Benefícios, consultoria global de serviços de saúde para empresas, a fatia de pacientes com TEA subiu de 1% da carteira de beneficiários com até 18 anos de idade em 2019 para 23% no ano passado. “Tudo isso indica uma pressão adicional para empresas e planos de saúde”, diz Marcelo Borges, diretor-executivo da consultoria no Brasil. “O combate ao desperdício no setor veio para ficar.”

Até pouco tempo atrás, uma expressão comum só nos discursos dos executivos do setor, a chamada “saúde preventiva”, deve ganhar força como estratégia de negócios

daqui para a frente. Quem já aposta na prática saiu ganhando.

Vide o caso da rede farmacêutica RaiaDrogasil, a terceira colocada nessa categoria. Nos últimos oito anos, a companhia transformou parte das lojas mais movimentadas em centros de serviços como aplicação de vacinas e de testes rápidos.

Na pandemia, a RaiaDrogasil foi uma das primeiras com os kits para testagem da covid-19. Hoje, a empresa é a maior aplicadora no país de vacinas como a contra o herpes-zóster, vírus causador de dor crônica, sobretudo em idosos.

Para além da guinada para os serviços, a RaiaDrogasil investiu em aplicativos para agilizar o atendimento na loja — a marcação de testes e vacinas, por exemplo, é feita online. Tudo isso reforçou o vínculo da marca com seu público, com mais visitas às lojas e gastos mais elevados.

“Um cliente convencional, por exemplo, vai 24 vezes ao ano à farmácia”, diz o CEO Marcílio Pousada. “Quem está no app vai, em média, 29 vezes.” Em 2023, a RaiaDrogasil faturou 36,3 bilhões de reais, alta de 25% em 12 meses. O lucro, de 1,1 bilhão de reais, expandiu 11%. “Digitalizar a relação com o cliente está na estratégia para o futuro da companhia”, diz Pousada.

EMPRESAS DE SAÚDE REGISTRAM ALTA DE ATENDIMENTOS MÉDICOS DEVIDO À PIORA DA QUALIDADE DO AR EM SP

Estadão – 17/09/2024

As queimadas ocorridas em várias regiões repercutem na saúde, aumentando sobretudo a incidência de problemas respiratórios.

Operadoras de planos de saúde e hospitais, incluindo Rede D'Or, Hapvida e Bradesco Saúde, registraram um aumento nos atendimentos médicos em suas redes de hospitais durante estes primeiros dias de setembro em decorrência das queimadas ocorridas em várias regiões do Estado de São Paulo.

Segundo a Rede D'Or, dona da SulAmérica, entre os 9 e 13 de setembro, os atendimentos de emergência e consultórios na Região Metropolitana de São Paulo aumentaram cerca de 15% em relação à semana anterior. No mesmo período, a capital paulista atingiu a pior qualidade do ar registrada nos últimos 40 anos, segundo o índice de qualidade de ar divulgado pela empresa suíça IQAir.

Já a Hapvida NotreDame Intermédica registrou um aumento de 30% em atendimentos de emergências respiratórias, de 1 a 12 de setembro, em comparação ao mês de julho deste ano. Em nota, a companhia afirmou, no entanto, que não é possível afirmar que essas internações estejam diretamente relacionadas às queimadas.

Bradesco Saúde, companhia controlada pelo Bradesco Seguros, que entrou no segmento hospitalar em 2021, também relatou ter visto um aumento de 16,3% nas internações clínicas por problemas respiratórios no País, de 1 de agosto a 12 de setembro de 2024, em comparação com o mesmo período de 2023. Apenas no Estado de São Paulo, o aumento foi de 30,5% no mesmo intervalo.

O País passa pela pior seca em sete décadas. A crise desencadeou incêndios florestais, majoritariamente criminosos segundo o governo, gerou ondas de fumaça, secou rios, dificultou o atendimento a comunidades isoladas e provocou problemas de saúde, especialmente respiratórios.

No domingo, 15, o Estado de São Paulo registrava 11 municípios com focos de incêndio florestal. Até agora, cinco focos foram controlados, conforme informado pela Defesa Civil. O esforço para conter as chamas envolve o Corpo de Bombeiros e o suporte de 15 aeronaves.

Os focos ativos que recebem suporte aéreo estão localizados em Bananal (Vale do Paraíba), Caconde, Espírito Santo do Pinhal, Mococa, na região de Campinas, Itirapuã (região de Franca) e Castilho (região de Araçatuba).

Diante da persistência do cenário, a Rede D'or informou ao Broadcast que tem adotado algumas medidas de alerta para a população, como fornecer orientação nas emergências quanto ao tratamento e já está com plano estabelecido de contingência caso aumentem as consultas.

Impacto nos resultados

Analistas de mercado avaliam que ainda é cedo para afirmar que este cenário terá impacto nos resultados do terceiro trimestre das companhias do setor, mas não descartam que haja um aumento da sinistralidade (MLR), indicador considerado uma chave para o desempenho operacional das operadoras médico-hospitalares, das companhias e também nos custos, considerando a alta nos atendimentos.

Os números do terceiro trimestre, no entanto, já são historicamente mais fracos porque os meses de abril a setembro são considerados períodos sazonais, em que o tempo mais frio leva ao aumento de doenças respiratórias, impactando negativamente o resultado financeiro das operadoras em comparação com o primeiro e o último trimestres.

Washington Alves, gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), já tinha afirmado há algumas semanas que há a expectativa de um recuo no resultado financeiro. Com a chegada do verão, a ANS espera que as companhias retomem os ganhos no quarto trimestre.

PROJETO PROIBE PLANOS DE SAÚDE DE CANCELAMENTO UNILATERAL

Agência Senado – 17/09/2024

Com foco na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde, o senador Styvenson Valentim (Podemos-RN) apresentou um projeto que busca impedir a rescisão unilateral de contratos durante tratamentos contínuos e estabelece novas regras para a manutenção de uma rede credenciada compatível.

O projeto (PL 3.264/2024) propõe alterações na lei que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde (Lei 9.656, de 1998). Atualmente, a legislação proíbe a suspensão ou rescisão unilateral do contrato durante a internação do titular, mas não se estende a outros tipos de tratamento contínuo.

A proposta expande essa proteção ao incluir a proibição de que as operadoras suspendam ou rescindam unilateralmente

os contratos não apenas durante internações, mas também durante tratamentos contínuos, como os necessários para doenças crônicas.

Além disso, o projeto determina que as operadoras devem manter uma rede credenciada que atenda adequadamente à demanda dos beneficiários. Caso a rede seja insuficiente no município do beneficiário, o plano de saúde deverá reembolsar integralmente os custos do atendimento em até 30 dias após a solicitação.

O senador mencionou uma decisão de 2022 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que determinou que as operadoras devem garantir a continuidade da assistência ao beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, mesmo após a rescisão unilateral do plano, desde que o beneficiário pague

as mensalidades. No entanto, essa decisão ainda não foi sumulada, o que deixa os beneficiários em situação de incerteza jurídica.

Styvenson aponta um aumento nos casos de rescisão unilateral de contratos por parte dos planos de saúde, o que tem resultado na interrupção de tratamentos críticos, agravando o estado de saúde dos pacientes e, em casos extremos, levando à morte. Um exemplo citado são os pacientes renais crônicos, que dependem de sessões regulares de hemodiálise. “A ausência desse tratamento pode rapidamente levar ao acúmulo de toxinas no corpo, resultando em complicações graves e possivelmente na morte.”

O parlamentar também destacou a sobrecarga imposta ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando beneficiários de planos de saúde privados recorrem ao sistema público devido à falta de prestadores credenciados. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 811 pacientes estão atualmente em tratamento de diálise no SUS, o que representa um custo de mais de R\$ 3,2 milhões ao sistema público. De acordo com ele, o projeto busca proteger

os direitos dos pacientes e evitar a sobrecarga do SUS, assegurando que os planos de saúde cumpram suas responsabilidades contratuais.

A questão dos cancelamentos unilaterais de planos de saúde tem mobilizado diferentes comissões do Senado. Na quarta-feira passada (21), a Comissão de Direitos Humanos (CDH) realizou uma audiência pública sobre o tema, onde representantes dos usuários que sofreram o cancelamento unilateral de planos de saúde pediram a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar esses cancelamentos. Além disso, apontaram a omissão da ANS diante dos abusos cometidos pelas operadoras.

Em junho, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) também realizou uma audiência pública para discutir este tema. Representantes dos usuários que sofreram o cancelamento unilateral defenderam a aprovação de um projeto de lei que estabeleça a “proibição total” desse tipo de rescisão. Por outro lado, representantes da saúde suplementar alegaram que a medida pode causar um “desequilíbrio financeiro” no setor, e pediram uma resolução que busque a sustentabilidade do sistema a longo prazo.

SAÚDE É O TERCEIRO SETOR MAIS ATACADO POR CIBERCRIMINOSOS

Saúde Debate – 16/09/2024

O setor de saúde está entre os principais alvos do cibercrime, representando uma ameaça que vai além do impacto financeiro, atingindo diretamente a continuidade dos cuidados aos pacientes. De acordo com o Relatório de Cibersegurança 2024 da Check Point, o setor é o terceiro mais atacado por cibercriminosos e o quarto mais afetado por ataques de ransomware no mundo todo. Para a NovaRed, uma das maiores empresas de cibersegurança da Ibero-América, a ameaça aos hospitais é particularmente grave devido à concentração de dados sensíveis e impactos na operação em caso de rupturas no funcionamento dos sistemas.

Segundo Adriano Galbiati, Diretor de Operações da NovaRed, o ransomware é a ameaça mais frequente. Nesse tipo de ataque, os hackers invadem o ambiente digital da organização, criptografam ou bloqueiam os arquivos e exigem um pagamento para liberar os dados.

“Em muitos casos, os cibercriminosos exploram as vulnerabilidades cibernéticas dos hospitais para acessar dados extremamente sensíveis dos pacientes, como informações de cartões de pagamento e registros de saúde. Quando se trata de figuras públicas, a repercussão das informações clínicas pode aumentar as chances de pagamento do resgate, embora essa seja uma alternativa altamente não recomendada”, explica Adriano.

A governança de dados deve ser uma das prioridades da organização hospitalar para mitigar os riscos de violação de informações confidenciais, paralisação das atividades e impacto negativo na sua credibilidade dentro do mercado. O especialista destaca que os desdobramentos de um incidente cibernético em um hospital vão além de questões financeiras, legais e reputacionais, podendo afetar a saúde dos pacientes. Segundo pesquisa do Ponemon Institute, instituto de pesquisa independente que promove o uso responsável de informações e práticas de gestão de privacidade em empresas e governos, a taxa de mortalidade pode aumentar

em até 20% após um ataque cibernético, além de quadros de piora em 57% dos casos.

“A cibersegurança no setor de saúde traz um ponto delicado por interferir diretamente no bem-estar dos seus pacientes, demandando maior rapidez na resposta ao incidente e um plano de contingência efetivo e amplamente testado”, complementa. Um caso recente de ataque do tipo ransomware aconteceu em um dos principais hospitais de Londres, que resultou no cancelamento de cirurgias, exames e transfusões de sangue. Para retomar as cirurgias e os procedimentos, o hospital precisou realizar uma campanha de doação do tipo sanguíneo universal, ‘O’ negativo, devido à falta de processamento de sangues correspondentes.

No entanto, Adriano alerta que, mesmo com planos de prevenção, as organizações hospitalares enfrentam desafios relacionados à maturidade digital e à crescente superfície de risco, devido ao número cada vez maior de dispositivos conectados em rede.

Principais desafios de cibersegurança em hospitais

Os hospitais costumam ter uma alta circulação de pessoas no ambiente, incluindo pacientes, visitantes e funcionários, o que torna a segurança física um desafio. O controle inadequado de acessos pode permitir que indivíduos não autorizados entrem em áreas sensíveis, como salas de servidores de TI. Nessas áreas, diversos pontos de rede são vulneráveis à instalação de dispositivos maliciosos, como “chupa-cabras”, que podem ser usados para invadir a rede hospitalar. Também há o risco dos computadores e dispositivos desprotegidos, com senhas visíveis ou até mesmo sem mecanismos de autenticação.

“Um problema recorrente é a priorização da praticidade em detrimento da segurança. Profissionais de saúde frequentemente veem leitores biométricos e a autenticação multifator (MFA) como obstáculos à eficiência do

atendimento. Precisamos fomentar uma cultura de segurança que mostre que essas medidas são essenciais para proteger o trabalho dos profissionais a longo prazo, e não para atrapalhá-los”, destaca Adriano.

A proteção de ativos de Tecnologia Operacional (OT) em hospitais se torna mais complexa com o aumento do número de dispositivos médicos conectados, essenciais para a operação de procedimentos. “A falta de monitoramento e atualização desses dispositivos, especialmente em organizações de saúde que não possuem uma área de cibersegurança estruturada, eleva a vulnerabilidade cibernética”, ressalta.

Medidas de melhoria

Adriano Galbiati destaca algumas medidas principais para fortalecer a cibersegurança em hospitais:

- Políticas rigorosas de segurança e gestão de acessos: Limitar o acesso a áreas sensíveis com o uso de biometria ou reconhecimento facial e definir políticas de senha fortes para os colaboradores.
- Segmentação de rede: Separar sistemas críticos das redes usadas por visitantes, dificultando a propagação de ataques.

- Monitoramento e resposta a incidentes: Implementar sistemas de monitoramento que permitam prevenir e agilizar a resposta a comportamentos anômalos na rede OT.

- Atualizações regulares de segurança: Manter uma regularidade nas atualizações de segurança para corrigir vulnerabilidades antes que se tornem um ponto de ataque, além de substituir ou isolar dispositivos antigos.

- Plano de continuidade de negócios (BCP): Estabelecer processos para a recuperação rápida em caso de ataque cibernético, evitando a necessidade de pagamento de resgate e garantindo a retomada das atividades.

- Treinamento da equipe: Para garantir a adesão às políticas de segurança, é fundamental educar e conscientizar todos os colaboradores sobre a importância da cibersegurança por meio de treinamentos e simulações de ataque.

- Parcerias estratégicas: Em hospitais privados, trabalhar com consultorias especializadas em cibersegurança ajuda a suprir lacunas internas e a traçar um plano eficiente de prevenção e resposta a incidentes.

“O investimento em cibersegurança no setor de saúde é um pilar crucial para a continuidade do negócio e para a mitigação dos riscos aos pacientes”, finaliza Adriano.

TRATAMENTO INADEQUADO EM CRIANÇAS AUTISTAS LEVA A AÇÕES NA JUSTIÇA, TRAUMAS A FAMÍLIAS E PREJUÍZO A PLANOS

CNN Brasil – 16/09/2024

De janeiro a agosto deste ano, a Agência Nacional de Saúde (ANS) recebeu mais de 10 mil reclamações relacionadas a tratamentos de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com até 12 anos.

A depender da indicação médica, pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) precisam ser atendidos por médicos especialistas. O que seria algo rotineiro, virou uma dor de cabeça para William Bezerra, pai de uma criança de 7 anos diagnosticada com autismo.

“O plano de saúde disponibilizava profissionais que não tinham especialização em autismo. Por diversas vezes eu ouvi do profissional que não tinha o que fazer, já que ele era, por exemplo, só um psicólogo de criança, sem formação específica sobre o transtorno”, relata à CNN.

Bezerra teve que pagar por conta própria profissionais especializados para garantir o tratamento indicado ao filho. Depois de um ano, ele ganhou uma ação na Justiça e passou a contar com os profissionais do plano de saúde.

Casos como os de Bezerra integram uma lista de mais de 10 mil reclamações relacionadas ao tratamento Transtorno do Espectro Autista (TEA) entre crianças com até 12 anos, em todo o país. Os números são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compilados entre janeiro e agosto deste ano.

Este foi o segundo maior número de reclamações registrado nos últimos cinco anos. Em 2019, a ANS recebeu 1,1 mil

reclamações. Em todo o ano passado, a Agência recebeu o maior número de demandas no período: 15,2 mil.

A elevada quantidade de reclamações contra operadoras de saúde reflete o aumento nas ações judiciais envolvendo o tratamento para autismo.

Segundo dados do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), 69% das ações envolvendo terapia para tratamento de autismo levaram à condenação dos planos de saúde no período de 2018 a 2021 — 11% dos pedidos de condenação foram negados.

O elevado número de judicializações tem provocado um impasse no setor da saúde, segundo especialistas da área ouvidos pela CNN.

“Houve um aumento da judicialização desses tratamentos multidisciplinares, que envolvem o Transtorno do Espectro Autista. Elas ocorrem principalmente por indicação de tratamentos que não são englobados por planos de saúde”, explica Emerson Medeiros, advogado do escritório Toro e especialista na defesa de operadoras de saúde.

Ele destaca que o fenômeno coloca em risco a capacidade das operadoras em oferecer o tratamento às crianças do espectro autista.

Orientações de tratamento

Parte dos casos judicializados envolve pedidos sem conformidade com as normas estabelecidas aos planos,

pontua a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Os clientes questionam a negativa dos planos de saúde sobre pedidos de tratamento sem que haja apresentação, por exemplo, de laudo médico que comprove o diagnóstico de TEA.

O diretor técnico-médico da Abramge, Cássio Ide Alves, destaca à CNN que é preciso não apenas assegurar que o diagnóstico esteja correto, como também entender qual é a frequência necessária de tratamento.

“A gente tem que pensar nas crianças, isso está levando-as ao prejuízo. Elas podem estar submetidas a uma frequência de terapias desnecessária.”

Alves alerta ainda sobre a orientação equivocada quanto ao tratamento das crianças autistas, o que leva as famílias, muitas vezes, a buscarem acordos judiciais.

Este também é o caso de Ingrid Monte, ativista da causa autista e mãe de uma criança de oito anos diagnosticada com TEA. Ela conta que passou a enfrentar dificuldades quando teve que mudar de plano de saúde.

Monte fez um acordo para entrar no novo plano sem carência e arcou com um custo ainda mais elevado que o esperado para garantir o tratamento ao filho.

Apesar de já pagar caro, ela enfrenta problemas e já entrou com processo judicial contra o plano. Um dos tratamentos receitados ao filho de Ingrid, a terapia ocupacional de integração social, não estava inclusa no que era oferecido pelas clínicas do plano de saúde. Com isso, ela passou a pagar por conta própria o tratamento do filho e só teve a garantia da terapia, pela cobertura do plano, quando entrou com ação na Justiça.

Ela destaca ainda que muitas mães deixam de judicializar por medo do plano descredenciar a criança ou até mesmo por não terem condições financeiras de contratar um advogado. “Eu falo por muitas mães: a gente não quer luxo. A gente quer resultado e mensuração. Queremos clínicas funcionais”, destaca.

Ingrid Monte conta ainda que teve dificuldade em garantir o período de tratamento receitado por médicos à criança. O filho de Ingrid tem receita para receber 20 horas semanais.

“Meu filho precisa deste tempo de terapia ABA, mas as clínicas não querem atender essa carga horária e não querem trabalhar tudo isso”, afirma.

Sobre casos mais extremos da receita de carga horária de tratamento, o advogado Emerson Medeiros destaca que existem casos de processos contra operadoras quando famílias consultam, principalmente, médicos particulares que solicitam tratamento de até 100 horas semanais.

Ele explica que inserir crianças em tratamento clínico de mais de dez horas diárias pode colocar em risco a inclusão social e interação familiar delas — elementos essenciais ao bem-estar e desenvolvimento de todos os seres humanos.

“Nestes casos, a gente pede ao juiz para fazer uma perícia médica para checar se o pedido está de acordo. E geralmente as operadoras ganham a ação nesse contexto.”

Medeiros explica ainda que, em busca de determinar uma elevada carga horária de tratamento, profissionais indicam o acompanhamento das crianças em atividades fora do ambiente de saúde. Segundo o especialista, isso não é responsabilidade do plano.

“No caso do acompanhamento escolar, por exemplo, geralmente o Ministério da Educação oferece os profissionais, já que extrapola o ambiente clínico e, conseqüentemente, do plano de saúde. Nestes casos, via de regra, o tribunal entende que não é obrigação da operadora”.

Eficácia de tratamento e falta de diretriz

A Associação Brasileira de Planos de Saúde também levanta preocupação sobre a eficácia dos tratamentos.

Conforme decisão da ANS, de junho de 2022, terapias com os métodos Applied Behavior Analysis (ABA), Denver e Integração Sensorial, entre outras, passaram a ser contempladas na saúde suplementar.

Deste modo, o diretor técnico-médico da Abramge indica que é preciso considerar, para o tratamento das crianças com o transtorno, apenas os métodos com eficácia cientificamente comprovada. Segundo ele, frequentemente este ponto é colocado em risco pela falta de uma diretriz oficial clara.

“Isso é uma preocupação das operadoras, porque a gente tem uma responsabilidade solidária aos beneficiários. Se é oferecido um tratamento irresponsável, a gente não pode se omitir”, destaca.

Quem se beneficia da ausência dessas diretrizes, segundo fontes do setor ouvidas pela CNN, são as clínicas de tratamento. Muitas vezes, o tratamento estabelecido pelo médico é diferente do realizado e determinado pela clínica.

“Sem uma diretriz de organização clara, muitas clínicas vão usar o subterfúgio para ter mais lucro. O importante é entender que o maior prejudicado nisso é a própria criança”, afirma Alves.

Famílias buscam profissionais qualificados

Dado o diagnóstico preciso e a indicação de um tratamento com eficácia científica comprovada, um ponto pelo qual as famílias buscam maior apoio é a garantia de profissionais qualificados para o tratamento para as crianças autistas.

A Resolução Normativa 539, publicada pela ANS em 2022, definiu que “para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente”.

A advogada Carla Bertin, CEO da Autismo Legal, relata o baixo número de especialistas em tratar o espectro autista disponíveis nos planos de saúde.

“Quando a gente fala a respeito dessas especificidades, principalmente falando sobre a análise do comportamento, a quantidade de profissionais oferecidos pelo plano de saúde diminui muito, porque normalmente eles oferecem profissionais generalistas.”

Depois de um longo período contando com o tratamento ao filho, William Bezerra recebeu a notícia de que a operadora optou, sem consultá-lo, pelo encerramento do plano de saúde. A decisão só foi revertida, mais uma vez, por meio de ação judicial.

Mas ele não foi o único a enfrentar o problema. Segundo dados da ANS, de janeiro a agosto de 2024 foram feitas 337 reclamações sobre suspensão e rescisão contratuais relacionadas ao tratamento de TEA em crianças de até 12 anos.

Bertin, da Autismo Legal, indica que esta não é uma decisão válida diante do estabelecido por lei. “O STJ tem uma decisão dizendo que pessoas que estão em tratamento não podem ter o plano cancelado.”

BRASILEIROS COM PLANOS DE SAÚDE SE CONSULTAM E SÃO INTERNADOS MENOS, MAS FAZEM MAIS EXAMES

O Globo – 15/09/2024

Entre 2019 e 2023, os brasileiros com planos de saúde fizeram menos consultas e foram menos internados em hospital, mas se submeteram mais a exames e a atendimentos ambulatoriais.

Essas afirmações podem ser feitas a partir de um estudo inédito da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), que será lançado nos próximos dias. A br para o levantamento são dados da ANS.

Aos números: eram seis consultas por pessoa em 2019 e caiu para 5,5 em 2023; foram 0,193 internações por pessoa há cinco anos e, no ano passado, foram 0,189; já os exames passaram 19,8 para 23 por pessoa em 2023, e os atendimentos ambulatoriais, de 3,7 por pessoa para 3,9 no período.

A propósito, o tempo de permanência dos internados nos hospitais é hoje o menor da série histórica, que começou em 2012. Em média, 4,1 dias.

PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS SE UNEM PARA REDUZIR CUSTOS: ENTENDA O NOVO MODELO PARA O CONSUMIDOR

O Globo – 15/09/2024

Consolidação avança no setor de saúde privada em busca de ganho de escala e alívio na pressão por reajustes.

Rede D’Or e SulAmérica, Bradesco e Fleury, Amil e Dasa, aliança de hospitais filantrópicos em São Paulo. A consolidação intrassetorial na saúde privada avança e começa a transformar a forma como esse mercado opera e oferece produtos ao consumidor.

É um movimento ancorado em ganho de escala, eficiência e controle de custos, e que tende a aliviar as pressões sobre o reajuste nos planos de saúde. Mas não está claro ainda se, no futuro, poderá direcionar os usuários a ter seu atendimento concentrado em grupos específicos de hospitais, clínicas e seus profissionais.

A busca por parcerias entre planos e hospitais foi impulsionada pelo salto nas despesas de assistência, sobretudo após a pandemia, quando muitos usuários retomaram a busca por atendimentos de saúde represados.

O setor ficou no vermelho desde 2021 e só agora, no primeiro semestre deste ano, as operadoras de planos médico-hospitalares tiveram o primeiro resultado operacional positivo desde então, com as receitas superando as despesas em R\$

2,4 bilhões, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na ponta do consumidor, isso significou anos seguidos de reajustes acima da inflação. Em 2024, nos planos coletivos, a alta foi de 13,8%.

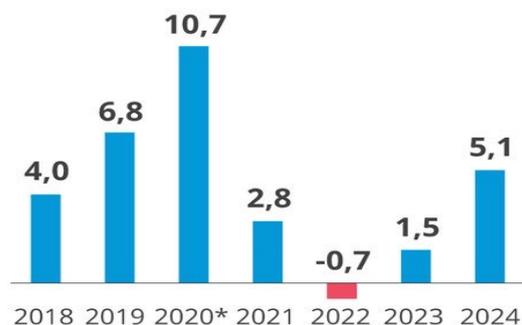
As aquisições, sociedades e joint ventures concluídas no setor refletem esse cenário de busca por uma maior sustentabilidade financeira. Vinicius Figueiredo, analista de Saúde do Itaú BBA, explica que a operação de saúde em rede fechada — quando o atendimento do paciente dos planos acontece em hospitais e clínicas próprios da operadora — reduz os custos pelo maior controle da empresa sobre toda a jornada do usuário. Mas esses ganhos também podem vir através de outros modelos.

— Quando você tenta trazer mais eficiência, não precisa comprar um hospital. Pode ser uma estratégia mais contratual, como fechar um pacote entre plano de saúde e rede hospitalar no qual os usuários ficam fidelizados, e os preços se tornam mais vantajosos para a operadora, já que há previsibilidade maior dos custos na negociação com o prestador.

Os números do setor

Lucro líquido dos planos de saúde no primeiro semestre

Em R\$ bilhões

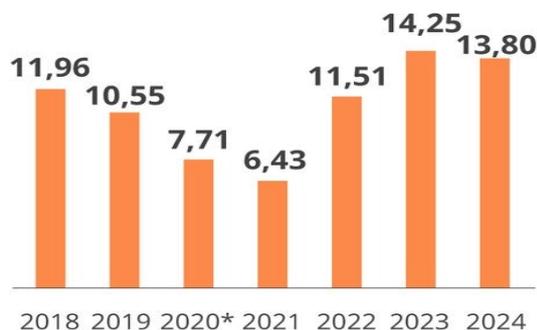


*Pandemia da Covid-19

Fonte: ANS

Reajustes médios dos planos coletivos (até maio)

Em %



Custo alto na livre escolha

Mário Vasconcelos, líder de Saúde da Accenture Brasil, argumenta que o modelo tradicional de saúde privada no país, em que o usuário tem livre escolha para hospital e médicos de referência, gera um custo muito alto:

— É uma baixa gestão da saúde. Muitas vezes o usuário toma decisões equivocadas ou que não são necessárias, vai a um pronto-socorro ou hospital de alta complexidade quando o problema poderia ser resolvido numa consulta virtual ou num médico de família, o que reduziria custos.

Ele vê no mercado ainda muito espaço para mais consolidações e parcerias:

— As três maiores redes de saúde do Brasil, Hapvida, Rede D'Or e Dasa, respondem por só 20% dos leitos disponíveis do país.

Ampliar o acesso

Marcos Novais, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), diz que a entidade é “entusiasta desse modelo de integração entre prestadores e pagadores”:

— Há modelos sendo testados para dar conta do formato de acesso à saúde privada que escolhemos no país. Quando integra, deixa-se de olhar para o retorno e passa-se a olhar para a demanda. Acordos e parcerias estratégicas entre empresas devem gerar resultados positivos e ampliar acesso.

Figueiredo, do Itaú BBA, pondera que o setor viveu, desde 2021, “forte deterioração” por erros de precificação na volta dos procedimentos postergados pela pandemia, além de mudanças regulatórias que tornaram a cobertura dos planos mais ampla:

— As operadoras, além de repassar reajustes superaltos aos consumidores, começaram a pressionar os hospitais para mudar prazos e negociar pagamentos. É um caminho de tentar “dividir as dores”.

Antônio Britto, diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados, diz que a estratégia das operadoras encurtou o caixa dos hospitais. O prazo de pagamento foi de 70 dias, em 2022, para 110 dias agora:

— Com o resultado das operadoras, esperamos melhora nisso. Veremos mais desses novos arranjos empresariais que permitam estabelecer projetos em comum. Há demanda, necessidade de expansão, e o custo do capital está muito elevado. Um acordo entre hospital e operadora traz uma garantia de demanda.

ócio-líder de Health Sciences & Wellness da EY Brasil, Leandro Berbert lembra que a consolidação no setor surgiu como forma de entregar um serviço com mensalidade menor. Mas diz que é difícil usar esse modelo no segmento premium. Até porque os movimentos recentes de parcerias e aquisições envolvem empresas de rede aberta (hospitais e clínicas que atendem a clientes de diferentes planos).

— Houve uma primeira onda de consolidação em medicina diagnóstica. Depois veio a dos hospitais e, por fim, entre operadoras. Parte delas atua em modelo no qual o cliente só é atendido na sua própria rede e (a empresa) comprou outras operadoras e ativos para ser competitiva. E isso mexe com os hospitais — diz Berbert.

Até 2016, havia entre 15 e 25 operações de fusão e aquisição no setor ao ano. Em 2018, foram 54, e no ano seguinte, 73. Isso aqueceu o preço dos ativos e atraiu investidores. Teve início um movimento de abertura de capital em Bolsa — vieram ofertas públicas de ações (IPOs) como as de Hapvida, entre as operadoras, e Rede D'Or, entre os grupos hospitalares.

A Hapvida é a operadora de maior rede fechada no país. Suas subsidiárias, incluindo a NotreDame Intermédica, adquirida em 2022, têm taxas de reajuste menores que as de suas principais concorrentes, segundo analistas.

A pandemia interrompeu o movimento de fusões e aquisições. E, na sequência, vieram as operações intrasetoriais. Em 2021, a Bradesco Diagnósticos entrou no Fleury, detendo hoje um quarto do capital social da rede de laboratórios. No ano seguinte, a SulAmérica foi comprada pela Rede D'Or que, este ano, anunciou parceria com o Bradesco Saúde, originando a Atlântica D'Or. O grupo investe, de largada, em três hospitais, em Macaé, no Norte Fluminense, e Alphaville (Barueri) e Guarulhos, na Grande São Paulo.

Por meio da Atlântica, a Bradesco Saúde também fechou sociedade com Beneficência Portuguesa de São Paulo e Fleury, num negócio de oncologia. E firmou parceria com o Albert Einstein para construir um hospital de 300 leitos na Zona Sul da capital paulista. Criada em 2021, a empresa já tem 15 unidades.

— As parcerias visam ampliar o acesso a cuidados de alta qualidade e criar soluções que atendam à crescente demanda por serviços médicos, inclusive fora dos grandes centros. Melhoram a eficiência e garantem a sustentabilidade a longo prazo — afirma Carlos Marinelli, diretor-presidente da Bradesco Saúde.

A rede mineira Mater Dei, com dez hospitais em três estados, é uma das que firmaram parcerias com a Bradesco Saúde. A empresa fechou uma joint venture com a operadora para a construção de um hospital de 250 leitos em Santana, bairro da Zona Norte de São Paulo, primeira unidade da rede no estado.

Com 49% da sociedade, a Mater Dei entrará com a gestão hospitalar, enquanto a seguradora cuida da construção do espaço, num terreno que já pertencia ao grupo. José Henrique Salvador, CEO da rede, diz que a parceria dá mais segurança financeira na expansão da empresa para uma nova praça:

— Nosso mercado já esteve muito tensionado, com operadoras de um lado, e hospitais de outro, mas o que todos querem é a sustentabilidade e o crescimento do setor. Ao lançar um projeto como esse, prezamos por uma relação de confiança e transparência entre as partes, onde o hospital se torna um alavancador de vendas do plano para mais vidas, e o prestador ganha na diminuição do risco financeiro, por um alinhamento mais próximo com quem paga a conta hospitalar, que é a operadora de saúde. É uma oportunidade ganha-ganha.

Parceria filantrópica

Em meio ao cenário de parcerias, em junho, seis hospitais de São Paulo - A.C.Camargo Cancer Center, Beneficência

Portuguesa, HCor, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Moinhos de Vento e Sírio-Libanês - criaram a Associação dos Hospitais Filantrópicos Privados (Ahfip).

— O objetivo é aprofundar discussões e propostas sobre o setor em parceria com agências reguladoras, operadoras de planos de saúde de saúde e demais integrantes do sistema — diz José Marcelo de Oliveira, presidente do Conselho da Ahfip e CEO do Oswaldo Cruz.

Cidades do interior

O UnitedHealth Group vendeu no fim de 2023 a Amil para José Seripieri Jr., fundador da Qualicorp. Em meados do ano, Amil e Dasa anunciaram uma joint venture para a criação de um gigante hospitalar no país, ficando atrás apenas da Rede D'Or.

“Espera-se que a Amil, com 3,2 milhões de beneficiários, tenha presença maior na rede hospitalar combinada, (...) aumentando o poder de negociação com planos de saúde terceiros, especialmente nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro”, segundo relatório do Itaú BBA.

Em outro relatório, o Itaú BBA descreve os projetos da Atlântica D'Or em Macaé, Guarulhos e Alphaville como apostas em microrregiões, não em cidades, onde há br relevante de usuários de SulAmérica e Bradesco Saúde, ausência da presença consolidada de um concorrente do grupo hospitalar e menor uso de operadoras com rede fechada (que só atendem os clientes em instalações próprias).

— Em várias regiões, SulAmérica e Bradesco são planos de saúde fortes. E a gente acaba podendo crescer com a solidez dessas duas empresas, implementar um hospital de referência para toda a região — diz Rodrigo Gavina, CEO dos Hospitais da Rede D'Or.

Com 11.900 leitos no país, a Rede D'Or tem mais 5.400 a serem entregues nos próximos quatro anos. Gavina afirma que a operação da SulAmérica ocorre “da forma mais dividida possível”. E que o foco está em garantir efetividade do sistema sem desperdício, mas não só para a SulAmérica:

— A gente não quer verticalizar, mas você quebra a desconfiança que existe no setor (entre hospitais e planos). Acho que o Bradesco acabou entendendo isso, vai-se fazendo coisas positivas para os dois. Não se trata de privilegiar rede. Pode até passar por isso, desde que faça sentido para todo mundo, principalmente para quem paga a conta. Se amplia volume, tem preço melhor.

Um alto executivo do setor frisa que é preciso usar ao máximo a capacidade das redes próprias, pois isso reduz despesas e traz eficiência:

— Entendo que um sócio investidor deve ter um benefício no uso daquela rede. Um pequeno desconto faz grande diferença.

CPI DA ALERJ DOS PLANOS DE SAÚDE VAI CONVOCAR REPRESENTANTES DA UNIMED | AGÊNCIA BRASIL (EBC.COM.BR)

Agência Brasil – 13/09/2024

Grupo abrange maior número de beneficiários do estado

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), destinada a investigar planos de saúde que cancelam unilateralmente contratos com pessoas com deficiência, decidiu nessa quinta-feira (12) que serão convocados a depor todos os responsáveis pelas representações locais do sistema Unimed, que abrange o maior número de beneficiários do estado.

A decisão foi encaminhada pelo presidente do colegiado, deputado Fred Pacheco, após depoimento do gerente jurídico da Unimed-Ferj, Carlos Finhani. Ele prestou depoimento no lugar do presidente da empresa, João Alberro da Cruz, que embora convocado, disse que não compareceria à audiência.

O executivo afirmou que a empresa só responde juridicamente pelos clientes da sua carteira e da Unimed-Rio, cujos beneficiários foram absorvidos em abril deste ano. E que, por isso, não tem o poder de tomar decisões nem de propor soluções em nome das demais representações da Unimed que atendem no restante do estado. "Se a Unimed-Ferj não pode responder pelas empresas singulares, então a gente vai chamar cada um dos responsáveis por elas pra que

possamos encaminhar soluções e compromissos a fim de preservar a vida dos beneficiários", afirmou Pacheco.

Finhani reconheceu que há falhas no cumprimento de decisões judiciais contra os cancelamentos unilaterais de contratos e de pagamento de profissionais credenciados, fruto da absorção da carteira de cerca de 480 mil beneficiários da Unimed Rio, que havia entrado em Regime de Direção Fiscal pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Em razão disso, a Unimed-Ferj se comprometeu a criar um canal direto com a Comissão da Pessoa com Deficiência da Alerj. A ação tem como objetivo resolver, segundo Finhani, casos mais graves num prazo de até 24 horas.

"Quero lembrar que todos que aqui depõem estão sob o compromisso da verdade. Se há essa promessa, nós vamos encaminhar os casos e cobrar a solução imediata", esclareceu Pacheco, que também preside a Comissão de Pessoas com Deficiência.

Durante a 5ª Reunião Ordinária, ficou decidida a prorrogação da CPI por mais 60 dias. O prazo original para o encerramento dos trabalhos era 29 de setembro.

INDÚSTRIA DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES PEDE ALTERAÇÕES NA REFORMA TRIBUTÁRIA NO SENADO

Saúde Business – 13/09/2024

Texto aprovado pela Câmara dos Deputados traz distorções significativas para o setor de dispositivos médicos, contrariando a Emenda Constitucional que previa um regime diferenciado de tributação para esses produtos essenciais.

Representantes da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS), da Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde (ABRAIDI), da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (ABIMO) e da Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para Saúde (ABIMED) participaram, nesta quinta-feira (12/09), de uma audiência pública promovida pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) no Senado, em Brasília. O encontro abordou os impactos da Reforma Tributária nos setores da saúde e educação. A sessão foi conduzida pelo senador Izalci Lucas (PL-DF), coordenador do grupo de trabalho que analisa a regulamentação da Reforma.

Hella Gottschefsky, consultora jurídica da ABIIS, destacou que a tributação de dispositivos médicos e insumos afeta toda a cadeia de prestação de serviços de saúde, exigindo uma análise cuidadosa por parte dos senadores. "Como está, a Reforma não facilitará o acesso à saúde, mas criará barreiras adicionais, limitando a inovação e aumentando os custos, o que prejudica tanto os pacientes quanto o setor", alertou.

Propostas da ABIIS para reduzir impactos da Reforma Tributária

Entre as reivindicações apresentadas, estão o cumprimento da Emenda Constitucional que prevê uma redução de 60% na alíquota padrão de dispositivos médicos e a isenção total para itens específicos, a não tributação de operações intermediárias e uma metodologia adequada para a atualização das listas de dispositivos médicos com regime diferenciado.

"Decidiu-se trabalhar com listas: uma para dispositivos com redução de 60% na alíquota e outra para aqueles com alíquota zero. Entretanto, todos os outros produtos médico-hospitalares, essenciais para a preservação da saúde, serão integralmente tributados. Isso afetará desde hospitais locais até grandes redes, como Unimed e Santa Casa, que terão de adquirir esses produtos com 100% de tributação. Essa distorção precisa ser corrigida", explicou Gottschefsky. Ela também alertou que a metodologia de atualização das listas impõe limitações, já que só permite a inclusão de novos dispositivos se eles não existirem na data da última atualização. "Todos queremos diagnósticos mais rápidos e melhores tratamentos, mas esse mecanismo tributário impede a inovação, o que afeta o desenvolvimento da indústria brasileira", acrescentou.

Em julho, a Câmara dos Deputados aprovou o PLP 68/2024, que agora está em análise na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ). A CAE segue promovendo

debates sobre a regulamentação, que já conta com mais de mil emendas propostas.

A REGULAMENTAÇÃO DO CARTÃO DE DESCONTO: PERSPECTIVAS E REFLEXÕES

Saúde Business – 13/09/2024

Com a crescente demanda por alternativas acessíveis à saúde suplementar, a decisão do STJ de atribuir à ANS a regulação dos cartões de desconto levanta discussões sobre os desafios e oportunidades que a medida trará para o setor.

No contexto brasileiro, a saúde suplementar surgiu como uma resposta à demanda por serviços médicos de qualidade e à necessidade de redução das filas e do tempo de espera no sistema público. Hoje, 51 milhões de pessoas têm acesso a planos de assistência médica e podem contar com uma ampla rede de hospitais e profissionais de saúde, mas esse número ainda representa apenas 25% da população.

Dentro desse cenário, é crescente a demanda por serviços de saúde mais acessíveis, o que tem impulsionado significativamente o mercado de cartões de benefícios de saúde, produtos que oferecem uma solução viável, permitindo acesso a consultas, exames e procedimentos médicos com descontos substanciais, sem a necessidade de mensalidades elevadas e períodos de carência, comuns nos planos tradicionais.

Esses produtos garantem descontos em estabelecimentos como farmácias, clínicas e hospitais à população desassistida de saúde suplementar. Nesse mercado, existem pelo menos 40 milhões de usuários, e os cartões vêm sendo cada vez mais explorados pelas clínicas populares e por empresas que trabalham com essas modalidades de acesso à saúde privada.

É importante ressaltar, no entanto, que os cartões de desconto não são planos de saúde. Eles oferecem descontos em procedimentos médicos, mas não cobrem atendimentos emergenciais e internações. Alguns cartões podem até oferecer atendimento online em casos de emergência, mas isso não substitui um plano de saúde para situações de urgência.

O crescimento desse robusto mercado, ainda não regulado, vem chamando a atenção, e a recente decisão da 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) - AgInt no AREsp n.

2.183.704 - atribuindo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o papel de regular e fiscalizar os cartões de desconto, tem provocado um amplo debate sobre os possíveis impactos dessa medida para os consumidores e para o mercado.

Não se pode ignorar que o número de usuários desse tipo de produto é muito expressivo, e uma regulação nos mesmos moldes dos planos de saúde poderia resultar no encarecimento substancial dos produtos ofertados, com risco de comprometer o acesso dos consumidores a esse tipo de serviço.

Por outro lado, é preciso considerar que a regulação pode proporcionar maior segurança aos consumidores e até mesmo a integração entre essas operadoras de perfis tão distintos (planos de saúde e cartões de desconto), possibilitando o oferecimento de novos produtos e soluções mais eficientes, de acordo com a realidade de cada consumidor.

Apesar de ainda não ser possível apurar exatamente quais serão os impactos da futura regulação, existe a expectativa de que a fiscalização pela Agência possa garantir maior segurança e transparência para os usuários desses serviços, tornando esse mercado ainda mais atrativo.

Sobre o tema, o Diretor-Presidente da ANS, Paulo Rebelo, tem se pronunciado, apontando para a possibilidade de criar uma "sandbox regulatória", que funciona como um ambiente controlado onde novas regras e modelos de negócios podem ser testados, permitindo avaliar como o mercado iria evoluir e quais seriam as medidas regulatórias adequadas.

De toda forma, a regulação dos cartões de desconto, sem dúvida, será um desafio que demandará equilíbrio. Será necessário garantir que os consumidores tenham acesso a serviços de qualidade e a preços justos, sem comprometer a acessibilidade desses serviços para uma parcela significativa da população.

HOME CARE E A INSEGURANÇA JURÍDICA ENTRE PLANOS DE SAÚDE E PACIENTES

Jornal de Araraquara – 12/09/2024

O home care, nos últimos anos, está no eixo das polêmicas e batalhas jurídicas entre operadoras de planos de saúde e os consumidores. Esse fenômeno reflete uma série de ações que desaguam no Judiciário todos os meses por usuários que buscam a cobertura de tratamento médicos domiciliares.

O conceito de home care refere-se ao atendimento médico realizado na residência do paciente, oferecendo desde cuidados básicos, como assistência em atividades diárias, até tratamentos complexos, como reabilitação e suporte médico contínuo. O serviço é uma alternativa atraente à internação hospitalar, proporcionando um ambiente mais confortável e reduzindo o risco de infecções hospitalares. Além disso, o

home care pode ser mais econômico, dependendo do tipo e duração do tratamento necessário.

Um dos fatores que contribuem com esse cenário de judicialização é que a população brasileira está envelhecendo rapidamente, o que aumenta a demanda por cuidados prolongados e especializados. Pacientes com doenças crônicas, condições neuromusculares, e aqueles que necessitam de ventilação mecânica frequentemente precisam de home care. Esse crescimento na demanda tem levado a um aumento das solicitações judiciais para garantir que os planos de saúde cubram esses serviços.

E as brigas judiciais crescem dentro de um contexto de insegurança jurídica do mercado, pois os contratos não especificam claramente a cobertura para serviços domiciliares e as operadoras argumentam que o atendimento não está previsto ou excede o que consideram razoável ou financeiramente viável. Isso leva os pacientes e suas famílias a buscarem a justiça para garantir o acesso aos cuidados necessários.

Assim, a divergência entre o que é coberto pelos planos e o que os pacientes necessitam tem se intensificado. Nos últimos cinco anos, a jurisprudência tem demonstrado um aumento expressivo nos processos relacionados ao home care. As decisões judiciais muitas vezes são solicitadas para

garantir que os planos de saúde forneçam tratamento domiciliar para condições complexas, o que tem sobrecarregado o sistema judiciário. Os juízes enfrentam o desafio de interpretar questões técnicas e médicas frequentemente sem regulamentação clara, resultando em decisões muitas vezes conflitantes e que podem levar a incertezas quanto à aplicação das leis.

Para os pacientes, a judicialização pode garantir o acesso a cuidados essenciais, mas o processo pode ser longo e desgastante. A concessão de liminares, que podem ser decididas rapidamente, é uma solução temporária que ajuda a evitar complicações, mas não elimina a necessidade de uma resolução definitiva.

Seria ideal, para enfrentar esses desafios de maneira mais eficaz, promover uma maior clareza regulatória e desenvolver políticas de mediação que possam ajudar a resolver disputas antes que se tornem processos judiciais. Investir em soluções alternativas e políticas que incentivem a transparência e a comunicação entre planos de saúde e pacientes pode contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e justo.

Mas, enquanto não temos nenhuma movimentação regulatória para definir o tema, a judicialização tem sido a única alternativa para garantir um tratamento domiciliar digno.

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS TÊM ALTA DE 12,8% NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM CINCO ANOS

IESS – 11/09/2024

Entre 2019 e 2023, o grupo de outros atendimentos ambulatoriais, que inclui, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos apresentou alta de 12,8% no número de procedimentos. Durante o período, passou de 174,4 milhões para 196,7 milhões.

As informações são do recente estudo do IESS “Panorama da Saúde Suplementar Brasileira: 2019 a 2023 - Análise do Mapa Assistencial da ANS”. De acordo com o levantamento, houve queda nos atendimentos apenas no período de pandemia 2020 e 2021. Nos anos seguintes, no entanto, entre 2022 e 2023 houve alta de 10,7% superando inclusive o resultado de 2019.

A análise mostra ainda que, entre 2022 e 2023, os procedimentos médico-hospitalares passaram de 1,6 para 1,7 bilhão no Brasil – aumento de 7,5%, considerando os grandes grupos de assistência na saúde suplementar (nos últimos cinco anos o crescimento foi de 18,5%).

No mesmo período, as terapias tiveram aumento significativo de 19,7%, saltaram de 66,8 milhões para 79,9 milhões de um ano para o outro, respectivamente.

Para acessar o estudo, na íntegra, [clique aqui](#).

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.