

## NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de janeiro de 2019



### CONVITE ESPECIAL

Milliman – 02/01/2019

Convidamos você a seguir a página da [Milliman Brasil](#) no LinkedIn. Lá, iremos publicar a newsletter semanal, artigos de nossos consultores e nossas novidades, além de compartilhar artigos interessantes de outros autores e fontes.

#millimanbrasil

## PORTO SEGURO TEM NOVIDADE NA COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS EMPRESARIAIS

Apólice – 30/01/2019

6ª geração de planos do Porto Seguro Saúde é implementada a partir de sugestões sinalizadas pelos corretores

O Porto Seguro Saúde apresenta a 6ª geração de seus planos de saúde disponíveis ao mercado. Com um desenho de produto mais compatível com as ofertas e demandas do setor, a companhia passa a oferecer um portfólio mais competitivo e leve em sua comercialização.

“A grade de planos mais enxuta foi um pedido dos corretores.

Recebemos as sugestões, avaliamos e fizemos importantes ajustes com o objetivo de alavancar ainda mais os negócios.

Estar atento ao mercado, através dos clientes e canal de vendas é uma preocupação constante, pois entendemos que só assim conseguiremos oferecer os melhores produtos e atendimentos”, afirma Mônica Bortolossi, superintendente de Negócios do Porto Seguro Saúde.

#### Principais mudanças nos produtos:

- Consolidação de 78 para 20 produtos

- Alteração da nomenclatura, facilitando a identificação dentro do canal de vendas
- Remissão de 2 anos a partir de 10 vidas
- Unificação da tabela de reembolso para Empresarial e PME
- Liberação da rede complementar a partir de 5 vidas já no plano Prata Mais
- No Rio de Janeiro, excepcionalmente, os planos são comercializados a partir da categoria Bronze.

#### Em São Paulo:

- O Hospital Sírio Libanês passa a atender clientes Diamante
- O Hospital Santa Paula passa a receber clientes do plano Prata
- O Hospital Santa Catarina inicia o atendimento de pacientes a partir do plano Prata Q.
- O Equipe de Retaguarda no Hospital Albert Einstein exclusivo para plano Diamante.

## SULAMÉRICA SAÚDE INVESTE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Apólice – 30/01/2019

Por meio do modelo, uma equipe proporciona atendimento humanizado e personalizado com foco na resolutividade para segurados

A SulAmérica está reorganizando o atendimento em saúde para aprimorar a experiência do cliente. A proposta é inserir o segurado no centro do cuidado, com uma jornada

coordenada e efetiva. Uma das iniciativas da seguradora tem base no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), que prevê cuidado integral do paciente e já está disponível na capital paulista. Em três meses, o projeto já atingiu uma resolutividade de 97% e um nível de satisfação de 89%.

Na prática, a APS coloca o indivíduo (não a doença) no centro da atenção, vale para todas as fases de sua vida (da infância à terceira idade) e atende à maioria das questões de saúde da população. Em suas publicações, a Organização Mundial da Saúde aponta que cerca de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos pelo médico de família. Dessa forma, todos os elos da cadeia de assistência à saúde se beneficiam: a seguradora, os prestadores de serviços e, especialmente, os segurados, já que essa abordagem previne o surgimento de doenças, além de evitar complicações de doenças crônicas, garantindo melhor qualidade de vida.

A Amparo Saúde é parceira da SulAmérica neste projeto. O prestador possui consultórios clínicos multifuncionais, equipados para atendimentos de todas as faixas etárias e gêneros, posto de coleta de exames laboratoriais, sala de medicação e sala de procedimentos. Os agendamentos de consulta são baseados no fácil acesso e podem ser feitos via telefone, WhatsApp, e-mail ou presencialmente – tudo para se adequar à rotina do paciente, gerando uma melhor experiência.

Com essa proximidade no cuidado, é possível perceber um acolhimento muito maior do que em um atendimento comum.

Estabelecer o vínculo entre os profissionais e o paciente promove o engajamento no autocuidado e está entre as práticas que buscam a melhoria da qualidade no sistema de saúde.

Quando é preciso que o paciente seja atendido por outros profissionais da área da saúde, a equipe da Amparo faz o encaminhamento para o Núcleo de Cuidado Coordenado da SulAmérica. Por meio de enfermeiras, o Núcleo acompanha e ajuda o paciente em sua navegação pela rede referenciada e indica os profissionais participantes do projeto. O Núcleo promove a integração das informações de saúde de cada paciente, permitindo a construção de um plano de cuidado único e integrado entre médicos.

“Quando o paciente começa a caminhar na cadeia de saúde de forma coordenada, temos desfechos clínicos mais satisfatórios, bem como uma experiência completa e efetiva de saúde”, avalia a diretora Técnica Médica e de Relacionamento com Prestadores da seguradora, Tereza Veloso. “A Atenção Primária promove uma jornada do cuidado única para os pacientes, além de permitir a sustentabilidade e o equilíbrio do sistema de saúde”, complementa.

## CURSO PREPARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PARA REVISÃO DOS CONTRATOS DE CREDENCIAMENTO

Apólice – 30/01/2019

Promovido pelo Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar (IBDSS), curso é ministrado pelo advogado José Luiz Toro

**Sudeste** – O Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar (IBDSS) realizará o curso intensivo “Reverendo e repensando os contratos de credenciamento” dia 25 de fevereiro (segunda), das 8h30 às 17h na Rua Santa Luzia, 48 – Conjunto 114 – Centro. Inscrições pelo telefone: (11) 3101-3095 ou [ibdss@ibdss.org.br](mailto:ibdss@ibdss.org.br).

A intenção é a de expor a importância da construção de novo marco legal para o credenciamento nos planos de saúde para dirigentes, gerentes e diretores de operadoras e de empresas prestadoras de serviços nesta área, advogados e estudantes de direito, médicos, auditores e demais interessados na atividade.

De acordo com o advogado e presidente do IBDSS, José Luiz Toro, verifica-se que o mercado de saúde suplementar passa por um momento de grandes mudanças, principalmente com referência aos contratos firmados com a rede credenciada. Constata-se que muitos contratos estão em desconformidade com a Lei n. 13.003, de 2014, não

atendendo, de forma integral, todos os requisitos das RNs. 363, 364 e 365, da ANS, com suas atualizações. “Por outro lado, novos desafios surgem, em face da discussão dos modelos alternativos de remuneração, baseados em critérios de qualidade e desempenho, sendo que a recente RN n. 436 determinou que os novos contratos firmados ou renovados, a partir de sua publicação, já devam considerar tais atributos.

Também foram alterados os critérios para o fator de qualidade da RN n. 364 e a ANS tem detectado sérios problemas em muitos contratos firmados e está realizando o acompanhamento das alterações de redes assistenciais. O curso também discutirá a forma de contratação de rede indireta, das chamadas ACOs, das clínicas populares e da Telemedicina, bem como a contratação e os impactos no Gerenciamento de Risco, na Governança Corporativa e no Compliance da Operadora, sujeitando-se, inclusive, a critérios de acreditação e certificação”.

Por tais motivos, explica, a proposta do presente curso, único no mercado, procura, dentro de uma visão holística, rever as RN n. 363, 364 e 365, traçando parâmetros para o enfrentamento da devida adequação e dos novos desafios.

## OS DADOS DE SAÚDE NA QUARTA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

Apólice - 30/01/2019

Com o avanço da internet das coisas, processadores podem ser colocados em produtos com as mais diversas finalidades, que serão úteis a ponto de nos fazer pensar como conseguimos viver tanto tempo sem eles

Nosso planeta está se tornando um grande ser vivo digital.

Com o avanço da internet das coisas, processadores podem ser colocados em produtos com as mais diversas finalidades.

Em várias partes do mundo, sensores embutidos em objetos medem a vibração, a temperatura, a composição química etc.

Algumas das aplicações dessa tecnologia serão úteis a ponto de nos fazer pensar como conseguimos viver tanto tempo sem elas.

Um exemplo? Assim que os sensores químicos ficarem suficientemente baratos, eles poderão ser colocados dentro das caixinhas de leite para avisar quando o produto, de fato, azedou. Em vez de respeitar a data de validade da embalagem (baseada em um cálculo estatístico sobre a duração média do produto), o consumidor terá uma informação precisa para saber se o leite ainda está bom. Uma informação única, individualizada e capaz de evitar muitos desperdícios.

Na saúde, há múltiplos desdobramentos e possibilidades.

Surgem balanças que registram não só o peso, como também o nível de hidratação e outros parâmetros e suas variações.

Os dados são enviados para um aplicativo de celular. Há também relógios que fazem bem mais do que apenas registrar as horas. É o caso da nova versão do Apple Watch, capaz de realizar um eletrocardiograma e enviar o resultado para o celular. A partir daí, o cliente pode compartilhar a informação com o médico, se desejar.

A inovação tecnológica que já estamos vivendo e os debates acerca do futuro da informação, como o promovido durante o 4º Fórum da FenaSaúde, no final de outubro, nos levam a refletir sobre as implicações deste novo mundo, no qual os consumidores aceitam fornecer dados pessoais com a contrapartida de receber melhores serviços. No nosso setor, é preciso ter um cuidado extremo na transição para a quarta revolução industrial – a da informação. É imperdoável errar quando o que está em jogo são os dados de saúde, como ressaltou Henrique von Atzinger do Amaral, líder do ThinkLab da IBM Brasil. Todo e qualquer serviço que pretenda usar esse tipo de informação precisa oferecer conveniência, relevância, segurança e controle.

O grande entusiasmo despertado pelos avanços da inteligência artificial aplicada à área médica só vão se concretizar no Brasil se os dados dos pacientes estiverem digitalizados e disponíveis, de forma organizada e comparável. Só assim os algoritmos poderão contribuir para a melhoria dos diagnósticos por imagem, a descoberta de novas drogas, a priorização de pacientes em hospitais, entre outros usos.

Antes disso, os agentes da saúde suplementar têm o desafio de mostrar ao paciente o que será feito com as informações dele e conseguir consentimento para qualquer de suas ações.

É o que exige a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, sancionada em agosto. O prazo de adequação dado às empresas é insuficiente: apenas 18 meses. O marco legal impõe um desafio, mas não impedirá o avanço dos projetos baseados no registro e compartilhamento de dados de saúde.

As primeiras iniciativas das operadoras têm demonstrado que os indivíduos concordam em permitir o acesso a seus prontuários eletrônicos quando recebem informações claras e entendem os benefícios oferecidos. Com transparência, ética e respeito à legislação, o futuro da informação pode ser um grande aliado na reorganização do sistema de saúde.

---

## ÉTICA NA SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Saudebusiness – 30/01/2019

As questões de ética e compliance têm sido abordadas e discutidas pelas empresas e entidades do segmento saúde do país e inúmeras iniciativas foram concretizadas nos últimos 12 anos, com o objetivo de se alcançar um sólido comprometimento com a transparência e a integridade nas relações comerciais de produtos para saúde.

Essa tarefa tornou-se mais ambiciosa diante de um novo cenário político e social internacional, com impacto no Brasil, destacando-se novas leis, movimentos sociais, operações da Polícia Federal, atuação do Judiciário e uma ampla e

dinâmica divulgação de notícias sobre fraudes e corrupção, com repercussão global.

A mudança dos tempos impõe novos desafios e as empresas do setor começam a se planejar e se organizar para uma grande transformação da sua cultura e práticas comerciais. A responsabilidade de todos os envolvidos, como cidadãos e profissionais que atuam no segmento saúde, é garantir o direito do paciente de ter acesso à saúde de qualidade e por um preço justo. E isso só é possível se a sustentabilidade do setor estiver preservada.

A Lei Anticorrupção 12.846/2013 incentivou as empresas a reforçarem suas áreas de compliance, porém ela é genérica e, dessa forma, a autorregulação do setor faz-se necessária.

No Brasil, as associações que representam as empresas da saúde já se mobilizam desde 2006 nesse sentido. O ambiente de negócios sem regras claras de compliance, sem uma relação de confiança entre os diversos players, fez com que o setor se estruturasse com normas próprias, com base nas leis vigentes e referências de outros países com níveis de maturidade avançados, como os EUA e a Comunidade Europeia.

Vale citar as associações de empresas de produtos para saúde pioneiras na elaboração de códigos de conduta direcionados para os seus associados: Associação de Hospitais Privados – ANAHP, Associação Brasileira de Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde – ABIMED, Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios – ABIMO, Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes – ABRAIDI e Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – Interfarma.

Alguns dados refletem a mobilização dos segmentos em busca de uma conduta ética e o nível de maturidade alcançado. Segundo a Interfarma, das 33 empresas respondentes de pesquisa realizada em 2017, 100% possuem código de conduta e 100% possuem iniciativas de combate à corrupção. A ABRAIDI publicou ano passado que, das 304 empresas associadas, 72% possuem alguma ação de compliance (26% possuem o código de conduta e 46% possuem o código de conduta e estão desenvolvendo o programa de compliance) e 14% possuem o programa de compliance completamente implementado.

Uma iniciativa de significativo avanço relacionado ao mecanismo de autorregulação no Brasil foi a criação do Ética Saúde, liderado pela ABRAIDI e o Instituto Ethos, que teve início em 2013, levando ao lançamento do Acordo Setorial Ética Saúde em junho de 2015, com a proposta e o compromisso de criar, voluntariamente, regras para a prevenção de suborno e corrupção no setor saúde. Em 2016, tornou-se o Instituto Ética Saúde, expandindo o seu espectro de atuação para serviços de saúde e profissionais médicos, o que fortaleceu as suas propostas, inclusive em nível internacional, pela sua estrutura inovadora.

A mudança cultural no ambiente corporativo é um dos maiores desafios a se enfrentar. O mais importante é fazer com que os participantes sejam protagonistas da mudança e, desta forma, ela se viabilizará. Estamos na era da inteligência e colaboradores que acumulam conhecimento se transformam em colaboradores que transmitem conhecimento. Este é o foco para uma transição sustentável, que deve contribuir para as empresas e instituições enfrentarem crises e identificarem soluções criativas e inovadoras.

Pela dimensão da sua complexidade, não é viável apresentar um programa de integridade pronto com normas padrão, mas sim propiciar a criação de um espaço para a reflexão e a troca de ideias sobre a importância de seguir padrões éticos, possibilitando a cada empresa tecer a sua própria cultura, com base na implantação de um programa abrangente e eficaz, de acordo com os seus valores e prevalecendo os princípios de cidadania, educação, sustentabilidade e boas práticas de governança corporativa. O caminho já está sendo percorrido e bem pavimentado e a sua perspectiva é de inovação contínua.

## ANS ESTIMULA ADOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA PELAS OPERADORAS

ANS – 28/12/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta segunda-feira (28/01), no Diário Oficial da União, a Resolução Normativa - RN nº 443, que dispõe sobre a adoção de práticas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, visando à sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Com a norma, a ANS estimula a redução do risco de descontinuidade de operações de planos de saúde decorrentes de falhas de controles internos e baixa capacidade de gestão de riscos a que as operadoras estão expostas, o que pode comprometer a assistência prestada a beneficiários.

“As boas práticas de governança corporativa têm grande importância para o fortalecimento da gestão das operadoras e proteção dos interesses dos beneficiários de planos de

saúde. Ignorar a existência dos riscos ou a necessidade de geri-los adequadamente pode implicar em perdas vultosas ou mesmo levar à quebra de empresas em qualquer ramo de atividade, inclusive na saúde suplementar”, afirma o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Leandro Fonseca.

A importância do tema ganhou corpo no âmbito da Comissão Permanente de Solvência da ANS, na medida em que estudos apontaram que boa parte do setor regulado possui práticas de governança corporativa e gestão de risco pouco maduras. A elaboração da norma contou com diversas etapas de estudos e participação social (audiência pública, seguida de consulta pública, ambas realizadas em 2018).

No caso dos planos de saúde, isso é fundamental para garantir aos contratantes e beneficiários que a assistência à

saúde será prestada quando for preciso. Por outras palavras, busca-se garantir que a governança da operadora a torne sólida e sustentável no longo prazo, mesmo exposta a gastos elevados para a recuperação da saúde de seus beneficiários.

“É de interesse da sociedade, principalmente de quem contrata e usa os serviços, saber se as operadoras observam práticas de gestão que internalizam condutas adequadas e reduzam risco de descontinuidade de suas operações por conta de falhas de controles internos e baixa capacidade de gestão de riscos, o que fortalece a sustentabilidade do setor e ajuda a proteger os interesses dos beneficiários”, explica o diretor.

### Responsabilidade corporativa

A RN nº 443 define que as práticas e estruturas de governança, controles internos e gestão de riscos implementadas pelas operadoras devem ser coerentes com a complexidade das suas atividades, e formalizadas de forma clara e objetiva em estatuto ou contrato social, regimentos ou regulamentos internos submetidos a revisão e aprovação das

instâncias máximas de decisão das operadoras, e divulgadas amplamente às partes interessadas.

As práticas e estruturas de governança adotadas pelas operadoras devem considerar os princípios de transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa, sendo atribuição dos administradores das operadoras a implantação, implementação e avaliação periódica das práticas de governança, gestão de riscos e controles internos que trata a normativa.

A norma também estabelece como obrigatório para as operadoras de grande e médio portes (exceto para as classificadas na modalidade autogestão) o envio anual do Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA, elaborado por auditor independente, tendo por base os dados do exercício anterior referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos das operadoras.

[Confira aqui a RN nº 443.](#)

## NAT-JUS X JUDICIALIZAÇÃO INDISCRIMINADA DA SAÚDE

IESS – 28/01/2019

Entre 2014 e 2016, a judicialização na saúde cresceu quase 250%. O total de pedidos judiciais para cobertura de remédios (alguns não aprovados pela Anvisa), realização de procedimentos, tratamentos (vários não cobertos pelo plano ou pedidos sem respeitar as regras determinadas pelo Ministério da Saúde) etc. subiu de 392,9 mil, em 2014, para 1,3 milhão em 2016.

Fora diversas questões que já exploramos aqui e podem ser acessadas rapidamente por meio de nossa [Área Temática](#). O que causa problemas tanto para a saúde suplementar quanto para o SUS. O médico e ex-secretário de Saúde do Estado de São Paulo David Uip abriu o “Fórum Saúde 2016”, da [Folha de S. Paulo](#), com uma palestra sobre a questão em que apresenta uma série de pedidos inusitados que ilustram bem a questão. Há, por exemplo, pedidos judiciais que demandam, inclusive, a compra de sabonetes íntimos.

Fora os casos esdrúxulos, há também pedidos feitos de má fé. Seja para avançar em um procedimento que não deveria ocorrer por questões técnicas – como é o caso dos pedidos de urgência e emergência para realização de cirurgia bariátrica, que já explicamos aqui no [Blog](#) –, seja por

interesses financeiros, o que configura fraude, assunto abordado no estudo [“Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”](#), também já explorado por [aqui](#).

Para combater a judicialização indiscriminada da saúde e subsidiar os magistrados em suas decisões, evitando equívocos especialmente por desconhecimento técnico, foram criados os Núcleos de Apoio Técnico (NAT-JUS).

A palestra “O papel do Núcleo de Apoio Técnico na tomada de decisões do Poder Judiciário em controvérsias do setor de saúde”, feita pela Dra. Luciana da Veiga Oliveira, coordenadora do Comitê Executivo da Saúde do NAT-JUS do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), explica bem o funcionamento e a importância desses núcleos para combater este problema.

Quem não teve a oportunidade de acompanhar a palestra durante o seminário [“Decisões na Saúde - Cuidados Paliativos e Nat-Jus: Iniciativas da Medicina e do Direito que geram segurança ao paciente e sustentabilidade ao sistema”](#), que realizamos no final do ano passado, pode aproveitar agora.

## ANS COMPLETA 19 ANOS

ANS - 25/01/2019

Garantia de acesso à saúde, estímulo à qualidade da assistência, fortalecimento da regulação econômica, foco na sustentabilidade do setor e protagonismo do consumidor.

Esses são alguns dos objetivos que têm norteado a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que completa 19 anos nesta segunda-feira (28/01), e que estão sendo reforçados neste ano que se inicia.



Nessas quase duas décadas, a reguladora promoveu o saneamento do mercado de planos privados de assistência à saúde, através da criação de normas para o controle e a fiscalização desse segmento, e contribuiu para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Em 2019, o trabalho da ANS continuará trilhando esse caminho, com o fortalecimento de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do setor e a defesa do interesse público para o enfrentamento dos desafios que se apresentam.

## 3 TENDÊNCIAS NO SETOR DE HEALTHCARE PARA 2019

SaudeBusiness – 25/01/2019

2018 foi um ano interessante para o setor de saúde e, 2019 prepara-se para ser tão bom quanto. Há um enorme mercado que precisa ser explorado devido ao envelhecimento da população mundial e o anseio de que os idosos vivam sozinhos pelo maior tempo possível. Permitir esse desejo tem sido o foco de reguladores, fabricantes e investidores.

De acordo com dados da Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010/2015, divulgados pelo IBGE no fim de 2017, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil cresceu, atingindo R\$ 546 bilhões, valor equivalente a 9,1% do PIB. Deste total, R\$ 231 bi (3,9% do PIB) corresponderam a despesas de consumo do governo e R\$ 315 bi (5,2% do PIB) a despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos.

O novo ano deve ver o impacto contínuo desses fatores, juntamente com o surgimento de novas tendências para apoiar o crescimento e o desejo de reduzir os custos. Três áreas terão grande impacto no mercado da saúde em 2019.

Vamos explorar algumas tendências que devem se destacar nos serviços de healthcare este ano:

### Internet das Coisas

A Internet das Coisas (IoT) desempenhou um papel proeminente em 2018 e continuará a evoluir em 2019. O principal destaque da IoT e dos dispositivos conectados é a significativa economia de custos na prestação de cuidados.

De fato, o atendimento remoto via IoT pode reduzir os custos de assistência médica dos EUA, por exemplo, em até US\$ 6 bilhões por ano, de acordo com a consultoria de saúde Willis Towers Watson. Esses dispositivos conectados, incluindo sensores internos e os dados coletados, permitem que os indivíduos mantenham suas vidas independentes com um risco muito menor.

Uma infinidade de dispositivos já utiliza a Internet das Coisas para manter os pacientes conectados remotamente aos provedores e serviços de saúde. As empresas também passaram a usar os dispositivos conectados para rastrear sinais vitais do paciente e vários indicadores de status de saúde. Isso tem melhorado os resultados dos pacientes, permitindo que os provedores realizem mais atendimento, diminuam as visitas hospitalares e reduzam os custos gerais com a saúde.

Outro ponto ainda mais relevante é que esses sensores e dispositivos possibilitam que os idosos tenham uma vida normal em casa. Discretamente, os dispositivos coletam e compartilham leituras com segurança, de modo que qualquer sinal de alerta possa ser descoberto, e qualquer lembrete diário de medicação é enviado proativamente aos pacientes. Por isso, espera-se que tanto o atendimento domiciliar quanto o setor de saúde fiquem cada vez “mais inteligentes”.

### Fusões e aquisições

Reguladores, hospitais e seguradoras também já perceberam os benefícios de prestar cuidados remotamente. No entanto, dada a dificuldade do emprego, um mercado de trabalho restrito e uma força de trabalho que se aposenta, a contratação tem sido mais difícil. O mercado de saúde também tem sido tradicionalmente apoiado por um grande número de organizações menores que se concentram em determinadas geografias ou especialidades. No entanto, devido a essa oportunidade de mercado, os investidores têm sido muito ativos com diversos negócios de fusões e aquisições em larga escala para ajudar a construir organizações maiores com mais alcance e escala geográficos. Por exemplo, a ação da M&A no terceiro tri de 2018 registrou o terceiro trimestre consecutivo com mais de 20 aquisições, de acordo com dados da empresa de inteligência de mercado Irving Levin & Associates. No geral, 2018 viu um volume trimestral “muito mais alto” em relação à 2017.

Lisa Phillips, editora do The HealthCare M&A Report, que publicou os dados acima, afirmou: “a consolidação está impulsionando a atividade recente neste mercado, apesar do reembolso e dos obstáculos regulatórios. Como os sistemas de saúde buscam reduzir os custos, esperamos que mais se voltem para as agências de cuidados domiciliares em contextos tradicionais pós-agudos, como instalações de enfermagem especializadas ou instalações de cuidados agudos de longo prazo”.

Como não há líder em participação de mercado e a necessidade de reduzir custos é eminente, espera-se que 2019 seja um ano ativo para os investidores, à medida que as empresas de saúde planejam expandir e ganhar cada vez mais participação no mercado.

### Adoção de Tecnologia

Historicamente, o back-office do atendimento ao paciente é arcaico e manual, com o uso do Excel, por exemplo, para

agendamento e produção das planilhas de horas. No entanto, por conta de tendências como o aumento da demanda, escassez de talentos para atender o crescente número de pacientes, mudanças na regulamentação e a necessidade de reduzir custos, os provedores de assistência médica domiciliar precisarão apostar em novas tecnologias. Isso inclui o Customer Relationship Management (CRM) para gerenciar vendas e informações de clientes, e o Human Capital Management (HCM) para treinamento e recrutamento de profissionais.

A tecnologia de gerenciamento de serviço em campo também deve ser considerada para ajudar os provedores domésticos a fornecer melhores cuidados, aumentar a participação de mercado e melhorar as operações. À medida que mais recursos e empregados são adicionados ao cronograma, torna-se quase impossível para um humano considerar todos os fatores inerentes à criação do cronograma otimizado. Aqui estão alguns exemplos sobre como a escala aumenta a complexidade:

- Com três funcionários móveis e três empregos, existem seis maneiras possíveis de agendar o trabalho
- Existem 720 maneiras diferentes de despachar seis funcionários para fazer seis trabalhos
- Existem 1.307.674.368.000 maneiras diferentes de despachar 15 funcionários para fazer 15 trabalhos

Como resultado, é quase impossível agendar e monitorar manualmente os profissionais ou usar um software de agendamento que não seja construído especificamente para lidar com esse nível de complexidade – pelo menos sem sacrificar a eficiência e a produtividade. A sofisticação envolvida nesses cenários exige uma tecnologia direcionada para conseguir auxiliar de fato as inúmeras organizações a fornecer melhor atendimento ao paciente, aprimorar operações e reduzir custos.

## ANS APRESENTA NOVO PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

ANS – 24/01/2019

Cerca de 250 pessoas participaram nesta terça-feira (22/01), no Rio de Janeiro, de um workshop para conhecer e tirar dúvidas sobre o novo processo de atualização do Rol de Procedimentos. A iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) buscou detalhar e esclarecer dúvidas sobre a Resolução Normativa (RN) nº 439, de dezembro de 2018, que estabeleceu etapas e fluxos para a revisão periódica da cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde. A normativa confere maior visibilidade à metodologia aplicada e ao processo de tomada de decisão da agência reguladora.

“A norma estabelece diretrizes para a incorporação de novas tecnologias ao Rol. Nosso desafio, enquanto órgão regulador, é buscar o equilíbrio entre as necessidades em saúde da população e os custos provenientes das incorporações”, explicou o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca, na abertura do evento.

Também participaram o diretor de Gestão, Paulo Rebello, e o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, cuja área técnica foi responsável pela elaboração da normativa. Rebello destacou a “clareza que a norma traz ao fluxo do processo e o ganho para a sociedade, que poderá participar em dois momentos”. Scarabel ressaltou a importância do tema na saúde suplementar, e que era necessário torná-lo claro para a sociedade e dar previsibilidade ao procedimento, mostrando como a ANS trabalha e quais os critérios adotados.

“Temos aqui profissionais de saúde e de entidades do setor, representantes da indústria e da sociedade civil, cidadãos que quiseram participar porque estamos ampliando a

participação social no pleito por incorporações. Nosso objetivo com este encontro é alinhar os requisitos obrigatórios necessários para a submissão de propostas de inclusão de novas tecnologias. E para levar essa informação ao maior número de pessoas, faremos oficinas regionais em todo o país”, adiantou o diretor.

Na parte da manhã, foram apresentados o cronograma do ciclo de atualização do Rol para o período 2019-2020, os aspectos gerais da RN 439, requisitos de informação (artigo 9º da normativa) e as diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde. À tarde os participantes puderam conhecer o Formulário de Apresentação de Propostas de Atualização Periódica do Rol (FormRol). A ferramenta eletrônica, uma das principais novidades do novo processo de atualização, será utilizada para o envio das contribuições pela sociedade. O formulário online será disponibilizado no portal da ANS sempre no início dos ciclos de atualização, permitindo a participação social em dois momentos: na fase inicial e, posteriormente, na habitual consulta pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias.

A ampliação da participação social no pleito por incorporações é um dos principais ganhos que a sociedade obteve com a publicação da normativa. Até então, as demandas de alteração do Rol eram encaminhadas apenas pelos membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), órgão consultivo da ANS que subsidia as decisões relativas ao Rol. A participação da sociedade se dava somente na etapa de consulta pública.

De 04/02 a 04/05 deste ano a ANS disponibilizará em seu portal o FormRol para proposição dos pedidos de

incorporações ao próximo Rol. Todas as etapas da revisão e o cronograma detalhado do novo processo de atualização serão disponibilizados em breve no portal da ANS.

Confira as apresentações feitas durante o workshop: [Parte 1](#) e [Parte 2](#).

[Confira aqui](#) a Resolução Normativa nº 439.

---

## AMIL CREDENCIA AMPARO SAÚDE PARA AMPLIAR ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Saudebusiness – 22/01/2019

A Amparo Saúde, primeiro centro de saúde por assinatura do Brasil, acaba de ser credenciada pela Amil para atendimento aos clientes da operadora. Os beneficiários poderão desfrutar das clínicas Amparo e todos os seus serviços de atenção primária e medicina da família, sem nenhum custo adicional.

O objetivo da Amil é ampliar os pontos de acesso às consultas com médicos de família em rede credenciada. Hoje, a operadora possui 34 clínicas próprias que atendem nesse modelo: o Amil Espaço Saúde, com unidades em São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Paraná e Pernambuco, alcançando 240 mil pacientes. Inicialmente, o credenciamento da Amparo Saúde levará o modelo de atendimento a mais 16 clientes da Amil, mas a expectativa é que esse número aumente conforme a inauguração de outras unidades previstas no plano de negócios da rede de clínicas.

“O principal objetivo dessa parceria é proporcionar o acesso a um atendimento de qualidade alinhado com o serviço prestado no Amil Espaço Saúde, com o apoio de prestadores que mantêm a mesma proposta de valor do nosso grupo: oferecer a nossos clientes o cuidado certo por meio da coordenação do cuidado”, comenta Giselle Diniz, diretora de Engajamento e Experiência da Amil.

De acordo com Emílio Puschmann, fundador da Amparo Saúde, a união marca uma nova fase da empresa, com ainda mais credibilidade no mercado. “O contrato com a Amil nos permite demonstrar, em grande escala, a efetividade de nosso atendimento de assistência primária”. De acordo com o executivo, a parceria também reafirma o modelo de negócio da empresa, focado em excelência em: indicadores clínicos,

experiência do paciente e redução de custos. A Amparo prevê a inauguração de mais clínicas na Região Metropolitana de São Paulo ainda no primeiro semestre de 2019, chegando a mais cidades do Brasil até o fim do ano.

O contrato entre as partes prevê um modelo de remuneração alternativo ao pagamento por serviço (fee for service), hoje considerado um dos principais motivadores de desperdício na saúde suplementar. Na prática, em vez de a Amil remunerar a Amparo por cada insumo utilizado, consulta ou procedimento realizado, é combinado um valor fixo de remuneração para a clínica de acordo com o número de beneficiários sob sua responsabilidade, agregando incentivos financeiros pelo alcance de bons resultados clínicos e de atendimento ao paciente.

O credenciamento de prestadores do segmento de atenção primária faz parte de uma série de investimentos da Amil em coordenação do cuidado. Hoje, 89% dos beneficiários atendidos por médicos de família em unidades do Amil Espaço Saúde têm seus problemas de saúde solucionados sem necessidade de encaminhamento para outros especialistas. Além disso, há um registro de queda de 30% na hospitalização dos pacientes engajados. Recentemente, a empresa contratou 400 profissionais para compor suas equipes de atenção primária, entre médicos, enfermeiros e técnicos. Também fez uma parceria inédita com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein para treinamento de 80 médicos em técnicas de atendimento em medicina de família. Para 2019, a previsão é a inauguração de mais unidades do Amil Espaço Saúde, sendo a próxima em São Bernardo do Campo, em São Paulo.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.