

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

18 de agosto de 2021



ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde: interesse pela portabilidade de carências segue em alta](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga resultado preliminar do Monitoramento do Risco Assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Jogo vira e planos de saúde têm perdas, enquanto hospitais lucram](#) - Fonte: Valor Investe

[Nova Proposta Da Reforma Tributária Não Agrada O Setor De Saúde](#) - Fonte: Jornal Contábil

[Variação de Custos Médico-Hospitalares fica em -1,9% em 2020](#) - Fonte: IESS

[1,1 bilhão de procedimentos clínicos represados: começa o escoamento](#) - Fonte: Saúde Business

[Ação da Kora Saúde \(KRSA3\) estreia na B3 com forte alta](#) - Fonte: Money Invest

[ANS disponibiliza novas informações no Portal de Dados Abertos](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde batem recorde de aprovação e ganham 1,5 milhão de beneficiários durante a pandemia](#) -
Fonte: FenaSaúde

[Open Finance pode abarcar planos de saúde, indica Campos Neto](#) - Fonte: ISTOÉ

[Covid-19 gera alta no volume de exames e queda de consultas na saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

[Hapvida soma lucro líquido de R\\$ 104,6 milhões no 2º tri](#) - Fonte: ISTOÉ

[Mercado de Planos Odontológicos projeta crescimento entre 10,5 e 11% em 2021](#) - Fonte: SEGS

PLANOS DE SAÚDE: INTERESSE PELA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS SEGUE EM ALTA

GOV (ANS) – 17/08/2021

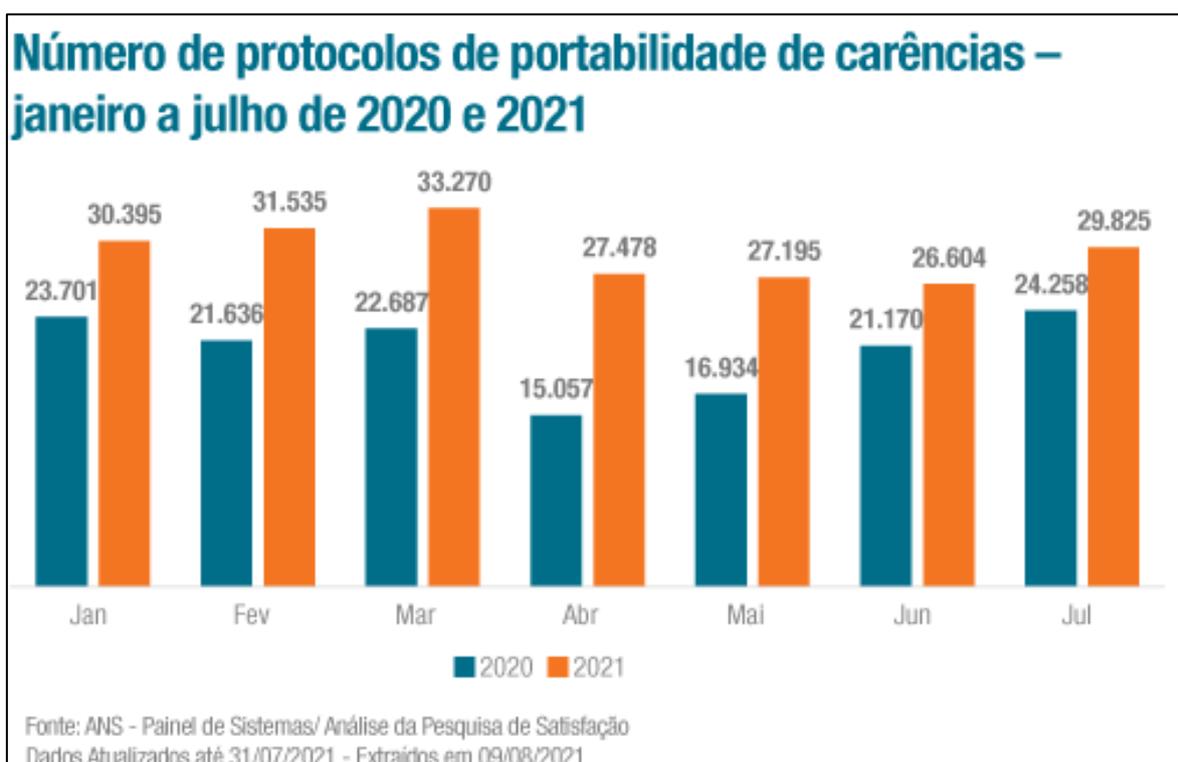
Busca por planos mais baratos continua sendo principal razão para consulta dos beneficiários.

O interesse pela portabilidade de carências - que é a possibilidade de trocar de planos de saúde levando consigo os períodos de carência e de cobertura parcial temporária para doenças, ou lesões preexistentes, já cumpridos - aumentou 42% nos primeiros sete meses de 2021 em relação ao mesmo período do ano passado. É o que mostra o relatório de acompanhamento de protocolos de portabilidade emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta de consulta

da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a contratação e troca de planos de saúde.

De janeiro a julho de 2021, foram gerados 206.302 protocolos de consultas sobre portabilidade de carências, 60.859 a mais que os gerados no mesmo período em 2020 (145.443). O principal motivo informado pelos usuários do Guia ANS é a busca por planos de saúde mais baratos.

Importante esclarecer que o número de protocolos emitidos representa o total de consultas finalizadas no Guia ANS e não o número de portabilidades efetivadas.



Considerando o período de março de 2020 a julho de 2021, as principais motivações informadas pelos beneficiários quanto ao interesse na portabilidade de carências foram: a

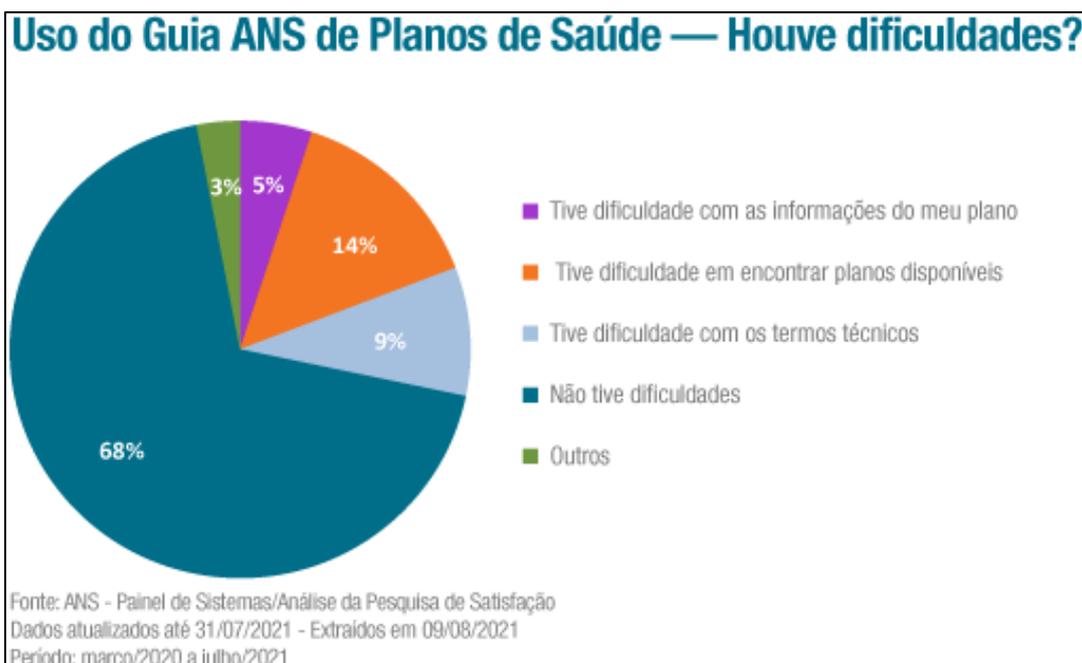
busca por um plano mais barato (44%), cancelamento de contrato (17%) e a procura por melhor qualidade da rede prestadora (16%), como pode ser visto no gráfico abaixo.



Percepção do usuário sobre o Guia de Planos

A percepção dos usuários sobre o Guia de Planos da ANS tem sido mensurada pela ANS com o objetivo de aprimorar, de forma permanente, a ferramenta. Dessa maneira, após o relatório ter sido gerado, é feita uma pesquisa com os usuários.

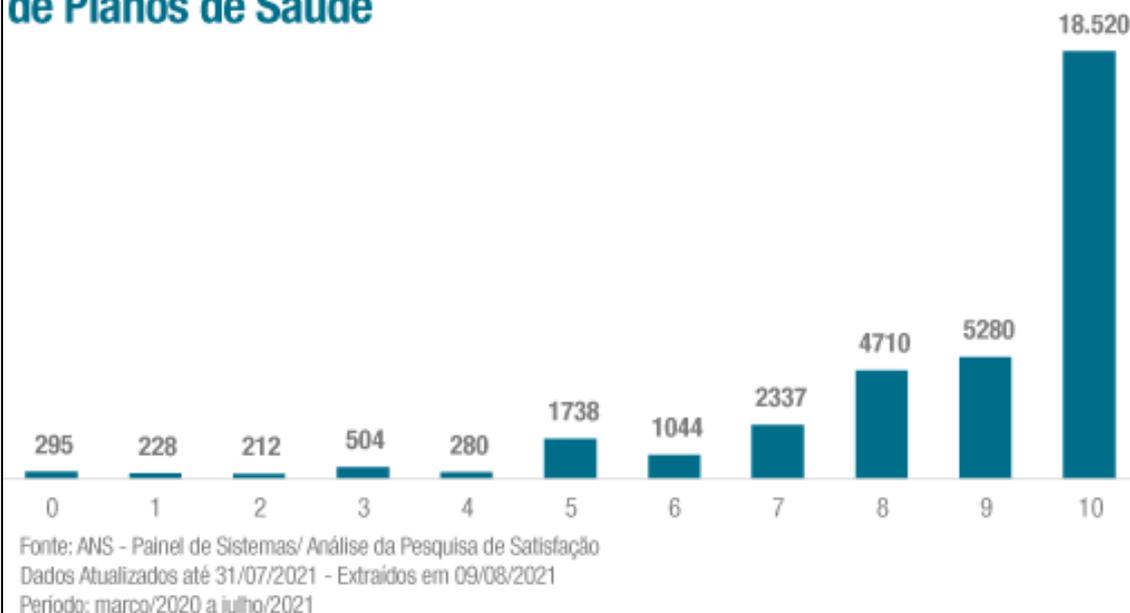
No período de março de 2020 a julho de 2021, 68% das pessoas que acessaram o Guia não tiveram dificuldades, enquanto 14% informaram dificuldade de encontrar planos disponíveis, o que pode estar relacionado ao fato de não existir opções de planos que atendam a região do usuário.



Na Análise de Satisfação com o Guia de Planos, a ANS solicita que o usuário atribua notas de 0 a 10 para o serviço. No gráfico abaixo, observa-se que a ampla maioria das

pessoas que navega pela ferramenta a avalia com a nota máxima.

Notas atribuídas pelos usuários do Guia ANS de Planos de Saúde



Como fazer a portabilidade de carências

A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à [Lei nº 9.656/98](#). Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos seguintes requisitos gerais:

- O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98);
- O plano de destino deve ter faixa de preço compatível com o plano atual;
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado;
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades;
- O beneficiário deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano:

1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

A ANS disponibiliza aos beneficiários uma cartilha com informações completas sobre o tema para orientar sobre prazos e critérios para realização da portabilidade.

[Clique e confira aqui.](#)

Guia ANS de Planos de Saúde

Para consultar os planos disponíveis no mercado e compatíveis para fins de portabilidade, o beneficiário deve consultar o [Guia ANS de Planos de Saúde](#). Depois de preencher as informações requisitadas sobre o plano de origem e sobre os critérios desejados na contratação do novo plano, ao final da consulta serão retornados os planos disponíveis para portabilidade.

O beneficiário deve escolher o plano que mais lhe convier e emitir o protocolo de Relatório de Compatibilidade. Depois de escolher o novo plano ao qual deseja aderir, deve procurar a operadora munido da documentação exigida e solicitar a proposta de adesão. A operadora do plano de destino tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

Há ainda situações específicas, em que não é exigida a compatibilidade de preço ou o cumprimento do prazo de permanência no plano ([veja situações específicas de portabilidade](#)), são os casos em que o beneficiário tem que mudar de plano por motivos alheios à sua vontade, como, por exemplo, morte do titular, cancelamento do contrato e falência da operadora.

Situações em que há carência no novo plano contratado:

Caso o beneficiário exerça portabilidade para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, estará sujeito ao cumprimento de carências, mas somente para as novas coberturas. Por exemplo: um beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar cumprindo carências apenas para a cobertura hospitalar.

Com isso, a ANS ampliou as opções de escolha do beneficiário, permitindo que ele encontre um plano de saúde que atenda suas necessidades, sem cumprir carências para as coberturas que já tenha cumprido, preservando, por outro lado, o equilíbrio do setor, ao manter a lógica prevista em Lei de exigência de carências para as novas coberturas.

[Clique aqui e saiba mais sobre portabilidade.](#)

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

Gov (ANS) – 17/08/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2021. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento Prontuário de Resultados – Mapeamento do Risco Assistencial, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O prontuário de resultados sofreu alterações de layout, a partir desse trimestre, e passa a conter exclusivamente as informações relativas ao Programa de Mapeamento do Risco Assistencial. Destaca-se a inclusão da relação dos produtos da operadora identificados no indicador de Proporção de Nota Técnica de Registro de Produto (NTRPs) com valor comercial de mensalidade atípico.

As fichas técnicas dos indicadores podem ser acessadas [aqui](#).

Lembramos que houve o cancelamento do processamento do Mapeamento do Risco Assistencial do ano base 2020, conforme decisão da 535ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Com isso, o Monitoramento do Risco Assistencial no ano de 2020 teve como base exclusiva o resultado do Programa de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento.

Conforme previsto nos artigos 9º e 10º da Resolução Normativa (RN) nº 416 de 22/12/2016, os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados impreterivelmente até o dia 01/09/2021, não havendo prorrogação. O envio deve ser feito via protocolo eletrônico de acordo com as orientações abaixo:

Para utilizar o Protocolo Eletrônico

Caso o usuário seja o representante legal, o Protocolo Eletrônico já estará disponível de forma automática. Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras
- Clicar em “Iniciar petição”
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”
- Seguir as orientações de preenchimento
- Selecionar o trimestre em referência

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”.

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

Importante: para evitar que o representante legal tenha que acessar o “ADMP Operadora” toda vez que precisar atribuir o acesso a um usuário, é possível delegar a concessão desses perfis para que tenham acesso definitivo ao sistema “ADMP Operadora”.

Para dúvidas sobre a concessão de acesso de perfil no Portal Operadoras, entre em contato pelo e-mail portaloperadoras@ans.gov.br.

O nome do arquivo deve seguir a seguinte estrutura: REGANS_RECURSO-MONIT-ASSIST_NN.PRO

Onde:

REGANS - Registro da operadora na ANS com 6 dígitos, sem traços, pontos nem separações.

RECURSO-MONIT-ASSIST - Identifica o assunto da demanda. Essa nomenclatura não deve ser alterada.

NN - Número da versão, 01, 02, 03, etc., caso a operadora necessite mandar mais de um questionamento.

Atenção: os arquivos devem atender aos requisitos dispostos nos normativos, inclusive no que se refere ao uso de assinatura digital do representante legal da operadora.

JOGO VIRA E PLANOS DE SAÚDE TÊM PERDAS, ENQUANTO HOSPITAIS LUCRAM

Valor Investe – 16/08/2021

De acordo com a fase, pandemia provoca resultados extremos para atores do setor

A pandemia provocou impactos distintos entre os grupos de saúde. No ano passado, as operadoras e seguradoras viram seus lucros saltarem a níveis recordes devido ao cancelamento de procedimentos eletivos — levando, inclusive, o setor a registrar pela primeira vez em sua história uma deflação médica. Já os hospitais, clínicas e laboratórios de medicina diagnóstica amargaram prejuízo ou tiveram lucro pífilo, uma vez que a conta dos pacientes acometidos pela covid-19 é menor quando comparada aos custos de cirurgias e exames de alta complexidade. Em 2021, o jogo virou. Os pacientes, que estavam praticamente há um ano sem pisar num consultório, voltaram a realizar procedimentos médicos e, em março, veio a segunda onda da covid-19, numa intensidade muito maior do que a primeira.

O resultado desse movimento fica claro nos balanços do segundo trimestre das companhias abertas que atuam no setor. Os hospitais e laboratórios reverteram os resultados negativos apurados no mesmo período do ano passado. Já as operadoras e seguradoras, que pagam essas contas médicas, tiveram prejuízo ou viram o lucro cair até 92%.

“Tivemos o melhor trimestre no ano passado e agora tivemos o pior na história da companhia”, disse Irlau Machado, presidente da NotreDame Intermédica. A operadora apurou um prejuízo de R\$ 48 milhões, no segundo trimestre, ante um lucro de R\$ 223,4 milhões um ano antes. Os custos da covid-19 somaram, entre abril e junho, R\$ 358 milhões, quase R\$ 100 milhões a mais em relação ao primeiro trimestre.

[Leia a reportagem completa no Valor Econômico.](#)

NOVA PROPOSTA DA REFORMA TRIBUTÁRIA NÃO AGRADA O SETOR DE SAÚDE

Jornal Contábil – 16/08/2021

A nova proposta de Reforma Tributária será votada nesta terça-feira (17) na Câmara dos Deputados, em Brasília.

A Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED), que alertou que o setor pode ser impactado drasticamente por conta dos PLs 3887/202, 2337/2021 e seus substitutivos, segue trabalhando para convencer os parlamentares dos riscos que o novo formato propõe, com a alteração de dispositivos que garantem benefícios fiscais e isenções para a importação do setor de equipamentos médicos, medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos.

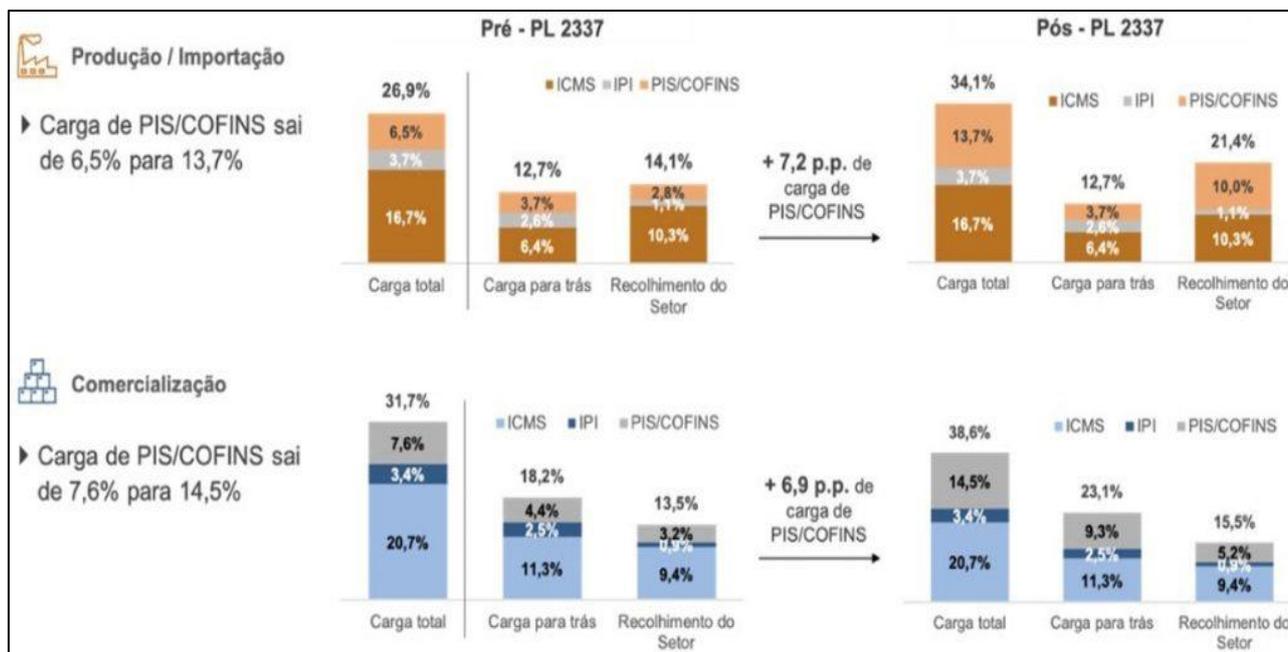
A ABIMED, que se posiciona totalmente contrária à proposta apresentada na semana passada, conseguiu o apoio da Deputada Silvia Cristina, que incluiu duas emendas visando suprimir do PL os trechos que revogavam os dispositivos de leis anteriores que permitiam concessão de benefícios fiscais ao segmento de dispositivos médicos.

Além de trazer impactos significativos no Imposto de Renda, o PL 2337/2021 trouxe embutido no corpo de seu texto alterações relativas ao PIS/COFINS que aumentam a carga tributária do setor, o que trará aumentos de custos para toda a cadeia produtiva da saúde, pressionando ainda mais a sustentabilidade de um setor essencial à vida das pessoas.

Esse projeto carece de mais diálogo público e encaminhamento via uma Comissão Especial.

Uma análise preliminar feita pela LCA Consultoria para a ABIMED indica que, de modo geral, para suas associadas para fabricação e importação de seus produtos, por exemplo, a carga tributária passaria de 26,9% para 34,1% – um aumento de 7,2 p.p. (vide gráfico abaixo).

No modelo proposto no texto que será levado para votação, o acréscimo de carga tributária deverá ser insustentável para todo o setor da saúde.



Fonte: ABIMED agosto 2021 – Análise preliminar elaborada por LCA Consultores.

“É algo que vai além do acréscimo de tributação. Isso tende a agravar, na ponta, a pressão sobre o SUS, além de onerar o cidadão que faz uso de planos de saúde e paga por serviços de saúde de forma direta. Do jeito que está projetada a Reforma, coloca o setor de saúde na UTI”, alerta o presidente executivo da ABIMED, Fernando Silveira Filho.

Segundo o presidente executivo, a ABIMED está empenhada visando sensibilizar os legisladores acerca da essencialidade do setor, para que não seja ainda mais afetado em um momento já tão delicado.

Silveira Filho completa que o setor da saúde pode não suportar a Reforma Tributária neste formato.

“Nossa inclinação é por uma Reforma Ampla. O fatiamento aumenta o custo dos diversos setores porque demanda esforços continuados no entendimento de cada etapa proposta, além de não resolver o cerne da questão que reside no ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, uma das maiores fontes de burocracia e distorções em nosso sistema tributário”, explica.

PIS/Cofins

Além do corte de incentivos tributários, a Reforma prevê ainda, com a unificação do PIS/COFINS em uma alíquota CBS (Contribuição Social sobre Operações com Bens e Serviços, um aumento da carga tributária para a indústria em 85%, além de 58% para o âmbito comercial.

O presidente executivo reforça que o setor já convive com uma elevada tributação e as mudanças devem impactar em outros cenários: menos investimentos e menor geração de empregos.

“A Saúde é um setor que emprega mão de obra qualificada, é gerador de renda e, se devidamente estimulado, pode ser um importante vetor de crescimento para o país. Mas isso só é possível com impostos justos e suportáveis em toda sua cadeia produtiva”, pontua Silveira Filho.

Silveira concorda que a Reforma Tributária se faz necessária, porém, as alterações devem considerar o uso do IVA (Imposto Sobre Valor Agregado), que prevê tratamento diferenciado ou isenções para a saúde.

Em 2016, o IVA foi responsável pela arrecadação de, em média, 20,2% da carga tributária dos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico), com destaque para o Chile (41,2%), Nova Zelândia (29,8%), Estônia (27%), Portugal (24,8%), Israel (24,1%), México (23,7%) e Reino Unido (20,8%).

Austrália, Canadá e Irlanda, por exemplo, têm alíquotas específicas para o setor de equipamentos médico-hospitalares.

Sobre a ABIMED

A Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED) comemora este ano o seu Jubileu de Prata. A entidade representa os interesses de 200 empresas nacionais e multinacionais de tecnologia avançada na área de equipamentos, produtos e suprimentos médico-hospitalares, que respondem por cerca de 65% do setor. A indústria de dispositivos médicos tem participação de 0,6% no PIB brasileiro, conta com mais de 13 mil empresas e gera em torno de 140 mil empregos diretos e qualificados. A ABIMED tem como princípio contribuir para a promoção de um ambiente saudável, sustentável e propício à inovação tecnológica e à competitividade de suas associadas nos mercados local e global. No último ano, após reavaliação de seus conceitos, a entidade reafirma seu propósito de

proporcionar qualidade de vida para as pessoas a partir do acesso às melhores práticas de saúde. Para tanto, suas ações apoiam-se em três dimensões: Tecnologia, Saúde e Vida. Além disso, a ABIMED possui em seus eixos pontos

fundamentais como a Sustentabilidade do Sistema e Ambiente de Negócios, a Tecnologia e Inovação, a Ética e Compliance, o Meio Ambiente e a Responsabilidade Social e a Educação.

VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES FICA EM -1,9% EM 2020

IESS – 15/08/2021

Os efeitos da pandemia do coronavírus tiveram reflexo na Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) no ano de 2020. O índice, apurado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), foi negativo em 1,9%, indicando queda em valores pagos pelas operadoras de planos de saúde individuais, quando comparados aos 12 meses anteriores. Em 2019, o índice havia registrado alta de 14,5%. O VCMH/IESS considera preços unitários por produtos e serviços pagos pelas operadoras de planos de saúde e, também, o volume de utilização desses itens pelos beneficiários em atendimentos médico-hospitalares.

A queda de 1,9% de 2020 se mostra menor do que a redução de 8,19% concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às mensalidades dos planos individuais para aplicação no período de maio de 2021 a abril de 2022, retroativamente ao período de 2020, conforme regra do órgão regulador. Historicamente, o VCMH/IESS é um indicador de referência usado pelo mercado de saúde suplementar para parametrizar expectativas de ajuste das mensalidades de planos de saúde individuais.

Em termos comparativos, a inflação de preços medida pelo IPCA/IBGE de 2019 para 2020 foi de 4,5%. O principal fator responsável pelo indicador negativo da saúde foi o adiamento de diversos procedimentos médicos por receio dos pacientes em se contaminarem com Covid-19 nos ambientes hospitalares, sobretudo em cirurgias eletivas e consultas.

A estrutura dos custos do VCMH/IESS é a seguinte: Internações (62%), Terapias (14%), Exames Complementares (10%), Consultas (7%), e Outros Serviços Ambulatoriais – OSA (7%). Vale reforçar que o indicador VCMH é uma medida da variação do custo médico-hospitalar per capita apurada pelo IESS e incorrido pelas operadoras de planos e seguros de saúde com a assistência a seus beneficiários. A variação do custo médico-hospitalar é calculada considerando-se o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos 12 meses imediatamente anteriores.

Impactaram para a queda as consultas (-27,9%), os exames (-17,0%) e outros serviços ambulatoriais (-0,3%). Terapias registraram crescimento de 7,6% e, internações, de 0,8%. Acesse o relatório completo [aqui](#).

1,1 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS REPRESADOS: COMEÇA O ESCOAMENTO

Saúde Business – 13/08/2021

“A boa notícia é que estamos aterrissando. A má notícia é que você é o piloto”, explica um meme popular nos dias de hoje. Está começando uma insólita descida aos ‘tempos normais’. Mundo afora, o coronavírus dá seus primeiros sinais de fastio. Não significa que o derrotamos, mas que ele está se entediando com humanos. Afinal, o patógeno esperava que as vacinas demorassem mais tempo a surgir, que os homens se enfadassem mais cedo com os lockdowns e que Trump fosse reeleito. Não rolou, e o vírus não gosta de ser contrariado. Acontece que para muitos é agora que começa o “surto enrustido”, aquele que pode demorar anos para desaparecer: o ‘desaguar’ de bilhões de tratamentos clínicos que ao longo dos últimos 18 meses ficaram represados. É possível que o mundo demore mais de uma década para equilibrar as demandas sanitárias reprimidas pelo isolamento social e pelo risco de contaminação da Covid-19. Mais do que isso: talvez seja necessário ‘reinventar os sistemas de saúde’ para absorver o volume retido de procedimentos, como também para nos capacitar à próxima epidemia. Por outro lado, se tínhamos dúvidas sobre o que é “globalização”, elas desaparecem, a civilização está tendo que engolir um 11º.

Mandamento: “quando não cuidares de ti e dos teus, não cuidará de todos”.

Em meados de 2020, mais de 41% dos adultos norte-americanos adiaram o atendimento médico ou o evitaram totalmente, incluindo serviços emergenciais, exames preventivos, tratamento de câncer e avaliações cardiovasculares. Esse represamento vem se propagando pelo mundo mais do que o próprio coronavírus. A última ‘pulse survey’ da OMS, realizada com 135 nações e publicada em abril último, mostrou que o Sars-CoV-2 continua a interromper severamente a prestação dos serviços de saúde. Trata-se da maior ‘represadura-clínico-assistencial’ da era moderna. De acordo com estudo da CovidSurg Collaborative, cerca de 28,4 milhões de cirurgias eletivas foram canceladas somente na primeira onda da Covid-19. O impacto pandêmico sobre os serviços essenciais das nações populosas é devastador, sendo provável que elas precisarão de anos para equilibrar minimamente as demandas. Considera-se que tenha havido no mundo, até o final de 2020, uma redução de 70% nos serviços de imunização de rotina; 69% nos serviços de diagnóstico e tratamento de doenças não transmissíveis e

61% no tratamento de doenças mentais. A paralização no diagnóstico e tratamento de câncer, por exemplo, chegou a 55% mundialmente (no Reino Unido, estima-se que só nessa fase houve mais de 3.500 mortes evitáveis de câncer, ou '60 mil anos de vida perdidos').

No Brasil, o problema da interrupção assistencial começa agora a mostrar seus números: "Estimamos que os procedimentos não realizados devam chegar a 1,6 bilhão neste ano, já que o cenário da Covid-19 se agravou nos primeiros meses de 2021", explicou Mauro Junqueira, secretário-executivo do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Tecnicamente, a entidade contabilizava até o final de 2020 mais de 1,1 bilhão de procedimentos clínicos adiados ou cancelados somente na rede pública. Só a cidade de São Paulo tem uma fila de 130 mil pacientes a espera de cirurgias seletivas e mais de 350 mil esperando por consultas com especialistas (fonte: Conass, julho 2021). Assim, enquanto a imunização vacinal cresce e os casos tendem a se estabilizar, espera-se uma torrente de milhões de pacientes voltando aos consultórios, centros cirúrgicos, laboratórios de diagnóstico e aos procedimentos terapêuticos. Essa 'carteira assistencial reprimida' chega num momento em que a comunidade médica está absolutamente esgotada, aflita e desanimada. Cada player da cadeia de saúde será piloto dessa gigantesca "arca-de-noé" de procedimentos acumulados. Tem de tudo nela: de crianças a idosos, de pobres a ricos, de urbanos a rurais.

Em 12 de agosto último, o jornal de The Guardian escancarou as dimensões do problema no Reino Unido. Perto de 1,2 milhão de pessoas estão esperando a mais de 6 meses por serviços essenciais do NHS, como cirurgias e tratamentos oftálmicos. "Ainda nem vimos o pico da demanda reprimida. Apesar da equipe trabalhar a todo vapor, uma recuperação nessa escala levará anos. Isso deixará muitas pessoas lutando diariamente para gerenciar suas condições de saúde enquanto esperam pelo tratamento essencial, arriscando-se a postergar os cuidados mais urgentes para um futuro próximo", explicou a vice-diretora do Nuffield Trust, Dra. Sarah Scobie. Para os serviços de ouvido, nariz/garganta e gastroenterologia a espera média no NHS é de 6 meses (o dobro do que em 2020). No mesmo período, o número de pacientes à espera de serviços ginecológicos saltou de 48 mil em maio de 2020 para 87 mil em 2021 (menos de 20 mil em 2019), sendo que para trauma e ortopedia a lista de espera dura em média 6 meses (212 mil pacientes). A Grã-Bretanha talvez tenha o serviço público assistencial mais respeitado do planeta, mas o tamanho da sua "arca-de-noé" é capaz de fazer o Royal Free London Trust, uma das joias da saúde britânica, ter filas para cirurgia oral de 69 semanas. Se isso acontece numa nação tão bem-preparada, o que dizer de tantas outras que mal conseguem gerenciar o seu 'plano nacional de imunização'.

Uma das condicionantes mais críticas para reduzir o impacto desse imenso 'desembocar de atendimentos' são as tecnologias digitais. A pandemia acelerou várias megatendências e transformações, como, por exemplo, a

digitalização, mas é nesse grave momento que digital health pode mostrar a sua força. A OCDE, em seu paper "Upscaling the Use of Digital Tools in Regions and Cities", mostra que nessa fase de represamento é necessário contar com 'abordagens digitais para diferentes horizontes de tempo'. Nesse contexto, ela preconiza que os healthcare providers utilizem um sequenciamento temporal para a incorporação digital, como, por exemplo: (1) reagir no curto prazo: prover comunicação bidirecional por meio de plataformas digitais que permitam reações ágeis aos contenciosos emergenciais (virtual-consultation, por exemplo), principalmente nos processos de triagem e agendamento; (2) resolver no médio prazo: atualizar os serviços digitais para (a) integrar o paciente às redes assistenciais parceiras, (b) 'remotelizar' os serviços médicos, e, acima de tudo, (c) suportar digitalmente a comunidade médica a prover assertividade e agilidade diagnóstica (EHR, Telemedicina, Telediagnóstico, etc.); e (3) reinventar-se no longo prazo: expandir a transformação digital produzindo novas propostas de medicina preventiva e preditiva, priorizando (a) máquinas inteligentes de deep learning, (b) a integração de todas as passagens e desfechos clínicos aos mecanismos de health analytics; e (c) as práticas de fomento ao autocuidado, instituindo health literacy em todos os níveis da educação fundamental (lembrando: 'alfabetizar o paciente em saudabilidade' não é só um dever do Estado, mas também do setor privado, que só conseguirá sustentação de longo prazo com uma inequívoca participação do beneficiário).

Nenhuma ação será suficiente para suportar essa avalanche clínica se a Cadeia de Saúde não perceber o que está em jogo: "As linhas de falha entre as indústrias e os modelos de negócios, tal qual as entendíamos antes da crise da Covid-19, agora tornaram-se fissuras gigantes, separando a velha realidade da nova", explicou Shubham Singhala no paper da McKinsey intitulado "The Great Acceleration". Ou seja, outrora os provedores de serviços médicos eram 'esforçados assimiladores' de tecnologia digital, agora terão de ser "obstinados agentes de transformação digital". É provável que nos próximos 18 meses perto de 8 a 12 milhões de usuários do SUS e da Saúde Suplementar retornem as instâncias médicas para socorrer-se de suas morbidades, principalmente as crônicas. Estavam afastados e amedrontados pela contaminação, sendo que grande parte deles voltará mais insalubre, menos protegido e muito mais queixoso. Salomonicamente, caberá a cadeia nacional de saúde decidir sobre a 'hierarquia atendimentos' para essa legião de usuários, que, dependendo da ordenação, poderá triplicar a judicialização da saúde em comparação a 2019.

Em todas as alçadas de recomposição dos procedimentos suspensos, seja no Brasil ou em qualquer parte do mundo, emerge um elemento decisivo: remotelização. É a Saúde Conectada que deverá suportar decisivamente os esforços de redução dos atendimentos represados. Estudo da Juniper Research, publicado agora em agosto, mostra que o número de consultas-virtuais realizadas globalmente chegará a 765 milhões em 2025, passando facilmente dos 422 milhões de 2021, o que representa um crescimento de 80%. Ou seja, em média, um paciente em qualquer parte do mundo usará

serviços de consulta on-line 3,6 vezes ao ano. Embora essa projeção leve em consideração a expansão dos serviços de 5G, trata-se de um número fascinante, principalmente se considerarmos que até 2030 o mundo terá um déficit de 18 milhões de profissionais de saúde (fonte: OMS).

Um magistral relatório da britânica Academy of Medical Sciences, publicado em julho último (“COVID-19: Preparing for the future”), relata detalhadamente em 130 páginas os percalços dos próximos anos frente a desova dos tratamentos médicos represados, não só no Reino Unido como em todo o Ocidente. “A pausa da maioria dos tratamentos ambulatoriais e internações eletivas durante a pandemia levou a um acúmulo de cuidados que alcançam uma espera no Reino Unido de 5,1 milhões de pessoas. Os serviços de saúde enfrentam um desafio mundial sem precedentes, tendo que

lidar ao mesmo tempo com a Covid-19 e com os demais serviços médicos drenados. Para resolver essa demanda reprimida, estima-se que a atividade clínica ambulatorial precisaria aumentar para muito além dos níveis pré-pandêmicos e permanecer crescente por muitos anos. A BMA (British Medical Association) enfatiza que se houvesse um aumento de 110% nos níveis de atenção pré-Covid-19 poderíamos levar até cinco anos para reduzir o acúmulo de cuidados eletivos represados”. Serão tempos difíceis, duros e dramáticos para boa parte da população mundial. Mas serão mais duros para países como o Brasil, cujo principal piloto da saúde é o Estado, que precisa urgentemente redimensionar seu orçamento sanitário. É no SUS e para o SUS que a pandemia mostrou a sua face mais perversa, e continuará assim, mesmo quando o coronavírus já não estiver mais entre nós.

AÇÃO DA KORA SAÚDE (KRSA3) ESTREIA NA B3 COM FORTE ALTA

Money Invest – 13/08/2021

Estreiou nesta sexta-feira na B3 (B3SA3), as ações da rede hospitalar Kora Saúde. Às 10h40 (horário de Brasília), os papéis da companhia chegaram entrar em leilão após subir mais de 18% no início das negociações. Os ativos saíram do leilão por volta das 10h48 e, naquele horário, subiam 8,33%, a R\$ 7,80.

A rede hospitalar do Espírito Santo Kora Saúde, precificou suas ações a R\$ 7,20, piso da faixa indicativa, no âmbito de

sua oferta restrita de ações. Com o IPO a empresa levantou R\$ 769,9 milhões de reais.

Recursos obtidos com a oferta serão usados para aquisição de ativos, para a inauguração de novos hospitais e para a expansão de outros segmentos hospitalares.

Kora Saúde está presente no Espírito Santo, Tocantins, Mato Grosso e Distrito Federal.

ANS DISPONIBILIZA NOVAS INFORMAÇÕES NO PORTAL DE DADOS ABERTOS

GOV (ANS) - 12/08/2021

Objetivo dos serviços é facilitar o acesso e fornecer ainda mais transparência ao setor de saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de publicar em sua página no Portal Brasileiro de Dados Abertos mais dois conjuntos de informações, o de Regimes Especiais de Direção Técnica e o Ressarcimento ao SUS por Operadora de Plano de Saúde.

Os dados de Regimes Especiais de Direção Técnica contemplam a relação de operadoras de planos de saúde que tiveram regimes especiais de direção técnica instaurados desde 2002, além de suas respectivas Resoluções Operacionais. A atualização será semestral e a consolidação dessas informações demonstra a atuação da ANS para aprimorar a transparência dos atos administrativos e garantir a qualidade e a continuidade da assistência aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O Regime Especial de Direção Técnica é instaurado quando a ANS verifica em uma operadora de plano de saúde a ocorrência de anormalidades administrativas graves de

natureza assistencial que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento prestado.

[Clique aqui](#) para acessar os dados do Regime Especial de Direção Técnica no Portal de Dados Abertos.

O conjunto de dados de Ressarcimento ao SUS por Operadora de Plano de Saúde contempla dados sobre pagamento, recursos e instâncias de julgamento por cada empresa com números e valores. Reúne dados dos sistemas de Informações de Beneficiários (SIB-ANS), de Internação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e de Gestão do Ressarcimento ao SUS (SGR-ANS) e será atualizado mensalmente.

Para conferir o novo conjunto de Ressarcimento ao SUS, [clique aqui](#).

Sobre os dados abertos

Dados são abertos quando qualquer indivíduo pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma

licença. O Open Government Working Group (Grupo de Trabalho de Governo Aberto) estabeleceu oito princípios técnicos para dados abertos – são completos, primários (com o maior nível de granularidade e sem agregação ou modificação), atuais, acessíveis, processáveis por máquina (processamento automatizado), não-discriminatórios (disponíveis para todos), não-proprietários e livres de licença (livres de direito autoral, patente, propriedade intelectual ou segredo industrial). Restrições relacionadas à privacidade e segurança são permitidas.

Ao disponibilizar os dados em novo ambiente além do portal da ANS, a agência reguladora se alinha à Política de Dados Abertos do Governo Federal, fundamentada no desenvolvimento de um ecossistema de dados e informações que beneficia a sociedade e favorece a cooperação entre todos os setores, inclusive a iniciativa privada, o setor acadêmico e o próprio Governo.

PLANOS DE SAÚDE BATEM RECORDE DE APROVAÇÃO E GANHAM 1,5 MILHÃO DE BENEFICIÁRIOS DURANTE A PANDEMIA

FenaSaúde – 12/08/2021

Para a FenaSaúde, resultados refletem o trabalho das operadoras no enfrentamento à Covid-19, como o atendimento de qualidade, a ampliação de leitos e a telemedicina

Os planos de saúde ganharam 1,5 milhão de novos beneficiários entre junho de 2020 e junho de 2021 em todo o país, segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Os planos de saúde também conseguiram, mesmo diante da pandemia, bater o recorde de avaliação positiva.

É o que indica um estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que mostrou que 84% dos beneficiários estão muito satisfeitos com os planos de saúde. Em 2019, esse índice era de 80%. Dentre os quesitos mais bem avaliados está o que se refere à cobertura dos planos de saúde, cuja aprovação passou de 15%, em 2019, para 25%, em 2021.

Para a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), a melhora na aprovação se deve, sobretudo, às iniciativas adotadas pelas operadoras de saúde no enfrentamento da pandemia, com esforços constantes por salvar vidas, desde atendimentos de emergência até o uso da telemedicina.

“Isso só foi possível graças ao direcionamento de equipes e recursos para atendimento à Covid, capacitação, treinamento, além de investimentos na ampliação de leitos e na construção de novos hospitais”, ressalta a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Outro ponto de destaque que contribui para a avaliação positiva é a implementação da telessaúde. A medida, autorizada durante a pandemia, mas somente enquanto

permanecer a situação de emergência, se mostrou acertada e essencial. Entre março de 2020 e maio deste ano, foram realizados 3,1 milhões de teleatendimentos no país, segundo levantamento da FenaSaúde. A resolutividade dos casos durante as consultas on-line foi superior a 90% e o índice de satisfação variou entre 75% e 94%.

“Essas consultas garantiram mais acesso à saúde para os beneficiários e evitaram o risco de contaminação pelo coronavírus numa ida ao hospital ou clínica”, explica a diretora executiva da FenaSaúde.

Necessidade de novos produtos

Ainda segundo o estudo feito pelo IESS, 41,4% das pessoas entrevistadas já tiveram plano de saúde, sendo a demissão do emprego e o preço das mensalidades as razões principais para não possuir mais o plano. A qualidade do atendimento e a comodidade/conforto são as justificativas mais recorrentes para o interesse em se ter plano de saúde (66%). Já entre aqueles que afirmam não ter interesse (34%), o preço da mensalidade é o principal impeditivo.

“Esses dados mostram que as pessoas querem planos com mais opções, que sejam mais aderentes à sua capacidade de pagamento. Portanto, é fundamental diversificar e ampliar os tipos de cobertura que possam ser oferecidos e comercializados”, ressalta a diretora executiva da FenaSaúde.

Ainda segundo Vera Valente, a medida visa aumentar o número de beneficiários, mas sobretudo desafogar o SUS, que está sobrecarregado e enfrenta restrições orçamentárias. “Assim, conseguimos deixá-lo apenas para quem não tem, realmente, condições de pagar por um plano de saúde.”

OPEN FINANCE PODE ABARCAR PLANOS DE SAÚDE, INDICA CAMPOS NETO

ISTOÉ – 12/08/2021

BRASÍLIA (Reuters) – O presidente do Banco Central, Roberto Campos Neto, disse nesta quinta-feira ter tido conversa com o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, sobre a abrangência do open finance abarcar também planos de saúde.

Ao participar de evento online promovido pela Abrasel (Associação Brasileira de Bares e Restaurantes), ele reiterou que o open finance englobará seguros e previdência privada.

O open finance—ou sistema financeiro aberto— vai abrir espaço para a possibilidade de clientes de produtos e serviços compartilharem suas informações entre diferentes instituições autorizadas pelo BC. Eles também vão poder movimentar suas contas bancárias a partir de diferentes plataformas, e não apenas pelo aplicativo ou site do banco.

COVID-19 GERA ALTA NO VOLUME DE EXAMES E QUEDA DE CONSULTAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 11/08/2021

A pandemia de Covid-19 gerou mudança no perfil de utilização dos planos de saúde. A pesquisa Vox Populi, realizada a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e divulgada em abril de 2021, mostra que os beneficiários realizaram mais exames diagnósticos e menos consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista, invertendo a tendência apresentada nas edições anteriores.

Enquanto em 2015, 2017 e 2019, a maior frequência de utilização dos planos era para consultas médicas, na edição 2021 o volume mais alto foi de exames diagnósticos. Isso

reforça um cuidado em relação à contaminação por Covid-19 e ainda maior escolha por parte de pacientes de adiarem cirurgias eletivas em função do risco da pandemia. Na edição deste ano, 88% dos entrevistados realizaram exames, contra 78% da anterior. O percentual daqueles que tiveram consultas caiu de 86% em 2019 para 71% neste ano.

Em abril deste ano, o Vox Populi ouviu 3,2 mil pessoas (1,6 mil beneficiários e 1,6 mil não beneficiários) em oito regiões metropolitanas do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus). A íntegra da pesquisa você confere [AQUI](#).

HAPVIDA SOMA LUCRO LÍQUIDO DE R\$ 104,6 MILHÕES NO 2º TRI

ISTOÉ – 11/08/2021

A operadora de planos de saúde Hapvida registrou lucro líquido de R\$ 104,6 milhões no segundo trimestre de 2021, queda de 62,5% ante o mesmo período do ano passado.

O Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) somou R\$ 291,7 milhões, recuo de 052% ante o mesmo intervalo de 2020.

Por outro lado, a receita líquida do Hapvida atingiu R\$ 2,402 bilhões no intervalo entre abril e junho, alta anual de 15,7%. A sinistralidade total atingiu 70,7% no trimestre, representando avanço de 16,2 pontos percentuais em relação ao período em 2020. A sinistralidade caixa atingiu 66,6%, crescimento de 14,2 pontos percentuais.

O número de beneficiários de planos de saúde ao fim do junho apresentou crescimento de 16,7% na comparação com o mesmo período do ano anterior, totalizando 4,084 milhões. Entre os planos odontológicos, houve crescimento de 12,5%, para R\$ 3,113 milhões.

A empresa encerrou o trimestre com 47 hospitais, 47 unidades de pronto atendimento, 199 clínicas e 172 unidades de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial, totalizando assim 465 pontos de atendimento acessíveis aos nossos beneficiários, em todas as cinco regiões do país. Estão incluídos nos números os ativos provenientes da Promed.

Segundo a companhia, a sinistralidade foi impactada pelo volume de internações causadas pela covid-19; pelo alto número de atendimentos relacionados ao período sazonal de víruses; e pelos custos assistenciais oriundos das empresas recém-adquiridas (Medical, Grupo São José e, nesse trimestre, Promed) que ainda operam em patamares mais elevados de sinistralidade.

O Hapvida encerrou o trimestre com posição de caixa líquido de R\$ 4,9 bilhões, com índice dívida financeira líquida/Ebitda de -1,4x, ante -1,1x no mesmo trimestre do ano passado e -0,7x no primeiro trimestre deste ano.

MERCADO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS PROJETA CRESCIMENTO ENTRE 10,5 E 11% EM 2021

SEGS - 11/08/2021

Número de beneficiários, encerrou o primeiro semestre com 28,1 milhões, apontando crescimento contínuo até o final do ano.

Segundo dados divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o mercado de planos exclusivamente odontológicos cresce continuamente nos últimos vinte anos.

O segmento, representado pela Associação Brasileira de Planos Odontológicos (SINOG) já iniciou 2021 aquecido, pois as estimativas, que já eram positivas e indicavam um aumento de 1,4% no número de beneficiários no primeiro trimestre do ano, foram superadas (2,2%), e os números mais recentes que fecharam o primeiro semestre de 2021, já totalizam 28,1 beneficiários de planos odontológicos. Para o ano, é esperado um crescimento entre 10,5 e 11% %, indicando uma intensificação da contratação do benefício odontológico em 2021, mesmo diante de um cenário econômico conturbado.

"Queremos consolidar o plano odontológico como o principal agente de acesso à saúde bucal", destaca Dr. Roberto Cury, presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (SINOG), instituição com maior representatividade no Brasil de operadoras de planos odontológicos, com 68% de do mercado em número de beneficiários.

Sobre a SINOG:

A SINOG, Associação Brasileira de Planos Odontológicos, foi criada em 1996 com o objetivo de atuar como agente de crescimento e aprimoramento das empresas de assistência odontológica, incluindo todas as operadoras de planos odontológicos. Em sua atuação, representa as associadas junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e nos conselhos de classe (CFO - Conselho Federal de Odontologia e CROs - Conselhos Regionais de Odontologia), colabora no desenvolvimento técnico-científico da categoria, define padrões mínimos de qualidade e de gestão, divulga e amplia o conceito de plano odontológico como agente facilitador do acesso à assistência de saúde bucal da população, promove a integração das empresas junto à classe odontológica e continua atuando como sindicato patronal, representando as operadoras de Odontologia de Grupo em todo o Brasil nas negociações coletivas, realizando assembleias gerais para a discussão e debate das pautas de reivindicações apresentadas pelos diversos sindicatos profissionais. Atualmente conta com operadoras associadas que representam 68,3% do mercado, em beneficiários.

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