

ÍNDICE INTERATIVO

[Setor da saúde encolhe 3,5%, no primeiro semestre, e fecha mais de 5 mil postos de trabalho](#) - Fonte: Saúde Business

[Seminário na tv conjur debate contratos coletivos de planos de saúde](#) - Fonte: Conjur

[Aumenta sobrepeso e obesidade entre beneficiários de planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[O impacto da covid-19 nos planos de saúde das empresas](#) - Fonte: Saúde Business

[Presidente da Fenasaúde aponta rumos para a telemedicina](#) - Fonte: Fenasaúde

[Boletim covid-19: nova edição atualiza dados sobre utilização dos planos de saúde na pandemia](#) - Fonte: ANS

[Covid-19: ocupação de leitos na rede privada cai para 57% em agosto](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS recebeu mais de 11 mil queixas relacionadas à covid-19](#) - Fonte: Agência Brasil

[Curso gratuito do IESS e da ENS ensina conceitos da saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

SETOR DA SAÚDE ENCOLHE 3,5%, NO PRIMEIRO SEMESTRE, E FECHA MAIS DE 5 MIL POSTOS DE TRABALHO

Saúde Business – 23/09/2020

Produção doméstica de dispositivos médicos despencou 27,1%. Importações cresceram 21,2%, impulsionadas pela Covid-19, sendo os EPIs, isoladamente, com elevação de quase 2.000%

Engana-se em acreditar que o setor da saúde não sofreu as consequências econômicas da pandemia. Dados do Boletim Econômico da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS), que acabam de ser divulgados, revelam que o consumo aparente de Dispositivos Médicos caiu 3,5%, nos seis primeiros meses de 2020, na comparação com o mesmo período do ano passado. Os segmentos que mais sofreram queda de consumo foram próteses e implantes (-23,7%) e materiais e equipamentos para a saúde (-12,9%). O setor fechou 5.235 postos de trabalho, o equivalente a 3,7% do total de 136.671 trabalhadores nas atividades industriais e comerciais.

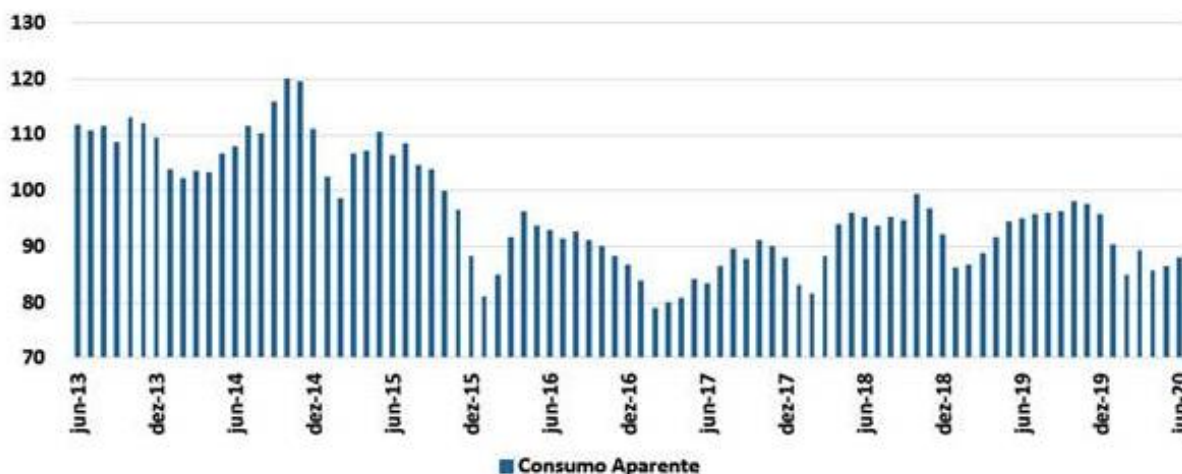
“A preparação para o atendimento da população na pandemia aumentou a demanda por produtos de nichos específicos, como materiais e equipamentos usados em leitos de média e alta complexidade e testes para a detecção da Covid-19. Mas o cancelamento de procedimentos médicos não relacionados à pandemia reduziu as compras externas e a fabricação doméstica de produtos dos demais segmentos do setor”, explica o diretor executivo da ABIIS, José Márcio Cerqueira Gomes.

Entre janeiro e junho, houve crescimento nas importações de produtos do setor, concentrado nos segmentos voltados para o atendimento da Covid-19 de equipamentos hospitalares (+37%), mobiliário de uso médico hospitalar (+19%), equipamentos de proteção individual – EPIs (+1.929%) e reagentes para diagnóstico in vitro (+32%). Com isso, o índice de importação cresceu 21,2%, na comparação com o primeiro semestre de 2019, totalizando US\$ 3,1 bilhões. Por outro lado, a produção doméstica recuou 27,1%.

As atividades de prestação de serviços hospitalar e ambulatorial (públicas e privadas) representam 4,3% da atividade econômica do país, de acordo com o IBGE. O Boletim Econômico ABIIS destaca cálculo efetuado pela FGV que assinala que a retração do setor saúde no primeiro semestre foi responsável por 0,8% do recuo total de 5,9% no PIB no período, em relação a igual período do ano anterior. O desaquecimento na saúde exerceu um impacto de 13,5% na desaceleração da economia brasileira.

José Márcio Cerqueira Gomes ressalta que, “analisando a evolução do consumo aparente do mercado de dispositivos médicos desde 2012, quando o Boletim da ABIIS começou a ser produzido, estamos mais de 10% abaixo do patamar daquele período”.

Gráfico 01. Evolução do consumo aparente ou mercado de dispositivos médicos (DM) - Em número índice, móvel trimestral (base média 2012=100) | Até Junho de 2020



Fonte: Aliceweb/ SECEX | Elaboração: Websetorial

Para o segundo semestre, a tendência é de melhora no setor. “Com a queda no número de infectados pela Covid-19, acreditamos que os procedimentos eletivos, pouco a pouco, voltem a ocorrer. Estamos com uma perspectiva de leve recuperação no segundo semestre e de encerramento de

2020 com queda na atividade de entre 1% e 2%”, conclui o diretor executivo da ABIIS.

O Boletim Econômico ABIIS é desenvolvido pela Websetorial Consultoria Econômica.

SEMINÁRIO NA TV CONJUR DEBATE CONTRATOS COLETIVOS DE PLANOS DE SAÚDE

Conjur – 22/09/2020

O amadurecimento das relações consumidor-empresa no Brasil passa, necessariamente, pela autorregulação. Nesta quarta-feira (23/9), o ministro Villas Bôas Cueva, do Superior Tribunal de Justiça, vai explicar como essa solução pode socorrer o setor da Saúde Suplementar. A partir das 10h, a TV ConJur leva ao ar a Jornada Jurídica dedicada à discussão do equilíbrio econômico e atuarial e a sustentabilidade do contrato coletivo dos planos de saúde.

O programa terá também o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), Reinaldo Scheibe; Guilherme Valdetaro Mathias, do escritório Sérgio Bermudes Advogados; e, como mediadora, a desembargadora Maria Erotides Kneip, diretora-geral da Escola Superior de Magistratura de Mato Grosso.

Para o ministro Cueva, as controvérsias podem ser resolvidas de maneira rápida, objetiva e barata pelos próprios setores. A autorregulação traria com ela serviços mais eficientes de atendimento aos usuários, inclusive com uma plataforma de resolução online de conflitos e mediação presencial.

Nesse sentido, as agências deveriam ter papel mais efetivo e enérgico, ao impor que os setores e empresas reguladas resolvam os conflitos com seus clientes, sem necessidade de recorrer à justiça estatal.

"A agência reguladora poderia até mesmo exigir planos de compliance com metas de resolução de conflitos e multas

pelo desrespeito sistemático a direitos dos clientes", sugere o ministro do STJ.

Outra possibilidade seria a criação de um tipo de ombudsman, como já existe na Europa, como se vê na Suíça e em Lichtenstein, ou na Inglaterra, que adotou, com grande sucesso, o ombudsman bancário. Pagos pelo setor, 3 mil funcionários processam todas reclamações contra banco para levar a uma solução do conflito. Mas o jurisdicionado tem sempre opção de recorrer ao Judiciário. O banco, não, já que as decisões do órgão têm efeito vinculante.

No Brasil, o problema que outros países não têm é o dano moral, que foi banalizado e abriu a porta para todo tipo de abusos. "Já recebi advogados que só fazem dano moral em saúde suplementar", afirma. O direito acabou sendo precificado e virou interesse autônomo.

O STJ tem procurado, em sua jurisprudência, adequar dano moral para que se caracterize o direito quando ele realmente existe, mas não em qualquer situação como, por exemplo, para quem utiliza medicamento não autorizado pela Anvisa.

O evento é uma realização do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) e do Colégio Permanente de Diretores de Escolas da Magistratura (Copedem), e constará de mais duas jornadas nos dias 30 deste mês e no dia 7 de outubro.

Clique [aqui](#) para acompanhar o debate.

AUMENTA SOBREPESO E OBESIDADE ENTRE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

IESS – 22/09/2020

Os índices de excesso de peso e obesidade no Brasil são crescentes e alarmantes. É o que mostra o Estudo Especial "Evolução dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários de planos de saúde (2008 – 2018)", que acabamos de publicar. A publicação é baseada nos dados de beneficiários residentes das capitais dos estados brasileiros entre o período assinalado com base no Vigitel Saúde Suplementar 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A proporção de adultos com excesso de peso aumentou de 46,5% em 2008 para 56,3% em 2018, com variação anual média de 0,85 pp. Isso significa que quase três a cada cinco entrevistados com planos de saúde estavam com excesso de peso em 2018. Em relação à obesidade, o percentual foi de 12,5% para 19,6% no mesmo intervalo de tempo, um aumento de 56,8%.

Esse aumento dos dois índices está diretamente relacionado com o avanço de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, além de alguns tipos de câncer, o que afeta diretamente não só a saúde dos brasileiros, mas os sistemas de saúde e as operadoras de planos.

Para se ter uma ideia, a publicação mostra que os homens possuem uma frequência de sobrepeso maior do que as mulheres. No entanto, a variação anual média tem sido maior nas mulheres (1,04 pp) em relação aos homens (0,63 pp). Para elas, a frequência de excesso de peso saltou de 38,6% em 2008 para 50,8% em 2018.

Já a frequência de adultos obesos com planos de saúde aumentou 56,8% entre 2008 e 2018, de 12,5% para 19,6%. O estudo estima que o número de beneficiários obesos passou de 1,7 milhão em 2008 para 2,9 milhões em 2018 com maior frequência entre os homens. A prevalência, entretanto, está crescendo entre as mulheres de forma mais acentuada.

No período analisado foi de 11,2% para 18,9%, um aumento de 68,8% em 10 anos. Enquanto os homens passaram de 14,2% para 20,5% no mesmo período (crescimento de 44,4%).

A extensa pesquisa ainda traz dados sobre os beneficiários fumantes, com diabetes, nível de atividade física, consumo de produtos industrializados, entre outros. Os resultados reforçam a importância de dar prioridade às políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças por parte das operadoras de planos de saúde.

Foram realizadas entrevistas com 52.395 adultos acima de 18 anos entre os meses de janeiro e dezembro de 2018 em todas as capitais e no Distrito Federal. O Vigitel Saúde Suplementar 2018 utiliza uma subamostra com 28.611 entrevistados que referiram possuir plano de saúde (ou seja, 55% da população entrevistada).

Seguiremos apresentando mais dados nos próximos dias. Acesse [aqui](#) o estudo na íntegra.

O IMPACTO DA COVID-19 NOS PLANOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS

Saúde Business – 22/09/2020

Os problemas expostos pela pandemia do coronavírus apontam a necessidade de desenvolver um sistema de saúde mais resiliente para o futuro, capaz de proteger a vida humana e preservar o equilíbrio econômico e financeiro. As organizações possuem papel importante na criação desses esforços e na busca desse equilíbrio.

Para as empresas, os últimos meses ampliaram um desafio que já existe há muito tempo: o do gerenciamento dos custos de saúde de seus funcionários. Equipes de RH do mundo inteiro já começam a rever os custos com saúde, considerando os orçamentos, as despesas e seus resultados financeiros.

De acordo com a pesquisa COVID-19: Impacto nos Negócios e Benefícios, da Willis Towers Watson, realizada entre os dias 26 de maio e 10 de junho de 2020, 60% das empresas brasileiras estimam algum aumento dos custos com programas de saúde em função do coronavírus.

Lidar com a Covid-19 em si é caro, mas alguns fatores em andamento devem ser considerados como possíveis itens adicionais de agravamento de gastos para o próximo ano. A preocupação no momento é o potencial acúmulo de sinistros dos planos em 2021, uma vez que neste ano muitas empresas observam redução geral de frequência dos sinistros médicos em função da postergação de procedimentos e atendimentos eletivos pelas operadoras e usuários dos planos.

A previsão é de que, para algumas empresas, ocorra uma bolha de utilização no próximo ano porque muitas cirurgias e atendimentos deixaram de ser realizados agora e as pessoas possivelmente irão buscar a retomada de tratamentos e procedimentos de rotina em um período semelhante de forma concentrada, além de fatores de potencial agravamento de custo em determinados casos em função da postergação ocorrida este ano.

Além desse atraso nas despesas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou, no dia 21 de agosto,

a suspensão de reajustes dos planos de saúde entre os meses de setembro a dezembro de 2020. A suspensão refere-se à utilização dos planos, bem como a alterações em programas com cobrança por faixa etária, e é aplicável a depender do tipo de contratação de plano (individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial). O reajuste suspenso referente a este período ocorrerá também no ano de 2021.

Para planos coletivos empresariais que contam com mais de 30 usuários, a suspensão do reajuste é uma condição opcional. Portanto, há de se considerar o planejamento financeiro para o reajuste ocorrer ainda em 2020 ou 2021. Deve-se somar a isso o fato de que estão ocorrendo investimentos adicionais nos programas, nas ações de saúde e bem-estar e nos serviços de telemedicina.

A pandemia abre oportunidades para as empresas estimularem os funcionários a procurar, gerenciar e receber cuidados de saúde virtualmente. A crescente disposição de clínicos e pacientes em usar tecnologias digitais está mudando o cenário da saúde e deve trazer uma série de benefícios, mas no curto prazo também é mais uma causa para o desequilíbrio dos custos.

Diante disso, é importante que se discuta com as operadoras de saúde como estão os sinistros e como serão feitas as próximas renovações e a forma de aplicação de reajustes suspensos, quando aplicável. Líderes também precisam ter uma visão clara de quanto os custos médicos hospitalares estão afetando seus negócios especificamente.

As empresas que tomarem mais rapidamente medidas para entender o tamanho do impacto e avaliarem alternativas para sua gestão de saúde estarão mais bem posicionadas para gerenciar os gastos e a saúde dos funcionários nos próximos anos.

Sobre o autor

René Ballo, líder da área de consultoria em benefícios da Willis Towers Watson.

PRESIDENTE DA FENASAÚDE APONTA RUMOS PARA A TELEMEDICINA

Fenasaúde - 19/09/2020

João Alceu Amoroso Lima defendeu livre negociação entre prestadores e operadoras

O presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, defendeu a rápida regulamentação definitiva da telemedicina. Ele ressaltou alguns aspectos que merecem atenção especial por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), a quem caberá à tarefa.

“A grande vitoriosa da pandemia foi a telemedicina. Filtrou a ida a prontos-socorros e atende centena de milhares de casos com índice de resolutividade de 85% na primeira consulta”, afirmou João Alceu, no webinar “Como a pandemia tem transformado as relações entre prestadores e operadoras de planos de saúde”, promovido pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) na última quinta-feira (17).

Com relação à territorialidade, ou seja, a possibilidade de pacientes serem atendidos por médicos de outra região ou estado, as melhores experiências indicam que o acesso deve se dar sem limitações. Já a decisão sobre a necessidade de a primeira consulta ser ou não presencial deve caber ao médico, caso a caso. Finalmente, a remuneração das consultas à distância deve resultar de livre negociação entre

prestadores e operadoras, como ocorre com os procedimentos presenciais.

João Alceu, entretanto, afirmou que a empresa que estiver interessada na telemedicina apenas por redução de custos “queima a largada”. O objetivo é racionalizar as operações e oferecer um serviço mais eficiente para o beneficiário.

O presidente da FenaSaúde, em sua fala, também destacou os avanços no combate à covid-19. “Não se tinha protocolo, havia desconhecimento da doença. Aprendeu-se a melhorar o protocolo e os resultados são visíveis”, disse. João Alceu também comentou sobre a volta à normalidade dos índices de sinistralidade, após uma queda ocorrida durante o pico da pandemia. “O fato é que volume e frequência estão voltando. Acreditamos que lá para outubro ou novembro a frequência seja normalizada”, previu.

Também participaram do webinar o diretor-presidente da ANS, Rogério Scarabel; o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Reinaldo Scheibe; o vice-presidente do conselho da Anahp e diretor geral do Hospital Israelita Albert Einstein, Henrique Neves. A mediação foi de Leandro Reis, vice-presidente médico da Rede D’Or São Luiz.

BOLETIM COVID-19: NOVA EDIÇÃO ATUALIZA DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NA PANDEMIA

ANS – 18/09/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza nesta sexta-feira (18/09) uma nova edição do Boletim Covid-19, com o monitoramento do setor de planos de saúde durante a pandemia de Coronavírus. O informativo contempla dados coletados até agosto e apresenta novidades em relação às edições anteriores: além das informações assistenciais, econômico-financeiras e demandas dos consumidores recebidas pela ANS, foram incluídos dados que detalham a evolução do número de beneficiários e número de exames relacionados à Covid-19 realizados na saúde suplementar no período da pandemia.

O objetivo do boletim Covid-19 é monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor durante o período da pandemia, subsidiando análise qualificada da Agência Reguladora e prestando mais informações à sociedade.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

Os indicadores assistenciais apontam as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde hospitalares durante a pandemia e suas implicações nas despesas das operadoras. Os dados abrangem ainda informações sobre atendimentos em Serviços de Apoio

Diagnóstico Terapêutico (SADT), permitindo uma análise da utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar. Já os indicadores econômico-financeiros analisam a sinistralidade observada através do fluxo de caixa das operadoras - movimento de entrada (recebimentos) e saída (pagamentos) de recursos em um dado período - e a inadimplência, ou seja, o não pagamento de obrigações no prazo estabelecido. O boletim também inclui análise das demandas dos consumidores registradas pelos canais de atendimento da ANS.

A novidade desta edição do Boletim é o acréscimo de informações sobre a variação da base de beneficiários de planos de saúde, com detalhamentos da evolução do número de vínculos por tipo de contratação e por faixa etária. Também foram adicionados dados referentes à realização de exames de detecção de Covid-19 e de imagem de tórax, extraídos da base do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar).

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 52 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de

100 operadoras também selecionadas via amostragem, de acordo com a relevância da base de beneficiários. Juntas, as operadoras respondentes para estes dois grupos de informação compreendem 73% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Para esta coleta adicional, as informações são provenientes de dados enviados através de Requisições de Informações. Adicionalmente, na construção do boletim, para estes e demais indicadores relacionados a demandas de consumidores e variação da base de beneficiários, foram utilizados dados oficiais da ANS, entre eles, o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), o Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Evolução de beneficiários

A evolução de beneficiários no setor reflete o movimento de adesões e cancelamentos de planos de saúde diante da pandemia e é uma informação relevante a ser monitorada, já que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras. Em julho, a evolução mensal de beneficiários em planos médico-hospitalares apresentou leve crescimento de 0,1% no comparativo com o mês anterior, totalizando 46.758.762 beneficiários.

Quando analisados os dados de julho em relação a março de 2020, por tipo de contratação do plano, observou-se que somente os coletivos por adesão apresentaram crescimento no período, ainda que pequeno (0,57%). Já os planos coletivos empresariais e individuais ou familiares registraram queda nesse período, respectivamente de 0,98% e de 0,55%.

Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a taxa de crescimento de beneficiários idosos (acima de 59 anos) foi positiva em todos tipos de contratações nesse mesmo período (março a julho de 2020): 1,05% de aumento nos coletivos empresariais, 0,79% nos individuais ou familiares e 0,59% nos coletivos por adesão. Já no caso dos beneficiários da faixa etária até 59 anos, houve redução na evolução de beneficiários nos planos de contratação coletivo empresarial e individual ou familiar, sendo 1,16% e 1,05% de queda, respectivamente. Nos coletivos por adesão, foi registrado aumento de 0,57%.

Esse resultado é condizente com a conjuntura da pandemia, indicando que a população mais vulnerável se esforça para preservar ou ampliar a cobertura assistencial e os efeitos da crise econômica e do desemprego prejudicam mais a população em idade ativa do que os aposentados.

Informações assistenciais

Em agosto, a taxa geral de ocupação geral de leitos manteve-se semelhante ao mês anterior, com 65% de ocupação ante 64% em julho. Entretanto, continua abaixo da taxa de ocupação de agosto de 2019 (72%), mantendo o padrão que tem se verificado desde março. Essa informação considera a ocupação tanto para o atendimento à Covid-19 quanto para demais procedimentos não relacionados à doença e engloba leitos comuns e de UTI. Já a taxa geral de ocupação dos leitos

alocados para Covid-19 (com ou sem UTI) em agosto ficou em 57%, levemente abaixo do percentual verificado em julho (59%).

A quantidade de consultas em pronto-socorro que não geraram internações manteve-se estável em relação ao mês anterior, o que pode apontar a mudança de comportamento dos beneficiários de planos de saúde (já verificada no boletim anterior), que têm buscado manter os cuidados durante a pandemia. Também pode refletir mudança na organização das operadoras no que diz respeito à forma de acesso aos serviços de saúde, indicando que a demanda de atendimento pode estar sendo absorvida pela Atenção Primária, inclusive quanto à facilidade de acesso às consultas médicas por telessaúde.

Já a busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) continua apresentando retomada gradual, embora ainda esteja abaixo do patamar anterior ao início da pandemia. Em agosto foi verificada variação positiva de 2% em relação a julho. O acompanhamento desse indicador durante a pandemia apontou redução significativa na busca por esse tipo de atendimento em 2020. A queda se apresentou mais acentuada no mês de abril (63% em relação ao mesmo período do ano passado) e vem diminuindo gradativamente. Em agosto, a redução da demanda por SADT em relação ao mesmo mês do ano anterior foi de 12%.

O boletim mostra ainda comparação dos custos de internação - por Covid-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas) - considerando, além dos custos assistenciais por dia de internação, a duração média das internações para cada tipo. Os custos por diária em internações com ou sem UTI mantiveram-se estáveis em relação ao mês anterior.

Dos novos dados sobre realização de exames, extraídos da base do Padrão TISS, destaca-se o número de testes de detecção de Covid-19, entre março e junho, relativamente baixo frente à população atendida por planos de saúde; e a alta de exames de tomografia computadorizada de tórax, ferramenta bastante usada no auxílio aos diagnósticos de Covid-19.

Em junho, foram contabilizados 124.376 exames para detecção de Covid-19 do tipo Pesquisa de RT-PCR (teste considerado padrão-ouro para diagnóstico, incluído no Rol de Procedimentos em 13/03/2020). Também foram contabilizados no período 3.384 exames diversos para detecção de vírus respiratórios e 105 exames do tipo sorológico. Em relação aos exames de imagem do tórax, observou-se aumento no número de procedimentos de tomografia computadorizada, que em junho tiveram alta de 51,7% em relação a fevereiro.

Informações econômico-financeiras

Nessa seção do Boletim Covid-19 foram verificados dados de 100 operadoras para análise do fluxo de caixa e de inadimplência. Nos gráficos apresentados no boletim, é

possível verificar a redução dos valores pagos pelos beneficiários em agosto comparado a julho, bem como um aumento das despesas assistenciais. Como consequência se observa um aumento do índice de sinistralidade, que passou de 64% em julho para 71% em agosto. A elevação ocorreu devido à redução dos valores pagos pelos beneficiários em agosto comparado a julho, bem como um aumento, mas ainda abaixo do patamar histórico, das despesas assistenciais.

Os dados relativos à inadimplência, tanto para planos individuais ou familiares quanto para coletivos, continuam próximos dos níveis históricos. Em agosto, o percentual geral ficou em 7%, mesmo índice do mês anterior. Nos planos individuais, também não houve variação em relação a julho, tendo sido registrado 11% de inadimplência em agosto. Nos coletivos, o índice foi de 5% (em julho foi de 4%).

Demandas de consumidores

O Boletim Covid-19 informa ainda a quantidade de demandas registradas pelos beneficiários de planos de saúde pelos canais de atendimento da ANS. Em agosto, houve queda de 6,3% no número total de reclamações (relacionadas ou não à Covid-19), em comparação ao mês anterior. Nesse mês, foram registradas 14.023 queixas, ante 14.965 registradas em julho.

Quando consideradas apenas as reclamações de natureza assistencial, observamos que a redução no mês de agosto foi ainda maior: 12,5% em comparação ao mês anterior. As reclamações assistenciais são um indicador importante para estimar o comportamento da utilização de serviços de saúde no setor, pois têm relação direta com a procura dos beneficiários por atendimento.

Em relação às demandas relacionadas especificamente à Covid-19, o boletim informa que, de março até o final de agosto, foram registrados 15.221 pedidos de informações e

11.123 reclamações sobre o tema. Do total de reclamações, 57% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento; 28% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia; e 15% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

É importante destacar que as demandas de reclamação dos consumidores passam pela mediação de conflitos realizada através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), conforme definição prevista na Resolução Normativa nº 388/2015. A mediação possibilita que as operadoras reparem sua conduta irregular e resolvam os problemas dos beneficiários e evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial. Entre os meses de março e junho de 2020, a NIP alcançou 92% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação, bem como 89,2% de resolutividade quando consideramos somente as demandas relacionadas à Covid-19. Esse dado informa que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação, demonstrando um esforço relevante das operadoras para informar e solucionar as queixas de seus beneficiários.

Cabe também esclarecer que na metodologia utilizada para a classificação das demandas relacionadas à pandemia de Coronavírus, utilizou-se marcadores específicos relativos à Covid-19 tendo como base os relatos dos consumidores ao cadastrar suas reclamações e pedidos de informação na ANS. Não há, portanto, em relação a essas demandas, análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais. [Clique aqui e confira informações completas sobre o monitoramento das demandas.](#)

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

COVID-19: OCUPAÇÃO DE LEITOS NA REDE PRIVADA CAI PARA 57% EM AGOSTO

Agência Brasil – 18/09/2020

Após pico de 61% em maio, percentual foi de 59% nos 2 meses seguintes.

A taxa mensal de ocupação de leitos para covid-19 em hospitais de 52 operadoras privadas de planos de saúde caiu para 57% em agosto de 2020. Os dados foram divulgados hoje (18) no Boletim Covid-19 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que monitora informações assistenciais e econômico-financeiras do setor durante a pandemia.

A taxa mensal de ocupação de leitos inclui enfermaria e unidades de terapia intensiva (UTI) destinadas exclusivamente ao tratamento da covid-19. O percentual atingiu o pico de 61% em maio, e nos dois meses seguintes manteve-se em 59%.

Apesar da demanda por atendimento causada pela pandemia, a taxa geral de ocupação de leitos vem se mantendo abaixo da registrada no ano passado desde fevereiro. Incluindo os leitos destinados a todos os atendimentos, a ocupação em abril chegou a 51%, uma diferença de mais de 20 pontos percentuais em relação aos 72% registrados em abril de 2019. Essa disparidade vem diminuindo desde então, e chegou a 7 pontos percentuais em agosto, quando a ocupação de leitos foi de 65% em 2020, contra 72% em 2019.

Outro indicador cuja diferença foi reduzida em relação ao ano passado foi o número de autorizações emitidas para exames e terapias. Em abril, o número de autorizações caiu 63% na

comparação com abril de 2019. A diferença diminuiu ao longo dos meses e chegou a 12% em agosto.

Mais idosos

A ANS informa ainda que julho de 2020 foi o primeiro mês, desde março, em que não houve queda no número de beneficiários de planos médico-hospitalares. A variação em relação a julho foi de +0,1%, elevando o número de beneficiários para 46,8 milhões.

Classificada como grupo de risco para covid-19, a população idosa foi a única que teve aumento de beneficiários nos três tipos de plano: individual ou familiar (+0,79%), coletivo empresarial (+1,05%), e por coletivo por adesão (+0,59%). Para a população com até 59 anos, houve queda do número de beneficiários nos contratos coletivos empresariais e individuais ou familiares.

Pela primeira vez desde o início da pandemia, o balanço divulgado hoje traz a demanda por exames usados no diagnóstico da covid-19. Segundo a ANS, o número de exames RT-PCR cresceu de 13.999 em março para 124.376 em junho.

ANS RECEBEU MAIS DE 11 MIL QUEIXAS RELACIONADAS À COVID-19

Agência Brasil - 18/09/2020

São registros de reclamações sobre exames e tratamentos da doença.

Entre março e agosto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar recebeu 11.123 reclamações de usuários de planos de saúde relacionadas à pandemia. O dado faz parte do Boletim Covid-19 divulgado hoje (18) pela agência reguladora, que monitora informações assistenciais e econômico-financeiras do setor durante a pandemia.

Mais da metade (57%) das reclamações diz respeito a dificuldades para realizar exames e tratamento. O boletim mostra ainda que 28% das reclamações tratam de outras assistências afetadas pela pandemia, e 15% são sobre assuntos não assistenciais, como contratos e normas.

O registro de reclamações sobre exames e tratamentos de covid-19 atingiu o pico na segunda quinzena de julho, quando a agência recebeu 1.914 queixas. Esse número caiu até a primeira quinzena de agosto, mas voltou a subir na segunda quinzena, quando chegou a 836.

Além das mais de 11 mil reclamações, a ANS recebeu também 15.221 demandas de informações relacionadas à pandemia.

As queixas passam por um processo de mediação de conflitos, permitindo que as operadoras resolvam as irregularidades e evitando a abertura de processos judiciais e

O número de exames de imagens de tórax, outra ferramenta de diagnóstico da doença, também foi analisado. As tomografias computadorizadas chegaram a crescer 127,1% em maio, na comparação com fevereiro de 2020, e tiveram alta de 51,7% em junho, também em relação a fevereiro.

As radiografias de tórax, por outro lado, vêm caindo. Em junho, foram realizados 57% menos exames que em fevereiro.

Internações

A média de internação para um paciente com covid-19 em unidades de terapia intensiva chegou a 12,7 dias em agosto, com custo de R\$ 46.695. Em julho, as médias eram de 10,9 dias e R\$ 42.991.

O tempo médio de internação foi quase o dobro do de casos cirúrgicos (6,1 dias) e também superou as outras internações clínicas em UTI (7,2 dias). Com duração menor, o custo médio dessas internações em UTI foi de R\$ 20.697 e R\$ 22.543, respectivamente.

administrativos. Segundo a ANS, entre as demandas passíveis de mediação, houve resolutividade de 92%. Se consideradas apenas as reclamações relacionadas à Covid-19, 89,2% foram solucionadas com a mediação de conflitos.

Inadimplência

Assim como em junho e julho, a inadimplência dos usuários de plano de saúde ficou em 7% em agosto. Esse percentual é maior para os planos individual/familiar, chegando a 11%. Já para os planos coletivos, a inadimplência é de 5%.

O número geral de queixas protocoladas na agência reguladora em agosto foi de 14.023, abaixo dos 14.965 contabilizados no mês passado. Apesar disso, o número ficou acima do que foi verificado em agosto de 2019, quando houve 11.953 reclamações.

O valor pago pelos usuários de planos de saúde caiu pelo terceiro mês seguido, chegando a R\$ 14,046 bilhões. Já os pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço aumentou e atingiu R\$ 9,919 bilhões. O cenário fez com que aumentasse a sinistralidade de caixa das operadoras de planos de saúde, que, apesar disso, se mantém abaixo dos níveis históricos. A razão para sinistralidade mais baixa é a permanência dos pagamentos a fornecedores em um patamar abaixo da média histórica.

CURSO GRATUITO DO IESS E DA ENS ENSINA CONCEITOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS - 17/09/2020

Quem atua no setor de saúde ou se interessa pelo tema, de forma direta ou indireta, necessariamente se depara com a saúde suplementar. Afinal, quase um quarto da população brasileira é beneficiária desse sistema. Trata-se de um setor de grande complexidade. Afinal, além de ter um papel importantíssimo no apoio à gestão de saúde do indivíduo e prover acesso às estruturas privadas de saúde (consultas, clínicas, hospitais e laboratórios por exemplo), o segmento é uma atividade econômica com fins lucrativos – há exceções, como empresas filantrópicas ou autogestões.

E, como atividade econômica, a saúde suplementar é regulamentada por um conjunto altamente complexo de leis, regras e regulamentações. Para ajudar nessa compreensão, o IESS e a Escola de Negócios e Seguros (ENS) desenvolveram o “Curso Básico de Saúde Suplementar”, com duração de 12 horas, em formato de Educação a Distância (EAD). O curso é gratuito e as vagas são limitadas.

[Clique aqui](#) para fazer sua inscrição. A efetivação da matrícula está condicionada ao fornecimento de todos os dados, inclusive de empresa e cargo do candidato.

O curso é voltado para profissionais da saúde suplementar, como operadoras de planos e seguros saúde, inclusive corretores, cooperativas, e para quem trabalha nas estruturas de serviços. Também é de interesse para o meio acadêmico, advogados e profissionais da área administrativa. E, com seu caráter introdutório a esse universo, pode ser útil para magistrados, defensores públicos e órgãos de defesa do consumidor.

A grade curricular, desenvolvida por especialistas em saúde suplementar, inclui temas como a estrutura do sistema de saúde do Brasil, conceituação de mutualismo, sinistralidade e riscos, e passa por aulas a respeito de precificação de planos e os mecanismos de regulação. As aulas são em formato de vídeo e contam com material didático complementar.

Reforçando: o curso é gratuito, as vagas são limitadas e a matrícula está condicionada ao cadastro completo do candidato. Bons estudos!

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

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