

ÍNDICE INTERATIVO

[Chega ao fim a novela da licitação de plano de saúde no Tribunal do Rio](#) - Fonte: Veja

[Planos de saúde voltam a crescer depois da epidemia de covid-19](#) - Fonte: Folha UOL

[RN 443 da ANS destaca a importância do trabalho de compliance na área da saúde](#) - Fonte: Segs

[Amil tem até hoje para esclarecer transferência de beneficiários](#) - Fonte: Exame

[Rede D'OR e Sulamérica dão passo para fusão, com ganhos para ambas, dizem analistas](#) - Fonte: PTTA Saúde e Tecnologia

[ANS trabalha para reduzir prazo de incorporação de novos medicamentos pelos planos de saúde](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[ANS atualiza dados do painel de precificação até dezembro de 2021](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ROL taxativo da ANS: mais segurança, menos controvérsia, mais saúde](#) - Fonte: FenaSaúde

[É preciso desmistificar o modelo de gestão da saúde conhecido como atenção primária à saúde no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

CHEGA AO FIM A NOVELA DA LICITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE NO TRIBUNAL DO RIO

Veja – 19/04/2022

Amil ganha a licitação

O presidente do Tribunal de Justiça do Rio, desembargador Henrique Carlos de Andrade Figueira, deu fim à novela na licitação dos planos de saúde da casa. A Amil foi declarada vencedora, depois de ter ficado em último lugar na disputa. Mas as outras três concorrentes foram sendo desclassificadas uma a uma, pelos mais diferentes motivos, até sobrar a Amil, que já era a prestadora do serviço para os

servidores do tribunal. A oferta da Amil tinha sido de 492 milhões de reais, mas a empresa reduziu espontaneamente o valor para 488 milhões de reais, igualando assim ao lance dado pela Unimed Rio que havia sido a primeira colocada. Foi uma tacada da empresa para acabar com o argumento das concorrentes de que haveria prejuízo aos cofres públicos.

PLANOS DE SAÚDE VOLTAM A CRESCER DEPOIS DA EPIDEMIA DE COVID-19

Folha UOL – 19/04/2022

Alta ocorreu especialmente no modelo coletivo empresarial

O número de beneficiários de planos de saúde no Brasil cresceu 3,1% no período de 12 meses, passando de 47,5 milhões em fevereiro de 2021 para 49 milhões no mesmo mês deste ano.

CONTA DE SOMAR

Os dados são do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O estudo mostra também que o tipo de contratação que mais cresceu no período foi o coletivo empresarial, com 1,5 milhão de novos vínculos —passando de 32,2 milhões de beneficiários em fevereiro do ano passado para 33,8 milhões neste ano, uma alta de 4,8%.

CONTA 2

Do total de beneficiários dos planos hoje, 69% estão na categoria empresarial.

GEOGRAFIA

Em números absolutos, o maior crescimento ocorreu no estado de São Paulo, que teve um acréscimo de 472 mil beneficiários no período de 12 meses. Eram 17,2 milhões de vínculos em fevereiro de 2021, que passaram para 17,7 milhões neste ano.

ESTOQUE

O estoque acumulado de empregos formais, que registrou crescimento em todos os setores no período, justificaria o aumento de adesões, especialmente em planos coletivos empresariais, afirma o IESS.

A secretária municipal de Relações Internacionais de São Paulo, Marta Suplicy, compareceu à abertura da exposição "Contramemória", na noite desta segunda (18), no Theatro Municipal de São Paulo. O maestro Roberto Minczuk e a antropóloga e historiadora Lilia Schwarcz também marcaram presença no evento

RN 443 DA ANS DESTACA A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DE COMPLIANCE NA ÁREA DA SAÚDE

Segs – 19/04/2022

Operadoras têm até dezembro de 2022 para se adequar às novas recomendações

A Resolução Normativa nº 443 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi publicada em 25 de janeiro de 2019, mas o prazo para a adequação às novas regras termina em dezembro deste ano. A partir de então, as operadoras de saúde suplementar precisarão apresentar práticas mínimas de governança corporativa em suas respectivas empresas. A normativa teve como base a experiência de outros reguladores nacionais, como o Banco Central e a Superintendência de Seguros Privados (Susep).

A medida tem ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Entre as exigências da medida estão: definição clara de objetivos e controles das responsabilidades

da empresa; testes de segurança e aprimoramento dos sistemas de informações; padronização do conhecimento entre os administradores quanto aos principais riscos de suas atividades; elaboração do Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA), feito por auditor independente e enviado anualmente à ANS no primeiro trimestre de cada ano subsequente; entre outros itens.

Segundo o presidente da Abracos (Associação Brasileira de Compliance em Saúde), Ademilson Costa dos Santos, essa normativa ressalta a importância dos programas de integridade no setor de saúde. "Para que uma operadora de saúde tenha resultados satisfatórios em termos de crescimento, qualidade e economicidade é indispensável que ela tenha um programa de compliance bem estruturado. A medida é indispensável para o desenvolvimento do setor".

O presidente acrescenta que a RN contribui também para a expansão do mercado de saúde, especialmente para a profissão de compliance. “Essa área já encontra-se em ascensão e deve ser ainda mais impulsionada com a medida, visto que para atender às exigências da RN 443 é de extrema importância que organizações de saúde invistam em uma gestão corporativa qualificada, com o objetivo de evitar erros nos processos. Essa normativa possui diferentes requisitos, por isso, as empresas precisam se atentar às particularidades de cada caso”, explica o presidente.

De acordo com Ademilson, as operadoras que ainda não estão em conformidade com a normativa devem se apressar. Para atender à extensa lista de recomendações da ANS, o planejamento estratégico deve ser adotado com

antecedência e deve contar com uma equipe multidisciplinar para efetuar o trabalho em etapas.

As novas regras acompanham o desenvolvimento do mercado de governança corporativa e gestão de riscos no Brasil e no mundo, com foco em transparência, credibilidade e satisfação dos beneficiários. Cada vez mais empresas buscam aplicar programas de integridade para assegurar sustentabilidade e mitigação de riscos. Segundo a publicação do estudo “O mercado Global de Governança, Riscos e Compliance (GRC) até 2025”, desenvolvido pela Bravo Research, o mercado de GRC no Brasil terá um crescimento anual médio de 10,8% para o setor de saúde entre 2019-2025.

AMIL TEM ATÉ HOJE PARA ESCLARECER TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS

Exame – 18/04/2022

ANS decidirá em definitivo se anula a autorização que permitiu transferência de 340 mil beneficiários da Amil

As operadoras de saúde Amil e APS têm até esta segunda-feira para apresentar suas manifestações à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a respeito da transferência da carteira de beneficiários com planos individuais de uma operadora para a outra. Após esse prazo, a ANS decidirá em definitivo se anula a autorização que permitiu essa transferência e se adotará outras medidas a respeito do caso.

A carteira, que tem cerca de 340 mil beneficiários, havia sido transferida à operadora APS (Atenção Personalizada à Saúde) no final do ano passado. A APS pertence ao mesmo grupo que controla a Amil, o UnitedHealth Group, gigante do setor de saúde com sede nos Estados Unidos.

O plano do UnitedHealth Group era transferir a carteira de planos individuais para a APS e depois se desfazer da APS, transferindo-a a um grupo investidor interessado em ingressar no setor de planos de saúde no Brasil.

Porém, dia 4 de abril, uma medida cautelar da ANS determinou que a Amil reassuma a carteira de planos individuais e se mantenha como responsável por ela. A Amil passou então a responder novamente pela carteira a partir do dia 6 de abril. Na decisão, a ANS deu um prazo para que as operadoras envolvidas se manifestem sobre o caso, que termina hoje.

A ANS afirma que, no pedido de autorização para transferência da carteira, a Amil declarou que se tratava de

uma simples reorganização societária entre operadoras do mesmo grupo econômico. Disse ainda que garantiria qualquer necessidade de aporte financeiro para manter o equilíbrio econômico-financeiro da APS “enquanto Amil e APS integrarem o mesmo grupo econômico”.

No entanto, após o exame da documentação, a ANS verificou que a Amil já tinha definido a venda da APS. Isso, segundo a ANS, esvaziaria a garantia oferecida pela Amil em favor da APS. A ANS diz ainda que os compradores da APS não têm capacidade financeira suficiente para garantir o equilíbrio econômico-financeiro da empresa. E diz que a Amil omitiu fatos da agência reguladora.

A decisão da ANS foi vista como acertada por entidades de defesa do consumidor. A Amil não se manifestou sobre o caso.

Já a avaliação dos empresários interessados em adquirir a carteira é de que os 2,4 bilhões de reais de capital definidos no acordo com a Amil são suficientes para fazer a empresa funcionar. “Temos muito interesse em entender o que preocupa a agência nesse ponto, uma vez que o capital disponível, mesmo se tudo piorasse muito, duraria por muito tempo”, disse o executivo Henning von Koss, em entrevista a EXAME.

Terminado o prazo da ANS para que Amil e APS se manifestem, a transferência da carteira de beneficiários está mais perto de um desfecho.

REDE D'OR E SULAMÉRICA DÃO PASSO PARA FUSÃO, COM GANHOS PARA AMBAS, DIZEM ANALISTAS

PTTA Saúde e Tecnologia – 18/04/2022

Os acionistas da Rede D'Or e SulAmérica aprovaram a proposta de combinação de negócios em suas respectivas assembleias gerais extraordinárias, no primeiro passo para a conclusão da operação, que pode gerar vários ganhos para ambas as empresas, avalia o Goldman Sachs, em relatório. Segundo o BTG Pactual, a aprovação da proposta de

combinação de negócios, embora amplamente esperada, é naturalmente um passo positivo, marcando uma grande e oportuna mudança na estratégia da Rede D'Or, com sinergias capturadas em várias frentes.

O analista Gustavo Miele, do Goldman, escreve que a operação deve aprofundar a estratégia do ecossistema da Rede D'Or, por exemplo, com navegação completa de pacientes, além de otimizar o tráfego de pacientes, acelerar a expansão geográfica com equilíbrio de oferta e demanda mais equalizado, melhorar a eficiência administrativa e desalavancar a Rede D'Or mais rapidamente, desbloqueando o capital restrito da Sul América.

“Enquanto a administração ainda não quantifica as sinergias potenciais do negócio, o potencial resultado de longo prazo parece distorcido para o lado positivo em nossa opinião”, escreve o analista.

Ele ressalta que a combinação de negócios está agora pendente das aprovações regulatórias, com cronograma para a decisão final ainda não revelado, e que vê problemas potenciais limitados que poderiam impactar negativamente a aprovação final.

Segundo o analista, as operações da Rede D'Or e da SulAmérica são complementares, e sua análise sugere que não há sobreposição operacional das empresas, além da participação de 29% da Rede D'Or, em 22 de março, no administrador de planos de saúde Qualicorp.

Já os analistas Samuel Alves, Yan Cesquim e Pedro Lima, do BTG, escrevem que a operação deve levar a um aumento na participação da carteira da Rede D'Or das despesas médicas da SulAmérica e melhores condições de custo para SulAmérica, por meio de compras superiores, por exemplo, portanto potencialmente reduzindo sua sinistralidade, que obviamente depende da melhora gradual da pandemia.

Outras sinergias incluem a tributação, com eliminação de impostos desnecessários pagos no faturamento da SulAmérica, ganhos de participação de mercado da SulAmérica sendo apoiados pelos hospitais de alta qualidade da Rede D'Or, estrutura de capital mais eficiente e um enorme banco de dados que reúne informações de ambas as empresas que podem ser utilizadas para fins estratégicos.

“A Rede D'Or continua tão bem posicionada como sempre para consolidar o mercado brasileiro de saúde”, escrevem os analistas.

Recomendações

O Goldman Sachs manteve sua recomendação de compra para as ações da Rede D'Or, com preço-alvo de R\$ 69, potencial de alta de 62,5% ante o fechamento anterior.

O BTG Pactual manteve sua recomendação de compra para as ações da Rede D'Or, com preço-alvo de R\$ 60, potencial de alta de cerca de 42% ante o fechamento anterior.

ANS TRABALHA PARA REDUZIR PRAZO DE INCORPORAÇÃO DE NOVOS MEDICAMENTOS PELOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara de Notícias – 18/04/2022

Uma audiência pública para discutir o assunto foi realizada pela comissão especial que avalia o combate ao câncer no Brasil

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trabalha para se adequar à nova lei que define regras para a incorporação de novos tratamentos pelos planos e seguros de saúde (Lei 14.307/22).

A gerente-geral de Regulação Assistencial da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Ana Cristina Marques Martins, explicou que a agência tem hoje 59 medicamentos orais contra o câncer, para 112 indicações diferentes, na lista de tratamentos obrigatórios. Ela participou de audiência pública realizada pela comissão especial que avalia o combate ao câncer no Brasil e afirmou que a agência trabalha para se adequar aos novos prazos de análise.

“É um processo que tem demandado um esforço muito grande da equipe, de conhecimento de novas metodologias, e a gente tem investido nesse período, tem mobilizado servidores para trabalhar nessas ações para que o tempo seja cumprido da melhor forma possível e também com qualidade”, disse Ana Cristina.

Pela nova legislação, o prazo para a ANS concluir a análise do processo de inclusão de procedimentos e medicamentos

na lista dos obrigatórios será de 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias. O prazo cai para 120 dias, prorrogáveis por 60, no caso de tratamentos contra o câncer.

As tecnologias que forem recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que tiverem decisão de incorporação já publicada, deverão ser incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até 60 dias.

Conselheiro de advocacy do Instituto Oncoguia, Tiago Matos lembrou que em 2018 um novo medicamento podia demorar quase quatro anos para chegar a um paciente, dada a demora para que fosse incorporado pela ANS. Para o conselheiro, a nova lei é uma oportunidade para que a agência mude um paradigma.

“A ANS tem a oportunidade de fazer história na formatação do processo e garantir credibilidade e legitimidade social. Se um tratamento não tem registro na Anvisa, a sociedade fica desconfiada do tratamento, da tecnologia, e não da Anvisa. Na saúde suplementar, isso ainda não acontece. Se uma tecnologia não está no rol, a gente não questiona a qualidade da tecnologia, a gente questiona a decisão da ANS. Acho que é essa a chave que a gente precisa mudar”, recomendou.

A deputada Silvia Cristina (PL-RO), relatora da medida provisória que deu origem à Lei 14.307/22, lembrou o trabalho feito para garantir a aprovação da matéria. “Tivemos longas discussões com todos os agentes para que pudessemos ter um texto consensual que fosse efetivamente

aplicável ao País. Não somente o problema da quimio oral foi resolvido, mas todos os medicamentos agora possuem prazos para análise, e precisam, sim, ser avaliados pela ANS, porém não mais sem data para isso.”

ANS ATUALIZA DADOS DO PAINEL DE PRECIFICAÇÃO ATÉ DEZEMBRO DE 2021

GOV (ANS) – 18/04/2022

Publicação informa valores de referência para a precificação de planos de saúde e permite consulta por município

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou uma nova edição do Painel de Precificação de Planos de Saúde, estudo que informa dados sobre os valores médios de comercialização usados como referência de precificação dos planos de saúde no mercado nacional. A publicação contempla informações de janeiro de 2017 a dezembro de 2021 e está disponível em formato de painel dinâmico no portal da ANS.

O Painel de Precificação apresenta um panorama da formação inicial dos preços de planos de saúde por meio de cálculos atuariais, conforme o valor comercial de referência informado nas Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRPs) dos planos em comercialização no mercado brasileiro. Importante observar que os valores estão em preços correntes, portanto não deflacionados durante o período.

Os valores comerciais de referência informados na nota técnica podem apresentar diferenças em relação aos preços de comercialização efetivamente praticados nas tabelas de venda utilizadas pelas operadoras. Tais diferenças ocorrem porque há uma flexibilização para o estabelecimento dos preços de comercialização em função, por exemplo, da adoção de mecanismos financeiros de regulação de utilização, como coparticipações ou franquias.

Atendendo a pedidos recebidos ao longo de 2021, o Painel de Precificação passa a informar, a partir desta edição, a série histórica do Valor Comercial por município ao final de cada ano. O Portal de Dados Abertos da ANS também inaugura um conjunto de dados dedicado a fornecer a série histórica completa do Valor Comercial por Município desde 2014. Confira aqui.

O Painel é dividido em quatro seções: (1) Operadoras e planos; (2) Valor Comercial; (3) Composição do Valor Comercial; e (4) Dimensão Geográfica. Nessa edição, a dimensão geográfica passa a oferecer uma visão da quantidade de operadoras, seus planos disponíveis para comercialização e do valor comercial médio por município no território nacional ao final de cada ano entre 2017 e 2021.

As informações podem ser segmentadas pelas principais características de produto – tipo de contratação, segmentação assistencial, presença ou não de coparticipação ou franquia, cobertura odontológica, livre escolha de prestadores e abrangência geográfica de cobertura do plano – e por modalidade e porte da operadora do plano.

Acesse aqui o Painel de Precificação.

A base de dados utilizada na elaboração do Painel de Precificação também está disponível no Portal de Dados Abertos da ANS. [Confira aqui](#).

ROL TAXATIVO DA ANS: MAIS SEGURANÇA, MENOS CONTROVÉRSIA, MAIS SAÚDE

FenaSaúde – 18/04/2022

Nenhum sistema de saúde bem organizado adota lista aberta de cobertura, como ocorreria no rol exemplificativo

A experiência brasileira de regulação em saúde é ainda muito jovem. Mas, passadas pouco mais de duas décadas, seus resultados têm se mostrado positivos, com maior proteção aos usuários e mais segurança jurídica para as operadoras. É hora de darmos passos adiante para conseguir incluir mais pessoas no sistema suplementar e, ao mesmo tempo, fazer frente a custos que aceleram aqui e em todo o mundo.

Em termos mais gerais, uma revisão abrangente e criteriosa da lei que rege os planos de saúde, a Lei 9.656/1998, deveria resultar em mais opções de coberturas e de produtos que atendam às múltiplas exigências, às diferentes necessidades

e capacidades dos brasileiros. Esperamos que o Congresso, onde desde o ano passado uma comissão especial avalia mais de 250 projetos de lei sobre o assunto, consiga avançar nesta direção

O problema é que, lamentavelmente, ao invés de caminharmos rumo a um arcabouço regulatório mais sólido, temos observado iniciativas que vão em direção contrária, ameaçando desestruturar toda uma extensa cadeia de prestação de serviços que hoje funciona bem. Com isso, colocam em risco, sobretudo, o atendimento de qualidade prestado a 49 milhões de pessoas.

Importante sempre lembrar que a saúde suplementar movimenta uma rede de assistência que vai muito além de

suas 700 operadoras. Envolve, também, mais 129 mil estabelecimentos de saúde que atendem planos privados no país, entre hospitais, consultórios médicos e laboratórios, e, ainda, em torno de 400 mil médicos que, de alguma forma, servem o setor privado.

Nem todos sabem, mas, embora movimentem cerca de R\$ 220 bilhões ao ano, as operadoras ficam com parte bem pequena dessa receita. O que acontece é que as empresas repassam mais de 80% do que recebem na forma de mensalidades para pagar prestadores pelo atendimento aos beneficiários. Ou seja, a maior parte do dinheiro não fica com elas: em geral, a margem de lucro das operadoras gira em torno de 5%.

Isso significa que, caso prosperem, iniciativas, mudanças e decisões legislativas e judiciais inadequadas podem impactar um ecossistema que movimenta 3% do PIB e emprega quase 4 milhões de pessoas. Mas não apenas. As consequências se farão sentir também no SUS (Sistema Único de Saúde). É cristalino: quanto mais pessoas podem dispor de um plano de saúde, menos são os que pressionam o sistema público e maior é o recurso per capita disponível para atendê-los.

Ressalto tudo isso porque, neste momento, um fundamento essencial ao equilíbrio e à sustentabilidade da saúde no Brasil está sob julgamento nos tribunais. Trata-se da questão da taxatividade do rol da ANS, o rol de cobertura obrigatória definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou seja, a lista de tudo aquilo que é garantido aos usuários pelos planos (hoje são mais de 3.350 itens, quase o triplo do que era em 1998), que cobre todas as doenças estipuladas na classificação internacional e é pilar central da integridade da saúde suplementar.

A sociedade brasileira precisa compreender que um rol meramente exemplificativo, como defendem alguns, colide frontalmente com princípios basilares que regem as relações de consumo num setor regulado, cuja atividade baseia-se em seguro e em cálculo de risco, como são os planos de saúde. Colide, acima de tudo, com a preservação da segurança dos pacientes.

Uma eventual decisão pela não taxatividade do rol da ANS significaria a imprevisibilidade absoluta numa atividade que atua por meio de cumprimento de contratos, isto é, em que a prestação dos serviços depende fundamentalmente de previsibilidade. Colocaria, pois, todo o equilíbrio da cadeia de saúde em risco.

Com a sanção da Lei 14.307/2022, em março passado, que acelerou os processos de incorporação de novos medicamentos, procedimentos e eventos em saúde cobertos pelos planos, o Brasil passou a ter um dos sistemas de inclusão mais ágeis do mundo. Algo que aqui poderá ser feito em até quatro meses, na Inglaterra, paradigma mundial de sistema de saúde eficiente, gasta pelo menos 11. Mais: antes, as atualizações aconteciam a cada dois anos e agora o processo é contínuo, ininterrupto. As decisões são colegiadas, com ampla participação da sociedade, de forma democrática e justa.

Portanto, com estes recentíssimos avanços, não há mais que se falar em lentidão, em dificuldade de acesso ou em prejuízos para quem busca algum tratamento que ainda não está disponível. Perde ainda mais sentido alegar que o rol de cobertura deve ser apenas uma referência e não uma lista taxativa, bem definida e conhecida, que orienta a assistência,

os cálculos de riscos e, portanto, a precificação correta dos produtos ofertados pelos planos.

Baseado em avaliação de tecnologias em saúde (ATS), o sistema de incorporação brasileiro está respaldado nas melhores práticas internacionais. Inclui análises de efetividade, segurança, superioridade terapêutica, avaliação econômica de benefícios e custos em comparação com as coberturas já fornecidas. Isso não pode ser desconsiderado, a bem do interesse coletivo – e por mais que interesses individuais às vezes possam soar legítimos.

Ilustro com um exemplo concreto. Já temos medicamento aprovado pela Anvisa e pronto para ser comercializado no país, o zolgensma, com custo de tratamento de R\$ 6,5 milhões por paciente. Friso: por paciente! Tomando por base que, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), a despesa média per capita em saúde no país foi de pouco menos de R\$ 1.400 em 2019, isso daria para tratar mais de 4.600 pessoas. São decisões que precisam ficar claras para a sociedade, porque é ela quem paga esta conta.

Por razões assim, nenhum sistema de saúde bem organizado adota listas abertas de cobertura, como ocorreria com um rol da ANS meramente exemplificativo. Por uma questão prática: nenhum sistema de saúde bem organizado tem orçamento infinito. É preciso fazer escolhas. E as escolhas mais justas são baseadas em critérios objetivos, impessoais, equânimes. Em boa técnica e em ciência reconhecida.

Além disso, nenhum sistema de saúde bem organizado cobre tratamentos que não tenham sido submetidos a rigorosa análise prévia, em que se avaliam os resultados terapêuticos conjugados com os custos de tratamento, em comparação com opções já disponíveis e cobertas pelos planos ou pelo sistema público – a chamada análise de custo-efetividade.

Mais grave, sem parâmetros previamente conhecidos, o que resultaria de uma lista exemplificativa, o prêmio de risco naturalmente vai aumentar. Ou seja, as mensalidades vão subir, expulsando usuários. Os efeitos serão imediatos, afetando a vida de milhões de beneficiários. Mas também inviabilizando a sobrevivência de muitas operadoras hoje ativas: 90% delas são de pequeno ou médio porte, com 79% de seus clientes atendidos no interior do país.

Em todo o mundo, sistemas de saúde enfrentam a necessidade de ampliar acesso à assistência e, ao mesmo tempo, fazer frente a custos ascendentes. Também por esse motivo, ameaças ao equilíbrio e à sustentabilidade da saúde suplementar e sua extensa cadeia de serviços precisam ser evitadas, com base em regulação cada vez mais especializada e técnica, executada por órgãos específicos, como é o caso da ANS, e de forma sempre complementar aos legisladores, como dispõe a Constituição. Os bons efeitos se farão sentir por beneficiários, operadoras e, também, por toda a cadeia de prestadores de saúde.

Também para o Judiciário é muito importante um marco regulatório aperfeiçoado, mais robusto e aderente à realidade, que ajude a pacificar entendimentos e aplinar controvérsias. Com mais segurança jurídica, temos chance de reduzir o alto grau de judicialização que acaba servindo apenas a uma minoria que consegue acessar os tribunais, em prejuízo do conjunto maior da sociedade. Tenho confiança de que, com estas precauções, é possível avançar num rumo muito positivo, que resulte em mais acesso à saúde de qualidade, com ainda melhores resultados para os pacientes, tanto da saúde suplementar, quanto do SUS.

É PRECISO DESMISTIFICAR O MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE CONHECIDO COMO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Saúde Business – 18/04/2022

Kipp Saúde, empresa do grupo Omint com modelo de APS em planos individuais prioriza o atendimento perene ao paciente com médico 24hs e enfermeira de família

O surgimento de Atenção Primária à Saúde (APS) foi descrito pela primeira vez na Inglaterra nos anos 20 do século passado, e foi protagonista no que seria a criação e organização de sistemas de saúde ao redor do mundo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a atenção primária à saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata das doenças ou condições específicas, oferece o cuidado menos intervencionista possível e mais custo-efetivo para os pacientes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) fornece o 'motor programático' para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e à segurança sanitária. Esse compromisso foi codificado e reiterado na Declaração de Astana, na Resolução 72/2 da Assembleia Mundial da Saúde que a acompanha, no Relatório de Monitoramento Global de 2019 sobre a cobertura universal de saúde e na reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre cobertura universal. A United Healthcare (UHC), os ODS relacionados à saúde e as metas de segurança sanitária são ambiciosos, mas alcançáveis. O progresso deve ser acelerado com urgência, e a Atenção Primária à Saúde (APS) fornece os meios para isso.

Diversos países utilizam o sistema de APS no seu modelo de gestão da saúde, sendo que dentre eles, Dinamarca, Canadá e Suécia com os melhores índices de desenvolvimento humano (IDH) segundo ranking de 2020 da Organização das Nações Unidas (ONU). Reino Unido, Espanha, Portugal, Costa Rica, Chile, Cuba, também são países nos quais a atenção primária à saúde é o modelo de gestão adotado, que desde 1990 recebeu implementações em reformas organizacionais com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, resultando em novos arranjos organizacionais de oferta desses serviços.

“O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) é o conceito principal na Kipp Saúde, empresa de planos individuais do Grupo Omint. O médico de família e a enfermeira de família são os profissionais que conhecem o paciente de forma integral e realizam o acompanhamento 360°. Desde o primeiro atendimento, chamado também de acolhimento, a enfermeira de família conversa, analisa e identifica o perfil de cada paciente de acordo com as necessidades, dificuldades,

objetivos de vida... ou seja, é um plano personalizado para atender as expectativas de cada um. A jornada do paciente dentro da Kipp Saúde é acompanhada de perto por esses profissionais e por uma equipe multidisciplinar composta por educador físico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. O paciente entra em contato via Kippfone para demandas urgentes ou apenas para orientações de saúde e pelo aplicativo para os agendamentos das consultas, e assim o cliente recebe o atendimento da sua equipe (que já o conhece, pois já possuem seu prontuário)”, explica Marcos Loreto, diretor médico da Omint.

No Brasil

Promovendo o acesso à saúde de diversas pessoas, a atenção primária tem uma grande importância para a melhoria da qualidade de vida nacional. Além do mais, esse atendimento médico também ajuda no diagnóstico precoce de complicações, o que possibilita maiores chances de alcançar um tratamento efetivo. A abordagem familiar é um dos princípios da Atenção Primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma iniciativa criada em 1994, que visa garantir os cuidados com a saúde de toda a família, integrando o atendimento médico básico de todos os moradores de uma residência, a fim de avaliar também os casos em conjunto, principalmente no que diz respeito às doenças hereditárias e questões sanitárias.

A Atenção Primária é um dos pilares do atendimento médico brasileiro. Com ela, é possível oferecer mais acesso aos níveis de atenção complexos e, assim, prevenir e tratar inúmeras doenças, promovendo mais bem-estar para toda a população.

Em se tratando de sistemas privados, o que se vê são cada vez mais healthtechs oferecendo o modelo da atenção primária. De acordo com o Distrito HealthTech Report 2020, durante a pandemia, o Brasil teve um aumento de 118% no número de healthtechs na comparação de 2020 e 2018, passando de 248 para 542 empresas do setor.

Os desafios ainda são grandes para o Brasil que está inserido em um modelo em que a prevenção é pouco abordada e praticada. A população vive cada vez mais, porém o cultivo de hábitos saudáveis e as práticas de medicina preventiva, atendimento integral ao paciente com foco na saúde e não na doença ainda são realidade.

Desmistificar a Atenção Primária à Saúde (APS) e aprimorar a jornada do paciente como prioridade no atendimento, no centro da atenção com o médico que o acompanha desde o primeiro instante é investir na qualidade de vida da população em geral, nos índices de mortalidade, nas ações de

prevenção, diagnóstico precoce e no planejamento estratégico da saúde, resultando na sustentabilidade da cadeia e no acesso a um atendimento de qualidade.

Por quê investir em Atenção Primária à Saúde (APS)

“A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem de saúde de toda a sociedade que visa garantir o mais alto nível possível de saúde e bem-estar e sua distribuição equitativa, concentrando-se nas necessidades das pessoas e o mais cedo possível ao longo do continuum da promoção da saúde e prevenção de doenças para tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e o mais próximo possível do ambiente cotidiano das pessoas”. OMS e UNICEF.

Enraizada em um compromisso com a justiça social, equidade, solidariedade e participação. Baseia-se no reconhecimento de que o acesso ao mais alto padrão possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, indistintamente. Visa garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção.

Atua de forma sistemática em todos os âmbitos (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores.

Empodera indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de si mesmos e de outras pessoas.

Para que a Cobertura Universal de Saúde (CUS) seja verdadeiramente universal, é necessária uma mudança de sistemas de saúde projetados em torno de doenças e instituições para sistemas de saúde projetados para pessoas, com pessoas.

Em todo o mundo, os investimentos na Atenção Primária à Saúde (APS) melhoram a equidade e o acesso, o desempenho dos cuidados de saúde, a responsabilização dos sistemas de saúde e seus resultados. É fundamental tornar os sistemas de saúde mais resilientes a situações de crise, mais proativos na detecção de sinais precoces de epidemias e mais preparados para agir antecipadamente em resposta a surtos de demanda por serviços.

Países que utilizam APS

O Reino Unido tem um dos formatos de gestão de saúde pública mais conhecidos e replicados no mundo, conhecido como National Health Service (NHS) que conta com orçamento anual de mais de US\$ 170 bilhões ao ano. Os investimentos vêm do setor público e do Sistema de Seguridade Social. A partir da primeira consulta, o médico de família decide se encaminha ou não o paciente para um especialista, o que desafoga a rede e melhora a assistência com foco nos pacientes.

O Canadá estava em 9º lugar em 2017 como melhor sistema de gestão da saúde pública com investimento de cerca de US\$ 300 bilhões em 2020 com grande volume de investimentos em tecnologia, especialmente em inteligência artificial para subsídio de diagnósticos e plataformas de consulta online.

Na América do Sul, o Chile é considerado o melhor sistema de gestão da saúde pública na foca na prevenção, atendimento precoce e diagnóstico de doenças associadas à idade, com destaque nos cuidados aos idosos. Seu orçamento em 2020 foi de US\$ 9,9 bilhões.

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

© 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.
