

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza aplicativo para a emissão de taxas de registro de operadoras](#) - Fonte: ANS

[ANS celebra 10 anos da NIP, ferramenta para resolução de conflitos entre beneficiários e planos de saúde](#)  
- Fonte: ANS

[Notre Dame Intermédica fecha acordo para comprar climepe por R\\$ 168 milhões](#) - Fonte: Valor Econômico

[Gestão de plano de saúde empresarial: como solucionar os principais desafios](#) - Fonte: Saúde Business

[Na saúde, mercado encolhe e preço cai](#) - Fonte: Valor Econômico

[Atenção Primária à Saúde: ANS promove encontros virtuais para debater tema](#) - Fonte: ANS

[Marcio Coriolano pontua cinco temas prioritários para a saúde suplementar](#) - Fonte: CNSEG

[ANS divulga números sobre exames de Covid-19 e telessaúde](#) - Fonte: ANS

[Covid-19 – potencial para o futuro da saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

## ANS ATUALIZA APLICATIVO PARA A EMISSÃO DE TAXAS DE REGISTRO DE OPERADORAS

ANS – 05/08/2020

Em continuidade ao processo de atualização dos sistemas disponíveis no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir desta quarta-feira, 05/08, estará disponível o novo aplicativo para emissão de Guia de Recolhimento da União (GRU) para Taxas de Registro de Operadoras (TRO), integrado ao Portal de Acesso GOV.BR. Com isso o órgão regulador espera tornar mais eficaz a identificação do pretendente a operadora, bem como simplificar o preenchimento das informações necessárias para a geração da taxa.

O novo aplicativo identifica o usuário e a(s) empresa(s) a ele associada(s) para a qual deseja emitir uma GRU. A emissão de uma guia para o pagamento da taxa somente estará

disponível para pessoa física que possua uma pessoa jurídica associada junto à Receita Federal do Brasil.

Este modelo de autenticação não é novidade no processo de empresas que desejam tornar-se uma operadora de planos de saúde, e já é parte da rotina de cadastramento de sua proposta junto à ANS por meio do Portal de Serviço do Governo Federal.

A emissão da GRU para taxa poderá ser feita no Portal da ANS, no seguinte caminho: Planos de Saúde e Operadoras > Espaço da Operadora > Registro e Manutenção de Operadoras e Produtos > Registro de Operadora, no item "Taxa de Registro de Operadora".

## ANS CELEBRA 10 ANOS DA NIP, FERRAMENTA PARA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ENTRE BENEFICIÁRIOS E PLANOS DE SAÚDE

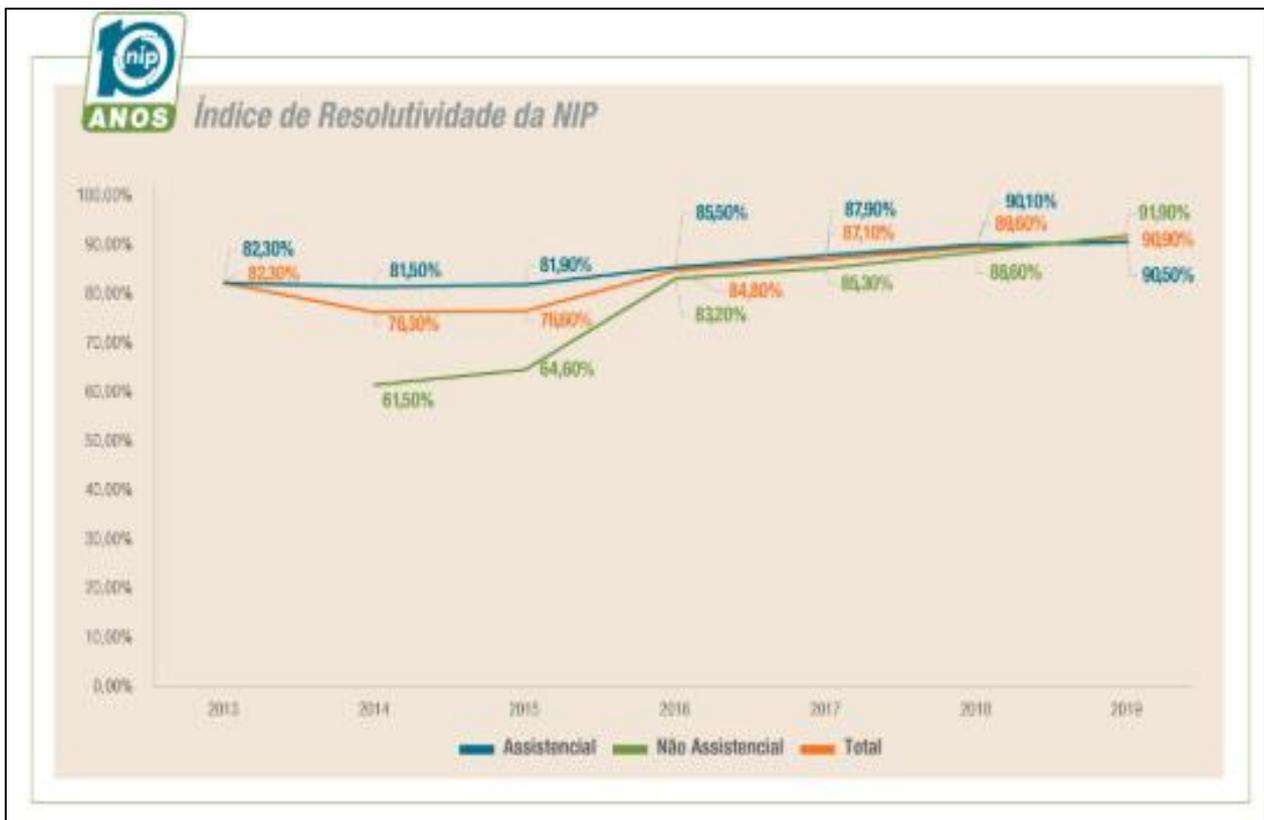
ANS – 05/08/2020

Neste dia 05 de agosto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) celebra 10 anos de criação de um dos instrumentos mais importantes na relação com os beneficiários de planos de saúde: a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A NIP é uma ferramenta para resolução de conflitos que visa solucionar, de forma ágil, as demandas entre consumidores e operadoras registradas pelos canais de atendimento da ANS. Para marcar a data, a reguladora realizará, nesta quinta-feira (06/08), um webinar sobre o tema, com a participação dos diretores da ANS e de outras autoridades (veja aqui a programação).

A NIP nasceu inicialmente através de um projeto-piloto desenvolvido em 2008, mas foi implementada definitivamente

em 2010, com a publicação da Resolução Normativa nº 226, que instituiu o procedimento. Foi reformulada em 2014, quando passou a ser automática e a contemplar as demandas de natureza não assistencial, ou seja, queixas que não são relacionadas à cobertura de procedimentos. Desde então, o percentual de resolutividade da mediação de conflitos é cada vez mais expressivo: passou de 82,3% em 2013 (quando iniciou a medição) para 90,9% em 2019. Neste ano, a Agência recebeu 132.787 reclamações pelos seus canais de atendimento.

O gráfico abaixo traz os percentuais de resolutividade da NIP nos últimos anos. Pelos números, pode-se observar a efetividade da ferramenta enquanto ação regulatória:



Para os beneficiários de planos de saúde, a NIP possibilita uma resposta mais rápida para o problema enfrentado, a partir da análise da demanda sob ponto de vista da legislação do setor. Já as operadoras têm a oportunidade de reparar a conduta irregular, possibilitando a resolução da demanda e evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial. Para a Agência Reguladora, o instrumento traz mais eficiência e celeridade no trabalho de fiscalização que desenvolve junto às operadoras. Permite, ainda, o monitoramento efetivo das práticas do mercado regulado, possibilitando, logo no início, a identificação de determinadas condutas indevidas que podem gerar prejuízo aos consumidores.

“O trabalho de mediação realizada pela NIP é motivo de satisfação para a ANS e os marcos obtidos pela intermediação de conflitos nesses dez anos constituem importantes legados da história da Agência para a sociedade brasileira”, destaca o diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel.

“A NIP é uma ferramenta valiosa para os consumidores, pois dá agilidade à solução das queixas e tem apresentado resultados muito positivos em prol do beneficiário. Além disso, é um instrumento indutor de boas práticas no setor, incentivando a reparação voluntária por parte das operadoras”, ressalta o diretor de Fiscalização substituto da ANS, Maurício Nunes.

O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello, aponta outro aspecto relevante da NIP: “A ferramenta representa a possibilidade de equacionamento de problemas, de forma ágil e efetiva, evitando abertura de

processos administrativos e a possibilidade de futura judicialização”.

### Análise qualificada

Ao longo desses dez anos, as análises realizadas nas demandas NIP sofreram ajustes para que fossem cada vez mais qualificadas. “Elas são objeto de auditoria, trazendo segurança e qualidade não só quanto ao retorno ao mercado regulado, mas principalmente aos beneficiários”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar.

Na fase pré-processual, o consumidor que ingressa com uma reclamação na ANS recebe documento embasado, esclarecendo todos os pontos de sua denúncia e a regulamentação aplicada ao caso. Hoje, a complexidade das análises é maior, dado o estoque regulatório da própria ANS, inúmeros entendimentos das áreas técnicas e, principalmente, qualificação da resposta das operadoras.

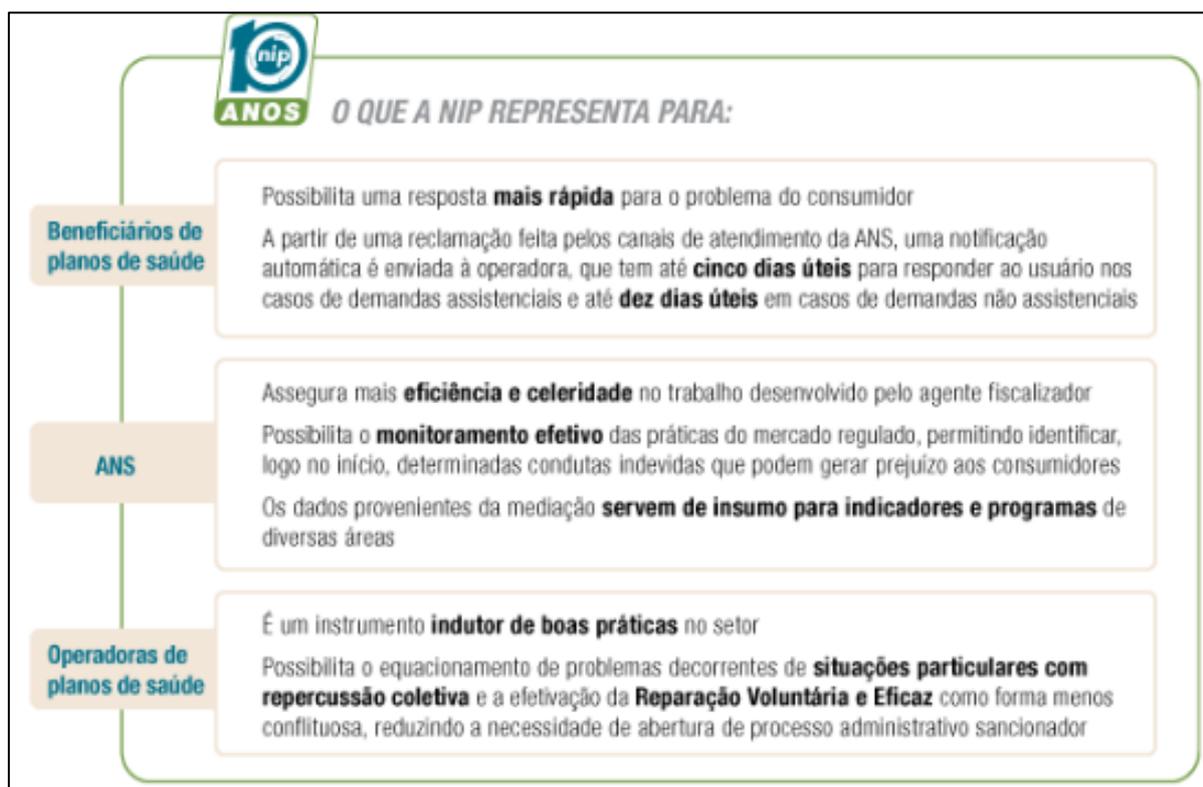
O diretor de Gestão substituto, Bruno Rodrigues, aponta outra importante utilidade da NIP. “Os dados provenientes da mediação também são utilizados por diversas áreas da ANS, constituindo insumo para indicadores e programas de monitoramento, permitindo um constante aprimoramento das atividades regulatórias com impacto positivo na dinâmica do mercado de saúde suplementar”, ressalta.

### Como funciona

A partir de uma reclamação efetuada pelos beneficiários pelos canais de atendimento da ANS (telefone, formulário eletrônico ou presencialmente), uma notificação automática é

enviada imediatamente à operadora. A empresa tem até cinco dias úteis para responder ao usuário nos casos de demandas de natureza assistencial e até dez dias úteis em casos de demandas de natureza não assistencial (contratos e regulamentos, mensalidades e reajustes, por exemplo).

Após a resposta da operadora, o usuário recebe um e-mail ou contato por telefone para manifestação sobre a resolução do conflito, envolvendo-o mais no processo de mediação.



## Histórico

A mediação de conflitos entre beneficiários de planos de saúde e operadoras teve início em 2008 com um projeto-piloto realizado junto a algumas operadoras do mercado. Em 2010, a NIP - até então denominada de Notificação de Investigação Preliminar -, foi regulamentada com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 226. Embora não fosse obrigatória àquela época, a adesão por parte das operadoras foi extremamente expressiva, e a ferramenta se tornou a porta de entrada para demandas de natureza assistencial.

Em 2014, com a publicação da RN nº 343, o dispositivo passou a se chamar Notificação de Intermediação Preliminar, enfatizando sua função na resolução de conflitos e solução de problemas enfrentados pelos beneficiários. A adesão, por parte das operadoras, tornou-se obrigatória, a mediação passou a contemplar também as demandas não assistenciais e todo o fluxo passou a ser automático, dando ainda mais agilidade ao processo.

Ainda nesse ano, como medida complementar ao aprimoramento da NIP, a ANS criou em seu portal o Espaço do Consumidor, onde os beneficiários podem consultar a situação de suas demandas e responder ao Formulário Eletrônico (também encaminhado por e-mail) sobre a resolução do conflito registrado. Foi criado também o Espaço da Operadora, para acompanhamento das demandas e anexação das respostas por parte das empresas.

Em 2015, a mediação de conflitos realizada pela ANS através da NIP foi reconhecida com o 4º lugar no 19º Concurso de Inovação na Gestão Pública Federal. Em 2018, a ferramenta, no contexto da normativa que regulamenta o tema, recebeu menção honrosa no concurso “Melhores Práticas em Regulação”, promovido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

[Clique aqui e confira os principais marcos](#)

# NOTRE DAME INTERMÉDICA FECHA ACORDO PARA COMPRAR CLIMEPE POR R\$ 168 MILHÕES

Valor Econômico – 04/08/2020

## A Climepe é uma operadora de saúde verticalizada que atua no sul de Minas Gerais, principalmente em Poços de Caldas e região

A Notre Dame Intermédica anunciou que, por meio de subsidiária, fechou um acordo para adquirir a Climepe, operadora de saúde verticalizada que atua no sul de Minas Gerais, principalmente em Poços de Caldas e região.

O preço de aquisição, acertado em R\$ 168 milhões, será pago na data de fechamento ajustado pelo caixa e endividamento líquido a ser apurado.

Segundo a Notre Dame Intermédica, a Climepe tem 25 anos de atuação e sua área de influência conta com mais de 600 mil habitantes, sendo 185 mil beneficiários de planos de saúde. Ela possui uma carteira com 33 mil clientes de planos de saúde, com 81% no tipo coletivo por adesão, 6 mil beneficiários de plano dental e o maior hospital na região, inaugurado em 2016, com 119 leitos, sendo 16 de UTI.

A Climepe conta ainda com uma unidade especializada em procedimentos de baixa complexidade, inclusive pequenas cirurgias e um centro de diagnóstico por imagem.

Em 2019, a Climepe apresentou um faturamento líquido consolidado de R\$ 74,4 milhões, com sinistralidade caixa de 73% e lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) de R\$ 10 milhões, com margem de 13,6%.

A aquisição ainda precisa ser aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

“Com a conclusão da transação, a companhia fortalece sua estratégia de crescimento verticalizado no Estado de Minas Gerais, reforçando seu compromisso com a criação de valor para seus acionistas, clientes e sociedade”, diz trecho do comunicado.

## GESTÃO DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL: COMO SOLUCIONAR OS PRINCIPAIS DESAFIOS

Saúde Business - 04/08/2020

A gestão de plano de saúde empresarial é um processo crucial para qualquer organização que almeja garantir o uso adequado do benefício e o equilíbrio das finanças. Sem ela, o cenário financeiro pode ficar cada vez mais nublado, sobretudo devido aos custos dos serviços.

Por isso, é importante entender exatamente quais são os desafios nessa gestão, visando à elaboração de estratégias para solucioná-los com base em dados confiáveis. Do contrário, o achismo pode levar a empresa a sofrer com absenteísmo, gastos excessivos com os planos, baixa produtividade no trabalho etc.

Pensando nisso, a Dra. Ana Claudia Pinto, Diretora de Produtos e Soluções Digitais da Sharecare, fala quais são os desafios da gestão de planos de saúde e o que fazer para superá-los. Confira as dicas e coloque-as em prática.

### Os desafios da gestão de plano de saúde empresarial

De forma geral, como explica a Dra. Ana Claudia, o maior desafio “é o aumento dos custos”. De maneira similar ao que acontece em organizações de diferentes setores, a gestão de plano de saúde empresarial emerge como um processo que não é assimilado com tanta naturalidade pelo RH. Afinal, uma coisa é oferecer o benefício — e outra é ter capacitação profissional para lidar com suas especificidades.

Os serviços de saúde têm um custo direto, ou seja, aquele relacionado a cirurgias, consultas e gastos gerais. Na prática, reduzi-lo já é um grande desafio — tanto que boa parte das empresas sofre com gastos crescentes, principalmente com o uso inadequado dos serviços, que ocorre quando o funcionário não sabe exatamente a qual canal de atendimento ou especialista recorrer.

E quais seriam, então, os demais desafios no contexto dos planos de saúde?

### Reduzir custos indiretos

Nas palavras da Dra. Ana Claudia, a empresa tem que lidar com uma série de questões que “envolvem muitos custos indiretos, sendo que essa não é a especialidade dela”. Dois bons exemplos seriam a desmotivação do empregado e o absenteísmo por doença.

A faixa etária média nas empresas, por exemplo, é de 32 ou 33 anos, segundo a especialista. Nesse grupo, “os problemas mais recorrentes são de ortopedia, porque há muitas indicações de cirurgia que nem sempre são necessárias”, ela explica.

“Esse ponto é preocupante, tanto pelo custo direto, quanto pelo custo indireto que se perde com absenteísmo. A ortopedia é uma das causas mais frequentes de falta dos colaboradores ao trabalho”, ela completa. Para ir além, a

redução da sinistralidade dos planos, por exemplo, é outro desafio que cresce a cada ano, já que o impacto negativo é dobrado, se considerarmos não só o aumento dos custos, mas fatores econômicos, como a inflação.

### **Reduzir nível de estresse e ansiedade**

Transtornos mentais, como ansiedade e depressão, também se tornaram preocupações maiores no mundo corporativo. O impacto no bem-estar dos funcionários — e na produtividade da empresa — pode ser enorme. A Dra. Ana Claudia explica que são quadros que podem tirar mesmo as pessoas mais produtivas do ambiente de trabalho, gerando casos de absenteísmo difíceis de gerenciar.

Para tornar a questão ainda mais complicada, esse tipo de problema tende a vir acompanhado de outras doenças crônicas.

### **Preservar o sigilo das pessoas**

Problemas de saúde são questões de cunho pessoal e nem todo mundo se sente confortável para tratar disso abertamente. Logo, a empresa se depara com um obstáculo para o próprio mapeamento da população.

Mesmo quando a identificação de um quadro clínico é feita, os funcionários temem que suas informações não sejam mantidas sob sigilo. Como mostraremos a seguir, esse é um de vários problemas que podem ser resolvidos com soluções de saúde e o apoio de quem é especialista no assunto.

### **As melhores práticas para solucionar esses problemas**

O primeiro passo para uma abordagem efetiva é fazer um levantamento claro sobre quais são os problemas existentes e, a partir desse panorama, definir as prioridades. Esse mapeamento pode ser feito com soluções clínicas específicas, como as desenvolvidas pela Sharecare.

### **Adote uma modelagem preditiva**

A modelagem preditiva é uma metodologia baseada em algoritmos matemáticos e estatísticos, cuja função é gerar previsões sobre o risco de um determinado evento ocorrer em um intervalo de tempo futuro. No contexto da saúde nas empresas, ela é aplicada para delimitar grupos de risco,

apontando quais problemas merecem atenção especial na população.

A Dra. Ana Claudia exemplifica: “se uma população conta com 500 hipertensos e a empresa só tem budget para priorizar 100, a modelagem preditiva ajuda a encontrar o funcionário que tem mais risco”. A partir dessas informações, é desenvolvido um trabalho de saúde preventiva.

Na prática, o resultado é uma economia geral de custos — tanto por evitar que quadros piores se desenvolvam, quanto pelo direcionamento das pessoas para um comportamento de autocuidado. Isso significa conscientizar, educar e informar sempre que preciso, promovendo a adoção de hábitos mais saudáveis e evitando a necessidade de visitas constantes ao pronto-socorro ou à clínica.

### **Gestão de dados em saúde**

Outra iniciativa importante é a adoção de ferramentas que permitam gerenciar os dados com mais eficiência. O aplicativo Sharecare, por exemplo, conta com uma funcionalidade chamada RealAge, que calcula a idade real do corpo com base em indicadores de saúde inseridos na plataforma.

A partir desses dados, “é possível ter um mapeamento muito claro dos problemas que a empresa tem”, conta a Dra. Ana Claudia. Além de promover reduções de custos importantes, o método respeita as demandas dos funcionários por privacidade das informações.

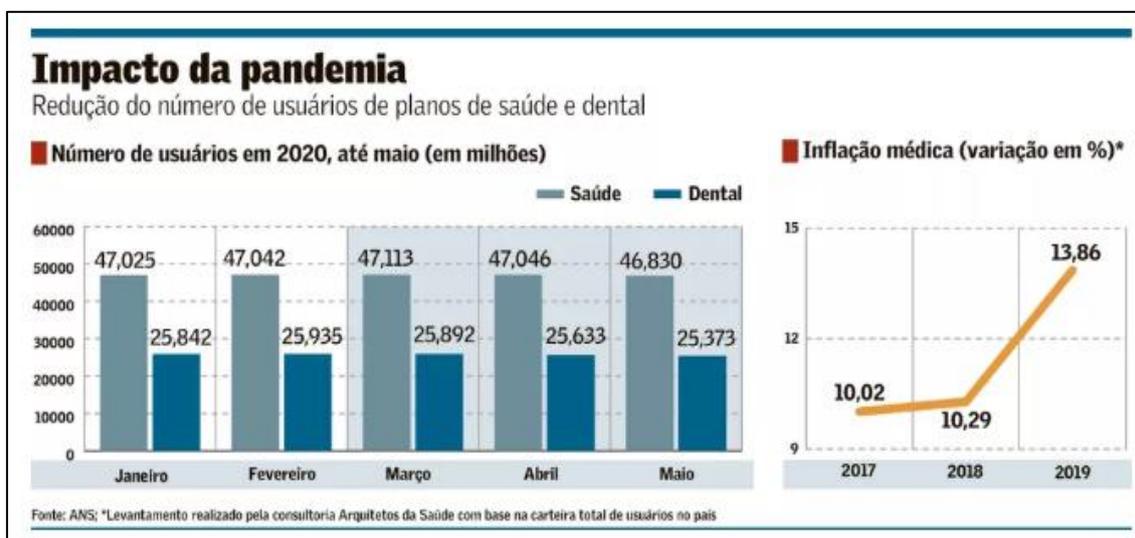
“A avaliação permanece sigilosa com o paciente”, ela explica. “A empresa não fica sabendo da condição pessoalmente, mas sabe que há uma porcentagem de pessoas com a condição X. Então, por meio do cruzamento de dados, pode encaminhar as pessoas para os programas sem que essa informação tenha que ter o nome de alguém.”

Como fica claro, é possível agir diretamente sobre os principais problemas e realizar um trabalho completo, tanto no sentido de melhorar a qualidade de vida dos funcionários, quanto no de reduzir custos. São desafios que toda gestão de plano de saúde empresarial deve encarar. Por isso, conte com o apoio de quem é especialista no assunto e não deixe que esse benefício tão essencial se torne uma dor de cabeça para sua empresa.

# NA SAÚDE, MERCADO ENCOLHE E PREÇO CAI

Valor Econômico – 03/08/2020

Operadoras reduzem reajustes na renovação dos contratos para manter os negócios



Entre março e maio deste ano, os primeiros meses da pandemia no país, 283,6 mil pessoas perderam o plano de saúde e 518,7 mil deixaram de ter convênio odontológico. A maior parte dessa perda refere-se a funcionários que foram demitidos por causa da crise e perderam, assim, o benefício. A expectativa é que esse movimento de cancelamento de planos continue pelo menos até agosto.

Trata-se de uma queda histórica considerando um período tão curto. A crise anterior do setor, reflexo da mais grave recessão enfrentada pelo país, começou em 2015 e se estendeu até 2017 - nesse período 3 milhões de pessoas ficaram sem planos de saúde. Na época, a cada mês, em média, 83 mil pessoas perdiam o convênio médico. Agora na pandemia esse número cresceu para 142 mil por mês.

Neste ano, o mercado de planos dentais, historicamente mais resiliente do que o de convênios médicos, também é afetado. Além das demissões, muitos trabalhadores que tiveram redução de salário cortaram o benefício para ajustar o orçamento. A OdontoPrev, maior operadora dental do país, perdeu 274 mil usuários no segundo trimestre o que foi classificado pela companhia como uma queda sem precedentes.

Nesse cenário, as operadoras de planos de saúde estão abrindo mão do reajuste e até concedendo descontos, para não perder clientes mesmo com uma inflação médica que bateu em 13,86% em 2019. Esse percentual está 3,5 pontos percentuais acima do registrado em 2018 e 2017, segundo levantamento realizado pela consultoria Arquitetos da Saúde que analisou as despesas médicas e hospitalares dos 47 milhões de usuários de planos de saúde no país. É a primeira vez que um estudo desse tipo considera toda a base de pessoas com convênio.

“Há uma pressão enorme por reajuste zero e algumas operadoras estão até dando descontos. É algo que não se via e isso tudo para segurar o cliente”, diz Paulo Jorge Rascão Cardoso, vice-presidente executivo de saúde e benefícios da Aon, consultoria que administra uma carteira com 2,8 milhões de usuários de planos de saúde corporativos.

Com o prolongamento da pandemia, as concessões têm aumentado. No primeiro trimestre, a consultoria It's Seg conseguiu baixar o reajuste médio de 18,10% pedido pelas operadoras para 9%. Já no segundo trimestre, o pleito era de um aumento de 24,8% e se chegou a um acordo de 7%. “É um ano muito difícil. Ainda não sabemos se haverá uma retomada expressiva de procedimentos médicos no segundo semestre, o que elevará os gastos”, diz Thomaz Menezes, presidente da It's Seg, que faz a gestão do convênio médico para mais de 1 mil empresas.

No primeiro semestre, a Amil negociou contratos de empresas que juntas somam 520 mil usuários. “Em média, temos adotado uma redução de reajuste de até 30%, considerando o histórico do cliente”, diz Rodrigo Rocha, vice-presidente de crescimento do UnitedHealth Group Brasil, dona da Amil que tem 3,4 milhões de vidas. Em alguns casos, a operadora também prorrogou a data do reajuste.

Um dos argumentos das empresas para reduzir o reajuste é a queda na taxa de sinistralidade, que registra quanto a pessoa usou o plano de saúde. Em junho de 2019 ficou em 81% e neste ano caiu a 59%. Caiu pois procedimentos não ligados à covid-19 foram cancelados, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANS PROMOVE ENCONTROS VIRTUAIS PARA DEBATER TEMA

ANS – 31/07/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e seus parceiros no Projeto Cuidado Integral à Saúde – o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) – realizaram, nos dias 27/07 e 29/07, encontros virtuais temáticos sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no setor de saúde suplementar do Brasil. No primeiro dia, o Projeto Cuidado Integral à Saúde – Projetos-piloto em APS foi relançado depois de ter sido suspenso em março em decorrência da pandemia provocada pelo novo Coronavírus.

Na mesa de abertura estiveram presentes o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar; o diretor do IHI, Paulo Borem; o Coordenador de Atenção Primária à Saúde do HAOC, Eno Dias, e o Coordenador do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Suplementar da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Fernando Amorim.

Rodrigo Aguiar abriu o evento agradecendo a presença dos parceiros e aos ouvintes, ressaltando o número de inscritos, que ultrapassou a marca dos 1.500. O diretor destacou o relançamento do projeto, elucidando o realinhamento dos custos e da metodologia aplicada à realidade atual, enfatizando a importância da APS no contexto da pandemia. “É essencial que as boas práticas e experiências em APS sejam conhecidas e difundidas, principalmente neste momento de pandemia, quando o tema sobre a coordenação e o cuidado integral da saúde dos beneficiários que utilizam a saúde suplementar se torna imperiosa para a manutenção adequada das condições de saúde e para que não tenhamos desperdícios de recursos”, explicou.

Posteriormente, Eno Dias falou sobre a experiência do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em APS e destacou o desenvolvimento, nos últimos três anos, da formação de mais de dois mil preceptores com ênfase na área de Atenção Primária à Saúde, especialmente do médico de família e comunidade. A mesa de boas-vindas foi finalizada por Fernando Amorim que disponibilizou o suporte e o conhecimento da SBMFC às operadoras que iniciarem os projetos para desenvolvimento de diversas iniciativas ao longo do país, ratificando a importância do modelo para a saúde suplementar. “A Atenção Primária fará parte do arcabouço de soluções para dar melhor qualidade e sustentabilidade ao setor nos próximos anos”, afirmou.

Na primeira apresentação, a Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, apresentou o projeto “Cuidado Integral à Saúde na Saúde Suplementar”. Após a apresentação de um breve histórico e contextualização da perspectiva atual dos serviços

de saúde, destacou a necessidade da mudança do modelo com a necessidade do fortalecimento da APS, tornando-a resolutive, baseando-se no contexto das consequências de transições demográficas e epidemiológicas, como por exemplo, o aumento da longevidade e a necessidade de cuidados multiprofissionais e paliativos, além do crescimento de doenças cardiovasculares e crônicas, obesidade, transtornos mentais e ressurgência de algumas doenças infectocontagiosas e emergência de outras como a Covid-19, que repercute na forma da organização da rede de cuidados.

Em seguida, a Coordenadora de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial Kátia Audi iniciou sua apresentação realizando uma reflexão sobre o olhar para as falhas do sistema de saúde que foram ressaltados pela pandemia e enfatizou o papel da ANS na defesa do interesse público e na contribuição do desenvolvimento de ações de melhoria no país, com o foco assistencial. Kátia Audi detalhou o Projeto, apresentando as fases e os requisitos para participação, critérios para seleção das operadoras, a proposta de organização de atividades e os novos desafios na busca da implementação da Atenção Primária como uma solução para a nossa realidade em saúde, destacando as doenças crônicas, que são responsáveis por 74% do total de mortes (segundo dados de 2016 do Ministério da Saúde) destacando as neoplasias, cardiovasculares, síndromes respiratórias e diabetes.

Paulo Borem, na sequência, fez um breve relato sobre a importância de metodologias estruturadas para a identificação de mudanças para o modelo de melhoria e a criação de indicadores que antecederam as apresentações dos médicos americanos Jeremy Stricsek e Kirstein Meisinger, de Cambridge Health Alliance (CHA), que apresentaram resultados positivos do redesenho do fluxo de pacientes na unidade durante a pandemia. Como melhorias, ambos enfatizaram as modificações realizadas no prontuário eletrônico, a implementação da telessaúde e da Clínica Respiratória; o fluxo de triagem e estratégias de orientação remota e presencial para os casos suspeitos ou confirmados da COVID-19; e a importância da equipe de gerenciamento da comunidade para acompanhamento dos casos. Em decorrência das práticas, a unidade observou uma redução de internações.

## Experiências bem-sucedidas

No segundo dia, o encontro virtual foi aberto pelo diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira que enfatizou a relevância do Projeto, que se relaciona diretamente com a missão da diretoria. “Temos muito orgulho deste projeto, pois se relaciona diretamente com o objetivo da DIDES de tornar um setor de saúde suplementar mais sustentável e coordenado. Também destaco a forma como o

projeto foi operacionalizado, através da parceria para a indução e estímulo à melhoria, de forma totalmente facultativa, sem determinações ou imposições da ANS” explicou.

Neste dia foram apresentadas experiências bem-sucedidas de operadoras de planos de saúde e prestadores na atenção primária à saúde, que abordaram diversas questões como os caminhos para a sustentabilidade do setor; a integração dos serviços (incluindo a telessaúde) em torno das necessidades dos beneficiários; as dificuldades encontradas pelas operadoras, prestadores, empresas contratantes e beneficiários; e o monitoramento dos resultados.

Como pontos positivos, Daniel Knupp (Unimed-BH) destacou em sua apresentação, a reestruturação do fluxo de atendimento nas unidades para pacientes com sintomas respiratórios, o telemonitoramento com indicadores e a plataforma interativa como ferramenta de consulta online para atendimentos sobre o novo coronavírus.

Na segunda apresentação, Renato Walch da Amparo Saúde, startup pioneira na criação de clínicas voltadas ao cuidado humanizado e preventivo à saúde suplementar, evidenciou a mudança de paradigmas e a construção deste novo modelo

sendo realizada juntamente com o paciente, através do acompanhamento de sua jornada, elaborando um novo olhar para a atenção primária, com melhores desfechos clínicos e redução de custos, possibilitando maior otimização dos recursos.

Vilma Dias, diretora de Relações Institucionais da Qualirede trouxe o tema sobre as experiências e a trajetória de um prestador certificado em APS em coerência com a Resolução Normativa nº 440/2018. Na palestra, foram apontados a importância da estratificação de riscos do usuário, para atuação de forma oportuna e a interface com a saúde ocupacional, permitindo a melhoria do cuidado junto às empresas.

Na última palestra, Hans Dohmann, da startup de healthtec Vitta, parabenizou a ANS por dar sustentabilidade a esse tema estratégico e fundamental para a reestruturação da saúde suplementar brasileira e apresentou a experiência em modelo centrado na pessoa humanizando o cuidado primário com a tecnologia e a integração de dados.

Assista os Eventos do [dia 27/07](#) e do [dia 29/07](#)

Saiba mais sobre o [Projeto Cuidado Integral à Saúde](#).

## MARCIO CORIOLANO PONTUA CINCO TEMAS PRIORITÁRIOS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

CNSEG - 31/07/2020

Segundo dados apresentados por ele, nos últimos 12 anos a saúde suplementar acumulou arrecadação de R\$ 1,58 trilhão. “Nesses 12 anos, a arrecadação dobrou em termos reais. Como a taxa de sinistralidade média é de 83%, foram R\$ 1,31 trilhão que irrigaram a cadeia de atenção à saúde privada – hospitais, laboratórios, médicos, indústria de medicamentos-, permitindo que atualmente seja um segmento pujante e de alta tecnologia e qualidade.”

O Presidente da Confederação Nacional das Seguradoras (CNseg), Marcio Coriolano, foi um dos debatedores do webinar “Impacto da Pandemia no Cenário Econômico”, organizado pelo Hospital Star D’Or, pertencente à Rede D’Or. O encontro virtual aconteceu ontem, dia 29, com a participação de representantes de instituições médicas e economistas.

Um ponto comum entre todos foi a urgência em se repensar o país num momento tão complicado do mundo. Marcio Coriolano reforçou a urgência das reformas estruturais e acrescentou as que precisam acontecer na saúde suplementar, que vinha num ritmo acelerado, mesmo em períodos recessivos. Em sua fala, ele afirmou que não acredita num novo normal mágico. “Acredito que temos de voltar a equacionar o que deveria ter sido normal na última década, e que ainda não conseguimos resolver”, comentou. Segundo dados apresentados por ele, nos últimos 12 anos a saúde suplementar acumulou arrecadação de R\$ 1,58 trilhão. “É um volume considerável, pago por pessoas que querem ter um

plano de saúde”. Desse valor, R\$ 1,31 trilhão retornou para os beneficiários de planos de saúde, mediante pagamento a toda a rede de atenção à saúde, formada por hospitais, laboratórios, médicos, indústria de fármacos e todo o tipo de profissionais médicos.”

O Presidente da CNseg frisou que a retomada do crescimento dependerá do comportamento do produto, da renda e do emprego. “Os planos de saúde empresariais dependem crucialmente da produção e do emprego e os planos por adesão da renda. Além disso, precisamos retomar discussões importantes que estavam na pauta do setor e precisam ser retomados.”

Marcio Coriolano se referiu a cinco importantes temas: racionalidade da incorporação tecnológica; prioridade para a atenção primária da saúde; prioridade para a promoção e prevenção da saúde; mudança do modelo de remuneração dos serviços médicos; e revisão do marco legal da Lei 9.656. “Sou otimista como todo segurador, já que nossa missão é dar proteção de longo prazo. Afinal, nos comprometemos em gerenciamento de riscos. Temos um desafio enorme de dar sustentabilidade para a saúde suplementar. Ela mostrou as suas soluções neste momento grave de pandemia. E o nosso sistema privado tem todas as condições de sair mais fortalecido se todos esses tópicos forem debatidos e implementados”.

# ANS DIVULGA NÚMEROS SOBRE EXAMES DE COVID-19 E TELESSAÚDE

ANS - 31/07/2020

A Agência Nacional de Saúde de Suplementar (ANS) torna disponíveis os dados referentes à quantidade de exames de Covid-19 realizados no Brasil, no setor de saúde suplementar, nos meses de março e abril e números sobre atendimentos por telessaúde, efetuados em abril. Essas informações estão na [Análise de Dados de Eventos do Padrão TISS do 1º Quadrimestre de 2020](#).

O exame para detecção da Covid 19 – SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização) – foi incluído no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de cobertura obrigatória no setor, em 13/03/2020. Nos meses de março e abril foram realizados 25.793 exames em todo o país (11.179 em março e 14.794 em abril – ver quadro abaixo). O estado de São Paulo, com 10.921 exames realizados nos dois meses, representa 42,05% do total. Na sequência vem Rio de Janeiro (2.992 exames – 11,52%) e Minas Gerais (2.109 exames – 8,12%).

Sobre a telessaúde, no primeiro mês de coleta desses dados (abril), 27 operadoras informaram atendimentos efetuados, totalizando 3.149 procedimentos. Entre os mais realizados destacam-se as consultas médicas, correspondendo a 30,2% do total, seguidas pelos procedimentos em psicoterapia (30,0%) e fonoaudiologia (6%).

O tipo de atendimento telessaúde foi incluído no Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) em abril, com o intuito de viabilizar e monitorar a utilização do atendimento à distância aos beneficiários de planos de saúde diante das medidas emergenciais adotadas em decorrência da pandemia do novo Coronavírus.

Confira também a [Nota Técnica referente à Análise dos Dados de Eventos do Padrão TISS do 1º Trimestre de 2020](#).

UF	Março/2020	Abril/2020	Total	
			Nº	%
AL	-	35	35	0,13
AM	67	286	353	1,36
AP	-	3	3	0,01
BA	296	656	952	3,67
CE	39	93	132	0,51
DF	937	1.005	1.942	7,48
ES	7	67	74	0,28
GO	848	243	1.091	4,20
MA	27	676	703	2,71
MG	771	1.338	2.109	8,12
MS	39	45	84	0,32
MT	77	330	407	1,57
PA	13	109	122	0,47
PB	-	38	38	0,15
PE	53	159	212	0,82
PI	-	9	9	0,03
PR	475	1.140	1.615	6,22
RJ	928	2.064	2.992	11,52
RN	7	75	82	0,32
RO	3	20	23	0,09
RR	7	11	18	0,07
RS	603	641	1.244	4,79
SC	238	507	745	2,87
SE	13	38	51	0,20
SP	5.721	5.200	10.921	42,05
TO	10	6	16	0,06
<b>Brasil</b>	<b>11.179</b>	<b>14.794</b>	<b>25.973</b>	<b>100,00</b>

## COVID-19 – POTENCIAL PARA O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS - 30/07/2020

O atual cenário gera muitas dúvidas e ainda é difícil fazer grandes projeções para o futuro dos diferentes setores e,

claro, para o de saúde não poderia ser diferente, sendo diretamente impactado pela pandemia do novo Coronavírus.

Uma análise econômica desse segmento, no contexto da disseminação de Covid-19, traz consigo algumas particularidades.

Uma conjuntura como a atual não era vista desde a pandemia da gripe espanhola que, estima-se, tenha vitimado mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo entre 1918 e 1920. Ao mesmo tempo em que há, hoje, uma diminuição do emprego e da renda em virtude das medidas de isolamento social adotadas para combater a disseminação da doença, existe, por outro lado, um aumento da compreensão sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Já falamos um pouco sobre isso aqui (LINK – DOENÇAS CRÔNICAS PÓS PANDEMIA)

Claro que é necessária muita cautela na análise e respeito com as milhares de famílias impactadas pelo novo vírus. Entretanto, é preciso, também, aprender com erros e acertos do momento atual para vislumbrar um horizonte mais esperançoso.

Fundamental, portanto, a avaliação do potencial para o futuro do setor de saúde suplementar no Brasil. O “Relatório Setorial da Saúde - Impactos da Covid-19 e Perspectivas”, divulgado pela Bateleur Assessoria Financeira, aponta boas

oportunidades como da oferta de novas soluções, adoção de estruturas de remuneração que alinhem os interesses dos diferentes integrantes do sistema com a qualidade de atendimento e melhor experiência do usuário, entre outros.

A publicação reforça a necessidade de maior adoção das tendências que o mercado já vem experienciando como de novas tecnologias, ecossistemas voltados à telemedicina, e verticalização de players.

Segundo os responsáveis pelo relatório, o segmento tem significativa atração de capital de investidores nacionais e estrangeiros. O atual cenário apresentará relevantes oportunidades para os players que se dedicarem em melhorar a experiência do usuário e elevar o nível de eficiência dos serviços.

A [publicação](#) traz diferentes informações do setor com dados de nossos estudos – como da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) – e demais entidades, como da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), IBGE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outras.

A pesquisa pode ser acessada no [portal da assessoria](#).

---

**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)