

ÍNDICE INTERATIVO

[Em 2019, beneficiários de planos de saúde realizaram 1,62 bilhão de procedimentos](#) - Fonte: ANS

[Consolidação da Telemedicina é consequência positiva da pandemia](#) - Fonte: Fenasaúde

[Beneficiários com fatores de risco do Coronavírus](#) - Fonte: IESS

[Qualicorp compra carteira de clients da Clube Care](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS inclui teste sorológico para Covid-19 no Rol de coberturas obrigatórias](#) - Fonte: ANS

[Notre Dame Intermédica compra controle do grupo Santa Mônica por R\\$ 233 milhões](#) - Fonte: Forbes

[Inadimplência é risco para a saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

[10% das queixas contra planos de saúde estão ligadas a Covid-19](#) - Fonte: Estadão

[Atividades de saúde têm maior queda em 20 anos](#) - Fonte: Valor Econômico

EM 2019, BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE REALIZARAM 1,62 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS

ANS – 01/07/2020

Os beneficiários de planos de saúde realizaram 1,62 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações no ano de 2019. O número representa um aumento de 2,4% em relação ao total de procedimentos realizados em 2018 (1,57 bilhão). Os dados fazem parte do Mapa Assistencial, publicação anual divulgada nesta quarta-feira (1º/07) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O destaque da publicação esse ano é o seu novo formato, em painel dinâmico, conferindo maior transparência e aumento do acesso às informações de produção assistencial do setor, de envio obrigatório à ANS pelas operadoras.

O Mapa Assistencial contém indicadores de produção assistencial médico-hospitalar e, a partir dessa edição, apresenta também indicadores de produção odontológica. Dentre os indicadores, há o número de procedimentos realizados por beneficiário segundo modalidade de operadora - autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo, filantropia e seguradora - e por tipo de contratação do plano, possibilitando análise comparativa do setor, considerando

sua heterogeneidade. Houve um aumento do número de exames complementares realizados por beneficiário em todos os tipos de contratação. No total do setor, foram realizados 19,7 procedimentos de exames por beneficiário em 2019, ante 18,5 em 2018. O mesmo ocorreu com as internações: no total, foram 192 procedimentos por mil beneficiários em 2019, frente 180 por mil beneficiário em 2018.

A realização de exames complementares somou o maior número de procedimentos no ano, totalizando 916,5 milhões (aumento de 6,4% em relação a 2018). Na sequência vêm consultas médicas, com 277,5 milhões (aumento de 1,16% em relação a 2018) e procedimentos odontológicos, com 182,8 milhões (aumento de 3,7%). As internações somaram 8,6 milhões de ocorrências no ano, representando um aumento de 6,52% em relação ao ano anterior.

Confira na tabela abaixo o número de procedimentos realizados em 2019 pelos planos de saúde:

Procedimentos	Número de ocorrências
Consultas	277.547.948
Outros atendimentos	158.837.908
Exames complementares	916.537.839
Terapias	72.051.896
Internações	8.639.578
Procedimentos odontológicos	182.781.826
TOTAL	1.616.396.995

Formato de apresentação mais dinâmico

Conforme destacado, a partir desta edição, o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar passa a ser apresentado em uma nova plataforma, em painel dinâmico na ferramenta Power BI. "O formato confere maior transparência aos dados e interatividade aos leitores, e já vem sendo utilizado em outras publicações da ANS. Também traz mais informações que a publicação tradicional, incluindo um anexo com indicadores de produção odontológica, que não eram apresentados na versão anterior. Informação de qualidade sobre os procedimentos e eventos realizados pelos beneficiários de planos de saúde é fundamental para a promoção da coordenação das ações em saúde e gestão da

saúde populacional", afirma o diretor-presidente substituto, Rogério Scarabel.

Lançado em 2012, o Mapa tem como objetivo a divulgação da produção assistencial prestada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a partir das informações enviadas pelo Sistema de Informações de Produtos (SIP) e consolidadas pela ANS.

[Confira aqui o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar.](#)

Doenças crônicas

O Mapa Assistencial destaca alguns procedimentos para diagnóstico e cuidado de condições crônicas como o diabetes

e a hipertensão arterial. Entre 2018 e 2019, o número de exames de hemoglobina glicada, utilizado para diagnosticar e acompanhar o diabetes mellitus, teve um aumento de 16,4%. Em 2019, foram 337,5 mil exames por mil beneficiários. Da mesma forma, o Mapa aponta um aumento de 10,9% no número de exames Holter 24 horas realizados pelos planos de saúde, importante no diagnóstico e acompanhamento de doenças do aparelho circulatório. Em 2019, foram realizados 31,1 exames por mil beneficiários.

Essa análise é importante pois sinaliza para o aumento da utilização de exames para diagnóstico e acompanhamento do diabetes e hipertensão arterial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. A detecção precoce e o tratamento adequado do diabetes e hipertensão são importantes medidas para reduzir os riscos cardiovasculares decorrentes destas condições.

Dados de destaque nos procedimentos

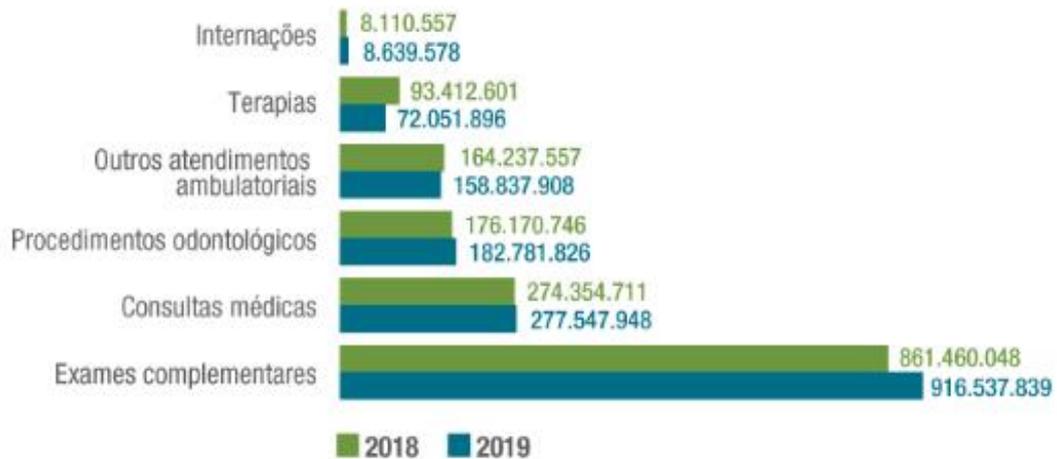
- **Consultas:** O número de consultas médicas por beneficiário variou pouco em relação a 2018, tendo passado de 5,9 consultas por beneficiários em 2018 para 6 consultas por beneficiário em 2019. Entre as consultas médicas ambulatoriais, a especialidade clínica médica liderou o número de ocorrências, totalizando 29.960.232 procedimentos em 2019 (13,6%). Em seguida, vêm as especialidades ginecologia e obstetrícia, com 19.092.012 ocorrências (8,7%), e pediatria, com 16.508.478 ocorrências (7,5%). O maior aumento percentual em relação a 2018 foi verificado nas consultas em oncologia: 15,3% em comparação com o ano anterior.
- **Outros atendimentos ambulatoriais:** Este grupo engloba as consultas ou sessões realizadas por profissionais não médicos, como consultas e sessões com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. De forma agregada, o setor passou de 3,5 atendimentos desse tipo por beneficiário em 2018 para 3,4 em 2019. A maior variação foi observada em relação ao número de consultas com terapeuta ocupacional e consultas com psicólogo por beneficiário, que

sofreram aumento de 23,2% e 19,3%, respectivamente, em 2019 em relação a 2018.

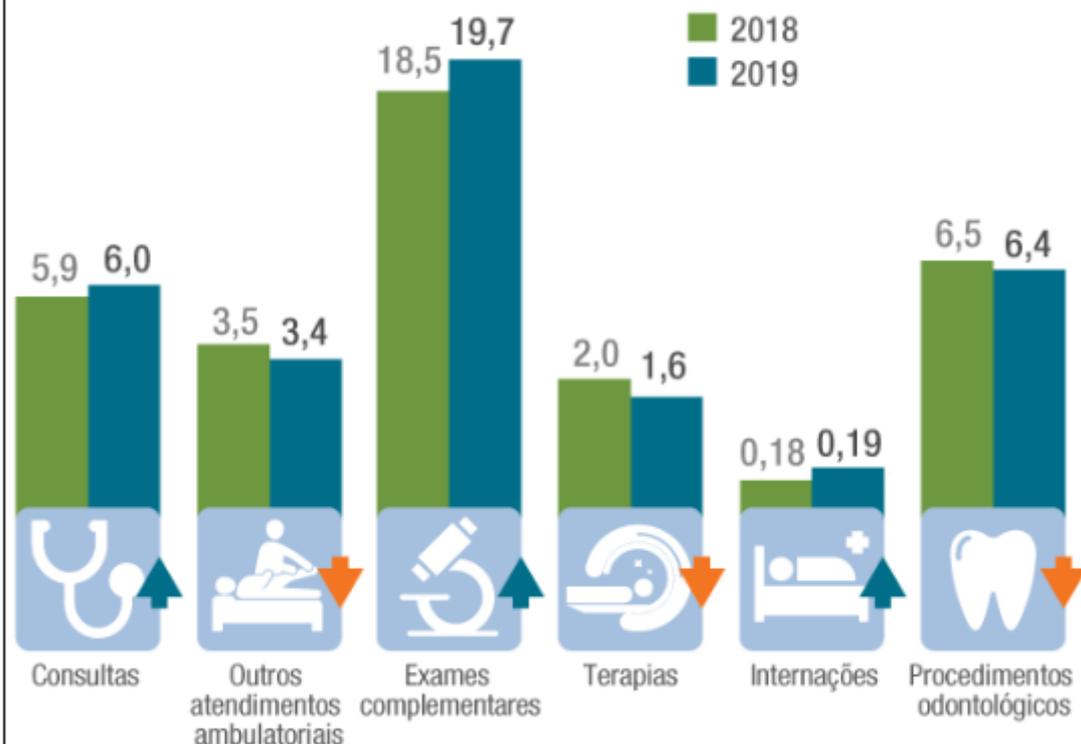
- **Terapias:** Este grupo engloba atendimentos utilizando métodos de tratamento em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, como transfusão ambulatorial, quimioterapia sistêmica, radioterapia por mega voltagem, hemodiálise aguda, hemodiálise crônica e implante de dispositivo intrauterino - DIU. Em 2019, foram realizadas em média 1,5 terapias por beneficiário, com hemodiálise crônica liderando (2.501.393 ocorrências).
- **Exames:** Em 2019, verificou-se um aumento de 6,4% no número absoluto de exames realizados em relação a 2018. Em termos de número de exames por beneficiário, essa relação variou de 18,5 em 2018 para 19,7 em 2019. O exame mais realizado em 2019 foi radiografia, com 31.660.168 ocorrências (679 por mil beneficiários), seguido por hemoglobina glicada, com 15.736.523 ocorrências (337 por mil beneficiários) e ressonância magnética, com 8.338.409 ocorrências (179 por mil beneficiários).
- **Internações:** O número de internações por mil beneficiários apresentou aumento de 6,4% em relação a 2018, tendo os valores passado de 180,1 para 192 internações por mil beneficiários em 2019. Entre os diferentes tipos de internações (clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica), a mais prevalente em 2019 continuou sendo a cirúrgica, com 3.761.426 ocorrências, sendo o maior número registrado nas cirurgias bariátricas (52.699). Em 2019, verificou-se uma redução de 10,7% no total de internações em hospital-dia para saúde mental.

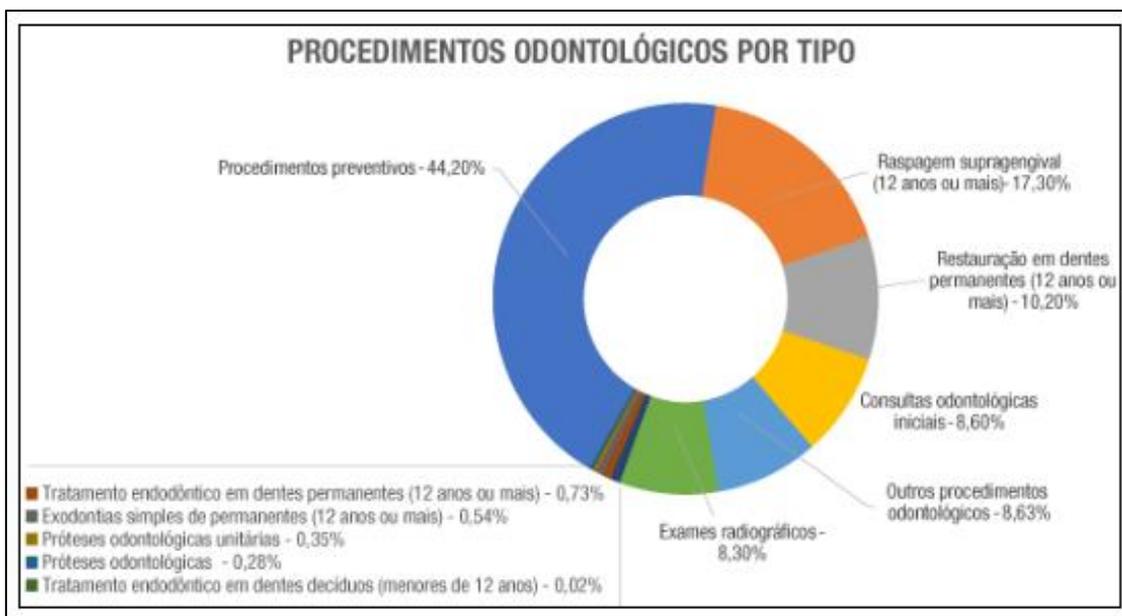
Causas de internações: Em 2019, entre as causas selecionadas de internações, o maior número foi relacionado a doenças do aparelho respiratório, com 506,9 mil ocorrências, seguido por doenças do aparelho circulatório, com 493,3 mil ocorrências. As doenças do aparelho respiratório representaram 5,9% das causas de internação no setor em 2019. Esse será um importante indicador para acompanhamento na próxima edição do Mapa Assistencial, considerando o impacto da pandemia pelo Coronavírus nos serviços de saúde no ano de 2020.

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DO SETOR



NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR BENEFICIÁRIO





CONSOLIDAÇÃO DA TELEMEDICINA É CONSEQUÊNCIA POSITIVA DA PANDEMIA

FenaSaúde – 30/06/2020

Formar profissionais para lidar bem com o novo instrumento é desafio.

A telemedicina avançou do ponto de vista da regulamentação, consolidou-se como ferramenta e veio para ficar. Não é mais futuro, tornou-se presente. Junto com as soluções digitais entre empresas e clientes e o home office, está entre as novidades da pandemia que passarão a fazer parte da nova sociabilidade pós-coronavírus.

“É uma solução viável e amigável. Reduziu idas desnecessárias a prontos-socorros. Muitas operadoras evoluíram anos em alguns meses na telemedicina. Eventuais exageros serão modulados”, afirmou o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, no webinar “Seguro saúde e os reflexos da telemedicina”, promovido nesta segunda-feira (29/6) pelo escritório de advocacia Pellon & Associados.

Para avançar mais, a telemedicina tem como desafios melhorar as redes de internet no país e formar profissionais. “Das 340 escolas de medicina no país, só sete têm disciplina sobre telemedicina. A geração digitalizada não está com esse preparo. Os desafios são enormes, mas é irresistível. Quem domina isso é o paciente, é o consumidor, e ele quer isso”, disse Amoroso Lima.

A pandemia também trouxe um série de “temas quentes” sobre os quais a FenaSaúde, segundo seu dirigente, precisou

se posicionar. O primeiro deles é a gestão unificada de leitos pelo SUS, que a entidade é fortemente contra. “Desorganiza o setor privado que vem funcionando a contento”. O segundo é o confisco de leitos, quando requisitado por autoridades públicas antes de se discutir a remuneração – houve alguns casos no país, mas nada em grande escala. “A maior solução é a negociação. Contratualiza-se e resolve-se pelo mercado”. Outra questão foi a liberação das chamadas reservas técnicas. A maioria esmagadora das operadoras de saúde se recusou a assinar termo de compromisso proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para ter acesso aos fundos – recursos próprios mantidos pelas próprias empresas – por se opor à possibilidade de permitir a inadimplência: “Seria um tiro no pé, um risco gigantesco. As operadoras sabem o risco da inadimplência”.

Finalmente, a saúde suplementar tem sido obrigada a lidar com uma grande quantidade de projetos de lei que interferem no setor e põe em risco a prestação dos serviços aos pacientes. A saída tem sido dialogar com os legisladores para alertá-los das consequências: “No médio prazo projetos podem arrebentar as empresas e colocar os consumidores nas ruas”.

Também participaram da webinar o sócio da Pellon & Associados Advocacia Inaldo Bezerra e o coordenador jurídico na Golden Cross, Carlos Frihani. A mediação foi do fundador e presidente do conselho da Pellon & Associados, Luís Felipe Pellon.

BENEFICIÁRIOS COM FATORES DE RISCO DO CORONAVÍRUS

IESS – 30/06/2020

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que pessoas idosas e pacientes com condições de saúde pré-existent (como doenças cardíacas, doenças pulmonares, pressão alta e outros) parecem desenvolver versões mais graves da doença causada pelo novo Coronavírus, a Covid-19.

Assim, em um esforço de auxiliar o sistema de saúde na construção de conhecimento durante a pandemia, publicamos o Estudo Especial “O novo Coronavírus no Brasil e fatores de risco em beneficiários de planos de saúde”. A pesquisa busca utilizar as estatísticas nacionais divulgadas acerca do número de óbitos e infectados, apontar a prevalência encontrada em inquéritos de saúde mais recentes disponíveis e estimar a quantidade de beneficiários com risco para a doença em todo o País.

No período analisado, mais da metade, 54,4%, dos óbitos foram de homens, 69% de pessoas acima dos 60 anos de idade e 64% apresentaram pelo menos um dos fatores de risco da doença (cardiopatias, obesidade, imunodepressão, doença neurológica, doença renal, pneumopatia, diabetes e asma).

De acordo com os microdados extraídos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), inquérito de saúde mais recente disponível, entre os beneficiários de planos de saúde, 23,3% receberam de um médico o diagnóstico de que eram portadores de hipertensão arterial (pressão alta), 18,8% estavam obesos, 7,0% com diabetes, 5,0% com asma (ou bronquite asmática), 2,0% com doença no pulmão ou DPOC

(Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), 1,6% com insuficiência renal crônica e 1,2% com AVC ou Derrame.

Com o cruzamento dessas informações com os números aferidos pela Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), estima-se que haja cerca de 11 milhões de beneficiários com hipertensão, 8,8 milhões com obesidade, 3,3 milhões com diabetes, 2,4 milhões com asma, 938,6 mil com doença no pulmão, 753,9 mil com insuficiência renal crônica e 571,0 mil com AVC ou derrame.

No entanto, o número de beneficiários no grupo de risco é muito menor do que a soma desses números pois muitos têm mais de uma dessas doenças. A pessoa pode ser, simultaneamente, obesa, diabética e hipertensa, por exemplo. A simples soma do número de pessoas com cada uma dessas condições acarreta uma tripla contagem.

Lembramos, no entanto, que os números valem para os cerca de 47 milhões de vidas que contam com a saúde suplementar. Ou seja, entre os mais de 210 milhões de brasileiros o número é muito maior.

O estudo ressalta que essas estimativas do número de beneficiários com fatores de risco em fevereiro de 2020 são baseadas nas prevalências apontadas em anos anteriores, estando, portanto, sujeitas a variações nos percentuais. No entanto, são os dados mais recentes disponíveis.

[Acesse o Estudo Especial na íntegra.](#) Continuaremos apresentando os dados nos próximos dias. Não perca.

QUALICORP COMPRA CARTEIRA DE CLIENTES DA CLUBE CARE

Saúde Business - 29/06/2020

A Qualicorp anuncia a compra de carteira de cerca de 14 mil clientes da administradora de benefícios Clube Care, referente ao segmento Coletivo por Adesão e operada pelo Grupo Assim Saúde, que atua na capital fluminense e Grande Rio de Janeiro.

Com investimento de R\$ 20 milhões, o objetivo da Qualicorp é reforçar sua presença regionalmente e ampliar o portfólio de planos de saúde. “Com a aquisição, nós queremos fortalecer cada vez mais a atuação da Companhia, com oferta de produtos de qualidade e mais acessíveis para diferentes segmentos da população”, destaca Bruno Blatt, CEO da Qualicorp.

O processo foi realizado de forma totalmente digital, incluindo a prospecção, as negociações, a due diligence, o fechamento do acordo e as assinaturas do contrato. “Pela primeira vez na história da Qualicorp realizamos uma transação desse porte sem nenhuma interação presencial. As equipes envolvidas conduziram todas as etapas de maneira online”, ressalta o

executivo. Além de seguro, esse formato trouxe mais agilidade para concluir a operação.

Recentemente, a Qualicorp firmou uma parceria com a operadora Assim Saúde para comercialização de planos de saúde do segmento Adesão, voltados a profissionais do comércio, profissionais liberais, servidores públicos e estudantes. A Assim Saúde é uma das operadoras que mais crescem no país, tendo registrado expansão de 95% em sua carteira de clientes do segmento Coletivo por Adesão em 2019.

“A nossa missão é viabilizar o acesso da população à saúde privada. A parceria com a Assim Saúde reforça a oferta de planos de saúde aos moradores do Rio de Janeiro. Entre as 16 milhões de pessoas que moram no Estado do Rio de Janeiro, apenas 5,36 milhões têm um plano de saúde particular”, completa Bruno Blatt.

A iniciativa reafirma, também, a estratégia de crescimento da Qualicorp. De acordo com Elton Carlucci, vice-presidente

Comercial, de Inovação e Novos Negócios, “um dos pilares da Companhia é o crescimento por meio de fusões e aquisições (M&A). Por isso, estamos sempre atentos ao mercado. Outro caminho que a Qualicorp aposta é a expansão orgânica. Nessa frente, estamos nos aproximando cada vez mais do corretor e trabalhando no desenvolvimento de novos produtos, além de reforçar nossa política de regionalização”.

A compra de carteira da administradora de benefícios Clube Care soma-se às 1,2 milhão de vidas que a Qualicorp possui em seu portfólio na categoria Adesão médico-hospitalar, que representa aproximadamente 92% do faturamento da empresa.

ANS INCLUI TESTE SOROLÓGICO PARA COVID-19 NO ROL DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS

ANS – 29/06/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incluiu na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde o teste sorológico para o novo Coronavírus. A decisão foi tomada na última quinta-feira (25/06), em reunião da Diretoria Colegiada, e passa a valer a partir de hoje (29/06). Os exames sorológicos - pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com Diretriz de Utilização) detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao vírus.

O procedimento passa a ser de cobertura obrigatória para os planos de saúde nas segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e referência, nos casos em que o paciente apresente ou tenha apresentado um dos quadros clínicos descritos a seguir:

Síndrome Gripal: quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória.

Síndrome Respiratória Aguda Grave: desconforto respiratório/dificuldade para respirar ou pressão persistente

no tórax ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto.

O exame é feito com o uso de amostras de sangue, soro ou plasma e pode ser realizado por meio das técnicas de imunofluorescência, imunocromatografia, enzimaímmunoensaio e quimioluminescência. Como a produção de anticorpos no organismo só ocorre depois de um período mínimo após a exposição ao vírus, esse tipo de teste é indicado a partir do oitavo dia de início dos sintomas.

O teste sorológico é de uso profissional e sua execução requer o cumprimento de protocolos e diretrizes técnicas de controle, rastreabilidade e registros das autoridades de saúde.

A inclusão desse teste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde atende decisão judicial relativa à Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300.

[Clique aqui e confira a publicação da Resolução Normativa nº 458.](#)

NOTRE DAME INTERMÉDICA COMPRA CONTROLE DO GRUPO SANTA MÔNICA POR R\$ 233 MILHÕES

Forbes – 26/06/2020

A **Notre Dame Intermédica** fechou acordo para a compra de controle indireto do **Grupo Santa Mônica** por R\$ 233 milhões, em valor que desconta o endividamento líquido a ser apurado na data de fechamento da operação e abatidas eventuais contingências.

O Grupo Santa Mônica inclui a SMV Serviços Médicos Ltda., o Hospital e Maternidade Santa Mônica S.A., o Incord – Instituto de Neurologia e do Coração de Divinópolis Ltda. e a Bioimagem Diagnósticos por Imagem e Laboratório de Análises Clínicas Ltda.

Com a conclusão da transação, a Notre Dame Intermédica passará a deter, de forma indireta, o controle do Grupo Santa Mônica, com 89,9% das cotas da SMV Serviços Médicos Ltda.; 92,0% das cotas do Hospital e Maternidade Santa Mônica S.A.; 75,2% das cotas da Incord – Instituto de

Neurologia e do Coração de Divinópolis Ltda.; e 86,1% das cotas do Bioimagem Santa Mônica Ltda.

Fundado em 1993, o Grupo Santa Mônica se apresenta como o maior operador de saúde verticalizado do centro-oeste mineiro, com uma carteira com cerca de 41 mil beneficiários na região, duas unidades hospitalares em Divinópolis e Nova Serrana, além de parque de imagem completo e laboratório de análises clínicas, além de uma operação própria de serviços de hemodinâmica.

Em 2019, apresentou um faturamento líquido consolidado de R\$ 89 milhões, com sinistralidade caixa de 74% e Ebitda R\$ 14 milhões, com margem de 15,9.

Do total do valor da aquisição, R\$ 100 milhões serão pagos à vista, em dinheiro, na data de fechamento da transação, e R\$

133 milhões serão pagos em seis parcelas iguais e anuais, descontado o endividamento líquido a ser apurado na data de fechamento e abatidas eventuais contingências.

A aquisição inclui os imóveis dos dois hospitais, que possuem mais de 28 mil metros quadrados de área construída.

O plano de integração, segundo a Notre Dame, ainda prevê relevantes sinergias operacionais e a criação de um nova regional da companhia no Estado de Minas Gerais. (Com Reuters).

INADIMPLÊNCIA É RISCO PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS - 25/06/2020

“Teremos o custo Covid e o custo ‘não Covid’”, disparou José Cechin, nosso superintendente em live realizada pela Central Nacional Unimed na última semana. “Poderemos ter um aumento do número de beneficiários, em função do desejo das pessoas por terem plano de saúde no momento de pandemia, desejo esse aumentado em razão das promessas do legislativo de poder usar imediatamente sem carência e mesmo estando inadimplente. Ou ainda, a redução do número de beneficiários como resultado do desemprego, quebra de empresas e perda de renda. O balanço final ainda é incerto”, apontou durante o debate.

Mais do que isso, Cechin estima que para o futuro próximo haverá aumentos nas despesas da saúde suplementar, quando os efeitos da Covid-19 irão se somar à inevitável realização de procedimentos eletivos, postergados em função do acúmulo de pacientes infectados pelo Coronavírus.

As falas de José Cechin fazem coro com as de Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde. Segundo ela, ao congelar prestações, suspender reajustes ou permitir a inadimplência, essas iniciativas comprometem não apenas o setor, mas todo o segmento. “A inadimplência na saúde suplementar é mais perigosa do que em qualquer setor. Compromete a liquidez do sistema, as relações contratuais e pode levar à insolvência de várias empresas. E vai se refletir na assistência às pessoas”, comentou.

Também participaram da live Alexandre Ruschi, presidente da Central Nacional Unimed e Pedro Godoy Bueno, presidente do Grupo Dasa, com mediação de Rodrigo Guerra, também da CNU.

Vale lembrar, como já apontamos em diferentes momentos, que o enfraquecimento do sistema suplementar afeta também o Sistema Único de Saúde (SUS). A última edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) mostrou que pouco mais de 47 milhões de brasileiros contam com planos de saúde privados. Eventuais problemas com operadoras de planos de saúde – em especial as menores e mais vulneráveis – podem significar uma migração de beneficiários para o sistema público, ampliando os conhecidos gargalos do SUS.

O PL 1.542/2020, por exemplo, aprovado recentemente no Senado, impôs congelamento no valor das prestações por 120 dias. Vale lembrar, no entanto, que as operadoras ligadas à FenaSaúde já haviam suspenso todos os reajustes de contratos de planos individuais, coletivos por adesão e empresariais até 29 vidas por 90 dias, até 31 de julho, por iniciativa própria.

Ainda repercutindo o tema, Luiz Felipe Conde, avaliador na categoria Direto do Prêmio IESS, publicou, em conjunto com Nathalia Victorino de Mattos, um artigo que trata da Lei Estadual do Rio de Janeiro 8.811/2020, que autoriza o Poder Executivo a dispor sobre a vedação da suspensão e/ou cancelamento dos planos de saúde por falta de pagamento durante a vigência do plano de contingência do novo Coronavírus.

Você pode conferir aqui a íntegra da Live “Saúde Suplementar pós-Covid 19: o que deve mudar”.

10% DAS QUEIXAS CONTRA PLANOS DE SAÚDE ESTÃO LIGADAS A COVID-19

Estadão - 24/06/2020

Agência Nacional de Saúde monitora as reclamações dos usuários a cada quinzena do mês

Junto com o avanço da pandemia de **novo coronavírus** do País, que já atingiu mais de um milhão de brasileiros, é crescente a dificuldade dos usuários de planos de saúde de obter a autorização de cobertura de tratamento e de exames relativos à covid-19. Na primeira quinzena deste mês, 10% de todas as reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no período foram relativas a esse tipo de demanda. Foi a maior marca registrada desde o início de março, quando a pandemia chegou ao País, aponta a

segunda edição do Boletim Covid-19 da ANS. O órgão monitora as reclamações dos usuários de planos de saúde a cada quinzena do mês e faz um recorte específico da covid-19.

Desde 1º de março até a primeira quinzena de junho, a ANS recebeu 4.701 reclamações de usuários de planos, destas 36% se referem a exames e tratamento para o novo coronavírus, 43% dizem respeito a outras assistências afetadas pela pandemia e 21% estão relacionadas a temas não assistenciais.

Segundo Fernando Capez, secretário de Defesa do Consumidor do Estado de São Paulo e diretor executivo da Fundação Procon-SP, a obrigação do plano de saúde de reembolsar ou cobrir o exame para a detecção da covid-19 é “indiscutível”. “Isso está expresso na resolução 453 da ANS, desde que seja apresentada uma requisição médica ou atestado.”

Já em relação à cobertura do tratamento de covid-19 pelos planos, a situação é mais complicada. “Com é uma doença que não existia, não há uma cláusula no contrato de seguro saúde vigente prevendo a cobertura de um tratamento, que é dispendioso e que requer muitos dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)”, observa. A saída, neste caso, diz o secretário, é a negociação.

A recomendação do Procon-SP é que a pessoa afetada faça uma reclamação eletrônica no órgão de defesa do consumidor para que seja iniciada a negociação com o plano de saúde, apesar de não existir uma determinação expressa e específica no contrato. A argumentação a ser usada pelo Procon para negociar com os planos de saúde estará baseada em dois princípios. O primeiro é que é que o consumidor é a parte mais vulnerável da disputa. O segundo princípio é a imprevisibilidade do evento.

“A imprevisibilidade somada à vulnerabilidade permitem que se crie uma discussão mesmo que as empresas não tenham se comprometido e pactuado fazer a cobertura no contrato”, explica Capez. Até agora o Procon-SP não recebeu queixas a respeito. O secretário lembra que normalmente as reclamações contra planos de saúde seguem a via judicial e raramente passam pelo Procon.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) diz, por meio de nota, que “é preciso ponderar que o registro de queixa por parte do beneficiário não quer dizer que a reclamação seja efetivamente procedente. As operadoras eventualmente as contestam e em muitas ocasiões demonstram ter razão.”

A entidade acrescenta também que “casos pontuais podem não alcançar o nível de excelência esperado pelos beneficiários de planos de saúde, porém entende que essa não é a regra do setor.”

Ocupação de leitos

Apesar das dificuldades para obter sinal verde na cobertura de tratamentos de covid-19, os usuários de planos de saúde diagnosticados com a infecção ampliaram a ocupação dos leitos oferecidos pelos planos. A taxa de ocupação de leitos comuns e de UTI alocados para covid-19 não para de crescer nos últimos meses. Estava em 8% e fevereiro, saltou para 39% em março, foi para 41% em abril e atingiu 61% em maio, o último dado disponível.

No mês passado, a taxa de ocupação de leitos destinados à covid-19 superou a dos demais atendimentos em UTI, com 65% de ocupação. Nos leitos comuns destinados à pandemia, a ocupação foi de 58%. Nas internações voltadas para os demais procedimentos, a ocupação de leitos comuns

e de UTI foi de 61%, aponta o Boletim da ANS. No mês passado, 41% total de leitos dos planos de saúde, comuns e de UTI, estavam alocados para covid-19, ante 34% no mês anterior e 18% em março, refletindo a disseminação da doença.

Telemedicina

Um ponto que chama atenção no relatório da ANS é que 30% das operadoras de saúde de pequeno e médio portes já estão oferecendo aos beneficiários serviços de telemedicina para algumas especialidades. A intenção é disponibilizar esse atendimento como alternativa às consultas presenciais neste momento de isolamento social.

De acordo com a ANS, muitas operadoras relataram experiências positivas com atendimentos nas áreas de psicologia e psiquiatria, voltadas para a linha de saúde mental durante a pandemia. Há empresas que criaram canais específicos para telessaúde direcionados a covid-19 e investiram em plataformas direcionadas, além de colocarem em operação canais de atendimento via 0800, telefone e por meio de aplicativos de mensagens.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

O plano pode negar a realização do exame para detecção do coronavírus?

Não. A ANS incluiu o teste no rol de procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos, mas o exame será feito apenas quando houver orientação médica.

Precisei fazer o exame fora da rede credenciada. Tenho direito ao reembolso?

Sim. Em casos de urgência e emergência ou caso o teste não esteja disponível, o beneficiário pode fazer a solicitação e o reembolso deverá ser feito no prazo de 30 dias.

O plano deve pagar medicamentos que o paciente diagnosticado necessitar?

Ainda não há um tratamento para o coronavírus, mas despesas com medicamentos tomados durante a internação e exames, como tomografias, devem ser cobertos pelo plano. O plano de saúde não é responsável pelos remédios que o paciente vai tomar em casa.

Quem devo procurar em caso de queixas ao meu plano de saúde?

O ideal é sempre iniciar procurando a operadora, principalmente se for situação de urgência. Caso não seja resolvido, pode-se acionar o Procon ou a ANS. Em casos graves, é possível ajuizar ação no Juizado Especial Cível.

ATIVIDADES DE SAÚDE TÊM MAIOR QUEDA EM 20 ANOS

Valor Econômico - 23/06/2020

Segmentos como exames laboratoriais tiveram retração forte em abril, aponta FGV

A crise causada pela covid-19 levou as atividades de saúde, dentro do Produto Interno Bruto (PIB), às piores quedas em 20 anos em abril, segundo o Monitor do PIB da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Isso porque, com as restrições de circulação de pessoas, para inibir contaminação pelo novo coronavírus, caiu drasticamente o número de consultas e de exames laboratoriais desde meados de março.

No levantamento da FGV, a atividade econômica em abril caiu 9,3% ante março, com recuo de 13,5% na comparação com abril do ano passado, e queda de 6,1% no trimestre encerrado em abril em relação ao finalizado em janeiro. Na mesma pesquisa, em abril, a atividade de saúde pública caiu 11% ante abril do ano passado, e a de saúde privada, recuo de 13,3%, na mesma comparação. Ambas foram as mais intensas retrações da série histórica iniciada em 2000. Isso, na prática, será mais um componente negativo para desempenho do PIB do segundo trimestre, afirmou Claudio Considera, economista da FGV.

Saúde pública e a privada representavam 4,3% do PIB em 2017, sendo a primeira responsável por 2%, e a segunda, por 2,3%, informou a FGV. No monitor da fundação, a saúde pública, que tem fatia de 13% na atividade de administração pública do PIB, contribuiu com 2,9 ponto percentual negativos

para a retração de 1,2% naquela atividade em abril ante abril de 2019.

Já a saúde privada, que representa 15,1% da atividade “outros serviços” no PIB, contribuiu com um ponto percentual negativo para a queda recorde de 19,3% naquela atividade no Monitor da FGV em abril.

“As pessoas não vão mais tanto a ambulatórios devido à pandemia, adiam consultas. Não recorrem mais a exames laboratoriais”, comentou o pesquisador. “Pode ser que a parte de internação tenha crescido [por causa da pandemia], mas não o suficiente para compensar as quedas [nos outros segmentos de saúde].”

Outro aspecto citado por ele na pesquisa foi o impacto, nos tributos, da retração na economia de serviços. A queda de impostos sobre produtos e serviços, basicamente IPI e ICMS, foi de 22,3% em abril ante abril do ano passado, também recorde. Até então, a pior queda havia ocorrido em março de 1996 (-12,9%).

Entretanto, Considera reiterou que, tanto o desempenho negativo do PIB, delineado pelo monitor, quanto as taxas referentes à atividade da saúde atingiram “fundo do poço” em abril. “Em maio, deve ficar menos pior”, disse. Ele lembrou notícias de reabertura gradual da economia, já sinalizadas em algumas capitais, que devem contribuir para taxas menos desfavoráveis em maio.

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