



Valor
em saúde:
do conceito
à prática.

29°
SUESPAR

▶ Saúde Suplementar: Cenário Futuro

Vera Valente

Diretora-executiva da FenaSaúde

Unimed 
Paraná

A FenaSaúde



Allianz 

amil

 bradesco
saúde

G A M A

 Golden Cross

 Itaú Seguros

 MetLife

 odontoprev

 Omint
SAÚDE E SEGUROS

 Porto Saúde

 SEGUROS
Unimed

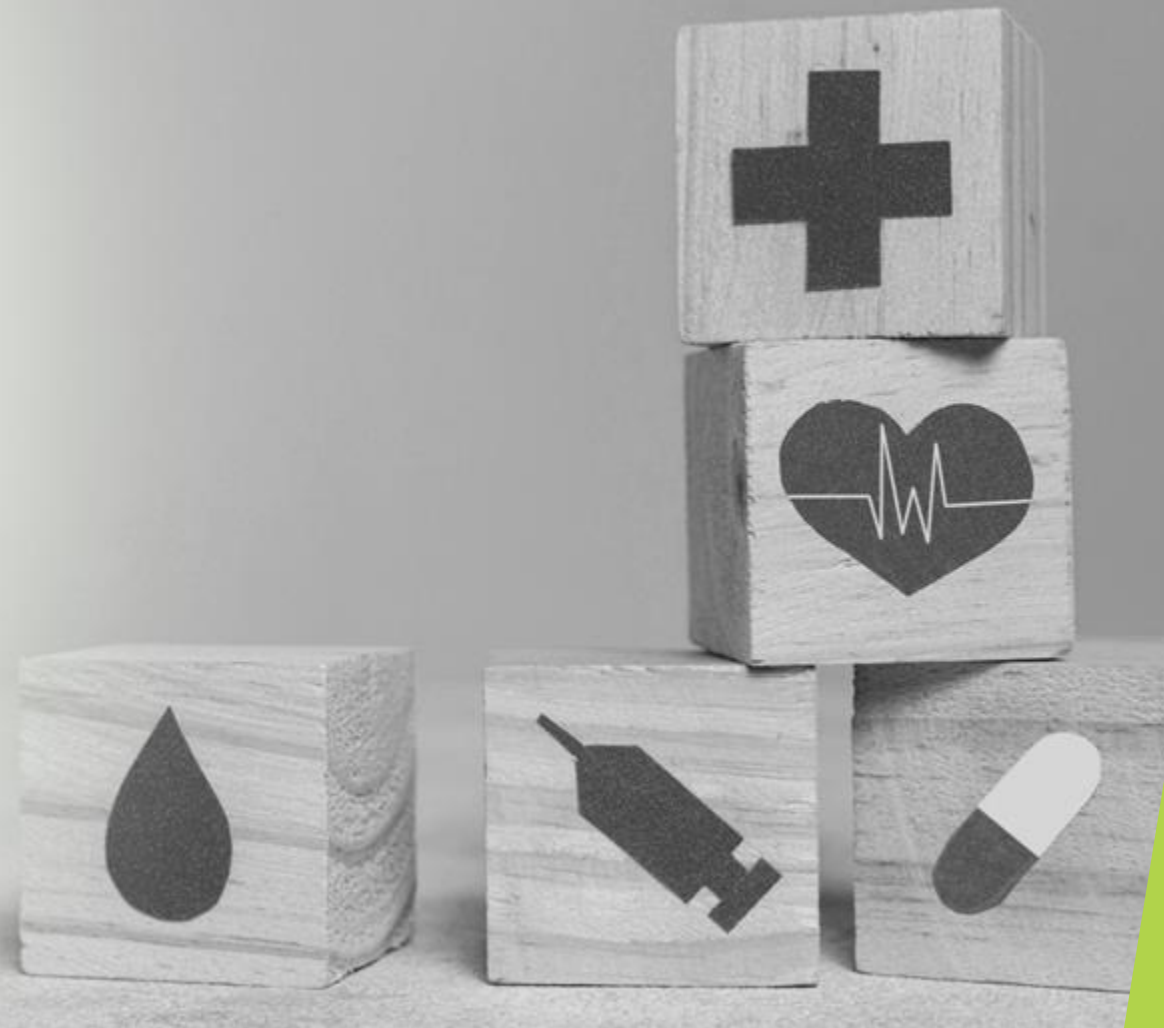
 SulAmérica

 Unimed
Nacional

- Constituída em fevereiro de 2007, a **Federação Nacional de Saúde Suplementar** (FenaSaúde) representa os 13 principais grupos de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e planos exclusivamente odontológicos.
- Nossas associadas respondem por cerca de **33%** do mercado de planos de saúde.



Saúde no Brasil





Saúde na Constituição Brasileira

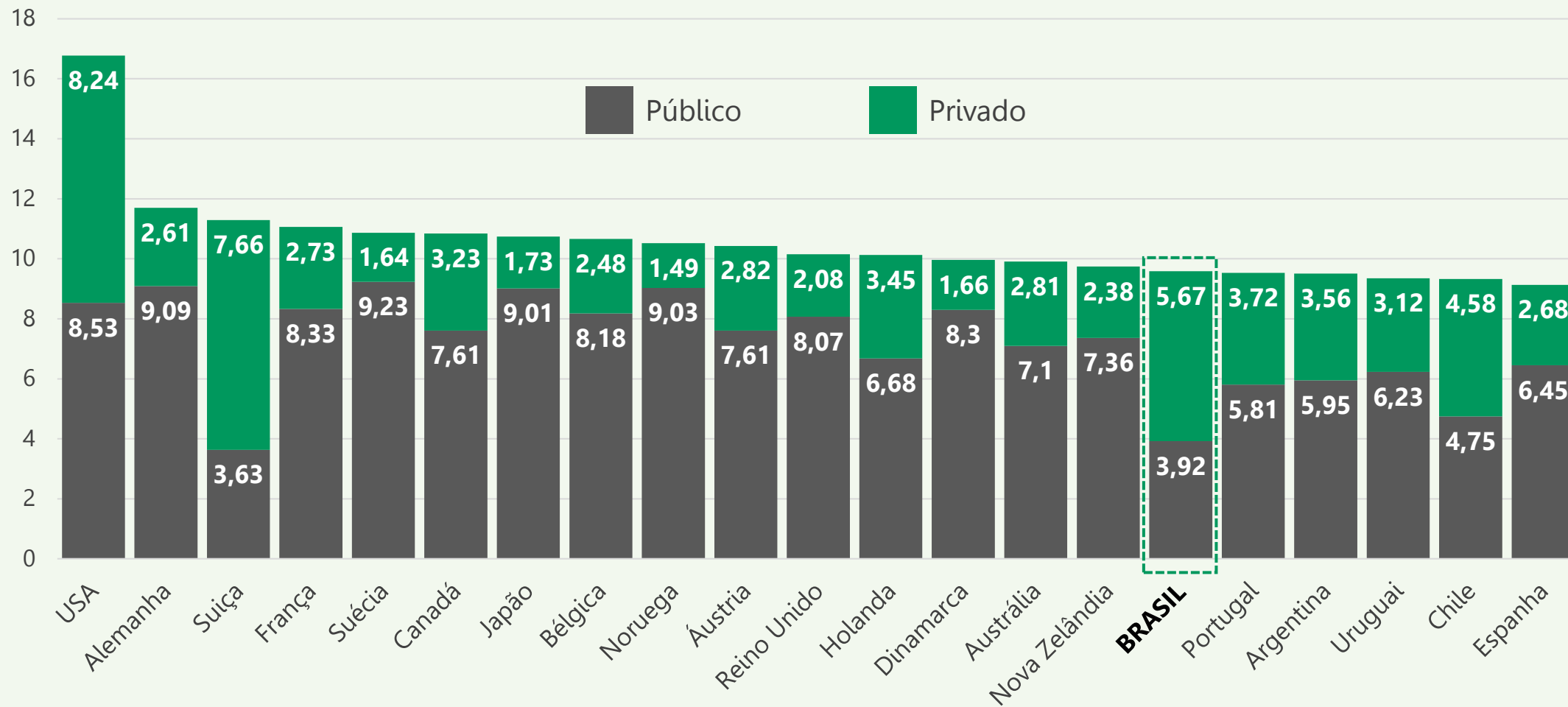
- Art. 196: “**A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”
- Art. 199. A assistência à saúde é **livre à iniciativa privada**.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma **complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.



Gastos totais com saúde e o PIB (em %)

Brasil x mundo





Investimentos em saúde pública no Brasil (em bilhões)

2013 x 2023



- Na última década, o orçamento federal da Saúde se manteve praticamente estável
- O crescimento de 2,5% se comparado a 2013 foi fruto dos gastos para o combate à COVID-19, especialmente no triênio 2020-2022.



O que os
Planos
fazem pela
saúde dos
brasileiros





A saúde privada responde pela geração **de 4,7 milhões de empregos**¹.

Planos de saúde são responsáveis pelo atendimento de **50,6 milhões de brasileiros**², o equivalente à população de um país como a Espanha. Um de cada quatro brasileiros é coberto pela saúde suplementar.

Existem atualmente cerca de **679 operadoras médicas**² no país. **Mais da metade são empresas de pequeno porte.**





Cerca de **420 mil médicos**¹ atendem pelos planos de saúde, seja com exclusividade, seja dividindo seu tempo com o SUS.



83% da receita dos principais hospitais privados² do país vem do que é repassado pelos planos e seguros de saúde para



custear o atendimento fornecido a seus beneficiários. **Entre os principais laboratórios de medicina diagnóstica, o percentual é de 54%**³.



Cerca de **171 mil estabelecimentos de saúde**⁴ – entre hospitais, consultórios, clínicas, ambulatórios especializados e unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia – **atendem planos de saúde no país.**





Mapa assistencial

Em 2022, planos de saúde proporcionam a realização de **1,8 bilhão de procedimentos de saúde**, entre consultas, exames, internações, terapias e cirurgias, por seus beneficiários.



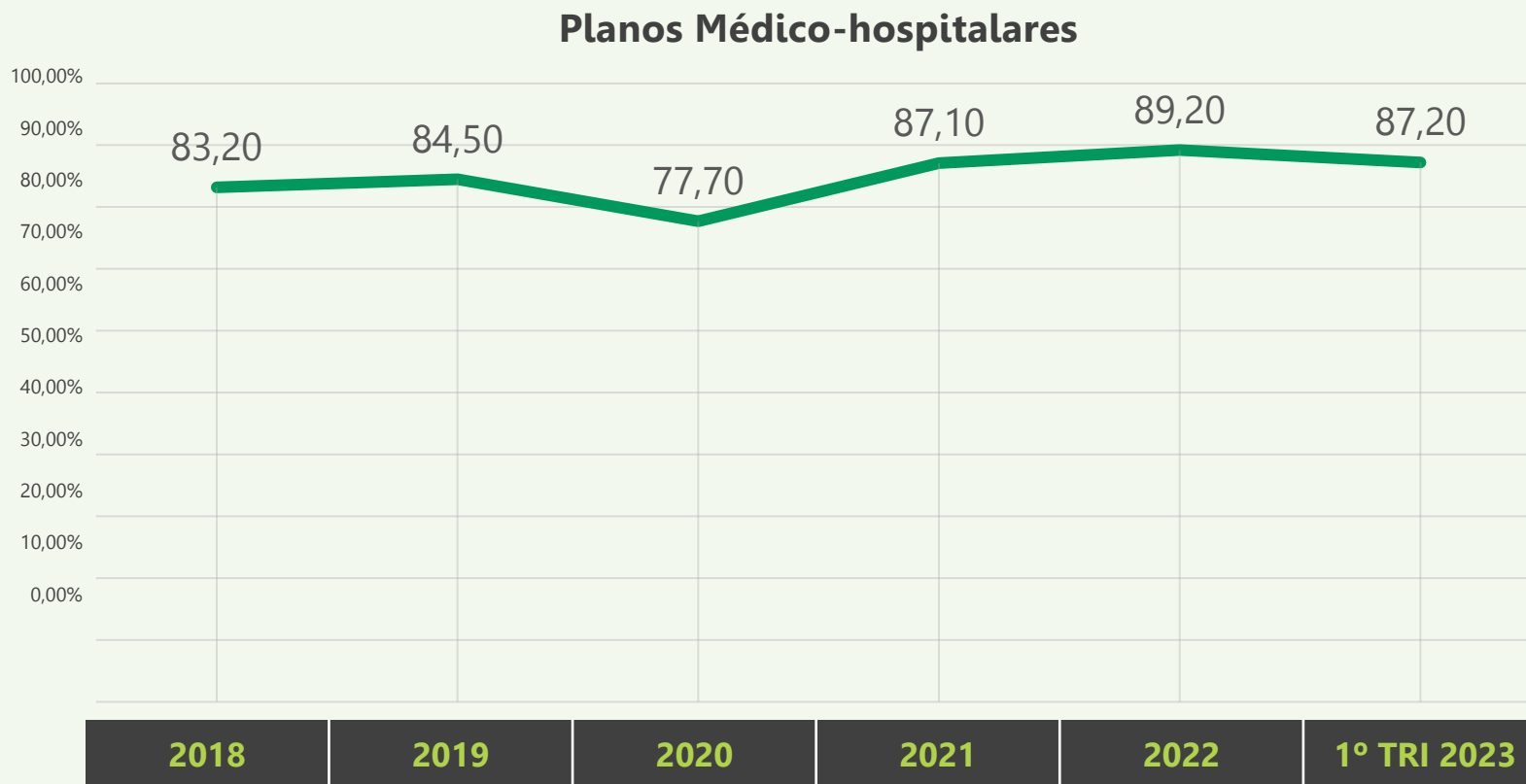


Cenário Econômico- financeiro





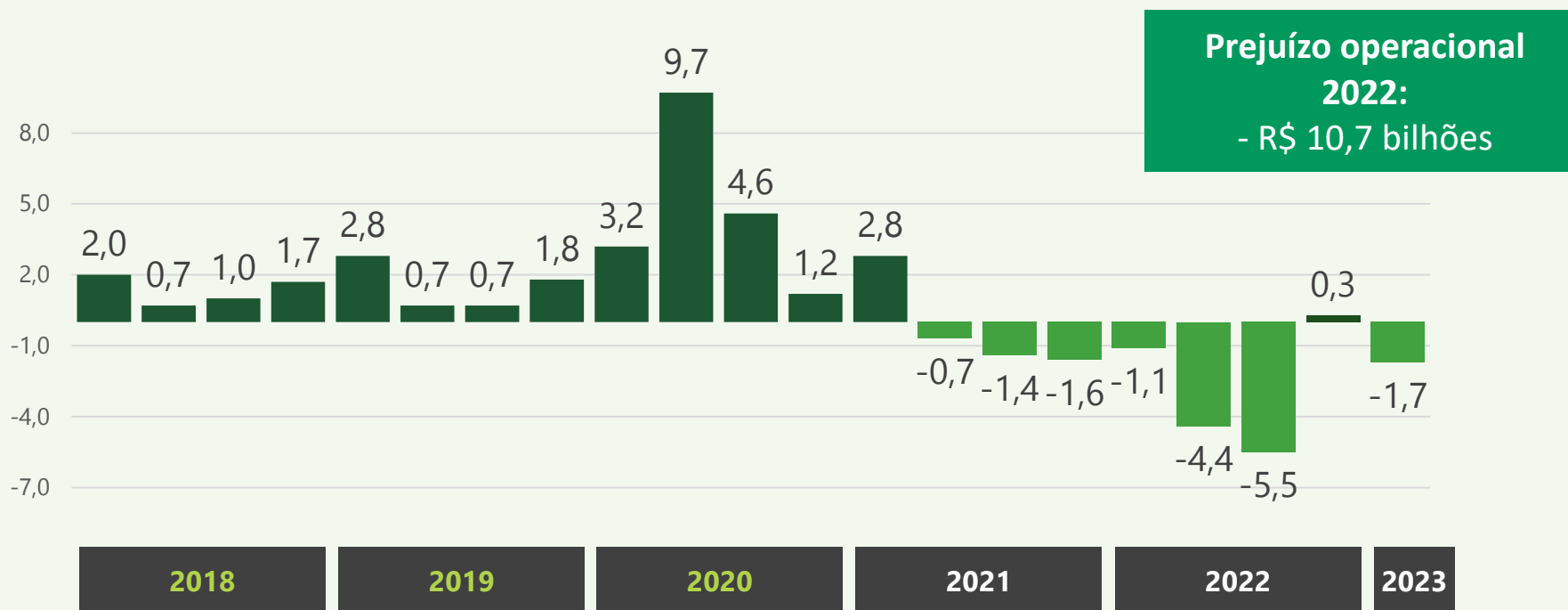
Sinistralidade





Resultado Operacional

Operação médico-hospitalar por trimestre (em bilhões)





Índice combinado

2019	Índice combinado (%)	Grande		Médio		Pequeno		Total	
		Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários
	Menor que 100%	62	29.904.211	195	9.389.118	239	2.196.225	496	41.489.554
	Maior ou igual a 100%	5	1.651.232	38	1.578.934	128	656.281	171	3.886.447
	TOTAL	67	31.555.443	233	10.968.052	367	2.852.506	667	45.376.001

2022	Índice combinado (%)	Grande		Médio		Pequeno		Total	
		Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários
	Menor que 100%	62	21.818.094	144	6.771.156	168	1.456.428	374	30.045.678
	Maior ou igual a 100%	25	14.279.637	74	3.121.073	168	1.144.484	267	18.545.194
	TOTAL	87	36.097.731	218	9.892.229	336	2.600.912	641	48.590.872



Novas tecnologias





Tecnologias em Saúde

- A medicina é uma ciência que avança em uma velocidade espantosa, logo, manter a **cobertura oferecida pelos planos de saúde atualizada é fundamental.**
- A principal questão a ser refletida é como fazer isso, mediante:
 - **Recursos finitos**, seja do sistema público ou do sistema privado.
 - **Velocidade da inovação.**
- Um dos maiores desafios das sociedades organizadas, principalmente do mundo ocidental, é **como gerar riqueza suficiente para garantir à população acesso às novas tecnologias.**
- O valor agregado de uma tecnologia precisa ser avaliado.



Enfoque na segurança do paciente

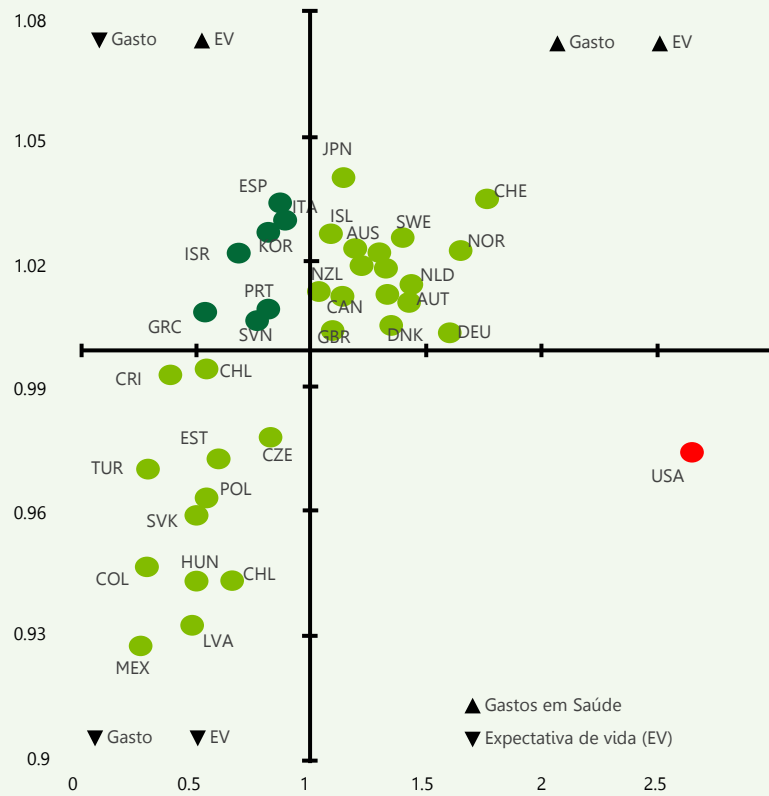
Cada vez mais, medicamentos são registrados no mercado com estudos preliminares pois se mostram potencialmente benéficos para pacientes.

- O *fast track* foi um processo harmonizado com as principais agências de registro de medicamentos;
- Não se pode adotar o processo de registro como o de incorporação;
- O processo de incorporação deve aferir a **efetividade** da tecnologia;
- No Brasil, não é realizado o monitoramento da efetividade para reduzir as incertezas com relação ao benefício e à segurança, diferentemente de como é realizado no Reino Unido, por exemplo.



Mais gastos não significa melhores resultados

Expectativa de vida e gastos com saúde



Mortalidade evitável e gastos com saúde





Avaliação de tecnologias em Saúde

O Brasil tem hoje um dos processos de **atualização do rol** de coberturas obrigatórias dos planos de saúde **mais ágeis do mundo**

O que antes levava até **2 anos**, hoje é resolvido em, no máximo, **9 meses**

A análise de custo-efetividade dos novos tratamentos, a **ATS**, é adotada em todos os sistemas de assistência organizados do mundo

Brasil



4 a 6 meses: antineoplásicos orais
6 a 9 meses: outras incorporações

Canadá



6 meses

Austrália



8 meses

Inglaterra



11 a 14 meses



Avaliação de tecnologias em Saúde (ATS)

ferramenta essencial

- Busca **sistemática de evidências científicas** para comprovação da efetividade e segurança dos novos tratamentos.
- Avalia as consequências econômicas de uma nova incorporação.
- Novas tecnologias devem **prolongar e melhorar qualidade de vida**.
- Comprovar **superioridade** aos tratamentos já existentes.
- A saúde é um setor em que a adoção de tecnologia significa **aumento de custos**.
- ATS é ferramenta amplamente difundida no mundo para decisão quanto à incorporação.

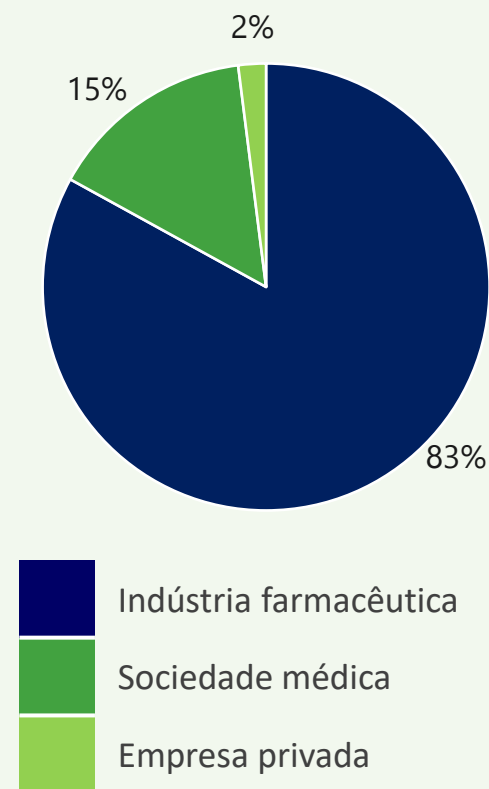


Prioridades no Brasil

O processo de análise e incorporação é organizado a partir da demanda de quem quer vender.

- Ausência de definição de prioridades na Saúde Suplementar;
- Os processos de avaliação e incorporação no SUS e na Saúde Suplementar são paralelos;
- A Lei 14.307/2022 determinou a incorporação automática na SS das tecnologias aprovadas pela CONITEC para o SUS, inclusive para tecnologias com foco em ações de saúde pública.

Distribuição das propostas por tipo de demandante 2022





Regulação sobre preço dos medicamentos

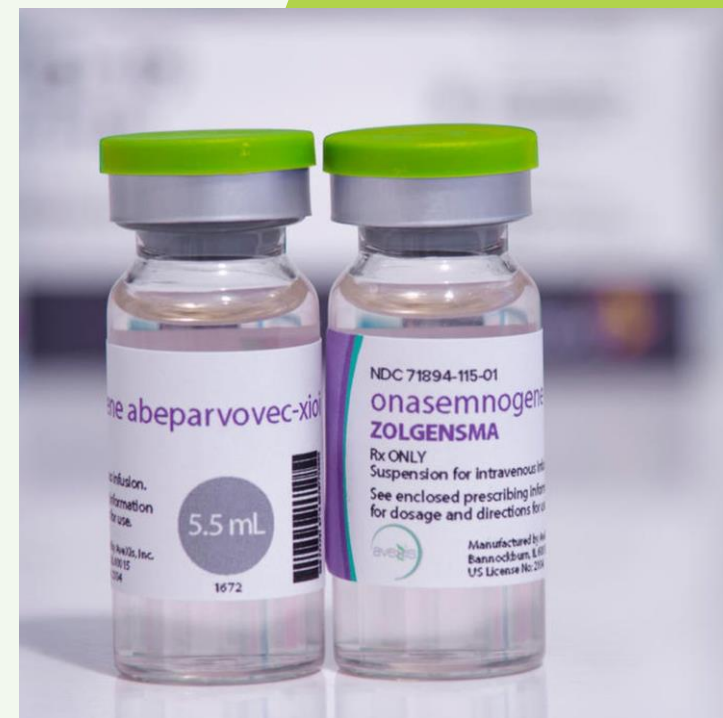
No Brasil, não existe um modelo de definição de preços para incorporação na Saúde Suplementar.

- Único fornecedor *versus* múltiplos compradores;
- O preço CMED vem sendo usado como balizador do processo decisório;
- O impacto orçamentário apresentado pela indústria em seus estudos normalmente é subdimensionado no pedido de incorporação;
- Estímulo da indústria para geração da demanda pelo médico pós-incorporação;
- Ausência de informação de mundo real (desfechos após incorporação).



Novas tecnologias

- Novas tecnologias, cada vez mais caras, são incorporadas ao sistema de saúde.
- Em 2022 foram incluídas 55 novas coberturas obrigatórias.
- Um exemplo é o medicamento Zolgensma, de R\$ 7,2 milhões.
- 100 das cerca de 660 operadoras em atividade no país faturam menos que este valor por ano.





Taxatividade do Rol

A Lei 14.454/2022, sancionada em setembro deste ano, estabelece hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde fora do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**.

- Aprovação sem devido debate técnico;
- 3 anos de análise pelo STJ x 2 meses de tramitação no legislativo;
- Subjetividade do conceito de “eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico”;
- Distorção: medida privilegia a demanda por inovação, preterindo acesso a mais cuidado para mais pessoas.



Consequência: aumento na judicialização

Segundo o CNJ são abertos, por ano, 400 mil novos processos ligados à saúde, sendo 130 mil relativos a planos e seguros saúde. Em cerca de 70,7% são concedidas liminares.

- Os pacientes tenderão a recorrer à Justiça a cada procedimento negado, pelo alto grau de imprecisão da nova lei;
- As operadoras também tendem a fazer o mesmo diante de cada nova demanda que julgarem não estar amparada nos preceitos (tênuos, subjetivos e imprecisos) da nova lei;
- A judicialização é a pior forma de alocar recursos;
- A decisão individual de aplicação dos recursos coletivos causa prejuízos a todo o sistema.



Fraudes





Cenário das fraudes

Por ano, estima-se que as operadoras gastem R\$ 28 bilhões (dados do IESS, de 2017) para cobrir custos de procedimentos médicos desnecessários, desvios e irregularidades em contas hospitalares.

Alguns fatores contribuem para esse cenário:

- Aumento das facilidades decorrentes da digitalização;
- Falhas na regulação e na legislação;
- Dificuldade de materialização, tipificação e punição;
- Desinformação da sociedade sobre fraude.



Desafio cultural

De acordo com pesquisa do Data Popular, **sete em cada dez brasileiros afirmaram já ter cometido pelo menos uma atitude que pode ser considerada corrupção.**

Ato corrupto	Já cometeram	Conhecem alguém que cometeu
Compra de produto pirata	67%	75%
Uso indevido de carteirinha de estudante	15%	20%
Troco a mais sem devolver a diferença	21%	46%
“Gato” na TV por assinatura	11%	32%
Irregularidade na restituição do IR	1%	15%



Desafios estruturais

- Desinformação da sociedade sobre fraude.
- Sofisticação da forma de atuação dos fraudadores.
- Atuação por meio de associações criminosas.
- Vinculação com o crime organizado e com lavagem de dinheiro.
- Falhas na legislação que dificultam o enquadramento.
- Pouco interesse das autoridades de investigação (Polícia e Ministério Público).
- Dificuldade de materialização, tipificação e punição.



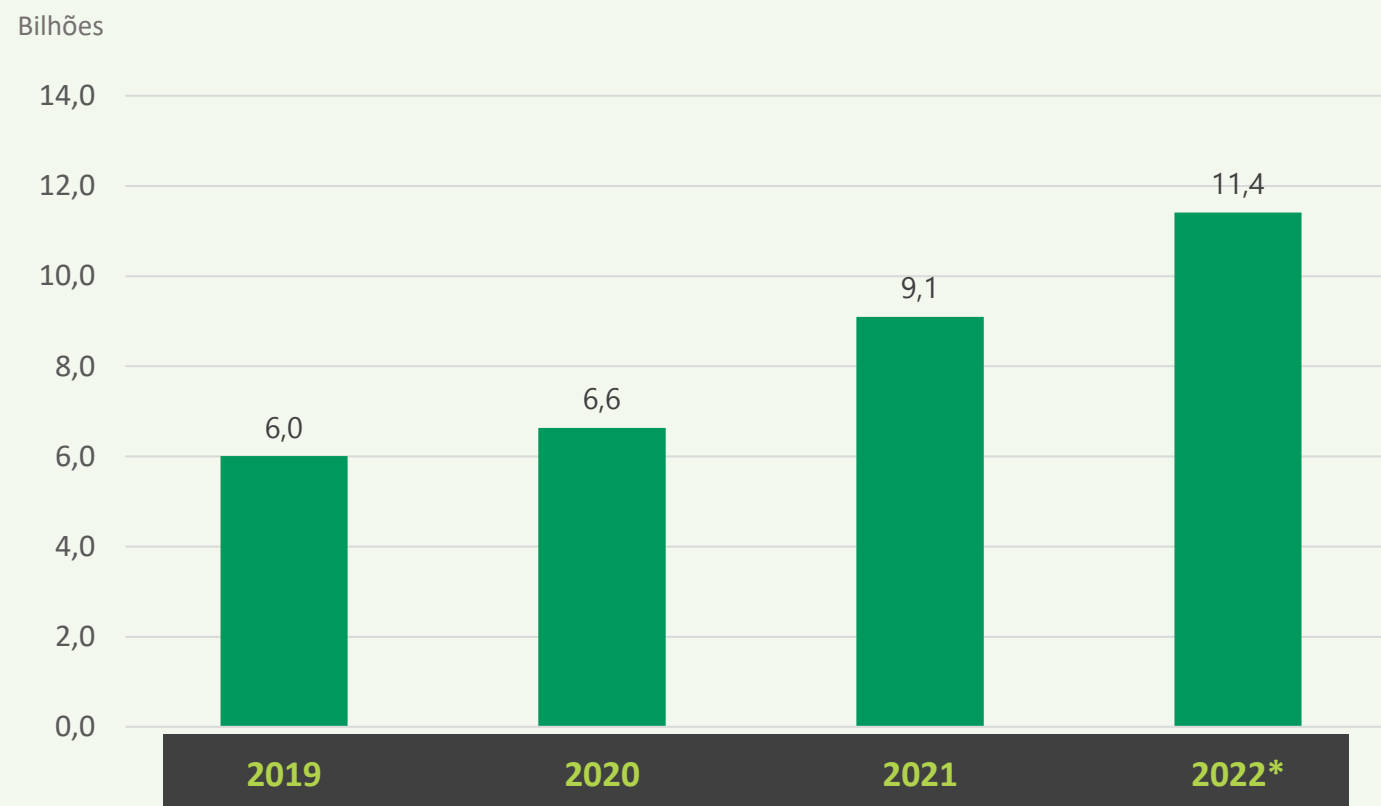
Fraudes em reembolso

- **Fracionamento de recibo:** uma única consulta ou procedimento é realizado, mas emite-se mais de um recibo ou nota fiscal.
- **Reembolso sem desembolso:** prestadores oferecem “ajuda” para a solicitação de reembolso, geralmente com interesse de faturar com o lançamento de procedimentos não realizados, desnecessários ou com valores superfaturados.
- **Reembolso assistido:** geralmente é oferecido em troca da cessão de dados pessoais dos beneficiários, para uso indevido em momento posterior.
- **Falsos procedimentos:** realização de procedimentos que não constam na cobertura do plano, como botox, por exemplo, vinculado à emissão de recibo ou nota fiscal com descrição diferente.
- **Posto de coleta em clínicas:** clínicas de estética e emagrecimento, laboratórios ou postos de coleta instalados em clínicas e consultórios encaminham grandes volumes de exames, visando solicitação de reembolso por tipo de contrato.



Despesas com reembolso

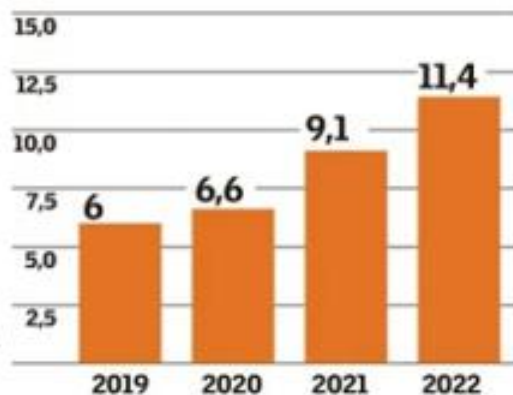
Reembolso – Despesas (R\$) Planos Médico-hospitalares





Impacto do reembolso na sinistralidade

Valor total dos reembolsos no setor (em R\$ bilhões)



Impacto do reembolso na sinistralidade do convênio médico* (em %)



Participação dos procedimentos no total de reembolsos* - em %

	Consultas médicas	Exames complexos	Exames simples	Internação	Atendimento ambulatorial	Pronto socorro	Terapias complexas	Terapias simples
2019	21,2	0,8	7,5	7	13,3	0,1	2,3	43,5
2020	23,7	1,3	11,8	7,6	20,3	0,2	4,6	55,4
2021	26	1,6	15,3	7,1	21,3	0,1	6,1	49,7
2022	25,5	1,9	23	8,7	38,2	0,2	8,2	59,9
Var. entre 2019 e 2022 (p.p.)	4,3	1,1	15,5	1,7	25	0,2	5,9	16,4

Amostra:
3,5 milhões de beneficiários.



Outros tipos de fraude

- Empréstimo da carteirinha para uso por terceiros;
- Omissão de doenças ou lesões preexistentes;
- Pagamento de porcentagem de comissão ao profissional para que ele indique ou use o seu medicamento e/ou dispositivo;
- Realização de procedimentos e cirurgias desnecessárias;
- Cobrança de materiais ou medicamentos não utilizados ou diferentes dos empregados no procedimento;
- Emissão de relatório para cobrança de procedimentos e/ou eventos não executados;
- Indicação de procedimento sem comprovação técnica com utilização de OPME de alto custo;
- Ampliação do período de internação para aumentar o valor das despesas e honorários;
- Atendimento realizado como “eletivo” e cobrado como “emergência” para incluir o adicional de 30%.



Propagandas irregulares

- Existe uma indústria para aliciar beneficiários para cometer atos ilícitos.
- A informação é a melhor maneira de fazer frente às propagandas irregulares que crescem na internet, ludibriando beneficiários de planos de saúde.





Possíveis consequências das fraudes

Prestador

- Representação no Conselho de Classe
- Consequências legais/criminais
- Descredenciamento

Estipulante e beneficiário

- Cancelamento do plano de saúde
- Demissão
- Consequências legais
- Aumento nas mensalidades
- Risco à saúde dos beneficiários

Geral

- Impacto na sustentabilidade do setor

Destaques

Reembolso de plano

Decisão proferida na 9ª Vara do Trabalho de São Paulo manteve justa causa aplicada pelo Itaú Unibanco a uma trabalhadora que solicitou reembolso de R\$ 2.170,80 referente a atendimentos médicos não realizados. O objetivo era receber o valor da operadora do plano de saúde, a Fundação Saúde Itaú, já que se tratavam de serviços não credenciados pelo convênio corporativo. De acordo com a defesa, a empregada fez oito pedidos de restituição nos meses de agosto e setembro de 2019 por consultas supostamente feitas com uma única médica. Após o expressivo número de solicitações de ressarcimento em um curto período de tempo, o banco decidiu apurar os fatos. Assim, ao entrar em contato com a profissional de saúde, foi informado da realização de apenas dois atendimentos à bancária, no valor de R\$ 300 cada (com informações do TRT-SP).

FOLHA Folha de S.Paulo @folha

Painel S.A.: Itaú demite 80 funcionários após detectar irregularidade no uso do plano de saúde



folha.uol.com.br

Itaú demite 80 funcionários após fraude com plano de saúde - 21/03/2023 - Pa...
Corte acontece no momento em que operadoras de saúde elevam fiscalização

ECONOMIA

CCR demite cem funcionários após investigação sobre fraude em plano de saúde

por JOÃO CUSTÓDIO
DOU, 20 MAR 2023

Grupo de notícias em: Cópia Nova

SÃO PAULO, 8 MAR (FOLHAPRESS) - O Grupo CCR demitiu mais de cem profissionais depois de uma investigação interna que, segundo a empresa, detectou uso indevido do benefício de reembolso do plano de saúde.

Decisões judiciais recentes

Judiciário paulista profere decisões duras contra a fraude nos reembolsos de planos de saúde

José Carlos Van Cleef de Almeida Santos, Henrique Pires Arbache e Felipe Martins Benite

Felizmente as rigorosas decisões tomadas no âmbito do Judiciário Paulista, ancoradas em judicioso precedente do STJ têm se mostrado fundamental para combater e quiçá pacificar a questão

quarta-feira, 19 de abril de 2023

Atualizado às 07:54

JUSTIÇA MANTÉM JUSTA CAUSA DE BANCÁRIA QUE FRAUDOU RECIBOS PARA PEDIR REEMBOLSO A CONVÊNIO MÉDICO

Esta notícia foi visualizada 9300 vezes

Publicada em: 04/05/2023 / Atualizada em: 04/05/2023



Decisão proferida na 9ª Vara do Trabalho de São Paulo-SP manteve justa causa aplicada pelo Itaú Unibanco a uma trabalhadora que, de maneira intencional, solicitou reembolso de R\$ 2.170,80 referente a atendimentos médicos não realizados. O objetivo era receber o valor da operadora do plano de saúde, Fundação Saúde Itaú S.A, já que se tratavam de serviços não credenciados pelo convênio corporativo.

De acordo com a defesa, a empregada fez oito pedidos de restituição nos meses de agosto e setembro de 2019 por consultas supostamente feitas com uma única médica, na mesma especialidade. Após o expressivo número de solicitações de ressarcimento em um curto período de tempo, o banco decidiu apurar os fatos.

Assim, ao entrar em contato com a profissional de saúde indicada nos recibos, foi informado da realização de apenas dois atendimentos à bancária, tendo sido emitido recibo no valor de R\$ 300,00 nas datas das consultas.

cotidiano

FOLHA DE S.PAULO ***
SEGUNDA-FEIRA, 29 DE MAIO DE 2023 B1

Juízes proíbem que clínicas peçam reembolso a planos

Decisões a favor de operadoras de saúde tentam frear prática de fraudes

Claudia Colucci

SÃO PAULO Planos de saúde têm conseguido na Justiça o direito de negar o pagamento de reembolsos de consultas médicas, exames e outros procedimentos feitos por clínicas e laboratórios não credenciados que usam login e senha dos pacientes para solicitar ressarcimentos a operadoras.

De acordo com processos judiciais, os estabelecimentos fazem anúncios e prometem ao paciente o tratamento sem custo em troca de uma cessão de crédito, ou seja, é feito um contrato em que o beneficiário transfere para a clínica seus direitos pelo recebimento de materiais e medicamentos de acesso do usuário, pedem reembolso em nome dele. Quando o beneficiário, emite boletins bancários ou solicita o repasse do montante, por meio de transferência bancária, quando a operadora nega o reembolso, as clínicas entram, também em nome dos beneficiários, com reclamações na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) que podem gerar multas aos planos. Por fim, se não conseguem receber o valor do reembolso, exigem que o paciente faça o pagamento.

Prática, considerada fraudulenta, já aconteceu antes da pandemia de Covid-19, mas se disseminou após a crise sanitária. Além das ações judiciais, há investigações policiais em curso e uma mobilização do setor empresarial para cobrá-la, já que muitos planos de saúde são ofertados pelas empresas.

No mês passado, a CCR (Companhia de Concessões Rodoviárias) demitiu cem funcionários após detectar, em investigação interna, o uso indevido do reembolso do plano. Também em abril, o Itaú demitiu 10 empregados pela mesma razão.

"Sempre tivemos fraudes, mas, antes, eram eventuais de oportunidade. Com a era digital e a popularização do uso de aplicativos, elas se profissionalizaram. São verdadeiras quadrilhas atuando", afirma Cassio Alves, superintendente técnico da Abrange (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

Paulo neste ano. Nelas, há a determinação para que as clínicas e laboratórios se abstenham de pedir login e senha para beneficiários ou solicitar reembolso em seu nome, sob pena de multa de até R\$ 20 mil por ato de descumprimento.

"Os estabelecimentos engendram verdadeira concorrência, dizem trecheiro de reembolso daquilo que está autorizado a ser reembolsado nos contratos, prejudicando os consumidores e distorcendo a liberdade de escolha e concorrência", dizem trecheiro de uma decisão de 8 de maio, da juíza Cláudia Rodrigues Alves, da 9ª Vara Cível de São Paulo.

Em outra decisão, ao deferir a tutela de urgência a uma operadora, o juiz Carlos Eduardo Borges Fantacini, da 26ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Capital, considerou o reembolso assistido "uma nitida propaganda abusiva e enganosa".

Para ele, a prática fere o Código de Defesa do Consumidor e a boa-fé, pois no sistema de reembolso por obrigação de reembolso por obrigação de reembolso, o consumidor faz o pagamento, para depois de próprio se ressarcir junto a seguradora de saúde".

A Folha teve acesso a quatro decisões proferidas em São Paulo neste ano. Nelas, há a determinação para que as clínicas e laboratórios se abstenham de pedir login e senha para beneficiários ou solicitar reembolso em seu nome, sob pena de multa de até R\$ 20 mil por ato de descumprimento.

"Os estabelecimentos engendram verdadeira concorrência, dizem trecheiro de uma decisão de 8 de maio, da juíza Cláudia Rodrigues Alves, da 9ª Vara Cível de São Paulo.

Em outra decisão, ao deferir a tutela de urgência a uma operadora, o juiz Carlos Eduardo Borges Fantacini, da 26ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Capital, considerou o reembolso assistido "uma nitida propaganda abusiva e enganosa".

Para ele, a prática fere o Código de Defesa do Consumidor e a boa-fé, pois no sistema de reembolso por obrigação de reembolso por obrigação de reembolso, o consumidor faz o pagamento, para depois de próprio se ressarcir junto a seguradora de saúde".

7 dicas para evitar fraudes
Verificar a credibilidade da clínica Procurar recomendações em mais de uma plataforma e obter, também, avaliações negativas

Exigir informações detalhadas Questionar a necessidade dos procedimentos, saber como e quando serão feitos

Suspeitar de divergências Fique alerta caso as informações dos anúncios divergirem das orientações recebidas no local, como a cobertura pessoal e sigilosas

Cuidado com seus dados Logins e senhas são dados pessoais e sigilosos, questione o local ao desconfiar do pedido

Denunciar suspeitas Caso presencie uma prática suspeita, denuncie a operadora de saúde e aos órgãos de proteção ao consumidor

Ler o contrato do plano Para evitar fraudes é preciso conhecer seus direitos e obrigações como consumidor

Reembolso O direito ao reembolso é reservado a quem tenha pagado previamente pelo serviço; não realize atendimentos com a promessa de que não haverá qualquer pagamento

Há muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto.

"Muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto. Há muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto. Há muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto."

Em 21 de março último, a juíza Andréa de Abreu, da 12ª Vara Cível do Foro Central da Capital, também justificou a decisão favorável a uma operadora argumentando que "a solicitação de dados sigilosos dos pacientes, como login e senha, coloca os consumidores em evidente desvantagem, que acabam vulnerabilizados no sigilo necessário de seus dados médicos".

Segundo Vera Valente, diretora executiva da Fenasaúde, além de estarem participando de uma fraude e correndo o risco de serem penalizados, beneficiários que fornecem login e senha a terceiros põem suas informações pessoais em risco.

Podem ser usadas, por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados. É um cheque em branco", afirma Valente.

Ela diz que há vários tipos de fraudes, como clínicas e laboratórios que, antes mesmo de o paciente passar por consulta médica, solicitam o login e a senha e já realizam uma série de exames, muitos desnecessários e superfaturados, seguidos de pedidos de reembolso aos planos.

Nos processos judiciais, são mencionados pedidos de exames de PSA (antígeno específico da próstata), uso do rastreamento do câncer de próstata, a mulheres.

Outra situação frequente, segundo Valente, é o usuário fazer um procedimento que não tem cobertura pelo plano (aplicação de botox ou cirurgia estética, por exemplo) e, em comum acordo com as clínicas, pedir reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto.

"Há muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto. Há muitos casos em que a pessoa sabe que está errada e pede reembolso com recibo de um outro tipo de serviço que é coberto."

Para Cláudia Alves, da Abrange, há pacientes que claramente pactuam com as fraudes e se beneficiam delas, mas há muitos que são induzidos a elas por ingenuidade ou desconhecimento.

Em março deste ano, a Fenasaúde lançou a campanha Saúde sem Fraude para conscientizar o setor e combater as fraudes. A campanha chegará agora às empresas. "A gente vai distribuir um material voltado para o RH sobre como ele tem que lidar com esses beneficiários e esclarecer os seus colaboradores", completa Vera Valente.

Sede da Agência Nacional de Saúde, no Rio, que discute como evitar que reclamações reforcem golpes. Foto: Paulo L. e S. 18/10/2023



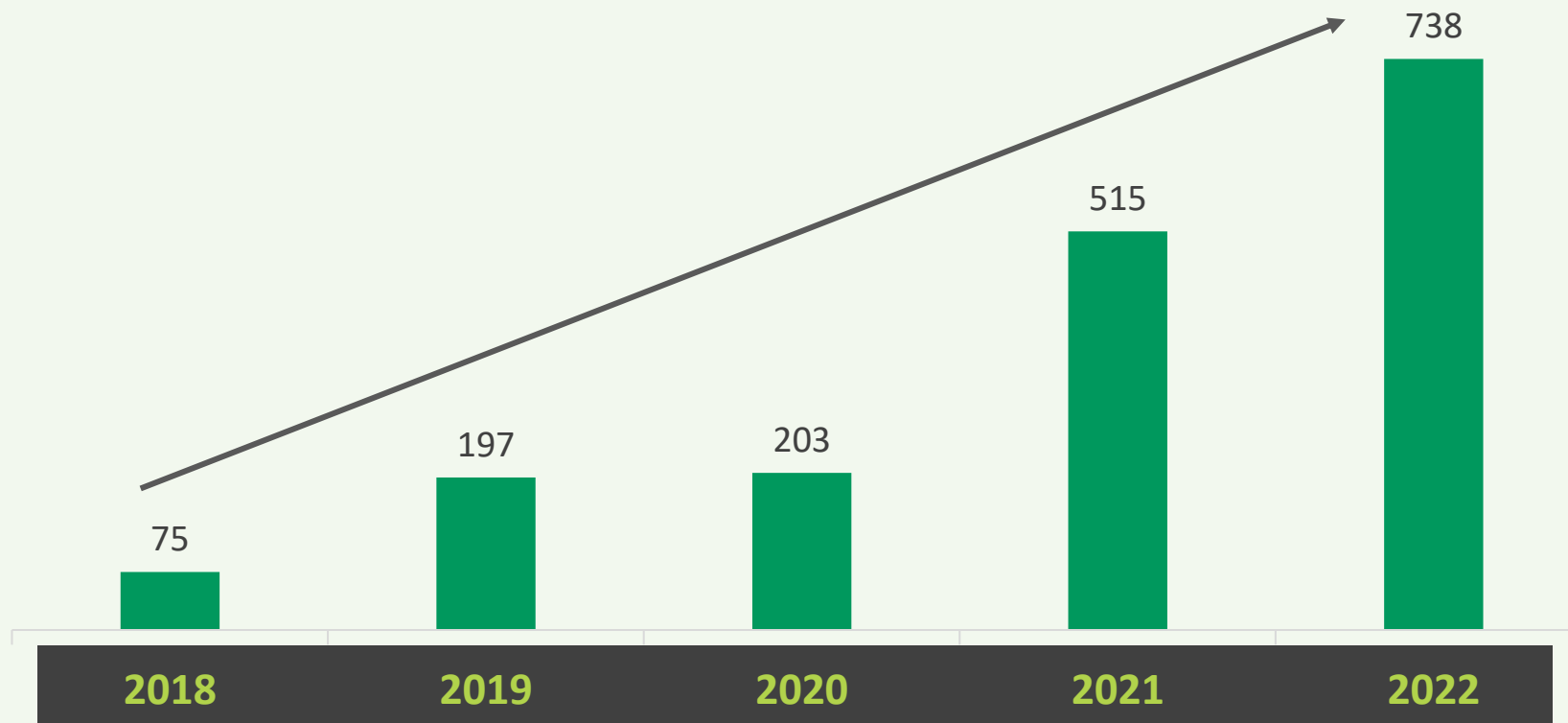
Ações da FenaSaúde

- Estruturação da área de prevenção e combate à fraude;
- Estruturação de Plano de Comunicação;
- Análises de denúncias com atuação conjunta das operadoras associadas;
- Apresentação de 3 notícias-crime ao MP/SP (desdobradas em 10 inquéritos);
- Investimento em tecnologia para detectar comportamentos suspeitos no uso do plano de saúde;
- Parcerias institucionais;
- Atuação junto à Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), com apresentação de propostas de melhorias da NIP (Notificação de Intermediação Preliminar);
- Trabalho parlamentar para propositura de projeto de lei para criar tipificação específica para o crime de corrupção privada e aumentar o rigor na punição a fraudes no setor.



Notícias-crime e ações cíveis

Número de notícias-crime e ações cíveis relacionadas com fraudes



Total: 1.728 notícias-crime e ações cíveis



Campanha Saúde Sem Fraude

Lançada no dia 15/03/2023, a **Campanha Saúde Sem Fraude** tem o objetivo de informar e orientar a sociedade sobre o bom uso do plano de saúde e sobre a importância do engajamento na prevenção e combate às fraudes.

Convocamos a todos a serem aliados nesse movimento!



www.saudesemfraude.com.br



Cenário Futuro





Propostas da FenaSaúde

Modernização do Marco Legal da Saúde Suplementar

- 1) Novos planos com coberturas assistenciais mais flexíveis** – permitir o oferecimento de planos de saúde com coberturas mais diferenciadas, distintas abrangências e, conseqüentemente, mensalidades mais condizentes com esse perfil de menor risco.
- 2) Ampliação da oferta de planos com coparticipação e franquia** – permitir livre negociação na coparticipação. A livre negociação poderá promover maior diversidade de produtos, principalmente de planos coletivos.
- 3) Novas regras para planos individuais** – garantir a revisão técnica de carteiras de planos individuais, de forma a proporcionar seu equilíbrio econômico-financeiro. Em particular, é desejável adotar regras de reajuste baseadas na variação dos custos assistenciais da própria operadora, mediante auditoria independente e com total transparência.
- 4) Incorporação as novas tecnologias** – é preciso que o novo marco legal preserve e reforce a competência da ANS no processo de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde.
- 5) Relação entre operadoras e prestadores de serviços** – ampla liberdade de contratação, substituição, redimensionamento e precificação nas relações entre operadoras de saúde suplementar e prestadores de serviços.



Conclusão





Valor em saúde – como evoluir?

Priorizar modelos remuneratórios baseados em valor em saúde

Informação

Melhorias organizacionais

Paciente no centro do cuidado



Diferenciar os métodos de pagamento nos diferentes contextos

Tornar os resultados transparentes para a sociedade

Atenção multidisciplinar



**Valor
em saúde:
do conceito
à prática.**

**29°
SUESPAR**

▶ Vera Valente
Vera.valente@fenasaude.org.br

Apoio

Unimed 
Foz do Iguaçu


SistemaOcepar
FECOOPAR | OCEPAR | SESCOOP/PR

Realização

Unimed 
Paraná