

Desafios da Saúde Suplementar

Hellen Miyamoto
Superintendente

Novembro de 2025

Cenário da Saúde Suplementar



O Papel das Operadoras



199 mil estabelecimentos de
saúde atendem planos de saúde no país ¹



79% das receita dos
principais hospitais privados³ e

86% dos laboratórios de medicina
diagnóstica são oriundos das operadoras⁴



53 milhões de

beneficiários (1 em 4 brasileiros) =
População da Espanha



470 mil médicos
atendem pelos planos de saúde ²



1,94 bilhão de procedimentos
de saúde em 2024, entre consultas,
exames, internações, terapias e cirurgias ⁵

Evolução dos beneficiários

Em 10 anos, taxa de cobertura da população brasileira aumentou 1,4 ponto



Mapa Assistencial – 2024

Os planos de saúde realizam e
1,94 bilhão
de procedimentos de saúde
por ano,
entre consultas, exames,
internações, terapias e cirurgias.

Atendimentos por dia



588 mil
Consultas
médicas
ambulatoriais



191 mil
Consultas
médicas em
pronto-socorro



3,2 milhões
Exames



25 mil
Internações



1.120
Partos



186 mil
Terapias



554 mil
Atendimentos
ambulatoriais



522 mil
Procedimentos
odontológicos

- Analisou dados de 65.543 mulheres diagnosticadas entre 2000 e 2020 no estado de São Paulo;
- Pacientes chegam em estágios iniciais da doença: 41,4% foram diagnosticadas em estágio I, contra apenas 21,2% no SUS;
- Em dez anos, a chance de estar viva após o diagnóstico em estágio II era de 74% na rede privada, mas apenas de 63,3% no SUS.
- Em estágio III, a discrepância é ainda mais marcante: 55,6% contra 39,6%. Já em casos metastáticos houve 7,6% de sobrevida na rede privada e 6,4% no SUS.



Clinical Breast Cancer

Available online 25 September 2025

In Press, Corrected Proof [? What's this?](#)



Original Article

Healthcare-Related Determinants of Breast Cancer Prognosis in São Paulo, Brazil: A Population-Based Cohort

Gustavo Nader Marta ^{1 2 3} , Allan Andresson Lima Pereira ⁴,
Carlos Henrique Dos Anjos ⁵, Rudinei Diogo Marques Linck ⁵,
Daniel de Araujo Brito Buttros ⁶, Lincon Jo Mori ⁷, Samir Abdallah Hanna ¹,
André Guimarães Gouveia ^{2 8 9}, Fabio Ynoe de Moraes ^{2 10}

[Show more](#)

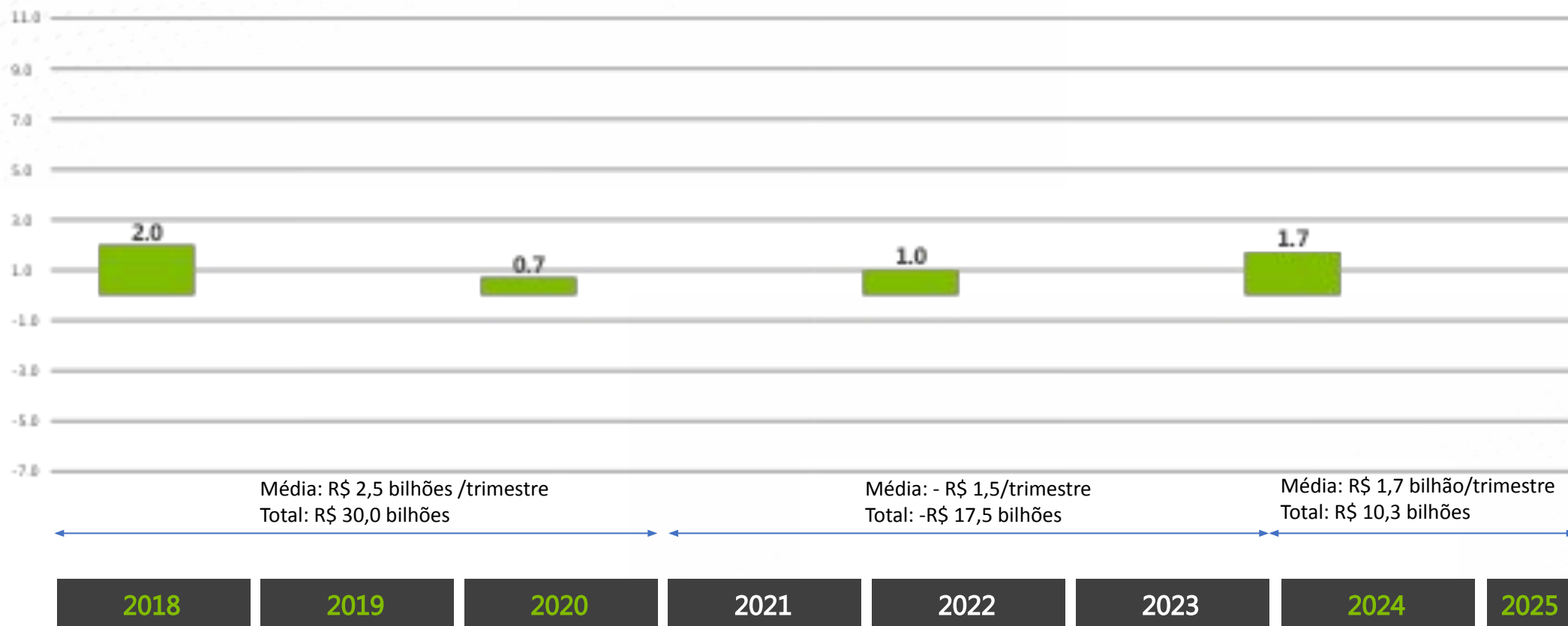
Add to Mendeley Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.clbc.2025.09.015>

[Get rights and content](#)

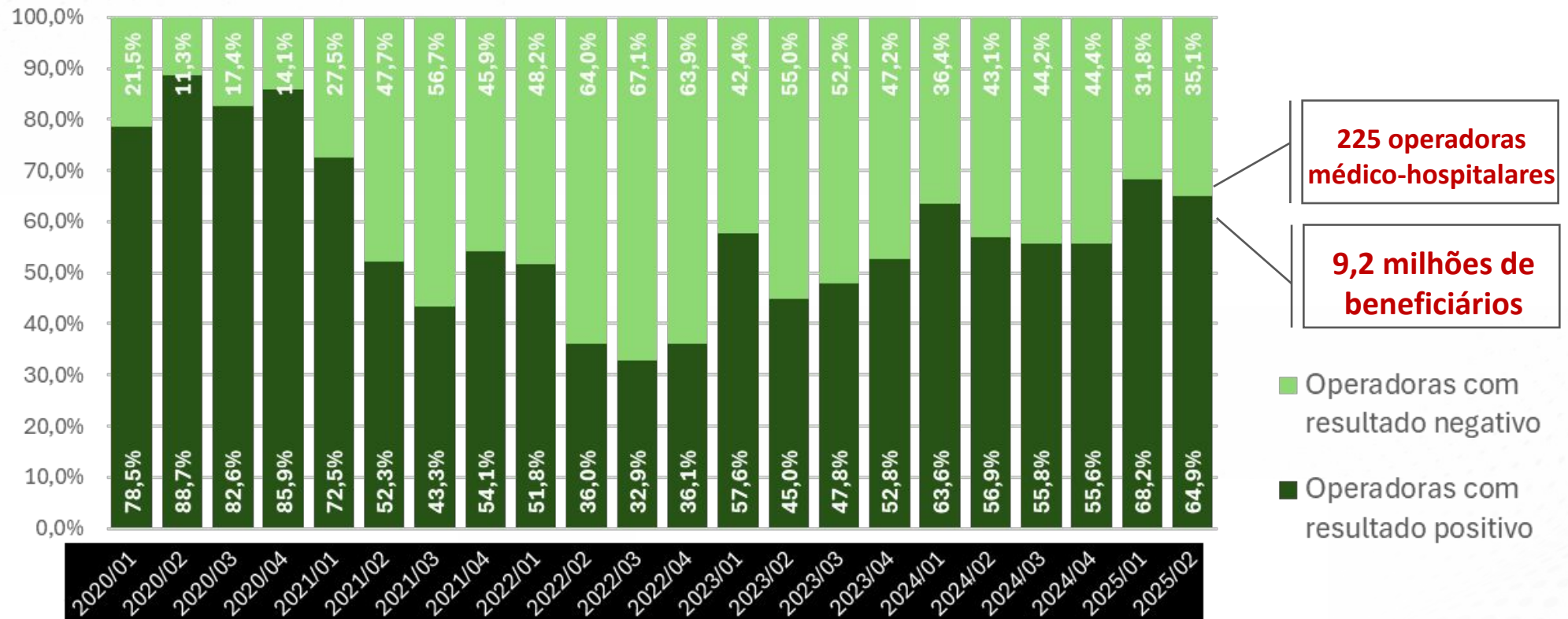
Resultado Operacional

Operação médico-hospitalar por trimestre (em bilhões)



Heterogeneidade do setor

Percentual de operadoras médico-hospitalares com resultados operacionais negativos/positivos



Desafios na precificação de planos de saúde

A precificação de qualidade é importante de forma a preservar o mutualismo e o equilíbrio econômico-financeiro.

Linhas gerais da precificação de planos de saúde

Prêmio Estatístico = **Expectativa das despesas assistenciais (frequência x custo)**

Prêmio Puro = Prêmio estatístico + margem de segurança estatística

Prêmio comercial = Prêmio Puro + Carregamentos (despesas de administração + despesas de comercialização + impostos + margem de lucro esperada)

Fatores que impactam na acurácia da precificação:

- ✓ Mudança no perfil epidemiológico - Envelhecimento; redução do número de jovens beneficiários.
- ✓ Judicialização.
- ✓ Processo acelerado de incorporação gerando mudanças constantes no Rol – geralmente de alto custo.
- ✓ Inflação médica.
- ✓ Eventual mudança regulatória pela ANS (CP 159).

Desafios do sistema de Saúde

1 - Longevidade

2 - Iniciativas Regulatórias

3 - Novas Tecnologias

4 - Judicialização

5 - Fraudes e desperdícios

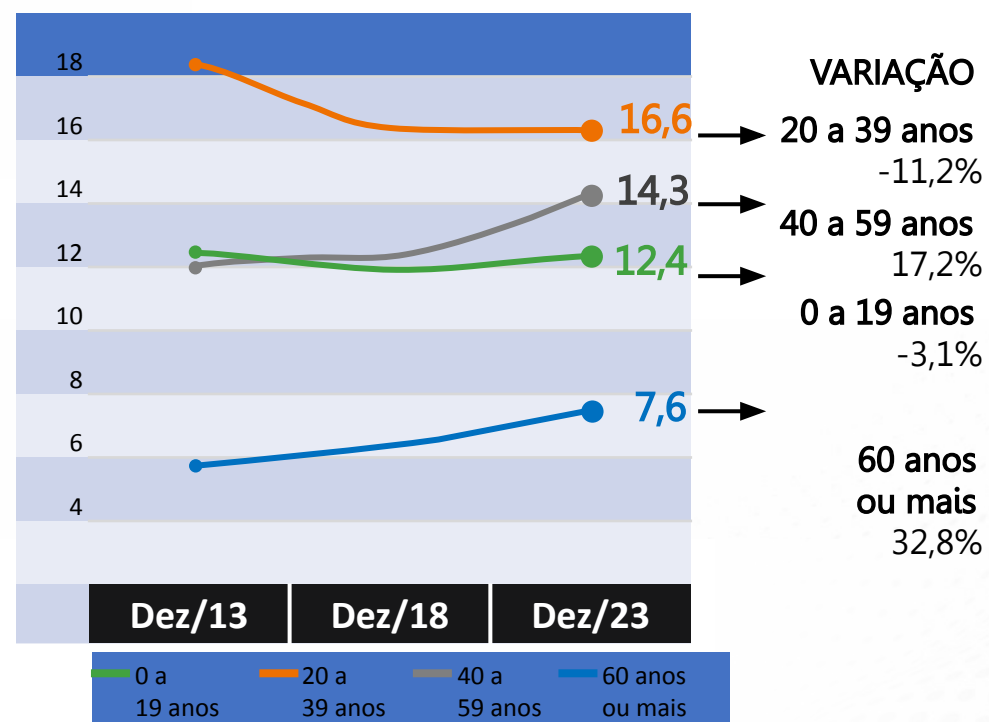
A photograph of an older man and woman dancing in a park. The man, with grey hair and a beard, is wearing a white t-shirt and grey pants. The woman, with blonde hair, is wearing a white long-sleeved shirt and black pants. They are holding hands and the woman is leaning back. The background is a green field with trees under a clear blue sky. A large, light blue curved shape with a green border is on the right side of the image.

Longevidade

Longevidade

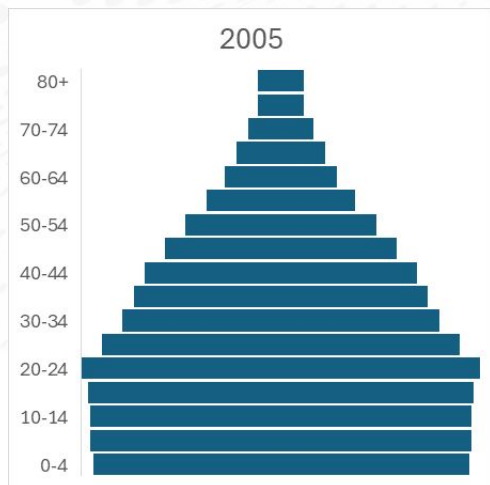
- ✓ Estima-se que no Brasil haja **34 milhões de idosos**. Em **20 anos**, o Brasil dobrou sua população com mais de 60 anos. A França levou **115 anos** para dobrar seu contingente de idosos. E os Estados Unidos, quase **70 anos**.
- ✓ Nos últimos dez anos, o número de beneficiários de planos de saúde na faixa etária dos **20 aos 39 anos caiu 11%**, enquanto o de maiores de **60 anos cresceu 33%**.
- ✓ A sustentabilidade da saúde suplementar é ameaçada quanto menor for o número de jovens contribuindo para o mútuo (**pacto intergeracional**) .

Número de clientes de planos de saúde
(em milhões)

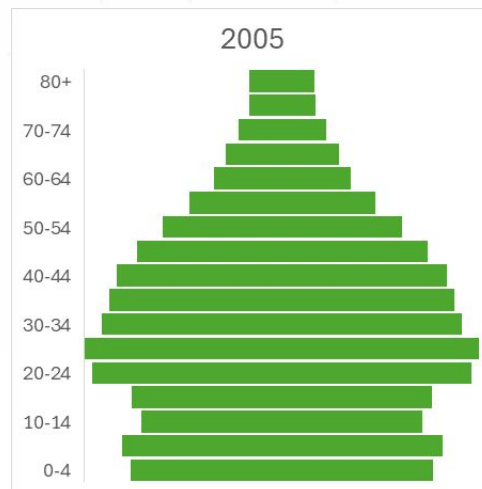


Pirâmide Etária – Brasil e Saúde Suplementar

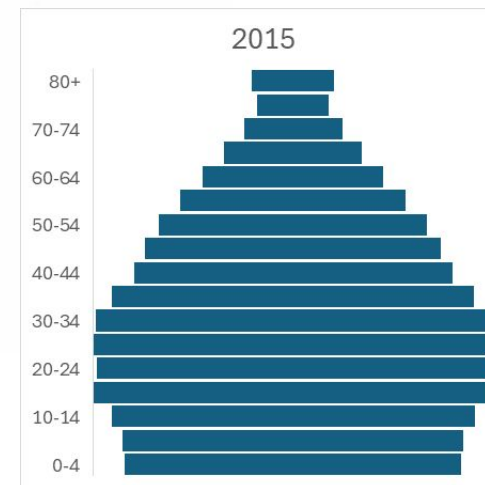
Brasil



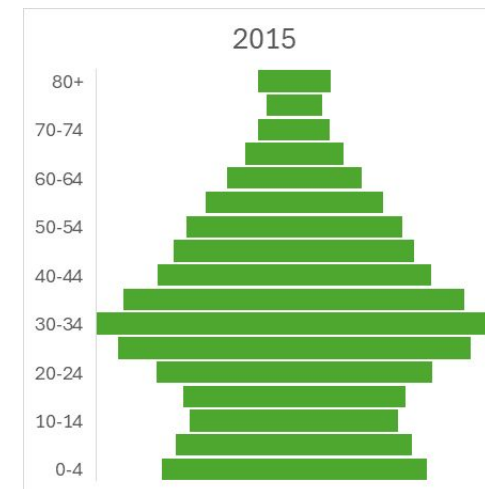
Saúde Suplementar



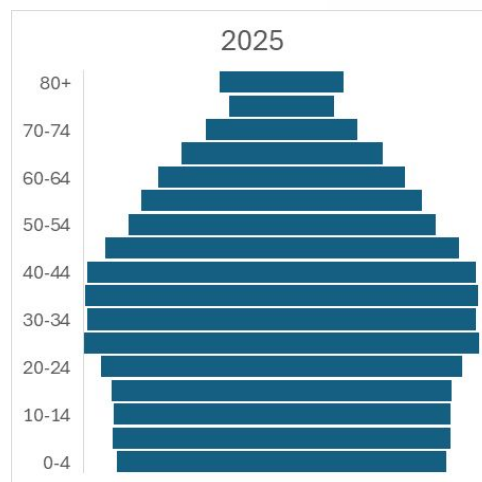
Brasil



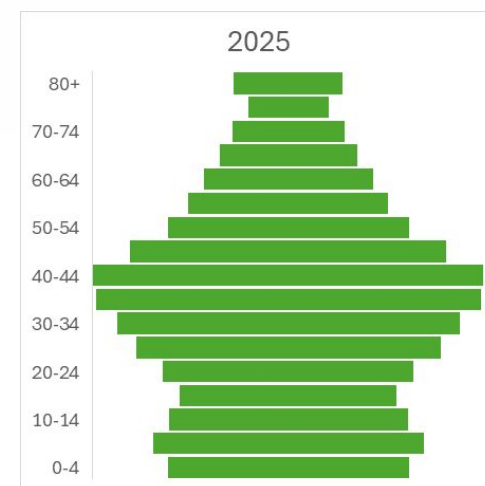
Saúde Suplementar



Brasil



Saúde Suplementar



Nos últimos 20 anos

- Número de beneficiários **idosos** dos planos de saúde **dobrou**;
- Número de beneficiários com **80 anos** ou mais **aumentou em 167%**.

Beneficiários de assistência médica

Faixa-Etária	2005	2025	Dif. %
0-59 anos	30.044.318	44.190.040	47,1%
60+	3.806.552	7.937.265	108,5%
60-69	2.020.260	3.997.719	97,9%
70-79	1.255.777	2.520.174	100,7%
80+	530.515	1.419.372	167,5%

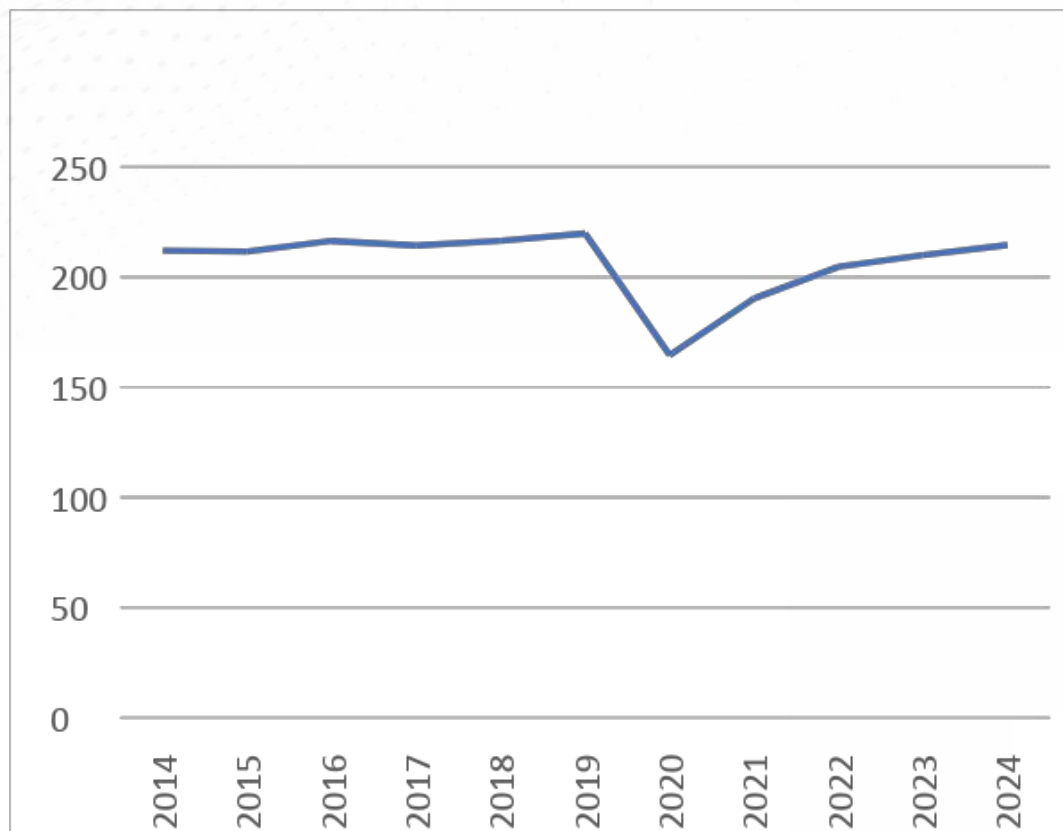
Nos próximos 20 anos

- **Redução de 6,1%** da população **economicamente ativa**;
- **Crescimento** da população de **60 a 69** anos em **46%**;
- **Crescimento** da população de **70 a 79** anos em **73%**;
- **Crescimento** da população de **80 +** anos em **140%**.

Beneficiários de assistência médica

Faixa-Etária	2025	2045	Dif. %
0-19	58.428.570	50.891.236	-12,9%
20-59 anos	112.307.698	105.450.601	-6,1%
60 +	36.084.074	60.876.158	68,7%
60-69	19.483.118	28.459.010	46,1%
70-79	11.179.861	19.322.590	72,8%
80+	5.421.095	13.094.558	141,5%

• Demanda assistencial

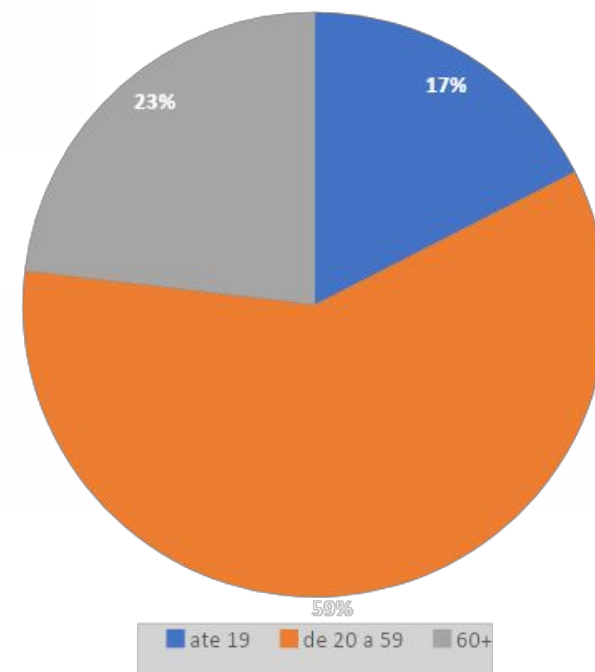


- Em 2024 foram realizadas mais de 214 milhões de consultas médicas ambulatoriais;
- Somadas, as especialidades ligadas à saúde do idoso (geriatria, cardiologia, reumatologia, clínica médica, neurologia e endocrinologia) representam mais de 25% do total de consultas em 2023;
- Ou seja, 1 em cada 4 consultas está relacionada a condições prevalentes no envelhecimento.

Demanda assistencial

- O número total de consultas ambulatoriais **cresceu 17,4% em 5 anos** — sinalizando aumento consistente na utilização dos serviços.
- O volume de consultas realizadas por beneficiários com 60 anos ou mais cresceu **28,7%** —acima da média geral.
- **Em 2024** este grupo passou a representar **23%** do total das consultas realizadas no período, ante 21% em 2019.

Distribuição do número de consultas ambulatoriais por grupo etário



Iniciativas Regulatórias

Resolução normativa nº 539/2022: ampliou as regras de cobertura para usuários de planos com transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais está incluído o transtorno do espectro autista.

Resolução normativa nº 541/2022: pôs fim à limitação do número de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

2022

2023

Resolução Normativa nº 571 de 8 de fevereiro de 2023: incorporou na Saúde Suplementar o Zolgensma- medicamento mais caro do rol de procedimentos e eventos em saúde.

Resolução Normativa nº 585/2023: alterou os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar.

Vigência: 31/12/2024.

Resolução normativa nº 593/2023: notificação por inadimplência à pessoa natural contratante de plano privado de assistência à saúde e ao beneficiário

Eficácia: 1/2/2025

2024

IN 36 de 11 de julho de 2024: alterou a metodologia de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Consulta Pública 145 : Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde, distinto em quatro temas relevantes: (i) reajuste de planos coletivos, (ii) mecanismos financeiros de regulação - coparticipação e franquias, (iii) venda on-line e (iv) revisão técnica de planos individuais/familiares.

Período: 19/12/2024 a 09/02/2025.

Resolução normativa nº 623/2024: Dispõe sobre as regras de solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial e não assistencial.

Vigência: 01/07/2025

2025

Consulta Pública 147: Revisão completa das normas de fiscalização (RN 483/2022, RN 489/2022, IN 01/2022 e nova IN) para adequação ao modelo híbrido, que mantém análises de demandas individualizadas e insere ações de fiscalização planejada (fiscalização responsiva).

Consulta Pública 151: Constituição e funcionamento de ambiente regulatório experimental (sandbox regulatório), denominado "Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames".

Consulta Pública 159: Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde, distinto em quatro temas relevantes: reajuste de planos coletivos e revisão técnica de planos individuais/familiares.

Crescimento dos atendimentos relacionados a TEA

- A oferta de procedimentos voltados ao tratamento de pacientes com transtornos de neurodesenvolvimento, como TGD e TEA, cresceu fortemente em 2024.
- Principais variações (2023 → 2024)
 - Psicologia: +44,9%
 - Terapia ocupacional: +47,6%
 - Fonoaudiologia: +41,3%
 - Fisioterapia: +14%
- As altas refletem o impacto das RNs 539 e 541/2022, que **ampliaram a cobertura e eliminaram limites de sessões terapêuticas**.
- Crescimento acumulado (2021 → 2024)
 - Terapia ocupacional: +182%
 - Psicologia: +135%
 - Fonoaudiologia: +111%
 - Fisioterapia: +34,5%

Despesas Assistenciais

Os procedimentos relacionados a TEA integram o grupo de despesas “*Outros Atendimentos Ambulatoriais*”, que totalizaram **R\$ 25,3 bilhões em 2024** (9% das despesas assistenciais).



Novas Tecnologias

Novas Tecnologias

- Registro em fase acelerada (fast track).
- Relação direta com a sustentabilidade dos sistemas;
- Atendem nichos específicos, número pequeno de pacientes e ciclo de vida curto;
- Terapias avançadas.
- ATS para alguns tipos de tecnologias (infusionais, medicamentos origem Conitec, etc)

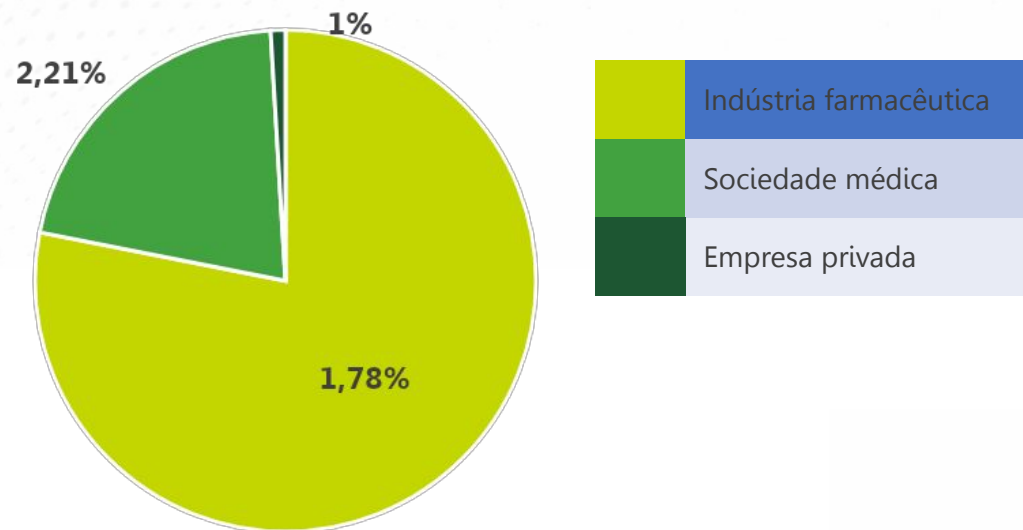


O preço anual de medicamento para câncer recém lançado custa, em média, U\$283.000, o que representa um aumento de 53% quando comparado a 2017.

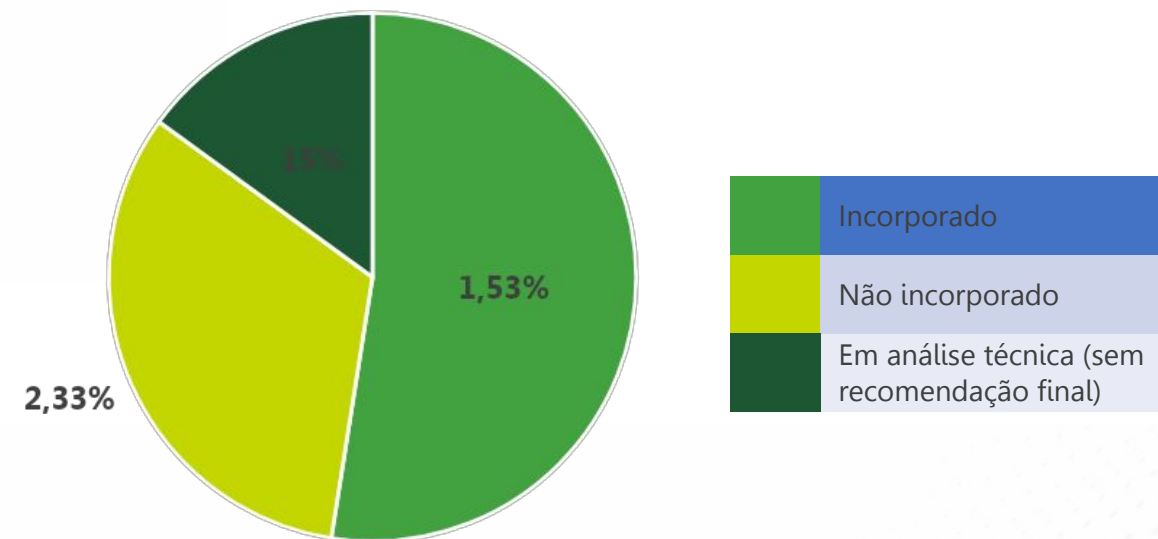
Reuters, nov 2022

COSAÚDE: Processo de atualização contínua do Rol

Distribuição das propostas por tipo de demandante



Distribuição por resultado do processo decisório



63

Novas coberturas com origem no processo de atualização do Rol



54 novas coberturas com origem Conitec
11 incorporações ou ampliações de cobertura extraordinárias (ANS)

Zolgensma | Linha do tempo

15/01/20

NOVARTIS
Solicita o Registro para ANVISA
Processo de Registro
149 dias úteis
▪ ANVISA 117 dias úteis
▪ NOVARTIS 32 dias úteis

17/08/20

ANVISA
Publicação do Registro no D.O.U
Validade de 5 anos

25/08/20

NOVARTIS
Inicia o Pedido de Precificação para CMED
Preço Inicial proposto
R\$ 12.551.410

07/12/20

CMED
1ª Decisão
▪ Categoria – Caso Omisso (terapia avançada)
▪ Comparador – Spinraza
▪ Menor preço internacional (EUA)
R\$ 9.757.179
▪ Preço de fábrica aprovado R\$ 2.878.906
NOVARTIS – Solicitação de Reconsideração

25/02/21

CMED
2ª Decisão
▪ Categoria – Caso Omisso (terapia avançada)
▪ Comparador – Spinraza
▪ Preço de fábrica aprovado R\$ 2.878.906
NOVARTIS – Recurso Administrativo

25/01/22

CMED
3ª Decisão
▪ Comparador - Spinraza
▪ Acatada a proposta do Ministério da Saúde – fixar preço base 5,2 anos
▪ Preço de fábrica aprovado
R\$ 6.490.365

07/12/22

Incorporação SUS
▪ Proposta de parcelamento
▪ Compartilhamento de risco
▪ Preço R\$ 5.8 milhões

10/02/23

Incorporação Saúde Suplementar
▪ Incorporação automática
▪ Sem desconto
▪ Sem parcelamento
▪ Sem compartilhamento de risco
▪ Preço R\$ 7,2 milhões

09/24

SUS
▪ Acordo de compartilhamento de risco não finalizado
▪ Medicamento sendo ofertado via judicialização
▪ Preço R\$ 6,2 milhões e confidencial depois de celebrado o acordo.

Zolgensma | SUS x Saúde Suplementar

	SUS	Saúde Suplementar
Paciente 	Pacientes pediátricos até 6 meses de idade com AME do tipo I desde que estejam fora de ventilação invasiva acima de 16 horas por dia, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde .	Mesmo protocolo do SUS, mas alvo de muita judicialização para concessão fora das condições estabelecidas.
Compartilhamento de risco 	Pagamento parcelado e condicionado a desfechos (morte, ventilação mecânica permanente, ganho ou manutenção de escala motora).	Sem acordo de compartilhamento de risco .
Preço 	R\$ 6,2 milhões	R\$ 10.1 milhões . (CMED -PF 18%) 100 das cerca de 660 operadoras não faturam este valor por ano .

- Há casos de prescrições para beneficiários adolescentes, contexto que torna nula a efetividade da sua administração e contribui para a flexibilização das regras setoriais e para a fragilização situação econômico-financeira da operadora.

Zolgensma | Judicialização e impacto financeiro

A fragmentação do processo de registro, precificação e incorporação abre caminhos à judicialização

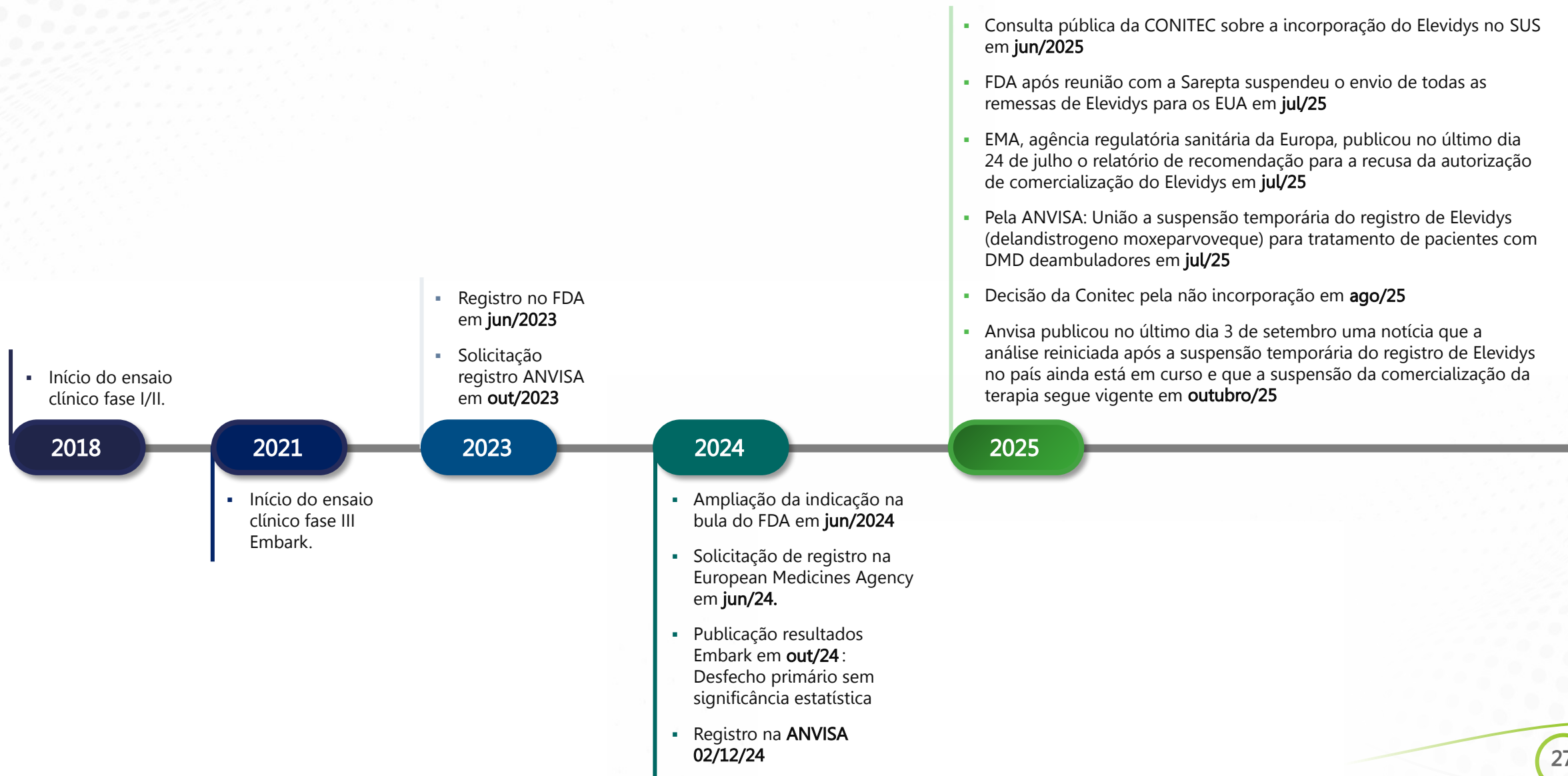
Janeiro de 2019 a setembro de 2022¹

- ✓ **136** judicializações contra o SUS
- ✓ **113** liminares deferidas
- ✓ **5.3%** indicações de acordo com critérios da CONITEC
- ✓ **R\$ 944.8** milhões
- ✓ **2,45%** do gasto do SUS com medicamentos

Janeiro de 2023 a agosto de 2024²

- ✓ **86** liminares contra o SUS
- ✓ **R\$ 500** milhões

Elevidys | Linha do tempo



Medicamentos mais caros

Medicamento	Custo em real	
Skysona	R\$	16.274.999,76
Upstaza	R\$	15.949.970,00
Elevidys*	R\$	15.524.439,35
Libmeldy	R\$	15.285.387,92
Rethumic	R\$	13.309.056,68
Zynteglo	R\$	8.373.734,25
Zolgensma*	R\$	7.600.207,96
Myalept	R\$	6.829.200,00
Zokinvy	R\$	5.799.400,00
Danyelza	R\$	5.474.200,00
Kimmtrak	R\$	5.287.318,40
Luxturna*	R\$	1.894.081,27

O preço se refere a dose única ou anual do tratamento

Cotação do dolar: R\$ 5,42

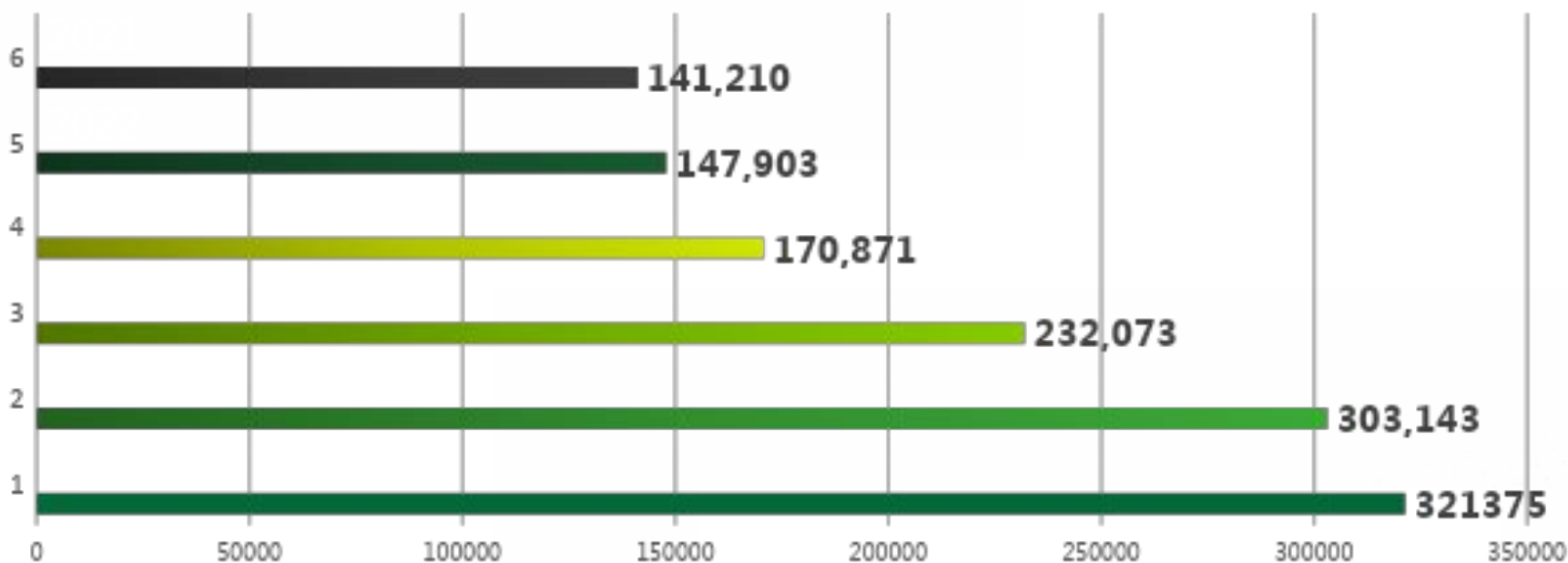
Judicialização



Judicialização

Segundo o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do CNJ, em 2024 foram identificados mais de 300 mil novos processos na Saúde Suplementar .

Até agosto de 2025 foram identificados mais de 214 mil novas entradas.



Aumento de **128%** (2020 – 2025)

- Os pacientes recorrerem à Justiça a cada procedimento negado (quando não incorporados pela Conitec e/ou ANS);
- O registro pela Anvisa incentiva a judicialização (antes de qualquer discussão de incorporação);
- **60% da judicialização é acesso a medicamentos – 91% dos casos as liminares foram concedidas**
- A judicialização é a pior forma de alocar recursos. Decisão individual de aplicação dos recursos coletivos causa prejuízos a todo o sistema.

Panorama geral - FenaSaúde

Até 2019:

48
processos

Desafios

- Aumento de demandas nos Tribunais Superiores.
- Relevância, complexidade e impacto das matérias.

Dinâmica

- Equipe jurídica interna dedicada aos temas da saúde suplementar.
- Interação constante com a Diretoria-executiva.
- Acompanhamento permanente do Grupo Jurídico Estratégico e da Comissão Jurídica.
- Interface com as associadas e os escritórios especializados.

Resultados

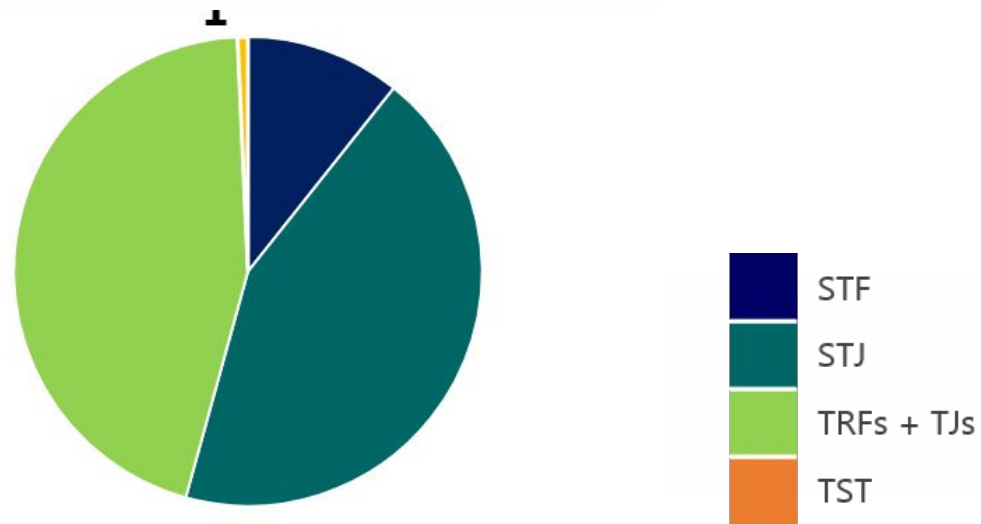
- Julgamentos favoráveis às teses defendidas pelo setor.
- Decisões com menções expressas às contribuições da Federação.
- Convidada pelo STJ e STF a prestar contribuições técnicas e jurídicas em determinadas matérias

Atualmente:

140
processos

Panorama geral de ações - FenaSaúde

Quantitativo de ações judiciais



Totalizando: 140 ações

Panorama geral de ações - FenaSaúde

 STF SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	✓ Rol de Procedimentos: ADI nº 7265, Rel. Luis Roberto Barroso- aguardando acórdão . ✓ (Ir)Retroatividade do Estatuto do Idoso : ADC nº 90, Rel. Dias Toffoli
 STJ SUPERIOR	✓ Cobertura de terapias multidisciplinares : Tema Repetitivo nº 1295, Rel. Antonio Carlos ✓ Rescisão imotivada de contrato com menos de 30 vidas : Tema nº 1.047, Rel. Raul Araújo ✓ Prazo prescricional para Ressarcimento ao SUS : Tema nº 1.147, Rel. Afrânio Vilela ✓ TEMAS NOVOS ✓ Abusividade de cláusulas contratuais – carência e limitação de internação : Tema Repetitivo nº 1314, Rel. Antonio Carlos Ferreira ✓ Ampliação de coberturas – bomba de insulina : Tema Repetitivo nº 1316 , Rel. Cueva ✓ Definir se é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar: Controvérsia nº 690 - Rel. João Otavio Noronha ✓ Extensão do direito ao reembolso em urgência e emergência e indisponibilidade de rede prestadora: sob análise da CGP, Rel. Antonio Carlos Ferreira
 TST	✓ Coparticipação em planos licitados: Incidente de Recurso de Revista Repetitivo nº 1001740-49.2019.5.02.0318, Rel. Ministro Augusto César Leite de Carvalho
TRF e TJ Tribunais locais	✓ Incorporação de terapias avançadas : Ação Anulatória nº 5037147-80.2023.4.03.6100 (Juíza Substituta Maria Rubia Andrade Matos) e Agravo de Instrumento nº 5009842-54.2024.4.03.0000 (Des. Fed. Rubens Calixto). ✓ Consulta Pública nº 145 : Mandado de Segurança nº 1008064-25.2025.4.01.3400 (Juiz Diego Câmara). ✓ RN nº 621/2024 e Consulta Pública nº 151: Ação Civil Pública nº 5006090-73.2025.4.03.6100 (Juiz Substituto Guilherme Markossian de Castro Nunes).

ADI nº 7265 – Lei nº 14.454/2022 e Cobertura Extra Rol

Relator: Ministro Luis Roberto Barroso.

Julgamento concluído em 18/09/2025 , de modo a conferir à Lei nº 14.454/2022 interpretação conforme à Constituição e a adequar os critérios que geram a obrigação de cobertura de tratamento não listado no rol da ANS por parte das operadoras:

1. É constitucional a imposição legal de cobertura de tratamentos ou procedimentos fora do rol da ANS, desde que preenchidos os parâmetros técnicos e jurídicos fixados nesta decisão.
2. Em caso de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos:
 - (i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado;
 - (ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR);
 - (iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS;
 - (iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível; e
 - (v) existência de registro na Anvisa.



Relator: Ministro Luis Roberto Barroso.

3. A ausência de inclusão de procedimento ou tratamento no rol da ANS impede, como regra geral, a sua concessão judicial, salvo quando preenchidos os requisitos previstos no item 2, demonstrados na forma do art. 373 do CPC. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do art. 489, §1º, V e VI, e art. 927, III, §1º, do CPC, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de cobertura de procedimento ou tratamento não incluído no rol, deverá obrigatoriamente:

- (a) verificar se há prova do prévio requerimento à operadora de saúde, com a negativa, mora irrazoável ou omissão da operadora na autorização do tratamento não incorporado ao rol da ANS;
- (b) analisar o ato administrativo de não incorporação pela ANS à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, sem incursão no mérito técnico-administrativo;
- (c) aferir a presença dos requisitos previstos no item 2, a partir de consulta prévia ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível, ou a entes ou pessoas com expertise técnica, não podendo fundamentar sua decisão apenas em prescrição, relatório ou laudo médico apresentado pela parte; e
- (d) em caso de deferimento judicial do pedido, oficiar a ANS para avaliar a possibilidade de inclusão do tratamento no rol de cobertura obrigatória

Fraudes e desperdícios

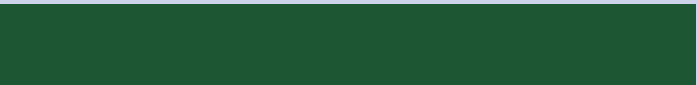
Fraudes na Saúde Suplementar

Por ano, estima-se que as operadoras gastem **R\$ 34 bilhões** (dados do IESS, de 2022) para cobrir custos de procedimentos médicos desnecessários, desvios e irregularidades em contas hospitalares.

Alguns fatores contribuem para esse cenário:

- Desinformação da sociedade sobre fraude;
- Cultura de impunidade e normalização;
- Falhas na regulação setorial e na legislação;
- Dificuldade de materialização, tipificação e punição;
- Uso abusivo da via judicial;
- Aumento das facilidades decorrentes da digitalização de serviços.

Cenário das fraudes

			Usuários de planos de saúde	Não usuários de planos de saúde
SIM		46%	45	46
NÃO		50%	51	49
NS / NR		4%	3	4

Armadilhas das redes sociais



Aproveite o reembolso assistido:
Descubra se você tem direito e como solicitar o reembolso de seus exames.





Agende hoje mesmo e conte conosco para facilitar esse processo para você!



BOTOX SEM CUSTO PELO CONVÊNIO

É obrigatório por lei a cobertura de BOTOX nos Planos de Saúde (Lei 9.656/98)



Clinica médica, estética e odontológica



Atendimento 24h - 7 dias por semana
Unimed RJ - São Paulo - SP

Agende seu horário pelo WhatsApp

Enviar mensagem WhatsApp >



**NUTRÓLOGO +
NUTRICIONISTA
+ EXAMES =
TREINO GRÁTIS**

TUDO PELO SEU PLANO DE SAÚDE



UNIDADE TATUAPÉ

NUTRIÇÃO ESPORTIVA

**NUTRÓLOGOS
NUTRICIONISTAS
PERSONAL TRAINER**

SEM CUSTO!
TUDO PELO SEU CONVÊNIO

 **Conversar no WhatsApp** 

Repercussão na mídia



FenaSaúde
Federação Nacional
de Saúde Suplementar

Mônica Bergamo

Mônica Bergamo é jornalista e colunista.



MÔNICA BERGAMO

ALTA A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) registrou em um ano um aumento de 264% no número de operações que as seguradoras associadas à entidade comunicaram ao Coaf (Conselho de Controle de Atividades Financeiras) por suspeitas de irregularidades.

ALTA 2 O crescimento, segundo a FenaSaúde, é resultado de uma parceria feita com o órgão federal, que possibilitou que técnicos das companhias fossem treinados para combater fraudes contra os planos de saúde. Uma segunda edição do curso será realizada para capacitar cerca de cem profissionais das operadoras.

FenaSaúde faz parceria com Coaf para combater fraudes em planos de saúde

Parceria já resultou em aumento no número de operações suspeitas denunciadas pelas seguradoras

Operação da Polícia Civil investiga fraudes contra planos de saúde; rombo chega a R\$ 50 milhões

Segundo as investigações, esquema criminoso funcionava na capital e na Baixada Fluminense

Por **Leticia Lopes** — Rio de Janeiro

25/11/2024 09h11 - Atualizado há 2 dias

cotidiano

FOLHA DE SPaulo • 11
SEGUNDA-FEIRA, 25 DE MARÇO DE 2024

Juízes proíbem que clínicas peçam reembolso a planos

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

Cláudio Colucci

Plano de saúde não conseguiu o lucro e, em vez disso, pagou o valor devido ao plano de saúde. A decisão, que vem de uma decisão do juiz federal de São Paulo, proíbe que as clínicas peçam reembolso a planos de saúde. A decisão é considerada uma vitória para as operadoras de saúde, que alegam que a prática de fraudes é comum no setor. A decisão também proíbe que as clínicas peçam reembolso a planos de saúde por serviços não cobertos pelo plano. A decisão é considerada uma vitória para as operadoras de saúde, que alegam que a prática de fraudes é comum no setor.

Plano de saúde não conseguiu o lucro e, em vez disso, pagou o valor devido ao plano de saúde. A decisão, que vem de uma decisão do juiz federal de São Paulo, proíbe que as clínicas peçam reembolso a planos de saúde. A decisão é considerada uma vitória para as operadoras de saúde, que alegam que a prática de fraudes é comum no setor. A decisão também proíbe que as clínicas peçam reembolso a planos de saúde por serviços não cobertos pelo plano. A decisão é considerada uma vitória para as operadoras de saúde, que alegam que a prática de fraudes é comum no setor.



Foto: Agência Nacional de Saúde, no Rio, que discute como evitar que reclamantes sejam golpistas. Imagem: Imagem

Repercussão na mídia



MPRJ realiza operação contra nutricionista e médico por esquema de fraude em reembolsos em Nova Iguaçu

Publicado em 10/10/2025 08:11 - Atualizado em 10/10/2025 09:06

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ), por meio da 3ª Promotoria de Justiça de Investigação Penal Territorial de Nova Iguaçu, com o apoio de agentes da Coordenadoria de Segurança e Inteligência (CSI/MPRJ), realiza, nesta sexta-feira (10/10), a operação "Poltros", para prender uma nutricionista, um médico e uma secretária de consultório, responsáveis por um engenhoso esquema criminoso que usou dados dos próprios pacientes para

RIO DE JANEIRO

Nutricionista e médico são presos por fraude no reembolso de planos de saúde

Caso foi revelado em dezembro. De acordo com a denúncia do MPRJ, a profissional abria contas bancárias em nome de pacientes, pedia uma série de exames e medicamentos e recebia o reembolso do plano de saúde. Quando a seguradora afetada pelos crimes descobriu a fraude, efetuou o descredenciamento dos clientes.

Por **Mariana Queiroz**, TV Globo

10/10/2025 08h15 · Atualizado há 4 minutos

Estratégias para redução das fraudes



Em recente estudo realizado pela PwC foram listadas as principais ações para combate às fraudes:

Gerenciamento de riscos de terceiros : avaliações rigorosas e contínuas de terceiros, especialmente fornecedores de insumos e serviços médicos, são essenciais para garantir a integridade e a qualidade do atendimento ao paciente.

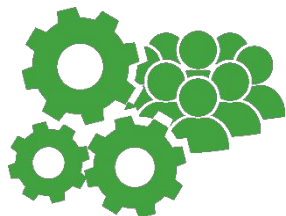


Uso de tecnologia e análise de dados : tecnologias de inteligência artificial (IA) ajudam a detectar padrões irregulares e potenciais fraudes com eficiência, aumentando a segurança operacional. Atualmente, segundo a pesquisa da PwC, 20% das empresas não utilizam análises de dados para identificar fraudes, o que representa uma oportunidade de melhoria significativa.

Estratégias para redução das fraudes



Educação e treinamento contra fraude : programas contínuos de educação e treinamento para profissionais de saúde sobre práticas antifraude, ética e conformidade regulatória são obrigatórios.



Compartilhamento de informações : a colaboração entre os diversos participantes do ecossistema pode acelerar a detecção de padrões irregulares e fraudes, contribuindo significativamente para a prevenção desse problema. Um modelo de referência é o adotado pelo sistema financeiro, que estabeleceu normas específicas para o compartilhamento de informações sobre fraudes entre bancos com base na Resolução Conjunta nº 6, emitida pelo Banco Central do Brasil (Bacen) e o Conselho Monetário Nacional (CMN).

Estratégias para redução das fraudes



Autorregulação : permite que os prestadores de saúde estabeleçam e imponham padrões elevados para prevenção de fraudes. Esse método flexível e adaptativo permite respostas rápidas a novas técnicas de fraude e promove uma cultura de monitoramento e responsabilidade.

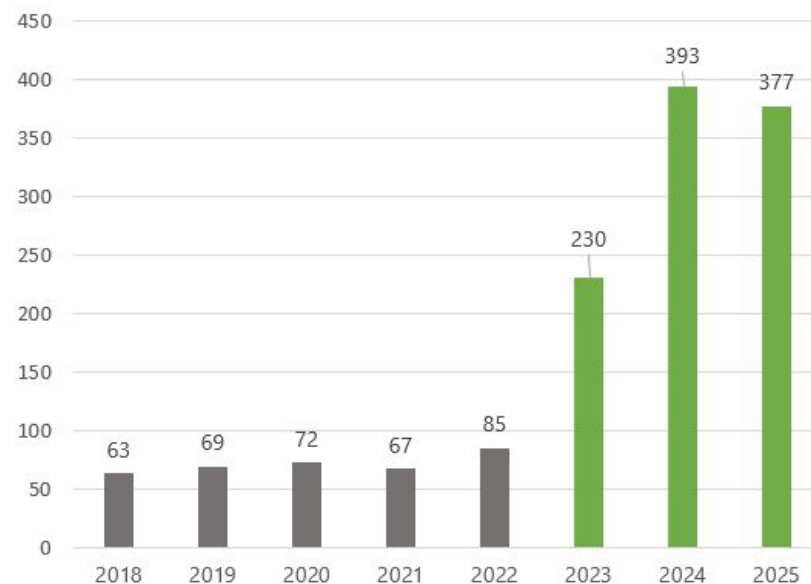


Monitoramento contínuo com apoio tecnológico : habilitar a organização por meio de plataformas tecnológicas e serviços gerenciados, que cubram as necessidades de atuação contínua no combate a fraudes, melhorias em processos, regras e treinamentos, com acompanhamento constante das ações realizadas por fraudadores, como forma de orquestrar corretamente as diversas áreas envolvidas nesse esforço.

Números de notícias-crime*

- Crescimento de 71% entre os anos de 2023 e 2024, com tendência de aumento considerando os números do primeiro semestre de 2025, próximo do total registrado em todo o ano de 2024.
- Caso esse ritmo se mantenha no segundo semestre, projeta-se um total anual de 754 ocorrências para 2025, com aumento de 92% em relação a 2024 e 228% em relação a 2023.

NC	Total
2018	63
2019	69
2020	72
2021	67
2022	85
2023	230
2024	393
2025	377
	1356



Campanha Saúde sem Fraude

Lançada no dia 15/03/2023, a Campanha Saúde Sem Fraude tem por objetivo 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.

Em 2024, as redes sociais da FenaSaúde publicaram **30 conteúdos** relacionados a prevenção e combate a fraudes, alcançando mais de **540 mil pessoas**. As cartilhas produzidas tiveram 204 mil cliques para downloads no hotsite, com **3,1 milhões de acessos** e 900 matérias publicadas. O canal de denúncias foi acessado 1.655 vezes.



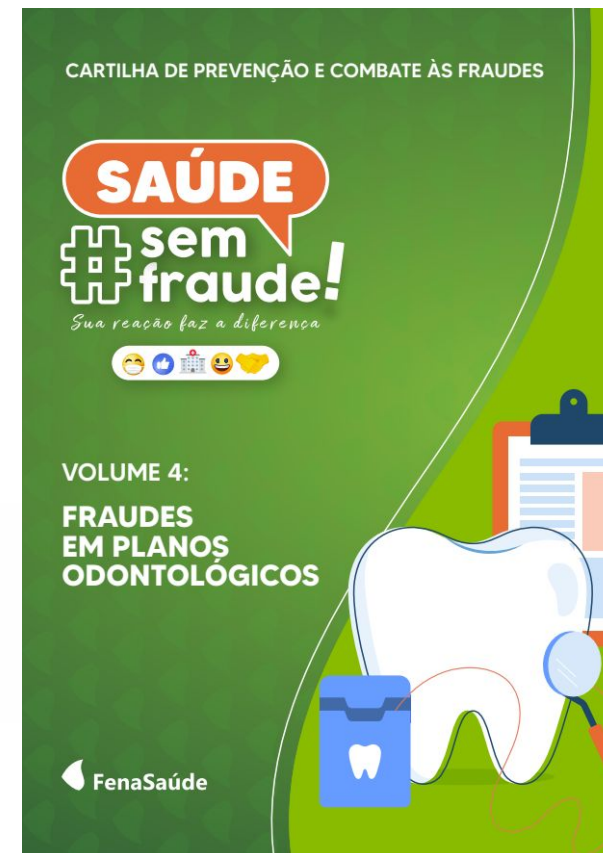
**FenaSaúde
& VC contra
Fraude**

Convocamos a todos a serem
aliados nesse movimento!

www.saudesemfraude.com.br

Campanha Saúde sem Fraude

Cartilhas





Oportunidades para o avanço da Saúde Suplementar

Propostas para o avanço da Saúde Suplementar



Maior estabilidade institucional e regulatória

- Alterações e modernização regulatórias em observância a todas as etapas para aferição do impacto regulatório.
- Modernização do marco legal do setor.



Aprimoramento do processo de incorporação de novas tecnologias

- Modelos mais adequados de incorporação de novas tecnologias, com critérios mais rigorosos, sempre exigindo evidências científicas, e com compartilhamento de riscos.
- Análise de todas as tecnologias independente se oriundas da CONITEC ou injetáveis.

Propostas para o avanço da Saúde Suplementar



Ampliação da interoperabilidade e adoção de prontuário eletrônico

- Promover a medicina baseada em evidências, com definição de indicadores de desempenho clínico, visando melhorar desfechos clínicos, com melhores resultados para os pacientes.



Integração público privado

- Medicina baseada em evidências, como modelo mais racional e eficiente, voltado a promover melhores desfechos clínicos para os pacientes.
- Incorporação de tecnologias com negociação para população brasileira

Propostas para o avanço da Saúde Suplementar



Mobilização para o combate às fraudes e desperdícios

- Campanhas de esclarecimento.
- Mudanças legislativas: punições mais severas.
- Eliminar desperdícios e redundâncias.
- Promoção do uso consciente do plano de saúde.
- Envolvimento dos RHs das empresas



Redução da judicialização

- Aplicação dos critérios cumulativos definidos na ADI 7265
- Utilização dos NatJus
- Deferência às decisões da agência reguladora
- Revisão no processo de registro, precificação e incorporação de medicamentos

Obrigada.

Hellen Miyamoto

hellen.miyamoto@fenasaude.org.br

