

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde vão cobrir teste para Coronavírus](#) - Fonte: ANS

[Brasil também emprega Telessaúde no combate ao Coronavírus](#) - Fonte: IESS

[Bots como aliados da experiência no atendimento de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS promove revisão do estoque regulatório e revoga atos sem validade](#) - Fonte: ANS

[Susep autoriza contratação de resseguro por planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

[Planos de saúde: ANS divulga números de janeiro](#) - Fonte: ANS

[Idade é um critério razoável para reajuste de plano de saúde?](#) - Fonte: IESS

PLANOS DE SAÚDE VÃO COBRIR TESTE PARA CORONAVÍRUS

ANS – 10/03/2020

Em reunião realizada na tarde desta terça-feira (10/03), na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com representantes de operadoras de planos de saúde, de entidades representativas do setor e os diretores da reguladora, ficou acertada a inclusão do exame para detecção do Coronavírus (Covid-19) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a cobertura mínima obrigatória para os beneficiários de planos de saúde.

A Agência está detalhando os aspectos técnicos da medida, como o tipo de exame que deverá fazer parte da cobertura

obrigatória e as Diretrizes de Utilização (DUTs) que serão necessárias para adequação aos protocolos do Ministério da Saúde e prazos necessários para que a medida seja implementada.

A ANS esclarece que a cobertura do tratamento aos pacientes diagnosticados com o Covid-19 já é assegurada aos beneficiários de planos de saúde, de acordo com a segmentação de seus planos (ambulatorial, hospitalar).

BRASIL TAMBÉM EMPREGA TELESSAÚDE NO COMBATE AO CORONAVÍRUS

IESS – 10/03/2020

No dia 20 do mês passado, comentamos o uso crescente de novas tecnologias, especialmente das relacionadas à telessaúde, em função da disseminação do Coronavírus ao redor do mundo – [relembre](#).

A tendência é algo, a nosso ver, inevitável e que tende a se intensificar. Até mesmo no Brasil, onde a questão e o uso do recurso não estão totalmente pacificados – como também já [comentamos](#) –, começam a surgir iniciativas neste sentido. A seguradora SulAmérica, por exemplo, anunciou que seus segurados passam a contar com consultas por vídeo e por ligações telefônicas de forma irrestrita durante este período de disseminação da doença, como mostra a [coluna Painel S/A](#), do jornal Folha de S.Paulo.

Claro, a própria estrutura tecnológica ainda é um desafio para um País de dimensões continentais como o Brasil. Mas estamos caminhando neste sentido, com novos dispositivos sendo lançados e outros ganhando atualizações. O professor

Chao Lung Wen, da Universidade de São Paulo (USP), deu uma aula sobre a questão durante o seminário “[Transformação Digital na Saúde](#)” – [assista](#).

Além disso, a prática e o ensino da medicina também podem ser empecilhos para a celeridade desta transformação, com profissionais de gerações anteriores tendo outros hábitos e técnicas. Neste sentido, a atuação de entidades de classe e outros órgãos é fundamental. Para se ter ideia, o Código de Ética Médica passou a fazer referência à “Telemedicina” apenas em 2019. O que revela que ainda temos muito a avançar.

O importante é ter em mente que a telessaúde não desumaniza a prática médica, assim como o atendimento presencial não significa humanização. Estas questões estão diretamente relacionadas à postura do profissional e sua formação.

BOTS COMO ALIADOS DA EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO DE SAÚDE

Saúde Business – 09/03/2020

Todos os setores da economia têm sido afetados por revolução digital que mudou os hábitos de consumo. Com a Saúde não é diferente. Por isso, é necessário mudar alguns preceitos para que os pacientes tenham a melhor experiência na hora solicitar uma simples consulta ou exame.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), mais de 116 milhões de brasileiros possuem acesso à internet. Desse número, mais de 93% utilizam o WhatsApp todos os dias e 73% dos usuários estão dispostos a resolver necessidades pelo aplicativo

Todos esses dados demandam a realização de um atendimento personalizado, capaz de funcionar 24 horas por

dia, durante toda a semana. Mas, como realizar isso mantendo credibilidade, segurança da informação e, especialmente, cuidado individual com o paciente?

É nesse momento que o atendimento personalizado e automatizado entra, colocando como personagem principal os chatbots. Para contextualizar, os chatbots podem ser definidos como softwares que funcionam dentro de aplicações de mensagens, como o WhatsApp. Por meio deles, é possível informar e fechar negócios com múltiplos usuários, ao mesmo tempo. Além disso, são capazes de realizar contatos inteligentes unindo o poder do chatbot ao atendimento humano, o que abre a possibilidade de escalar experiências.

Atendimento inteligente para escalar experiências

No caso da saúde, os contatos inteligentes devem ser aplicados para melhorar a experiência do usuário em relação ao atendimento, não substituindo o atendimento humanizado. Assim, as principais funções do software seriam:

- agendar, remarcar ou cancelar consultas;
- divulgar resultados de exames;
- enviar mensagens e informativos importantes.

Em termos econômicos, de acordo com relatório divulgado pelo Juniper Research, caso os chatbots sejam aplicados anualmente até 2022 na área da Saúde, haverá uma economia de US\$ 3,6 bilhões, em escala global.

A implementação de uma solução como essa pode acontecer por meio de empresas que consigam integrar Inteligência Artificial, relatórios, Analytics e segurança de dados. Exemplo disso é a [Take](#), especialista na construção, evolução e gestão de chatbots que desenvolveu a [plataforma BLiP](#). A ferramenta se integra a outras, o que possibilita formalizar um Help Desk no qual mensagens e demandas que chegam pelo WhatsApp podem ser transformadas em tickets, aprimorando o atendimento personalizado.

O resultado é uma análise de dados mais eficiente, capaz de extrair informações pertinentes e metrificar resultados. Um laboratório, por exemplo, poderá ter o controle dos números de mensagens trafegadas, quais foram as maiores dúvidas ou até mesmo quanto tempo levou até o fechamento (com sucesso) de um ticket.

ANS PROMOVE REVISÃO DO ESTOQUE REGULATÓRIO E REVOGA ATOS SEM VALIDADE

ANS - 09/03/2020

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou na última quarta-feira (04/03) uma importante medida para desburocratizar e ampliar a transparência normativa da ANS: a revogação de normativos que estão em desuso ou que já possuem seu teor contemplado em normas mais atualizadas e que, portanto, não têm efeito jurídico. A ação faz parte do programa de gestão do estoque regulatório, que tem como objetivos revisar, atualizar, simplificar e consolidar o arcabouço de regras que regulamentam o setor de planos de saúde, melhorando a eficiência e contribuindo para a competitividade do país.

Ao todo, serão revogadas 147 normas, que já se encontram tacitamente revogadas, perderam a eficácia ou foram substituídas por normas mais recentes e atualizadas. A lista completa com as resoluções e instruções que serão extintas foi publicada hoje (09/03) no Diário Oficial da União (DOU).

A medida atende ao que está estabelecido nos Decreto nº 9.191, de 2017, e nº 10.139, de 2019, e está contemplada

na [Agenda Regulatória 2019-2021 da ANS](#), que determina a revisão e consolidação dos atos normativos.

O diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel, salienta que a medida é fruto do esforço conjunto de todas as diretorias da Agência. Ele esclarece que a revogação não afeta a regulamentação do setor e tampouco compromete qualquer critério de qualidade. “O objetivo da medida é justamente desburocratizar e simplificar o arcabouço regulatório, eliminando normas que estavam obsoletas, ou seja, que não tinham mais finalidade, além de reduzir a complexidade dos processos e fortalecer a segurança jurídica”, explica. “É uma medida que vai ao encontro de normas seguras internacionalmente e que estão previstas no manual de boas práticas da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE). Visa, ainda, tornar mais clara a comunicação com o setor regulado e com a sociedade, evitando ambiguidades e incertezas para quem utiliza os atos normativos da Agência”, acrescenta o diretor.

Clique aqui para acessar a [Resolução Normativa nº 449](#) e a [Instrução Normativa nº 1](#)

SUSEP AUTORIZA CONTRATAÇÃO DE RESSEGURO POR PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 08/03/2020

A Superintendência de Seguros Privados (Susep) vai permitir a contratação direta de resseguro por entidades de previdência complementar e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Até agora, elas tinham de recorrer a uma seguradora para contratar os resseguros, que as protegeriam contra riscos assumidos por seus participantes.

A mudança já foi aprovada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e entra em vigor em abril.

Risco concentrado. A oferta dessas coberturas não alcançava todos os produtos disponíveis e se concentrava em poucas seguradoras. Segundo o voto do Conselho, ao qual a Coluna do Broadcast teve acesso, de R\$ 260 milhões pagos

por entidades fechadas de previdência complementar (EFCP) para a cobertura de plano de pecúlio em 2018, 91% foram arrecadados por uma única seguradora e o restante foi dividido entre outras quatro, segundo dados da Susep.

Efeito preço. Juntos, os fundos de pensão e as entidades abertas movimentam em torno de R\$ 908 bilhões de ativos.

O resseguro permite reduzir o risco para os cerca de 16,7 milhões de participantes das entidades abertas e fechadas de previdência. O CNSP destacou em seu voto que a modificação terá impacto direto no preço final da operação para o consumidor. Isso porque a contratação direta de resseguro deve gerar redução de custos e de risco das operações das entidades.

PLANOS DE SAÚDE: ANS DIVULGA NÚMEROS DE JANEIRO

ANS – 05/03/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta quinta-feira (05/03) os dados do setor de planos de saúde relativos ao mês de janeiro. No período, o setor totalizou 47.031.971 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil, registrando pequeno crescimento em relação a janeiro de 2019 (veja tabela abaixo).

Já o segmento exclusivamente odontológico segue em sua trajetória de evolução nos últimos anos, contabilizando 25.936.502 beneficiários – crescimento de 1.589.921 no período de um ano.

Entre os estados, no comparativo entre janeiro de 2019 e janeiro de 2020, o setor registrou aumento de beneficiários

em planos de assistência médica em 13 estados, sendo Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo os que tiveram o maior ganho de beneficiários.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

A consulta destes dados está disponível por meio da Sala de Situação, ferramenta do portal da ANS. [Acesse aqui](#). Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF.

Beneficiários em planos de Assistência Médica, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
jan/19	47.008.430	31.714.437	6.125.212	684	9.068.511	99.586
jan/20	47.031.971	31.773.681	6.147.152	631	9.018.431	92.076

Beneficiários em planos Exclusivamente Odontológicos, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
jan/19	24.346.581	17.754.075	2.281.219	1.941	4.296.139	13.207
jan/20	25.936.502	19.037.374	2.517.910	1.821	4.369.079	10.318

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos Exclusivamente Odontológicos	
	jan/19	jan/20	jan/19	jan/20
Acre	42.214	42.156	14.902	15.616
Alagoas	374.488	367.678	276.546	275.147
Amazonas	511.559	526.698	394.239	448.238
Amapá	67.378	64.679	44.005	45.316
Bahia	1.578.795	1.594.509	1.509.682	1.535.312
Ceará	1.284.080	1.258.858	947.846	990.257
Distrito Federal	890.169	880.741	548.670	598.049
Espírito Santo	1.090.607	1.113.099	498.747	523.470
Goiás	1.155.308	1.177.062	621.833	656.746
Maranhão	462.005	473.999	197.662	206.265
Minas Gerais	5.003.793	5.050.523	2.076.430	2.187.027
Mato Grosso do Sul	577.049	566.165	141.446	147.162
Mato Grosso	582.278	594.414	203.794	222.539
Pará	778.780	781.236	416.755	438.486
Paraíba	413.690	411.309	350.312	378.195
Pernambuco	1.334.413	1.339.796	909.534	986.303
Piauí	318.683	325.594	84.860	95.932
Paraná	2.845.786	2.855.444	1.268.465	1.324.219
Rio de Janeiro	5.360.419	5.388.364	3.265.084	3.438.080
Rio Grande do Norte	499.288	499.882	330.976	339.323

Rondônia	155.482	152.161	104.234	106.586
Roraima	28.657	28.413	9.602	11.375
Rio Grande do Sul	2.572.183	2.546.969	769.778	795.055
Santa Catarina	1.492.639	1.456.555	492.576	552.644
Sergipe	315.541	314.147	202.716	205.654
São Paulo	17.134.049	17.088.298	8.553.466	9.250.515
Tocantins	109.240	101.512	49.191	127.385
Não Identificado	29.857	31.710	63.230	35.606
TOTAL	47.008.430	47.031.971	24.346.581	25.936.502

IDADE É UM CRITÉRIO RAZOÁVEL PARA REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE?

IESS - 04/03/2020

A precificação segundo faixas etárias é praticada em todos os contratos de planos de saúde individuais/familiares e coletivos por adesão. Mesmo nos planos e seguros coletivos empresariais, ainda que predomine a prática de preço médio para todos os colaboradores, o plano tende a ser estruturado segundo faixas etárias. Isso porque, se o plano não for custeado integralmente pela empresa, esta estrutura é importante para identificar a parcela da contraprestação com que cada colaborador/beneficiário deverá arcar. Fato importante, inclusive, para determinar a mensalidade que o colaborador terá de pagar se quiser manter o benefício após se aposentar ou ser desligado da empresa sem justa causa.

Essa estrutura, com o aumento da mensalidade de acordo com a idade, tende a gerar um sentimento negativo especialmente na última faixa etária, quando as pessoas já se aposentaram e não mantêm o nível de rendimentos que detinham anteriormente. Mas isso significa que os planos são caros e injustos para as pessoas mais idosas?

Do ponto de vista desses beneficiários, claro, as mensalidades são muito caras comparadas com suas rendas de aposentadoria. Mas analisando matematicamente e atuarialmente, não há como afirmar que estas mensalidades são altas. Sobretudo porque elas não cobrem o custo médio de atendimento assistencial do grupo etário de maiores de 58 anos de idade, sendo necessário – como já comentamos [aqui](#) – ser subsidiados pelas mensalidades dos beneficiários mais jovens por meio de um mecanismo conhecido como pacto intergeracional. Ou seja, a regulação do setor foi pensada para que os idosos tenham uma mensalidade inferior ao seu custo efetivo, de forma a viabilizar a permanência desse público nos planos de saúde.

O assunto foi tratado em profundidade na análise especial "[Reajuste de mensalidade de planos coletivos por mudança de faixa etária: legalidade e economicidade](#)", que fizemos para apresentação em audiência pública no Supremo Tribunal de Justiça (STJ). [Confira](#).

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com