

# VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2023



abramge • sinamge • sinog

ANO 7 Nº 26  
ISSN 2448-0630

## JUDICIALIZAÇÃO

OS DESAFIOS NA SAÚDE E AS AÇÕES QUE O CNJ REALIZA PARA QUE AS DECISÕES SEJAM QUALIFICADAS

## PADRÃO TISS

REFLEXÃO SOBRE OS SEUS 18 ANOS DE ATIVIDADE, FUNDAMENTOS E UMA VISÃO DE FUTURO DA FERRAMENTA

## SAÚDE SEM FRAUDE

INICIATIVA PRETENDE ALERTAR E CONSCIENTIZAR A SOCIEDADE SOBRE OS PERIGOS DESSE TIPO DE GOLPE

# TODOS POR TODOS COM MUITA SAÚDE

INICIATIVA VISA FORTALECER A CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE COLETIVIDADE ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE



# CONSCIENTIZAÇÃO JÁ

Já pudemos perceber que os desafios são inerentes ao setor de saúde suplementar. Desde sua regulamentação – e até antes dela – são muitos os percalços para tentar garantir um serviço de qualidade à altura das necessidades da sociedade.

Em 2022, os planos de saúde tiveram o maior prejuízo operacional já registrado, de R\$ 10,7 bi. Além disso, ainda existem assuntos delicados que fazem com que o panorama seja ainda mais complexo. Nesta edição, trataremos diversas pautas relevantes, como judicialização, Padrão TISS, golpes no setor e a falta de conhecimento dos beneficiários em relação aos planos de saúde. Com as explicações que trazemos, fica claro que o não entendimento adequado de assuntos importantes, sensíveis e delicados que permeiam o mundo da saúde suplementar impacta negativamente a satisfação dos envolvidos. A palavra de ordem é conscientização.

Isto posto, ilustramos a capa com o movimento #TodosPorTodos Com Muita Saúde [1], criado pela Abramge com o apoio de suas associadas. Ele chega para desmistificar e educar a sociedade sobre o sistema de saúde suplementar, mostrando o seu funcionamento, e explica que a união de todos os setores (operadoras, planos, hospitais, profissionais de saúde e beneficiários de planos) pode manter e ampliar o acesso da população à saúde.

Esse acesso também é tema da conversa que tivemos com Richard Pae Kim [2], Conselheiro do CNJ, que explicou seu posicionamento em relação à judicialização na saúde e as ações realizadas para que as decisões judiciais sejam qualificadas e justas.

Sobre as fraudes [3], estima-se que o mercado tenha um impacto de R\$ 28 bilhões, de acordo com levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Para reforçar o combate a esses crimes, a FenaSaúde lançou a campanha Saúde sem Fraude para chamar a atenção para práticas que podem passar despercebidas, mas são prejudiciais ao consumidor e a toda cadeia. A Abramge, assim como outras entidades representativas, também tem papel fundamental e encorpa essa luta com diversas ações, incluindo a cartilha contra fraudes em boletos, detalhada nesta edição.

Por fim, a Visão Saúde ‘comemora’ os 18 anos da criação do Padrão TISS [4] e traz vozes proprietárias no tema, com reflexões sobre os fundamentos da padronização e uma visão de futuro, além, é claro, das principais atualizações da versão que entrou em vigor recentemente.

Boa leitura.



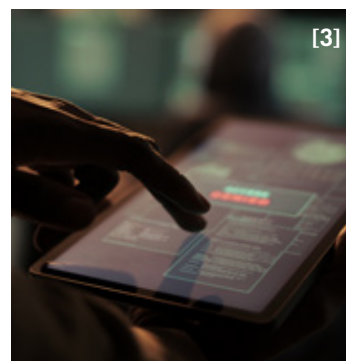
[1]

FREEPIK



[2]

RÔMULO SERPAGENCIA ONU



[3]

FREEPIK



[4]

FREEPIK





### 6 PÁGINAS AZUIS

Em entrevista exclusiva, Richard Pae Kim, Conselheiro do CNJ, apresenta sua visão sobre os desafios da judicialização na saúde e as ações realizadas para que as decisões judiciais sejam qualificadas.

CAPA

### 12 ENTENDENDO A SAÚDE SUPLEMENTAR

O #TodosPorTodos Com Muita Saúde é um movimento criado pela Abramge para desmistificar e informar sobre a realidade dos planos de saúde.

### 16 PADRONIZAÇÃO

Em 2023, o Padrão TISS completa 18 anos de existência. Entenda quais os principais desafios para sua criação, seu processo evolutivo e como ele impacta positivamente na cadeia envolvida.

### 20 SAÚDE SEM FRAUDE

Campanha lançada pela FenaSaúde alerta para o aumento dos golpes e convoca os beneficiários a zelarem pela sua segurança e pelos recursos do seu plano

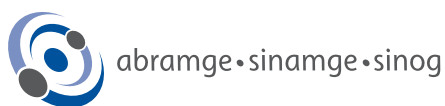
#### SEÇÕES

10 Notas  
26 Raio X  
29 Por Dentro



CAPA: DIVULGAÇÃO

UNSPASH



abramge • sinamge • sinog

#### COMITÊ EXECUTIVO

Renato Casarotti

PRESIDENTE DA ABRAMGE

Roberto Seme Cury

PRESIDENTE DA SINOG

Jorge Antonio Duarte Oliveira

PRESIDENTE DO SINAMGE

Carlito Marques

SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE

Marcos Novais

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

#### EXPEDIENTE

Carina Martins ASSESSORA DA SUPERINTENDÊNCIA

Frederico Borges SUPERINTENDENTE DE RELAÇÕES  
INSTITUCIONAIS E GOVERNAMENTAIS

Gustavo Sierra GERENTE DE COMUNICAÇÃO ABRAMGE

Keiko Otsuka Mauro GERENTE DE MARKETING  
E EVENTOS ABRAMGE

#### PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Aline Cebalos REDAÇÃO E EDIÇÃO

Marcio Penna EDIÇÃO DE ARTE

#### PUBLICIDADE

E-mail: [comercial@visaosaude.com.br](mailto:comercial@visaosaude.com.br)

A revista **Visão Saúde** é uma publicação das entidades que representam os planos de saúde.

A reprodução total ou parcial do conteúdo, sem prévia autorização, é expressamente proibida.

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da **Visão Saúde** ou do Sistema Abramge.

#### ABRAMGE

Associação Brasileira de Planos de Saúde

#### SINAMGE

Sindicato Nacional das Empresas  
de Medicina de Grupo

#### SINOG

Associação Brasileira de Planos Odontológicos

#### REVISTA VISÃO SAÚDE

Rua Treze de Maio, 1540 - São Paulo - SP

CEP 01327-002

TEL.: (11) 3289-7511

#### SITE

[www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br)

[www.sinog.com.br](http://www.sinog.com.br)

[www.visaosaude.com.br](http://www.visaosaude.com.br)

#### E-MAIL

[redacao@visaosaude.com.br](mailto:redacao@visaosaude.com.br)

[comercial@visaosaude.com.br](mailto:comercial@visaosaude.com.br)





Chairman  
**Richard Poo Kim**  
Chairman, Board of Directors  
President, Poo Kim & Associates

# Informações técnicas e evidências científicas

Richard Pae Kim explica os desafios da judicialização na saúde e as ações que o CNJ realiza para que as decisões judiciais sejam qualificadas.

**C**onselheiro do Conselho Nacional de Justiça e Supervisor do Fonajus – Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (CNJ), Richard Pae Kim conversou com a Visão Saúde sobre a controversa questão que envolve a judicialização na área da saúde pública e privada. Atualmente, cerca de 523 mil ações abordando temas de saúde tramitam no Judiciário brasileiro. A demanda cresceu 123% em 10 anos e entre as principais reivindicações estão o uso de medicamentos e a garantia de acesso à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com a aprovação da Lei nº 14.454/2022 no ano passado, no Congresso Nacional, esse cenário tende a ganhar ainda mais repercussão, em sua opinião.

Pae Kim, que também é professor do Curso de Mestrado em Direito Médico da UNISA e Editor-Chefe da Revista Internacional de Direito da Saúde Comparado (*Comparative Health Law Journal*), entende a judicialização como uma questão de acessibilidade, que precisa ser tratada com seriedade e embasada por evidências científicas e legislação. Entre as ações do CNJ que contribuem para que esses requisitos sejam atendidos estão a criação do NatJus e do e-NatJus, que são Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário, formados por profissionais da saúde que devem elaborar, quando solicitados, notas técnicas sobre medicamentos, procedimentos e produtos, para embasar os magistrados em suas decisões. Esses documentos ficam disponibilizados em uma plataforma digital. Atualmente, há mais de 100 mil Notas Técnicas e 81 Pareceres publicados e que podem ser utilizados pelos magistrados, inclusive em casos análogos. “Os(as) magistrados(as) têm descoberto os benefícios de utilizarem as informações técnicas e, atualmente, em alguns tribunais, cerca de 85% das decisões em saúde pública já são fundamentadas com informações técnicas. Em outros, os comitês de saúde têm trabalhado para disseminar a utilização das ferramentas”, conta Pae Kim. Confira a entrevista completa.

FOTO: GIL FERREIRA/AGÊNCIA CNJ

## **VISÃO SAÚDE – Qual sua visão sobre a judicialização da saúde no Brasil?**

**RICHARD PAE KIM** – A judicialização possibilita a concretização do direito à saúde por intermédio do Poder Judiciário quando o SUS ou o prestador do serviço de saúde privado descumpra suas obrigações constitucionais ou legais. Segundo dados do CNJ, em média, 120 mil novos casos relacionados ao direito à saúde ingressam todo ano na Justiça, sendo a metade deles relativos ao acesso a medicamentos. Por isso, o Judiciário deve estar preparado para decidir os casos concretos com qualidade, celeridade e equidade, sempre baseado em evidências científicas e na legislação de regência.

### **O que causa esse problema?**

A judicialização não é um problema. Propor uma ação cuida-se de exercício legítimo de qualquer cidadão de acesso à Justiça. A gestão adequada da judicialização da saúde, por isso, é dever dos tribunais estaduais e federais. Para cuidar adequadamente dessa pauta é que foi criado o FONAJUS (anteriormente denominado de Fórum da Saúde – CNJ) e os Comitês Estaduais e Distrital da Saúde, que dialogam permanentemente sobre os problemas que causam a judicialização da saúde em cada unidade da federação e que buscam dar o atendimento adequado a essas situações. Os comitês são coordenados pelas justiças estadual e federal, havendo um rodízio a cada dois anos, sempre que possível. O fórum, assim como os comitês são compostos de representantes do Sistema de Justiça (Judiciário, Ministério Público, advocacias pública e privada e procuradorias), do Sistema de Saúde e também da sociedade civil. Num ambiente dialógico e plural, busca-se identificar os problemas e criar estratégias jurídicas e políticas para dar melhor desenlace às demandas e buscar formas alternativas de solução dos conflitos, seja na fase processual ou pré-processual.

**“** A nossa primeira preocupação é que as decisões judiciais sejam qualificadas.

## **Quais ações do CNJ buscam a redução da judicialização?**

A nossa primeira preocupação é que as decisões judiciais sejam qualificadas. Para isso, foi criado um sistema que possibilite dar um apoio técnico, científico, aos magistrados brasileiros. Não há dúvida de que a maioria dos(as) julgadores(as) não têm conhecimento técnico sobre todas as áreas do conhecimento, em especial, a da saúde. Por isso, os tribunais, por meio de parcerias com hospitais de excelência e profissionais da área de saúde, possuem os seus respectivos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), grupos que ofertam subsídios técnicos às juízas e juizes que solicitam notas técnicas e pareceres que contribuirão para a tomada de decisão baseada em evidências médicas, em especial, quando há pedido de tutela liminar.

Em segundo lugar, acreditamos ainda que a utilização de dados precisos sobre a judicialização da saúde em cada estado, associada à prática de um diálogo qualificado com os parceiros da Justiça e os gestores da saúde pública e suplementar podem contribuir para evitar novas demandas. O estabelecimento de fluxos de cumprimento de decisões judiciais e fixação de estratégias para dar melhor atendimento à população, o que evita a judicialização são, sem dúvida, caminhos democráticos para uma gestão da justiça e da saúde da população. Todos ganham com isso.

Por fim, o tratamento adequado das lides só será completo com a utilização das técnicas de autocomposição desenhadas pela mediação e conciliação, que quando executadas com eficiência e rapidez, contribuem para reduzir a judicialização da saúde pública e suplementar.

### **Dentre as ações, qual se destaca e por quê?**

Penso que a função dos NatJus dos Estados e do DF e do NatJus Nacional (inserido no sistema e-NatJus do CNJ) tem sido essencial para apoiar todos os juizes brasileiros com informações técnicas e baseadas em evidências científicas. Por isso estamos investindo muito nessas ferramentas.

### **Existem dados e números que garantem e comprovam sua eficácia?**

No sistema e-NatJus, por meio da pesquisa pública, é possível verificar as orientações técnicas que têm sido produ-





RÔMULO SERPA/AGÊNCIA CNJ

### **Notas técnicas já são utilizadas, em alguns estados, em cerca de 85% das decisões judiciais relacionadas às demandas de saúde pública**

zidas pelos NatJus dos Estados e do DF e pelo NatJus Nacional. Como dito, o nosso objetivo é qualificar as decisões judiciais, munindo o(a) julgador(a) com informações sobre a eficácia dos medicamentos e procedimentos no caso concreto, seus custos, e outras que foram indicadas pela autoridade judicial. Os tribunais, por intermédio de seus comitês de saúde, têm incentivado os magistrados que acessem as notas técnicas. Digo isso porque, respeitando o princípio do livre convencimento do magistrado na instrução processual e para a prolação de sua decisão, não existe qualquer obrigatoriedade ao juiz para acessar as notas técnicas. No entanto, diante da qualidade dos trabalhos técnicos, que tem auxiliado os juízes a decidirem com mais informações, as notas técnicas já são utilizadas, em alguns estados, em cerca de 85% das decisões judiciais relacionadas às demandas de saúde pública, conforme levantamento realizado neste ano de 2023.

### **Há melhorias mapeadas para 2023?**

Estamos trabalhando em adaptações tecnológicas para a integração automática do banco nacional de notas téc-

## **“ Em média, 120 mil novos casos relacionados ao direito à saúde ingressam todo ano na Justiça**

nicas e pareceres no Processo Judicial Eletrônico (PJe) e nos demais sistemas de processo eletrônicos utilizados pelos tribunais, por meio da Plataforma Digital do Poder Judiciário. Houve também uma atualização da ferramenta de pesquisa da base de dados da plataforma e-Natjus, que agora possibilita uma melhor filtragem dos dados. Agora é possível acessar notas técnicas por medicamento, procedimento ou produto, além de outras especificidades. Ainda estamos trabalhando na construção de um fluxo de cumprimento de decisões judiciais no âmbito das demandas de saúde pública propostas contra a União, que está sendo objeto de diálogos interinstitucionais, e esperamos chegar a um bom resultado até o final deste ano de 2023, com a apresentação de uma normativa que garanta mais eficiência no cumprimento não só de liminares, mas também de decisões definitivas em prol dos jurisdicionados.

### **Há algo importante a ser mencionado?**

Como Supervisor e Coordenador do FONAJUS, tenho fomentado encontros com os Comitês estaduais de Saúde para conhecermos mais de perto os trabalhos que vêm sendo realizados nos estados, levantado as boas práticas e conhecido as dificuldades dos comitês e da saúde pública. Portanto, estamos mapeando as melhores soluções e identificando cada um dos curtos-circuitos, com o objetivo de termos, ainda neste ano, a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, que está sendo construída no âmbito do Fonajus e que será encaminhado, com um plano nacional, ao Plenário do CNJ para a sua aprovação. A definição dessa política nacional, tenho absoluta certeza, elevará a eficiência das ações do Judiciário, e atenderá às necessidades dos sistemas de gestão da saúde pública e da suplementar e garantirá os direitos à saúde dos cidadãos brasileiros que buscam o Judiciário.



# TENDÊNCIAS GLOBAIS

*Pesquisa mostra perspectivas de crescimento e prioridades estratégicas das lideranças da saúde para o ano*

A economia mundial deve passar por um período de desaceleração em 2023. A avaliação é compartilhada por 73% dos CEOs brasileiros e globais, conforme indica a 26ª edição da pesquisa *Global CEO Survey* da PwC, que ouviu 4.400 executivos em mais de 100 países. Os resultados do levantamento revelam que os executivos do setor da Saúde acompanham esse movimento, embora os brasileiros estejam um pouco mais pessimistas (76%) do que a média global (71%).

Os dados contrastam bastante com as expectativas identificadas pela pesquisa de 2022, quando 77% dos CEOs entrevistados disseram acreditar que haveria aceleração do crescimento econômico.

Em relação à economia de seu próprio país, os brasileiros estão mais otimistas. Dois em cada três CEOs de empresas de Saúde no Brasil (64%) acreditam que a economia nacional vai acelerar nos próximos 12 meses, pouco mais que o dobro dos executivos do setor na média global (30%).

O estudo ainda mostra que os CEOs estão em uma encruzilhada: precisam encarar os desafios do presente (como instabilidade geopolítica, crise energética, inflação alta e recessão) e ao mesmo tempo transformar o futuro para garantir a longevidade de suas empresas. O contexto leva um terço dos CEOs no Brasil (33%) e no mundo (39%) a afirmar que suas organizações serão economicamente inviáveis em dez anos, caso se mantenham no rumo atual.

A 26ª CEO Survey indica os mercados mais relevantes para os CEOs de Saúde no Brasil e no mundo. Os Estados Unidos mantêm a liderança registrada nas pesquisas anteriores: 45% dos CEOs brasileiros no setor (37% global) apontam o país como o mercado mais relevante. No entanto, na avaliação dos brasileiros, a China é o segundo mercado (33%), seguida da Alemanha (15%), México e Japão (ambos com 9%), enquanto que, para a média global dos CEOs de Saúde, a Alemanha ocupa o segundo posto (19%), à frente da China (18%), do Reino Unido (11%) e de França, Japão e Brasil (6%).

Para os líderes da indústria no mundo, o Brasil aparece em quinto lugar, empatado com França e Japão. Os Estados Unidos (37%) e a Alemanha (19%) encabeçam a lista.

## AMEAÇAS QUE MAIS PREOCUPAM OS BRASILEIROS

- Inflação
- Instabilidade macroeconômica
- Riscos sanitários
- Riscos cibernéticos

## FATORES QUE PODEM AFETAR A LUCRATIVIDADE DA INDÚSTRIA

- Inovações tecnológicas
- Marcos regulatórios
- Demandas do consumidor

## FRENTES DE INVESTIMENTOS

- Automação de processos e sistemas
- Implantação de tecnologias (nuvem e Inteligência Artificial, por exemplo)
- Qualificação da mão de obra (*upskilling*)

# IESS lança livro sobre promoção de saúde nas empresas

Mais uma publicação do Instituto de Estudos na Saúde Suplementar (IESS), o livro “Saúde nas Empresas: A Promoção de uma Ideia Sustentável” traz entendimento aprofundado a partir de 16 temas capazes de auxiliar na construção de uma sociedade mais saudável. O assunto também tem ligação com os custos dos planos de saúde, já que 70% dos beneficiários da saúde suplementar advêm de empresas contratantes.

“Nos últimos anos, ficou clara a importância de ter uma equipe de colaboradores saudáveis, para que tenham maior desempenho e produtividade dentro de uma empresa. Isso não só no que se refere à saúde do funcionário, mas também a de seus familiares, para que exista um equilíbrio entre o ambiente de trabalho e residência”, afirmou José Cechin, superintendente executivo do IESS, durante o lançamento da publicação.



## ABRAMGE-PR/SC ESTÁ DE CARA NOVA

A Associação Brasileira de Planos de Saúde, regional Paraná e Santa Catarina, elegeu sua nova Diretoria com a presidência ocupada pela Dra. Dulcimar De Conto, da Nossa Saúde Operadora de Planos Privados de Assist. (Curitiba – PR), e a vice-presidência com o Dr. Olavo Pereira de Almeida, da Paraná Clínicas Planos de Saúde S/A (Curitiba – PR).

A Diretoria é constituída também por:

Dr. Alexandre da Silva Lima  
*Secretário Geral*  
Paraná Assistência Médica Ltda. – PAM (Maringá – PR)

Sr. Celso Lopez Valente  
*1º Secretário*  
Evangélico Saúde S/C Ltda. (Curitiba – PR)

Sra. Leonice Terezinha Zeni  
*1º Tesoureira*  
Clinipam Clínica Paranaense Assistência Médica Ltda. (Curitiba – PR)

Sr. Henry Maurici Refundini  
*2º Tesoureira*  
Humana Saúde Sul Ltda. (Maringá PR)

Sra. Ana Carolina Hildebrand Seyboth  
*Diretora de Comunicação e Promoção*  
Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda. (Mal. Cândido Rondon – PR)

## RESOLUÇÃO PARA 2023: CUIDAR DA SAÚDE

Estudo produzido pela V.Trends, hub de pesquisas e insights da Vivo, aponta que a principal meta para 45% dos entrevistados é cuidar da saúde e do bem estar físico e mental em 2023. Para atingir esse objetivo, 62% pretendem iniciar uma atividade física ou esporte, 50% devem focar em ter uma alimentação balanceada, 43% querem estar mais em contato com a natureza e 21% cogitam inserir a meditação no seu dia a dia.

A pesquisa foi realizada por meio da plataforma de human analytics da MindMiners, entre 12 e 19 de dezembro/22 com 300 respondentes, homens e mulheres, das classes ABC, de 18 a 70 anos.

## Emprego na Saúde

De acordo relatório produzido pelo Instituto de Estudos na Saúde Suplementar (IESS), em maio de 2023, o número de pessoas



empregadas na cadeia produtiva da saúde foi de 4,8 milhões, considerando setor público e privado e empregos diretos e indiretos. Esse montante resulta em crescimento de 1% em relação a fevereiro (3 meses). Na mesma comparação, o mercado de trabalho cresceu 1,3%.







# TODOS POR TODOS COM MUITA SAÚDE

Iniciativa visa fortalecer a construção coletiva de um sistema suplementar de saúde em benefício da sociedade

**N**o Brasil, ¼ da população possui plano de saúde, mas a grande maioria desse montante não sabe, de fato, como se dá o funcionamento dessas instituições. Afinal de contas, existem diversas operadoras, modalidades, categorias e tipos de contrato, por exemplo. Outro dado importante é que o plano de saúde é o terceiro maior desejo de consumo no país, atrás apenas de educação e residência própria, de acordo com uma pesquisa realizada pelo Vox Populi a pedido do IESS (Instituto de Estudos em Saúde Suplementar). Outro indicador, desta vez apurado pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica), demonstra que saúde é o terceiro item na lista de preocupações dos brasileiros.

Com mais de 50 milhões de beneficiários, os planos de saúde movimentam recursos fundamentais para o setor de saúde no Brasil. Com um alcance dessa magnitude, são necessários altos investimentos por parte dos planos. Considerando apenas 2022, foram gastos com a assistência à saúde das pessoas um total de R\$ 208,1 bilhões. São recursos que também geram empregos e inovação.

Diante da grandiosidade deste setor que tem um peso de importância enorme na sociedade brasileira, a Abramge idealizou o movimento #TodosPorTodos com Muita Saúde junto com suas associadas, e atualmente conta com 16 entidades apoiadoras. Baseado na coletividade, tem como objetivo tornar a saúde suplementar mais descomplicada e acessível, provendo informação de qualidade e credibilidade.

O Todos Por Todos com Muita Saúde chega para desmistificar e educar a sociedade, mostrando o seu funcionamento e para demonstrar que

a união de todos os setores (operadoras, planos, hospitais, profissionais de saúde e beneficiários de planos) é fundamental para manter e ampliar o acesso ao sistema de saúde à população.

Para Renato Casarotti, presidente da Abramge, o movimento visa conscientizar as pessoas sobre a importância da cultura da coletividade dentro do sistema de saúde. “A falta de compreensão sobre como funciona o plano de saúde é uma questão antiga e que gera problemas recorrentes. Começamos explicando o princípio, que é a coletividade entre as pessoas, em que você cria um fundo com a colaboração de todos, independente de usar ou não o plano, para quando alguém precisar ter recursos disponíveis para realizar o seu atendimento. Precisamos explicar esse conceito de uma forma mais leve e didática, daí trouxemos o aspecto da coletividade. Os planos de saúde são fruto de uma coletividade, individualmente eles não funcionam, pois a pessoa teria muita dificuldade em arcar sozinha com as despesas”, explica.



DIVULGAÇÃO

“A falta de compreensão sobre como funciona o plano de saúde é uma questão antiga e que gera problemas recorrentes.”

**RENATO CASAROTTI**  
presidente da Abramge

Casaroti também traz à tona uma pauta bastante atual e de suma importância para a sustentabilidade do setor: o uso consciente. “Entender essa importância é uma urgência. Independentemente de aquilo ‘já estar pago’, todos podem ajudar a monitorar a utilização e contribuir para o uso consciente, evitando desperdícios, combatendo fraudes e, assim, auxiliando no controle de custos do próprio plano. No final do dia, cada uso do plano que não esteja gerando valor para uma pessoa, está gerando custo para todos os envolvidos”.

A fim de embasar a iniciativa e oferecer um conteúdo adequado e à altura das reais necessidades que envolvem o tema, a Abrange encomendou uma pesquisa a respeito da percepção dos brasileiros sobre os planos de saúde ao Instituto Datafolha. O estudo – que representa toda a população brasileira e ouviu 1.599 pessoas com mais

de 18 anos, pertencentes a todas as classes socioeconômicas, residentes em todas as regiões do país – aponta que 94% da população que, hoje, não tem esse tipo de serviço, gostaria de ter. Já entre os beneficiários, a maioria diz se sentir mais seguro tendo acesso à saúde suplementar. No entanto, metade da população brasileira ainda não sabe como funciona o sistema privado de saúde.

A análise também comprova que metade dos entrevistados não sabe que os planos de saúde funcionam como um fundo coletivo, ou seja, tudo que você paga ajuda a cobrir a assistência médica de todas as pessoas que fazem parte do plano ou grupo, contribuindo para o cuidado de saúde de cada um; boa parte ou nunca ouviu falar sobre a relação entre coletividade e operadoras ou não acredita que o funcionamento seja dessa forma.

Quanto aos direitos e deveres contratuais, 46% dos beneficiários de planos de saúde declararam que assinaram contrato sem ler ou que leram sem a devida atenção. “Existe uma grande diversidade nos serviços prestados pelos diferentes planos de saúde. Por isso, é importante escolher o mais adequado ao seu perfil, atentando-se ao contrato de prestação de serviços”, reforça Casarotti, que aposta no movimento #TodosPorTodos Com Muita Saúde como um grande incentivador ao diálogo e ao esclarecimento de dúvidas para proporcionar saúde e bem-estar a todos.

A união do setor é prioritária para que a iniciativa ganhe força e gere resultados e as entidades representativas estão fazendo sua parte. “A adesão foi muito significativa. Eles embarcaram mesmo, ajudaram a disseminar e assinaram o movimento conosco”, conta Renato. A Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) faz parte das importantes parcerias que encorpam o projeto. “O Movimento Todos por Todos tem fundamental importância no papel de conscientização da população sobre a utilização do plano de saúde. Muitas pessoas utilizam sem considerar que é um fundo, uma carteira, que o plano de saúde, na verdade, é o agente financiador, mas que para financiar o acesso à saúde ele utiliza as contribuições de diversos beneficiários. A Abramed apoia e tem trabalhado muito na sua disseminação”, garante

#TODOS  
POR TODOS  
COM MUITA SAÚDE

## A CAMPANHA

Com o slogan “TodosPorTodos”, a campanha conta com um vídeo oficial divulgado em redes sociais e plataformas digitais e com a participação de influenciadores, como a apresentadora Fátima Bernardes, a médica pediatra Dra. Ana Escobar, o ator Ary Fontoura e Jessi Alves, bióloga de formação e ex-participante do programa BBB, visando conscientizar o público sobre a relevância da união entre os beneficiários de planos de saúde para a manutenção de um sistema de saúde privado eficiente e sustentável. Além disso, a Abrange promove ações educativas para esclarecer dúvidas e disseminar informações seguras sobre o funcionamento do sistema de saúde suplementar.

Além de canais próprios e oficiais da Associação em redes sociais como Instagram, YouTube, Facebook e LinkedIn, a campanha conta com uma landing page intuitiva e informativa disponível a todos: [www.todosportodosoficial.com.br](http://www.todosportodosoficial.com.br).



DIVULGAÇÃO

“O Movimento Todos por Todos tem fundamental importância no papel de conscientização da população sobre a utilização do plano de saúde”

**MILVA PAGANO**  
diretora-executiva da Abramed

Milva Pagano, diretora-executiva da Abramed.

Antonio Britto, diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), reconhece a qualidade do movimento, se coloca à disposição para dar voz a ele e reforça sua importância. “Há, infelizmente, na opinião pública brasileira, um grande desconhecimento sobre os fundamentos do sistema de saúde suplementar, num ambiente ainda muito cercado por preconceitos”, afirma, discorrendo, ainda, sobre as adversidades enfrentadas pelo setor. “O setor vive um momento muito difícil. Ainda sofremos com as consequências da pandemia, com o aumento de custos, o desaquecimento da economia em nosso país e o desemprego. E, aliado a isso tudo, ainda temos pela frente o desafio de entender o que não funciona no atual modelo que adotamos na saúde suplementar e, de forma pragmática, promover mudanças que ajudem na sustentabilidade. Ou seja, é um cenário extremamente desafiador. O lado positivo disso tudo é que os elos da cadeia da saúde suplementar estão dispostos a dialogar, a propor e a identificar oportunidades de transformação. Esse é um período difícil, mas tenho certeza que também será o ponto de partida para um sistema mais equilibrado no futuro”, conclui.

O presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Estado de São Paulo

(SindHosp), Francisco Balestrim, complementa o raciocínio e reforça a questão prioritária que é a sustentabilidade. “De um lado, os custos da saúde que sobem muito além dos índices inflacionários e, de outro, os valores dos planos de saúde que não acompanham os aumentos de custos do setor. Também o envelhecimento da população brasileira e a incorporação de novas tecnologias são fatores que impactam o setor”, garante. “Para o Sindicato, a iniciativa da Abramed, mais que explicar o funcionamento dos planos de saúde, pode gerar um sentimento de pertencimento e de coletividade entre os usuários do sistema, facilitando o relacionamento entre planos e clientes.”

Relacionamento esse que pode trazer uma consequência bastante positiva e impactar no acesso das pessoas a uma saúde de qualidade. “Esperamos que haja a ampliação do acesso à saúde para a sociedade. Nessa lógica de que se você consegue inspirar as pessoas para a visão coletiva e para um monitoramento conjunto do uso adequado, conseguimos reduzir desperdícios. Assim, há um maior controle dos custos e a possibilidade de se evitar reajustes mais altos, permitindo um preço acessível para todos”, continua Casarotti, garantindo que o movimento é perene e contínuo e que novos temas serão explorados em prol da transparência e ampliação do conhecimento.



DIVULGAÇÃO

“Os elos da cadeia da saúde suplementar estão dispostos a dialogar, a propor e a identificar oportunidades de transformação”

**ANTONIO BRITTO**  
diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)



# O IMPACTO DO PADRÃO TISS NO SETOR DE SAÚDE DO PAÍS

No ano em que se completam os 18 anos da criação do Padrão TISS, a Visão Saúde conversa com vozes proprietárias no tema, traz uma importante reflexão sobre os fundamentos da padronização e uma visão de futuro. Conheça também as principais atualizações da nova versão



**E**m 2023, pode-se dizer que o Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) conquista a maioria. Há 18 anos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criava essa iniciativa que tenta, até os dias de hoje, organizar os dados do setor, facilitando a relação entre operadoras e prestadores e reduzindo custos administrativos para toda a cadeia envolvida.

Além disso, ajuda na consolidação de dados estratégicos para que a Agência realize uma gestão adequada. Angelica Carvalho, diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS (Dides), reforça o papel estratégico dessa padronização. “O Padrão TISS vem como uma medida precursora no processo de organização do setor de saúde suplementar e como um pacto setorial para oferecer informações mínimas obrigatórias e padronizadas, assim como uma linguagem que pudesse ser universal, que é a TUSS. Essas duas iniciativas da ANS pavimentaram o processo de clareza de dados. Padronizar ações administrativas, de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamentos e até o recurso de glosas entre os principais agentes envolvidos foi uma evolução ao longo do tempo, para que a ANS pudesse fazer essa leitura e que ela fosse usada como insumo regulatório para nossas ações de melhoria”, explica a executiva, afirmando que o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), por exemplo, é produzido com informações coletadas pela TISS, assim como outras diversas réguas para qualificar as operadoras com base nesse olhar sistêmico sobre o setor.

Celina Maria Ferro de Oliveira, gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação da ANS (GEPIN), acrescenta que a TISS só acontece por meio de uma construção coletiva: “Não é possível fazer a padronização somente dentro da ANS. A participação do se-

tor, dos atores e das entidades é fundamental. Outro ponto importante, não se trata de atender a uma norma da ANS, mas sim de possibilitar que a operação seja mais racional e, claro, que tenhamos dados que reflitam o setor. Regulação a gente faz com dados, eles têm que ser fidedignos até para que nossas ações sejam qualificadas”. Esse trabalho conjunto, citado por Celina, é realizado pelo Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), um grupo de trabalho criado pela ANS para o aprimoramento do Padrão TISS, responsável por revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUSS, além de promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS, analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela ANS, e promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde. “É o nosso comitê mais antigo e perene, criado em 2005 com o papel fundamental e contínuo de escuta ativa e atenta do órgão regulador. O grupo tem uma participação plural para que possa discutir e refletir os diferentes pontos de vista dos atores do mercado e, conforme o tema, convidamos pessoas com notório saber, instituições de pesquisa e acadêmicas que tenham *know-how* em determinados assuntos para nos trazer esse alto nível de conhecimento”, completa Angelica.

Padronizar ações administrativas, de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamentos e até o recurso de glosas entre os principais agentes envolvidos foi uma evolução ao longo do tempo, para que a ANS pudesse fazer essa leitura e que ela fosse usada como insumo regulatório

Presente desde a primeira reunião do Comitê, a Abramge tem atuado incansavelmente e contribuído com questões muito relevantes. Especialista em gestão de saúde e consultora da Abramge, Ana Maria de Oliveira Santos Cardoso relembra uma iniciativa de destaque. “Quando o primeiro modelo do Padrão foi divulgado pela Agência, ele trazia pouca ênfase nos fluxos administrativos da operação entre as operadoras e prestadores, era basicamente assistencial. Nesse momento o mercado se ressentiu e levantou a importância de agregar uma visão administrativa para o processo ficar mais completo e atender melhor suas necessidades. Foi aí que a Abramge elaborou uma proposta com todo o fluxo entre operadoras e prestadores e apresentou para a ANS. A partir dela essa visão foi ampliada. Esse material que elaboramos foi a base de toda discussão para a segunda versão do Padrão”, conta Ana Maria, que participou do desenvolvimento do documento. Ela ainda traz outros exemplos de temas defendidos, como a extensão de prazos para que as operadoras consigam adequar da melhor forma. Para 2023, ela garante que a pauta é longa e inclui temas como estratégia para adoção da última versão do Padrão, TUISS OPME, novo fluxo de aprimoramento da TUISS 22, manual de uso de cada tabela TUISS, biometria facial, monitoramento da qualidade dos dados e demais assuntos levados pelas entidades.

A Associação Brasileira de Planos Odontológicos (Sinog) também possui membro ativo no Copiss, com a proposição de pautas e posicionamentos de interesse das Operadoras Odontológicas associadas. Gilberto Bosco, consultor técnico da Sinog no comitê, explica como se dá essa parceria. “Os principais desafios da representação estão em manter-se a par dos assuntos tratados, além de acompanhar e revisar as novas versões do Padrão TISS publicados para dar ciência às operadoras associadas.” Ele ainda representa a Sinog, a pedido da ANS, nos debates sobre as melhores práticas e requisitos para definição de um padrão de Biometria Facial a ser utilizada na Saúde Suplementar e que constará em uma versão futura do Padrão TISS.

Gilberto também esteve envolvido na criação do curso inédito do Padrão TISS 4.0, idealizado pela Sinog e realizado com apoio de todo Sistema Abrange, do qual é professor ao lado de Sandro Diniz. “Decidimos promover o curso pelas pesquisas realizadas com as operadoras associadas ao longo dos meses em que temos explicado as novidades da versão 4 do Padrão TISS e também a observação de que vários aspectos do Padrão não eram compreendidos pelo corpo técnico das operadoras, então desenvolvemos no curso um conteúdo programático que abordasse todos os pontos de forma aprofundada”, explica Gilberto. “Além deste objetivo, complementarmente tínhamos a intenção de explicitar as atualizações, principalmente em relação aos Modelos de remuneração dos prestadores”, garante.

#### TISS 04.01.00 E 01.04.01

Em maio, uma nova versão da TISS entrou em vigor. Conheça as principais atualizações e entenda por que essa ferramenta pode viabilizar mudanças profundas no sistema de saúde do Brasil

A ANS publicou, em setembro passado, a nova versão do Padrão TISS, que entrou em vigor em maio com importantes atualizações. Angelica Carvalho, conta as principais alterações. “A nova versão focou na LGPD, que traz grande ensinamento para a sociedade e para o setor, que vem tendo que se adaptar a essa nova forma de organização. A preocupação foi na adequação do padrão à disposição da lei. Além disso, estamos estabelecendo uma nova mensagem eletrônica para a troca de documentos entre as operadoras e prestadores, no envio desses dados para a ANS foi acrescentada uma informação sobre o modelo de remuneração praticado pelo setor, já que pensamos muito na discussão da saúde baseada em valor. Sabemos que o modelo de remuneração *fee for service* estimula muito mais a utilização do que o resultado em saúde, queremos mudar essa ótica”, explica a diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS (Dides).

Angelica cita outro ponto de grande relevância sobre os benefícios que englobam o Padrão TISS, que é a construção da Rede Nacional



“Sabemos que o modelo de remuneração *fee for service* estimula muito mais a utilização do que o resultado em saúde, queremos mudar essa ótica”

**ANGELICA CARVALHO**  
Diretora-adjunta de  
Desenvolvimento Setorial  
da ANS (Dides)



de Dados em Saúde (RNDS), uma demanda do Ministério da Saúde, que funcionará como um banco de dados para um prontuário único para todo cidadão brasileiro. Isso trará eficiência para o setor e ganho para a sociedade. “O tempo todo estamos pensando em novas melhorias, mas além de estarmos sempre olhando para o futuro, também precisamos estar atentos às correções dos dados que já transitam. É muito importante que as operadoras acertem as bases informacionais que já estão na ANS e façam uma visão crítica do que está previsto. É assim

que vamos conseguir criar bases para compor a RNDS, que é, sim, nosso foco a perseguir. Torcemos muito para que aconteça e esse é nosso objetivo, para que a troca de informações na rede pública e privada se torne uma realidade e a gente não tenha tantos desperdícios no sistema de saúde e, sim, uma rede convergente. Essa construção é necessária, os recursos são finitos e sabemos que a partir do uso adequado na saúde conseguiremos ampliar acesso e trazer mais pessoas para participar, atingindo melhor a população como um todo”.

Outro ponto de grande relevância sobre os benefícios que englobam o Padrão TISS, é a construção da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), uma demanda do Ministério da Saúde, que funcionará como um banco de dados para um prontuário único para todo cidadão brasileiro. Isso trará eficiência para o setor e ganho para a sociedade

## CURSO PADRÃO TISS – PRÁTICA TISS 4.0

Cumprindo seu papel institucional, a Abramge, por meio da Sinog, lançou o curso Padrão TISS – Prática TISS 4.0, voltado aos profissionais de operadoras e prestadores das diversas áreas de saúde (Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem, dentre outros), de softwares de saúde e odontologia que atuam diretamente com o Padrão TISS ou tenham interesse de entender o assunto. O objetivo foi esclarecer as principais questões e pontos do Padrão TISS, suas aplicações, interações e exigências regulatórias para que os participantes tenham ferramentas que possam apoiar e melhorar o uso do Padrão TISS no dia a dia.

O curso contou com duas edições e atingiu quase 100 participantes. Conheça o seu conteúdo:

### 1. REGULAÇÃO E O PADRÃO TISS

- O que é o Padrão TISS
- RN 501 e histórico
- Novidades da versão 4.0
- Implantação do Padrão TISS em prestadores e operadoras
- Divulgação de endereços de webservices

### 2. COMPONENTES DO PADRÃO E VINCULAÇÃO

- Componente Organizacional

- Componente de Conteúdo e Estrutura
- Componente de Comunicação
- Componente de Segurança e Privacidade
- Vinculação de guias
- 

### 3. VISÃO PRÁTICA NO USO DOS COMPONENTES – OLHAR DE TI

- Correlação Conteúdo e Estrutura com Comunicação
- Detalhando o componente de Segurança e Privacidade
- Assinatura digital dos arquivos

### 4. PADRÃO TISS ALÉM DA REGULAÇÃO – OLHAR DE NEGÓCIO

- Modelos de remuneração considerados
- Oportunidades, Riscos e Exposições de dados (Interação com demais sistemas da ANS: DIOPS, RPS, SIB e SIP)

### 5. MONITORAMENTO TISS

- Regras de Envio
- Relatórios oficiais
- Importância da correção
- Como “ler” os relatórios da ANS
- Indicadores do IDSS obtidos a partir no Monitoramento TISS

Para mais informações, acesse o site:  
<https://sinog.com.br/curso-padrao-tiss-4-0/>

# SAÚDE SEM FRAUDE

À frente da iniciativa Saúde sem Fraude, FenaSaúde pretende alertar e conscientizar toda a sociedade sobre os perigos e formas desse tipo de golpe, que vem aumentando consideravelmente nos últimos anos

**E**m 2022, o setor de saúde acumulou um prejuízo operacional de R\$ 11,5 bilhões, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Somadas a esse cenário de incertezas e muito ônus a toda sociedade, estão as fraudes. Por ano, estima-se que o mercado tenha um impacto de R\$ 28 bilhões com fraudes e desperdícios, conforme levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).







“O aumento de custos na saúde suplementar tem razões estruturais já bastante conhecidas. Nessa conjuntura, o crescimento das fraudes torna esse cenário ainda mais desafiador, pesando no bolso do consumidor. Por isso, essa campanha convoca os beneficiários a zelarem pela sua segurança e pelos recursos do seu plano”

**VERA VALENTE**  
Diretora-executiva  
da FenaSaúde

Para começar, os planos odontológicos têm mensalidades muito mais baixas, com um ticket médio de R\$ 22,00. Para efeito de comparação, o valor médio das contraprestações no segmento médico-hospitalar é de R\$ 420,00. Essa diferença se explica pela baixa complexidade do segmento o que propicia mais o acesso a saúde bucal. Por outro lado, as operadoras odontológicas têm capacidade financeira relativamente menor, o que as impossibilita de arcar com multas desproporcionais impostas pela ANS e criadas para os planos médico-hospitalares.

Protagonista no combate a esses crimes, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa grupos de operadoras de planos de saúde do país, vem atuando fortemente com ações de prevenção. Recentemente, a entidade criou a Gerência de Prevenção e Combate à Fraude e formalizou, junto ao Ministério Público de São Paulo (MP-SP), uma notícia-crime para apurar fraudes contra operadoras associadas, onde foram apresentadas notas fiscais fraudulentas para pedidos de reembolso que atingiram, aproximadamente, R\$ 40 milhões. No ano passado, também realizou um evento para promover o debate sobre os impactos das fraudes no setor, reforçando a importância do engajamento de entidades públicas e privadas em torno do tema.

Agora, mais uma iniciativa de destaque foi apresentada: a campanha Saúde sem Fraude. Lançada no Dia do Consumidor, comemorado em 15 de março, o objetivo é chamar a atenção para práticas que podem passar despercebidas, mas são prejudiciais ao consumidor, como a realização de procedimentos estéticos como se fossem indicados clinicamente, o empréstimo de carteirinha para atendimento de terceiros, pedidos de reembolso sem pagamento prévio pelo atendimento e alteração de dados pessoais na hora da contratação do convênio. São ações que prejudicam diretamente os clientes, que financiam coletivamente os planos de saúde. Em casos mais extremos, as fraudes podem até colocar a saúde em risco, como quando o paciente é submetido a procedimentos desnecessários para que os fraudadores tenham al-

gum tipo de vantagem financeira. “O crescimento expressivo das fraudes contra os planos de saúde durante a pandemia foi o principal motivador do lançamento da campanha. O aumento de custos na saúde suplementar tem razões estruturais já bastante conhecidas. Nessa conjuntura, o crescimento das fraudes torna esse cenário ainda mais desafiador, pesando no bolso do consumidor. Por isso, essa campanha convoca os beneficiários a zelarem pela sua segurança e pelos recursos do seu plano”, explica Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, que reforça os desafios acerca do tema. “Um dos principais desafios é a falta de tipificação para a corrupção privada. Também há redes de fraudadores que se valem do próprio sistema de regulação, como nos casos em que são abertas reclamações na ANS para forçar a operadora a pagar reembolsos irregulares, por exemplo. Todos esses temas estão em nossa pauta de atuação. A FenaSaúde entende que é preciso um trabalho conjunto com todas as entidades do setor, autoridades e poder público para intensificar a identificação e coibir as ações fraudulentas. Sabemos que a maior parte do mercado atua de forma íntegra e séria. Aqueles poucos que fraudam são o nosso foco de atuação. Por isso, temos feito reuniões constantes com representantes de laboratórios, médicos e hospitais, com o propósito de propor ações conjuntas de combate às fraudes. Também temos promovido fóruns com o objetivo de propor avanços na regulação e legislação do país, visando maior coação e punição à prática de fraudes na saúde.”

Para Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abramge e membro titular do Cosaúde, essa iniciativa é de suma importância e vai ao encontro das ações coordenadas da associação para mitigar os golpes. Atualmente, a fraude no setor de saúde faz parte do planejamento estratégico da Abramge, sob a responsabilidade do executivo médico, que há mais de 30 anos atua na área de regulação médica, em conjunto com a superintendência jurídica. “As fraudes acompanham o sistema de Saúde Suplementar desde sempre e ocorrem em todas as fases do processo. O que mudou foi que antigamente eram fraudes eventuais, de oportunidade,

# CONHEÇA OS TIPOS DE FRAUDES MAIS COMUNS

## USO DE DADOS PESSOAIS DE TERCEIROS

Assim como a senha do seu banco, o login e a senha de acesso ao site e aplicativo do seu plano de saúde devem ser confidenciais. Os beneficiários podem ser induzidos a fornecer seus dados com a promessa de ter ajuda para a realização de algum processo junto à operadora. Mas com posse desses dados, terceiros podem ter acesso a informações pessoais e utilizá-las de forma inadequada, por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados.

## EMPRÉSTIMO DE CARTEIRINHA

A carteirinha do plano é pessoal e intransferível. Quando uma pessoa se passa por outra para usar o plano de saúde de um terceiro, está cometendo crime. Assim como aqueles que cedem sua carteirinha para uso. Além das punições previstas em lei para esse tipo de caso, fraudes contra o plano de saúde contratado pela empresa podem ocasionar demissões.

## FRACIONAMENTO DE RECIBO

Quando uma única consulta ou procedimento é realizado, mas emite-se mais de um recibo ou nota fiscal, com o objetivo de conseguir um reembolso total mais alto, configura-se uma prática irregular e fraudulenta. O pedido de reembolso deve informar corretamente o procedimento ou a consulta realizada, assim como o valor efetivamente desembolsado, para pagamento com base nas cláusulas contratuais.

## INFORMAÇÕES FALSAS NA CONTRATAÇÃO DO PLANO

A omissão ou falsificação de dados

pessoais como idade, condições pessoais de saúde ou vínculos empregatícios, para contratação de plano de saúde ou obtenção de vantagens contratuais, é fraude.

## REEMBOLSO ASSISTIDO OU AUXILIADO

O chamado “reembolso assistido” geralmente é oferecido em troca da cessão de dados pessoais dos beneficiários, como o login e senha de acesso ao portal do cliente na operadora de plano de saúde. O beneficiário recebe como promessa a ‘facilitação’ do processo de pedido de reembolso.

## REEMBOLSO SEM DESEMBOLSO

Muitas vezes o beneficiário é estimulado a realizar um atendimento fora da rede credenciada, sob a promessa de que não precisará fazer qualquer pagamento pela consulta ou procedimento. No entanto, para que o beneficiário tenha direito ao reembolso, é necessário que tenha pagado previamente os valores dos serviços de saúde.

## FALSO ESTADO CLÍNICO

A alteração do estado clínico do paciente (classificação da doença no pedido médico) para solicitar procedimentos desnecessários, excessivos ou não cobertos pelos planos de saúde — por exemplo, para fins estéticos —, além de ser fraude, muitas vezes coloca a saúde do paciente em risco.

## GOLPES VIRTUAIS

Criar sites falsos ou outros recursos para emitir ou alterar boletos é crime. Nesses casos, o dinheiro depositado é desviado para a conta dos fraudadores, afetando diretamente os beneficiários.



“As fraudes acompanham o sistema de Saúde Suplementar desde sempre e ocorrem em todas as fases do processo. O que mudou foi que antigamente eram fraudes eventuais, de oportunidade, agora são feitas de forma profissionalizada. Existem planos de saúde falsos, assim como corretores, clínicas... o que impacta violentamente o setor.”

**CÁSSIO IDE ALVES**  
Superintendente médico  
da Abramge e membro titular  
do Cossaúde

agora são feitas de forma profissionalizada. Existem planos de saúde falsos, assim como corretores, clínicas... o que impacta violentamente o setor. Os golpes podem ter início na contratação do plano, com supostos corretores omitindo doenças ou condições preexistentes, com declarações de saúde falsas, passam por prestadores, incluindo médicos, minha categoria, realizando procedimentos desnecessários ou em excesso, troca de códigos de procedimentos, empréstimos de carteirinhas, entre outros. São casos que acontecem muitas vezes sem o consentimento do paciente, mas às vezes ele também pode agir de má-fé, sem entender que o maior prejudicado é ele mesmo, o usuário do plano”, declara. “O fraudador usa dados pessoais que estão na ficha do usuário, como nome, data de nascimento, nome dos pais, filhos, histórico de doenças e principalmente o login e senha dos portais dos planos. O beneficiário, muitas vezes em situação de vulnerabilidade, confia que está sendo ajudado e passa o acesso. Os fraudadores podem até mudar os dados das contas bancárias cadastradas e pedir reembolsos falsos que terão os valores depositados diretamente nas suas contas. É possível até abrir contas em bancos digitais. É quando a fraude vai além do sistema de saúde e chega no sistema financeiro, com lavagem de dinheiro, por exemplo. Muitas vezes o usuário é inocente, em outras, conivente”, explica o médico.

No início deste ano, a Abramge também lançou a campanha Todos por Todos Com Muita Saúde, que ilustra a capa desta edição. Ela busca fortalecer a construção coletiva de um sistema suplementar de saúde em benefício da sociedade, desmistificando e informando sobre o funcionamento e a realidade dos planos de saúde. Além disso, uma cartilha focada nas fraudes com boletos, que vem ocupando o topo da lista dos golpes, para conscientização de toda a sociedade, também foi criada e está detalhada nessa edição da Visão Saúde. “Todo reembolso é advindo de despesa assistencial. Então o esperado é que a trajetória do reembolso, seja de subida ou descida, acompanhe os números dos eventos assistenciais. Detectamos, por meio do nosso departamento de economia,

que as indenizações a título de reembolso cresceram 33,8% a mais do que as despesas. É com essa diferença que se vê a profissionalização dos fraudadores. É uma drenagem de recursos absurda.” Cassio ainda reforça o posicionamento da FenaSaúde sobre a necessidade premente de uma ação sinérgica entre todos os stakeholders, para criar mecanismos para coibir e criminalizar essa prática, e o apoio à campanha lançada pela entidade.

### CAMPANHA SAÚDE SEM FRAUDE

Por meio de materiais educativos como hotsite ([www.saudesemfraude.com.br](http://www.saudesemfraude.com.br)), cartilhas, conteúdos nas mídias digitais posts, vídeos e entrevistas, a FenaSaúde pretende alertar e conscientizar os beneficiários de planos de saúde sobre os danos causados por esses tipos de crimes e também mobilizar a cadeia de saúde acerca do combate às más práticas na saúde suplementar. “Essas ações prejudicam os clientes, que financiam coletivamente os planos de saúde, porque estes custos impactam na sustentabilidade do sistema de saúde, na previsibilidade de gastos por parte dos planos, e tem efeito direto nos processos com os beneficiários, uma vez que as operadoras precisam estabelecer critérios cada vez mais rígidos para garantir a segurança do paciente”, destaca Vera Valente, que faz um alerta à sociedade. “Os recursos são finitos e os custos com as fraudes prejudicam diretamente os beneficiários de planos de saúde e as operadoras, que são uma importante engrenagem para o funcionamento do sistema de saúde do país. No final, todos pagam essa conta. A FenaSaúde defende que a conscientização é o melhor caminho para combater essas ações.”

A campanha conta com adesão importante das operadoras de saúde, que divulgam as ações e os materiais educativos em suas redes sociais. Entidades do setor têm se reunido para discutir ações com objetivo de investigar, coibir e conscientizar a população sobre essas práticas e a imprensa também tem dado bastante atenção ao tema. “Nossa meta é alcançar cada vez mais pessoas para que todos saibam como as fraudes são prejudiciais, especialmente no bolso”, constata a executiva.



# 10 DICAS PARA O USO CORRETO E CONSCIENTE DO PLANO DE SAÚDE

## 1. Não compartilhe seu login e senha do plano de saúde com terceiros

O seu login e senha são pessoais e intransferíveis. Algumas clínicas, hospitais e laboratórios podem solicitar esses dados com a promessa de ‘facilitação’ de processos como o pedido de reembolso. Entretanto, com posse desses dados, terceiros podem alterar os valores de pedidos de reembolso conforme contrato de cada operadora, e até solicitar o reembolso de exames e procedimentos não realizados.

## 2. Não empreste sua carteirinha

Assim como o login e a senha, a carteirinha do plano de saúde também é um documento pessoal e intransferível. Ceder ou emprestar o cartão do plano de saúde a terceiros é um crime de acordo com o Código Penal Brasileiro. Caso se constate a fraude, a operadora poderá suspender o contrato do titular e de seus dependentes.

## 3. Não solicite nem aceite o fracionamento de recibos

Pedir ou aceitar o fracionamento do valor do procedimento ou consulta realizados em mais de um recibo, com datas diferentes, com o objetivo de receber um reembolso total mais alto, é uma prática irregular e fraudulenta. Podem ser enquadrados como fraudadores tanto aqueles que recebem as notas fiscais ou recibos fracionados, assim como aqueles que as emitem. O reembolso deve corresponder ao procedimento ou consulta realizada e será feito sempre com base nas cláusulas contratuais.

## 4. Não aceite propostas de reembolso sem que tenha que desembolsar pelo atendimento

Muitas vezes o beneficiário é estimulado a realizar um atendimento fora da rede credenciada, sob a promessa de que não precisará fazer qualquer pagamento pela consulta ou procedimento. No

entanto, para que o beneficiário tenha direito ao reembolso, é necessário que tenha pagado previamente os valores dos serviços de saúde, como confirma decisão recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

A operadora de plano de saúde não é obrigada a realizar o pagamento de atendimento em que não tiver ocorrido o devido desembolso prévio por parte do beneficiário. Por isso, é preciso estar muito atento sempre! Oferecer ajuda para a solicitação de reembolso pode ser apenas uma forma de captar mais clientes de maneira ilegal, com consequências para todos.

## 5. Não aceite oferta de procedimentos

estéticos pagos pelos planos de saúde. Procedimentos estéticos não são cobertos pelos planos de saúde. Desconfie quando o prestador de serviço oferecer serviços estéticos com pagamento pelo plano de saúde. A descrição de procedimento diferente do realizado é fraude.

## 6. Confira se as guias dos planos de saúde informam corretamente os procedimentos realizados

Em alguns casos, o prestador de serviços pode adicionar, de maneira fraudulenta, procedimentos que não foram realizados pelo paciente. Por isso, é importante ter muita atenção ao assinar quaisquer documentos durante realização de consultas e exames. Importante ressaltar novamente que o beneficiário fica sujeito a esta prática quando fornece os dados de login e senha para o prestador de serviços de saúde.

## 7. Use o pronto socorro apenas no caso de urgências e emergências

O atendimento de urgência e emergência está garantido pelos planos de saúde e a ida ao pronto-socorro deve ser reservada para esses casos. São consideradas urgentes as situações resultantes de

acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Já os casos de emergência são os que implicam em risco imediato à vida ou em lesões irreparáveis, tais como o infarto, AVC, dificuldade respiratória e perda de memória.

## 8. Use a telessaúde como aliada para casos de baixa complexidade

A telessaúde é a modalidade de atendimento que permite aos profissionais da área da saúde – médicos, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, entre outros – prestarem serviços de assistência à distância para pacientes com recursos digitais de comunicação interativos, como celulares, computadores e tablets. Ela é uma alternativa para atendimento com mais comodidade, sem necessidade de deslocamento.

## 9. Procure preferencialmente a rede credenciada ou estabelecimentos de saúde de sua confiança

A rede credenciada pelos planos de saúde é selecionada seguindo critérios de qualidade e segurança. Por isso, a FenaSaúde orienta que os beneficiários sejam atendidos preferencialmente na rede credenciada e, caso não seja possível, procurem estabelecimentos de saúde de sua confiança e com bom histórico de atendimento.

## 10. Informe ao seu médico sobre exames realizados recentemente, evitando repetições desnecessárias

É importante guardar e apresentar para o profissional de saúde responsável pelo seu atendimento todos os resultados de exames realizados recentemente, para que não seja necessária a repetição de procedimentos que, algumas vezes, são invasivos. Essa continuidade favorece a celeridade do acompanhamento de saúde do paciente e evita repetição de procedimentos que, em alguns casos, são desnecessários.

# OS IMPACTOS DA REFORMA TRIBUTÁRIA NOS MEDICAMENTOS

Em recente estudo produzido pela PwC Brasil sobre os impactos que as propostas de reforma tributária terão na produção de medicamentos no país, pode-se observar que o cenário, já nada equilibrado, deve piorar

**A**tualmente o Brasil tem a mais alta carga tributária sobre o consumo de medicamentos do mundo, equivalente a 31,3% (média) do preço ao consumidor, enquanto a média mundial é de 6%. Em países como Estados Unidos, México, Suécia, Colômbia, Canadá, Reino Unido e Venezuela essa tributação não existe. Isso se dá, essencialmente, pela diferente fonte de arrecadação desses países, que optam por focá-la na renda e não no consumo, principalmente de produtos considerados essenciais, como os medicamentos.

Outro motivo é o fato de o Brasil depender de insumos farmacológicos importados, já que faltam incentivos ao desenvolvimento da biotecnologia no país, ainda mais quando se fala em remédios de alto custo.

Em conversa com Bruno Porto, sócio da PwC Brasil, é possível entender alguns detalhes sobre o tema e também avaliar o que pode mudar com a chegada no novo governo.

## **Por que existe tamanha diferença em relação à tributação sobre medicamentos entre os países? Por que em alguns nem há essa tributação?**

Há uma fonte de arrecadação advinda de outros produtos, principalmente, de renda, que é o foco dos outros países. Os Estados Unidos, por exemplo, têm uma matriz de arrecadação sobre renda muito mais forte que o Brasil. Em determinados países, se decidiu que produtos que afetam a saúde, considerados essenciais, não sofrerão tributação indireta [*não há tributação sobre consumo*]. As empresas e farmacêuticas continuam pagando tributos sobre renda relevante, mas não sobre consumo. Ora, o tributo sobre consumo, invariavelmente, é passado ao preço, então, o impacto é na ponta, no paciente e consumidor. O que se nota é que esses países evoluíram e perceberam que não é inteligente tributar algo que melhora a



**Porto, da PwC: “Em determinados países, se decidiu que produtos que afetam a saúde, considerados essenciais, não irão sofrer tributação indireta, portanto, não há tributação sobre consumo**

## PRINCIPAIS ACHADOS

- A PEC 110/2019 prevê IBS (Imposto sobre Bens e Serviços) subnacional, substituindo o ICMS e o ISS, e CBS (Contribuição sobre Bens e Serviços) nacional, substituindo os tributos federais sobre o consumo.
- Na Saúde, a mudança na legislação do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ) prevê a extinção do crédito presumido de PIS/Cofins para produtos farmacêuticos e medicamentos das listas positivas (Lei 10.147/2000), mantendo a incidência monofásica de 12% dessas contribuições sociais.
- Essa mudança resultaria em um reajuste de 12% para 18% em mais de 18 mil medicamentos, o que tende a aumentar o preço final de remédios utilizados no controle e tratamento de hipertensão, diabetes, câncer e Aids, entre outros problemas de saúde (*Fonte: Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos - Sindusfarma*).
- A carga tributária brasileira sobre o consumo de medicamentos se mantém como a maior do mundo. Hoje, a carga já é das mais altas do mundo, equivalente a 31,3% (média) do preço ao consumidor. Com a reforma, passaria para 26,9%.

saúde das pessoas e que traz mais longevidade, além de tirar a carga e a pressão sobre os sistemas públicos. Acredito que, no Brasil, chegaremos a este estágio, mas ainda precisamos evoluir em uma mudança paulatina de matriz de arrecadação de uma tributação do consumo para tributar a renda.

### **O estudo produzido pela PwC Brasil avaliou o impacto da medida na produção de medicamentos no país e o que se viu foi um cenário de mais incertezas?**

O Brasil vai muito mal na produção de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA). Saíamos de um cenário em que, na década de 1990, metade do IFA era produzido no país e hoje contamos com menos de 5% dessa produção. Atualmente, quase tudo é importado. Essa importação é feita com alto custo e sujeita à variação cambial, além de sofrer pesada tributação de todas as nossas regras sobre importação.

Temos alguns pontos de incertezas sobre a reforma tributária: o primeiro deles, se estas mudanças irão ajudar o Brasil

## DADOS SOBRE O PESO TRIBUTÁRIO NO PAÍS

- São necessárias 1.500 horas por ano, em média, para que o contribuinte possa cumprir todas as atividades de apuração e recolhimento desses tributos. Desse tempo, 885 horas são dedicadas a tributos indiretos.
- A média nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 155 horas anuais.
- No ranking de facilidade para pagamento de impostos, o Brasil ocupa a 124ª posição em uma lista com 190 países, atrás, por exemplo, de Rússia, Azerbaijão, Peru, Marrocos e Colômbia.
- Dados do IBGE mostram um percentual muito baixo da população com acesso a ao menos um dos medicamentos prescritos por autoridades públicas (entre 24,9% e 30,5% dependendo da região).
- Distribuição de despesas com assistência à saúde entre famílias de alta ou baixa renda mostra semelhança entre os índices de participação, situados entre 5,6% e 5,9%.

a ir na direção de aumentar produção de IFA, reduzindo a dependência do mercado externo. Ainda não sabemos.

O segundo ponto está na ponta, para o consumidor. Vamos sentir no bolso um aumento tributário? Vai ser homogêneo em todos os produtos? Hoje, já existe um contexto de redução tributária relevante para a oncologia, para produtos adquiridos pelo poder público, mas a maioria dos outros medicamentos sofre tributação completa, PIS/Cofins para aqueles que são lista negativa, e ICMS também.

Outro questionamento: no Brasil, se houver uma nova alíquota, uma reforma tributária com objetivo de uniformização, será que vamos ter o fim de incentivos fiscais sobre produtos oncológicos? E a manutenção da tributação dos outros produtos que não têm esse tipo de isenção? Isso significa que quando a reforma inicia com o princípio de não ter incentivos e isenções específicas individualizadas e tenta criar essa régua única, existe um risco de vários medicamentos de uso corrente para temas crônicos sofrerem um aumento significativo.



**Por que o Brasil é tão dependente em relação aos insumos farmacológicos?**

Há projetos industriais em andamento para a fabricação de insumos, com investimentos altos, mas ainda em proporções pequenas. O Brasil segue se desindustrializando, porque o custo-país pesa e, dentro dele, existe a alta taxação dos produtos importados e regras de preços de transferência, que não são aderentes às regras do mercado internacional. Isso é algo que vai convergir, certamente, com essa nova medida provisória que nos aproxima das regras da OCDE para preços de transferência. Já é um avanço! A importação de IFA é cara, mas com custo atualmente menor que montar um estabelecimento novo no Brasil, o que é ainda mais pesado em termos de tributos e em relação à forma como é afetado comparado à importação direta.

**Depois de 30 anos de discussão, a Câmara dos Deputados aprovou em 7 de julho de 2023 a primeira fase da reforma tributária e reformula a tributação sobre o consumo. O texto ainda precisa ser aprovado pelos senadores. Quais são as expectativas para a reforma tributária com o novo governo?**

Acredito que este novo governo tem um olhar para o social que é importante e que, inclusive, trouxe alguns comentários indicando que deve mudar a matriz de arrecadação, sair do foco de consumo para um foco maior na renda. Foi designada uma equipe para o Ministério da Fazenda que tem a reforma tributária como uma grande bandeira e tem estudado muito o assunto. O texto segue agora para ser votado no Senado Federal, o que deve ocorrer no segundo semestre.

Segundo o texto aprovado, uma série de setores terão alíquotas reduzidas, entre eles (i) Serviço de educação; (ii) Serviço de saúde; (iii) Dispositivos médico; e (iv) medicamentos. Lei Complementar a ser aprovada posteriormente definirá as alíquotas setoriais, por default medicamento terá no mínimo 60%.

**OBJETIVOS QUE A REFORMA DEVE TER (AVALIAÇÃO PWC BRASIL)**

- Um sistema de tributação do consumo deve onerar de forma mais significativa os bens considerados não essenciais. Os bens diretamente relacionados à saúde, bem-estar e vida digna do ser humano devem ter tratamento tributário distinto, para facilitar o acesso.
- Ou seja: isenção aos medicamentos essencialíssimos à sobrevivência (como tratamento de câncer), de alíquota única, de redução de alíquotas para os essenciais (discriminados em regime de lista) e com devolução integral dos valores recolhidos pela parcela mais vulnerável da população (cadastrados nos programas de assistência e transferências de renda).
- Processo com a máxima transparência e abertura para debate e análise de efeitos nas diversas cadeias produtivas, buscando a simplificação e a racionalização do sistema.

É importante ressaltar que vai ser necessário travar um debate ainda maior no Congresso. Obviamente, vai haver a necessidade de envolver todos os stakeholders, como representantes da sociedade, empresas, sindicatos, grupos patronais e grupos representativos da indústria, por exemplo. É necessário que todos participem e cooperem, afinal, um amplo debate precisa acontecer. O novo governo tem esse desafio e essa responsabilidade, de buscar, junto com o Congresso, um consenso que afete o mínimo a indústria e o serviço, impulsionando para um novo momento de um país industrial, de bom atendimento e de cuidado.

**CARGA TRIBUTÁRIA SOBRE MEDICAMENTOS**



**31,3%**  
Brasil



**21%**  
Argentina



**19%**  
Alemanha



**8%**  
Finlândia



**4%**  
Espanha



**2,1%**  
França



**0%**  
Eua, Canadá e Reino Unido\*

Fontes consideradas: Talogdata; análise BCG; IBPT; European Commission; Sindusfarma  
\*México, Suécia, Colômbia e Venezuela também tem carga tributária de 0% sobre medicamentos

# ABRAMGE LANÇA CARTILHA CONTRA FRAUDES EM BOLETOS

*O objetivo é orientar e proteger beneficiários e instituições de planos de saúde*

**A** cada dia que passa, os consumidores têm de estar mais atentos. Novos tipos de golpes crescem na mesma velocidade que a tecnologia avança e quanto mais conectados ficamos, maior é o cuidado que precisamos ter. No ambiente digital inúmeros são os exemplos desse cenário que assusta instituições e sociedade.

Um dado que chama a atenção dos cibercriminosos é que o boleto bancário é o segundo meio de pagamento mais utilizado no Brasil, ficando atrás apenas dos cartões de crédito. Isso faz com que ele seja alvo de quem está agindo de má fé. No setor de planos de saúde essa é uma das principais infrações, embora não a única. “Clientes de empresas que vendem serviços, como telefonia, energia, internet e os planos de saúde acabam sendo os mais atingidos, pois os valores de cobrança são muito parecidos ao longo dos meses e a probabilidade de você não estar atento àquele pagamento aumenta, você faz no automático. Os fraudadores perceberam essa fragilidade e estão se aproveitando disso”, explica Marcos Paulo Novais, superintendente executivo da Abramge.

Além do golpe do boleto – que pode ser enviado como falsa correspondên-



cia ou por meio eletrônico e como um documento muito parecido com o original, que faz com que o cliente pague uma conta adulterada e seu valor seja repassado para fraudadores e não para os verdadeiros credores –, a instalação de vírus em computadores, celulares, tablets e afins podem alterar pagamentos emitidos pela internet, mais uma vez destinando o dinheiro para os golpistas. Na maioria das vezes, o vírus chega por meio de link malicioso enviado por

e-mail, SMS ou WhatsApp. Há também as páginas falsas na internet e as cobranças indevidas, quando os criminosos ligam para parentes de pessoas internadas, se identificando como funcionários de hospitais ou de planos de saúde e exigem pagamentos de despesas já cobertas pelo plano.

Com o objetivo de orientar e proteger beneficiários e instituições de planos de saúde, a Abramge lançou uma ação que vai auxiliar na prevenção desses golpes. Além de uma cartilha educativa com os principais cuidados que o beneficiário precisa ter para não ser vítima de fraude, a Associação ainda tem levado a pauta continuamente aos seus associados, imprensa e redes sociais. “Com o aumento dessa prática, entendemos a necessidade de criar essas ações para que tornemos o consumidor mais consciente e atento. É importante que verifique os dados do boleto e que, caso perceba qualquer situação fora do comum, entre em contato com a operadora. Temos que evitar que a fraude se concretize para que consigamos mitigar esse problema que tanto nos aflige”, pontua Marcos, que afirma também que a Abramge continuará implementando medidas em prol desse tema.



## SISTEMA ABRAMGE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOVA IDENTIDADE, NOVO SITE

O Sistema Abramge de Urgência e Emergência consiste em um acordo estabelecido entre as operadoras de plano de saúde associadas à Abramge.

Por meio dele, os usuários destas operadoras recebem serviços de urgência e emergência quando estiverem em trânsito em locais em que exista hospital indicado, ou seja, em locais fora de sua área de cobertura assistencial com recurso indicado por uma das congêneres.



[WWW.ATENDIMENTOABRAMGE.COM.BR](http://WWW.ATENDIMENTOABRAMGE.COM.BR)