

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga nova edição do Boletim Covid-19](#) - Fonte: ANS

[O setor de saúde exige atenção na escolha da plataforma de dados](#) - Fonte: Exame

[Rede D'Or pede ao Cade para elevar participação na Qualicorp](#) - Fonte: Folha UOL

[Startup Sami levanta R\\$ 86 mi em aporte e anuncia seu próprio plano de saúde](#) - Fonte: O Estadão

[Planos odontológicos voltam a crescer no País](#) - Fonte: IESS

[Fundador e ex-presidente da Qualicorp lança operadora de planos de saúde Qsaúde](#) - Fonte: O Estadão

[Lei dos planos de saúde não se aplica a contratos anteriores a ela, diz STF](#) - Fonte: Conjur

[Planos de saúde mais baratos e cartões de desconto são apostas do setor para enfrentar a crise](#) - Fonte: O Globo

[Processo de ATS é o melhor para o sistema de saúde](#) - Fonte: Fenasaúde

[Saúde tem alta de R\\$ 18 bilhões](#) - Fonte: Portal Saúde Business

[ANS divulga lista de operadoras selecionadas para o Projeto Cuidado Integral à Saúde](#) - Fonte: ANS

# ANS DIVULGA NOVA EDIÇÃO DO BOLETIM COVID-19

ANS – 21/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza uma nova edição do Boletim Covid-19 com informações sobre a utilização dos planos de saúde durante a pandemia de Coronavírus. O informativo reúne dados assistenciais e econômico-financeiros coletados até setembro junto a uma amostra de operadoras e apresenta a evolução do número de beneficiários, exames relacionados à Covid-19 realizados na saúde suplementar e as demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS no período. O objetivo do boletim 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. São apresentados números sobre ocupação de leitos, atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação e autorizações emitidas para 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 apresenta 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; o número de exames de detecção de Covid-19 e de imagem de tórax realizados no período; e dados sobre reclamações dos consumidores registradas pelos canais de atendimento da ANS.

De maneira geral, a análise dos dados e indicadores coletados e apresentados no Boletim Covid-19 desde o início do monitoramento até o momento não aponta para uma conjuntura de desequilíbrios de ordem assistencial ou econômico-financeira no setor. Confira, a seguir, as principais informações.

### Evolução de beneficiários

A evolução de beneficiários reflete o movimento de adesões e cancelamentos de planos de saúde diante da pandemia e é uma informação relevante, já que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras. Esta edição do boletim traz os números preliminares de beneficiários em planos de assistência médica registrados em setembro, antecipando as informações completas que serão divulgadas no início do próximo mês através da Sala de Situação.

Em setembro, foi confirmada a tendência de crescimento que vinha sendo verificada nos meses anteriores: o setor registrou 47.118.643 beneficiários em planos de assistência médica, um aumento de 0,4% no comparativo com o mês anterior e de 0,27% em relação ao mesmo período de 2019, atingindo o maior patamar do período em destaque na análise (desde janeiro de 2019). Quando analisada a evolução no período de março a setembro de 2020, por tipo de contratação do plano, comparando com o mesmo período do ano passado, observou-se que os coletivos por adesão apresentaram crescimento de 1,01% em 2020; os planos individuais ou familiares registraram aumento de 0,05%; e os coletivos empresariais tiveram queda de 0,15%, no comparativo com o mesmo período de 2019.

Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a taxa de crescimento de beneficiários acima de 59 anos foi positiva em todos os tipos de contratações em 2020 (março a setembro). O maior aumento ocorreu nos coletivos empresariais (1,68%), seguido dos individuais ou familiares (1,29%) e dos coletivos por adesão (0,93%).

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 a manutenção dos planos para a população em idade ativa.

### Informações assistenciais

Em setembro, a taxa geral de ocupação de leitos manteve-se semelhante ao mês anterior, com 64% de ocupação, ante 65% registrada em agosto, e continua abaixo da taxa de ocupação de setembro de 2019 (74%), mantendo o padrão 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 taxas de leitos alocados e ocupados para Covid-19 (com ou sem UTI) em setembro seguiram tendência de queda. Em setembro, a taxa de ocupação ficou em 54%, ante 57% registrado em agosto; e a taxa de alocação ficou em 23% (em agosto foi de 28%).

A quantidade de consultas em pronto-socorro que não geraram internações segue apresentando retomada gradual. Em setembro, houve um crescimento de 8% em relação a agosto, o que pode apontar a mudança de comportamento dos beneficiários de planos de saúde (já verificada nos boletins anteriores), 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 tele saúde.

A busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) também segue a retomada gradual e, a partir de setembro, voltou ao patamar anterior ao início da pandemia. Nesse mês, foi verificada variação positiva de 9% em relação a agosto. Já os custos por diária em internações (com ou sem UTI) mantiveram-se estáveis em relação ao mês anterior. A informação está detalhada na Nota Técnica que acompanha o boletim.

## Exames

Os dados sobre a realização de exames contemplam informações coletadas até o final de julho e têm como fonte os dados do Padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar). Nesse mês, houve estabilidade no número de testes para detecção de Covid-19 do tipo RT-PCR e expressivo aumento da quantidade de testes sorológicos – movimento que se deve à incorporação do exame no Rol ocorrida temporariamente naquele mês.

Em julho, foram contabilizados 214.747 exames para detecção de Covid-19 do tipo Pesquisa de RT-PCR e 30.902 testes do tipo sorológico. Desde o início da pandemia, foram realizados 585.381 exames do tipo RT-PCR e 32.989 sorológicos. Também foram realizados 19.252 testes de outros tipos para detecção de vírus respiratórios, como tomografia computadorizada de tórax e radiografia de tórax. Informações econômico-financeiras

Em setembro, a sinistralidade (mediana) ficou em 73%, leve crescimento em relação a agosto (71%). A elevação ocorreu devido ao aumento das despesas assistenciais, mas ainda abaixo do patamar histórico. As contraprestações pagas pelos beneficiários tiveram um pequeno aumento em setembro comparado a agosto, voltando para mais próximo da média histórica recente.

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

## Demandas dos consumidores

O número de demandas registradas pelos consumidores através dos canais de atendimento da ANS tem mantido relativa estabilidade nos últimos três meses. Em setembro, foram registradas 14.597 reclamações, aumento de 4% em relação a agosto. Se consideradas apenas as reclamações de natureza assistencial, observamos que em setembro foram contabilizadas 10.099, aumento de 9,7% em comparação ao mês anterior.

Em relação às demandas relacionadas especificamente à Covid-19, o boletim informa que, de março até setembro, foram registrados 16.503 pedidos de informações e 12.631 reclamações sobre o tema. Do total de reclamações, 59% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento; 26% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia; e 15% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo). Cabe esclarecer que essa classificação considera o relato do consumidor, ao cadastrar sua demanda na ANS, sem 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.

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 julho de 2020, a NIP alcançou 92,7% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação, bem como 91,3% 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 promovida pela Agência.

No portal da ANS, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19. [Clique aqui e confira.](#)

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

## Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 51 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 99 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 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares.

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).

# O SETOR DE SAÚDE EXIGE ATENÇÃO NA ESCOLHA DA PLATAFORMA DE DADOS

Exame – 21/10/2020

O sucesso na implementação de inovações como remuneração por performance, telemedicina e proteção de dados depende de decisões assertivas

Algumas das principais mudanças que estão ocorrendo no setor da saúde têm um ponto em comum: para ser implementadas com sucesso, elas dependem de uma plataforma de dados e de outras ferramentas robustas que reúnam atributos como interoperabilidade, alta performance e escalabilidade.

Essas transformações incluem a transição do sistema de remuneração baseado em serviços prestados (fee for service) para o modelo que leva em conta o sucesso do tratamento (fee for performance), a inteligência artificial (IA) no suporte ao diagnóstico, a telemedicina e o cumprimento das normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A escolha das soluções tecnológicas mais adequadas a essas inovações constitui hoje uma das decisões estratégicas mais importantes para o futuro de hospitais, laboratórios, operadores de planos de saúde e outras empresas do setor.

O consultor Avi Zins, CEO da Carri Strategic Consulting, afirma que o conjunto de soluções oferecido pela InterSystems para a área da saúde é um dos melhores disponíveis no mercado. Fazem parte do grupo a plataforma de dados InterSystems IRIS for Health, o software de compartilhamento de registros clínicos eletrônicos InterSystems HealthShare e o sistema unificado de informações de saúde InterSystems TrakCare.

“A transição do fee for service, que incentiva pouco a qualidade do atendimento, para um sistema baseado no desfecho clínico e na eficácia do tratamento do paciente torna-se cada vez mais importante.” Avi Zins, CEO da Carri Strategic Consulting

Segundo Zins, essas transformações devem se acelerar nos próximos anos. Em sua avaliação, a transição do modelo de remuneração será vital para a própria sustentabilidade do negócio. “As operadoras têm tido margens muito baixas e o envelhecimento da população aponta para um aumento grande da sinistralidade”, ele afirma. “A transição do fee for service, que incentiva pouco a qualidade do atendimento, para um sistema baseado no desfecho clínico e na eficácia do tratamento do paciente torna-se cada vez mais importante.”

Em termos tecnológicos, de acordo com Zins, essa mudança depende de soluções que permitam a interoperabilidade entre os sistemas de hospitais, laboratórios, consultórios médicos e outras unidades envolvidas no chamado “registro eletrônico de saúde”. “Só assim”, ele diz, “será possível fazer uma gestão melhor das informações e da saúde do paciente.”

## TELEMEDICINA

No caso da telemedicina, Zins acredita que o atendimento virtual deva se tornar a principal forma de atenção primária, filtrando de maneira mais eficiente o encaminhamento dos pacientes aos hospitais e contribuindo também para a sustentabilidade dos sistemas de saúde públicos e privados. “Evitar idas desnecessárias aos hospitais proporciona uma redução enorme dos custos que as operadoras e os governos têm hoje com a saúde dos usuários”, explica.

A tecnologia será especialmente relevante para a adoção de soluções de inteligência artificial para dar suporte à decisão clínica. “Eu costumo brincar que existe uma diferença grande entre hospital digitalizado e hospital digital”, diz o consultor. “No digitalizado, o médico simplesmente deixa de escrever no papel e passa a preencher o prontuário no computador. Já o digital permite que ele tenha o suporte de sistemas baseados em informações estruturadas e não estruturadas dos pacientes que tenham origem, por exemplo, nos equipamentos que estejam monitorando seus parâmetros de saúde à beira do leito hospitalar ou mesmo em casa.”

Na avaliação de Zins, a chegada do 5G, que aumentará muito a velocidade da transmissão de dados, tornando-a praticamente instantânea, deve impulsionar bastante o monitoramento da saúde à distância e a adoção de novas ferramentas de IA. Ele ressalta que a plataforma IRIS for Health dispõe de toda a integração com as principais ferramentas de IA disponíveis no mercado. “Isso permite um trabalho de desenvolvimento de soluções de IA ligadas às informações interoperadas pela tecnologia da InterSystems”, afirma.

## PROTEÇÃO DE DADOS

Proteger a privacidade dos pacientes é outro desafio que exige extremo cuidado na escolha da plataforma de dados e dos sistemas utilizados pelos provedores de saúde, principalmente após a entrada em vigor da LGPD, em setembro. “A lei pode gerar uma série de multas e é uma área de extrema sensibilidade no mercado”, afirma o consultor. De Essa ferramenta traz toda uma condição de consentimento e aprovação pela qual o paciente autoriza o acesso a seus dados a quem ele quiser”, explica.

O desempenho superior da plataforma InterSystems IRIS é reconhecido pelos especialistas em TI. Um teste comparativo envolvendo outras três ferramentas foi validado recentemente pela empresa de pesquisas Enterprise Strategy Group (ESG), que avaliou quesitos relacionados às taxas de ingestão e consulta de dados em situações de alta demanda. Em ambos os casos, a plataforma IRIS apresentou os melhores resultados, como atestou o coordenador do estudo, Kerry Dolan, no relatório da pesquisa.

# REDE D'OR PEDE AO CADE PARA ELEVAR PARTICIPAÇÃO NA QUALICORP

Folha UOL – 20/10/2020

Grupo hospitalar se tornou a maior acionista da administradora de planos de saúde em 2019

Dona da maior rede hospitalar do país, a Rede D'Or deu entrada no Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) para pedir autorização para elevar sua participação na Qualicorp. Há pouco mais de um ano, o grupo hospitalar se tornou o principal acionista da Qualicorp e hoje tem 12% do capital da empresa, que é a maior administradora de planos de saúde por adesão do Brasil. A companhia também vinha fazendo outras aquisições e se prepara para abrir capital.

Após a publicação da notícia pelo Painel S.A., a Rede D'Or divulgou fato relevante confirmando a informação de que seu pedido de autorização ao Cade envolve uma potencial aquisição de ações da Qualicorp em Bolsa, ampliando sua participação na empresa.

A companhia afirma que ainda não há decisão a respeito da realização dessa operação e que, caso ela se concretize, a quantidade de ações a serem adquiridas dependerá das condições de mercado no momento da compra.

## STARTUP SAMI LEVANTA R\$ 86 MI EM APORTE E ANUNCIA SEU PRÓPRIO PLANO DE SAÚDE

O Estadão – 20/10/2020

Agora como operadora de saúde, a startup pretende usar tecnologia para oferecer uma rede de atendimento próxima ao paciente

A startup brasileira Sami anuncia nesta terça-feira, 20, que levantou um aporte de R\$ 86 milhões liderado pelos fundos Valor Capital Group e Monashees. O investimento também marca uma guinada da empresa, fundada em 2018: após trabalhar com projetos pilotos voltados a otimizar serviços de operadoras de saúde, a startup vai usar o novo cheque para lançar em novembro seu próprio plano de saúde, cujo objetivo é oferecer um atendimento próximo ao paciente e com preço acessível.

Agora, como operadora de saúde, a Sami vai oferecer um plano de saúde voltado a pequenas e médias empresas — inicialmente, o serviço funcionará apenas na cidade de São Paulo. Para oferecer o plano, a startup já conta com uma parceria com o hospital Beneficência Portuguesa, e deve fechar outras três parcerias até novembro. A ideia é oferecer aos membros o acesso a uma rede de assistência de médicos de família por telemedicina, além de um sistema com análise de dados que promete direcionar o melhor atendimento possível ao paciente.

“Nosso plano vai usar um composto de dados como históricos de médicos para indicar qual é o melhor profissional para cada paciente. A medicina boa e assertiva é mais barata. Se o médico acerta o diagnóstico e pede os exames corretos, a conta fica mais barata no final”, explica Vitor Asseituno, fundador da Sami, que é médico formado pela Unifesp. “O Uber, por exemplo, consegue diferenciar o mau motorista do bom motorista com análise de dados. Mas os planos de saúde hoje não fazem isso”.

Startup Sami levanta R\$ 86 mi em aporte e anuncia seu próprio plano de saúde

Agora como operadora de saúde, a startup pretende usar tecnologia para oferecer uma rede de atendimento próxima ao paciente

A startup brasileira Sami anuncia nesta terça-feira, 20, que levantou um aporte de R\$ 86 milhões liderado pelos fundos Valor Capital Group e Monashees. O investimento também marca uma guinada da empresa, fundada em 2018: após trabalhar com projetos pilotos voltados a otimizar serviços de operadoras de saúde, a startup vai usar o novo cheque para lançar em novembro seu próprio plano de saúde, cujo objetivo é oferecer um atendimento próximo ao paciente e com preço acessível.

Agora, como operadora de saúde, a Sami vai oferecer um plano de saúde voltado a pequenas e médias empresas — inicialmente, o serviço funcionará apenas na cidade de São Paulo. Para oferecer o plano, a startup já conta com uma parceria com o hospital Beneficência Portuguesa, e deve fechar outras três parcerias até novembro. A ideia é oferecer aos membros o acesso a uma rede de assistência de médicos de família por telemedicina, além de um sistema com análise de dados que promete direcionar o melhor atendimento possível ao paciente.

“Nosso plano vai usar um composto de dados como históricos de médicos para indicar qual é o melhor profissional para cada paciente. A medicina boa e assertiva é mais barata. Se o médico acerta o diagnóstico e pede os exames corretos, a conta fica mais barata no final”, explica Vitor Asseituno, fundador da Sami, que é médico formado pela Unifesp. “O Uber, por exemplo, consegue diferenciar o mau motorista do

bom motorista com análise de dados. Mas os planos de saúde hoje não fazem isso”.

Vitor Asseituno e Guilherme Berardo, fundadores da Sami

Na visão de Michael Nicklas, sócio do Valor Capital Group, a proposta da Sami é necessária para o setor de saúde. “É por meio de tecnologia que o mercado de saúde vai se empoderar. A Sami está aplicando isso com transformação digital, trazendo transparência e aumentando a interação dos usuários. Com isso, há ganhos de eficiência para as empresas e para o ecossistema como um todo”, afirma.

O plano da Sami vai custar entre R\$ 200 e R\$ 400 por mês. Uma outra aposta da startup é focar em prevenção: o serviço contará com o benefício da plataforma de academias Gympass e também de outros recursos como um chatbot de saúde mental no app. Antes desta nova rodada de aportes, a Sami havia recebido um investimento de R\$ 5 milhões dos fundos Redpoint Ventures e Canary.

Aceleração

A startup viu seus negócios acelerarem no último mês por conta da pandemia. A empresa, que tinha 15 funcionários em março, tem atualmente uma equipe de 72 pessoas. “A pandemia deixou clara para as pessoas a importância de ter um plano de saúde, já que muitas tiveram medo de ficarem descobertas e sem leito. A aprovação da legislação da telemedicina também permitiu que a gente desenvolvesse um plano digital mais adaptado”, diz Asseituno. “Acabamos construindo uma seguradora totalmente do home office, e com muitos novos funcionários”.

Para os próximos meses, a Sami tem como foco atrair clientes e investir em tecnologia — hoje, a empresa conta com 30 programadores no Brasil e 10 na Índia.

O maior desafio, porém, talvez seja ultrapassar a barreira cultural. “Precisamos fazer as pessoas voltarem a acreditar na cultura do médico de família. Além disso, muita gente escolhe o plano pela quantidade de hospitais e marcas. Temos de mostrar que o importante é a qualidade, a eficiência e a rede de atendimento próxima do paciente”, afirma o fundador da startup.

## PLANOS ODONTOLÓGICOS VOLTAM A CRESCER NO PAÍS

IESS – 19/10/2020

O setor de planos exclusivamente odontológicos registrou crescimento de mais de 1 milhão de beneficiários no período de 12 meses encerrado em agosto deste ano. De acordo com a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), o segmento cresceu 4,1% na variação anual e conta com 25,8 milhões de pessoas.

O resultado foi fortemente impulsionado pela contratação de planos empresariais, especialmente no Sudeste do País. Entre agosto de 2020 e o mesmo mês do ano anterior, 1,1 milhão dos novos contratos são do tipo coletivo, seja empresarial ou por adesão. O que representa um avanço de 5,4%.

Essa é uma ótima notícia para o segmento. Entre 2016 e início de 2020, o setor se comportou de modo distinto aos da modalidade de médico-hospitalares durante os períodos de instabilidade nacional, registrando elevado ritmo de crescimento. Com o aprofundamento da crise econômico-sanitária do novo Coronavírus, passou a registrar sucessivas quedas mensais a partir de março deste ano.

Segundo o boletim do IESS, o crescimento foi puxado pela boa performance das seguradoras, entre os coletivos por adesão e pelos idosos, tanto na comparação trimestral quanto anual. No período de 12 meses encerrado em agosto, os vínculos com as seguradoras especializadas em saúde aumentaram em 37,5%, aproximadamente 592 mil novos contratos. Os coletivos por adesão tiveram aumento de 23,1%, com 514 mil vidas e, por fim, a faixa etária de 59 anos ou mais registrou crescimento de 223,3 mil beneficiários, o que representa 11,8% a mais.

Vale lembrar, como apontamos aqui, que o setor de planos médico-hospitalares registrou alta de beneficiários pelo segundo mês consecutivo após sucessivas quedas em função da pandemia do novo Coronavírus. Com a leve retomada, o segmento passou a contar com 46,911 milhões de pessoas, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda inferior ao registrado no mês de março deste ano, quando ultrapassou a marca dos 47 milhões.

## FUNDADOR E EX-PRESIDENTE DA QUALICORP LANÇA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE QSAÚDE

O Estadão - 18/10/2020

O empresário José Seripieri Filho, fundador da Qualicorp (SA:QUAL3), lançou neste domingo (18) sua nova operadora de planos de saúde, a Qsaúde, que recebeu investimentos de R\$ 120 milhões. Inicialmente voltado para a cidade de São

Paulo, o novo serviço oferecerá planos com mensalidades a partir de R\$ 246,39.

Em nota, a empresa destaca que tem como objetivo oferecer um atendimento personalizado e humanizado. Seus usuários serão atendidos por médicos de família da Clínica Einstein e contarão com telemedicina 24 horas via aplicativo, por meio do botão Qcuidado.

A nova empresa contará ainda com parceiros de atendimento renomados como os hospitais Albert Einstein, Oswaldo Cruz, HCor, Santa Catarina (pediatria), H.Olhos e as maternidades Pro Matre, Santa Joana e Santa Maria. Para realização de exames, participam os centros de diagnósticos Delboni, Salomão Zoppi e Lavoisier e o do próprio Einstein. A opção de rede credenciada se dá de acordo com a modalidade de plano contratada.

A nova empresa, lançada no Dia do Médico, terá ampla campanha publicitária criada pela agência África com o slogan "Qsaúde - Agora a sua saúde tem um plano". O casal Flávia Alessandra e Otaviano Costa foi o escolhido para apresentar a nova operadora de planos de saúde. O foco é a população da capital paulista que não tem plano de saúde ou que esteja insatisfeito com o seu plano atual.

Inicialmente serão ofertadas quatro categorias: Qmais I (básico/enfermaria), Qmais II (básico/apartamento), Qdemais (executiva) e Qtop (master), para livre contratação por pessoas físicas, com ou sem dependentes.

Um ano após ter deixado a Qualicorp, que fundou em 1997, Seripieri Filho ficará à frente da empresa como presidente. Seu mantra é que o melhor caminho agora é o de um plano individual que efetivamente se importe com o cliente e cuide de sua saúde.

A nova empresa aposta ainda no fato de que a modalidade de planos individuais tem reajuste anual limitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), enquanto planos empresariais (oferecidos por muitas empresas aos funcionários) e os voltados às PMEs (micro e pequenas empresas com até 29 vidas) não têm índices de reajuste anuais controlados pelo órgão regulador, mas por contratos celebrados entre as partes, normalmente mais altos.

## LEI DOS PLANOS DE SAÚDE NÃO SE APLICA A CONTRATOS ANTERIORES A ELA, DIZ STF

Conjur – 18/10/2020

Fatos nascidos sob a égide da legislação anterior à atual lei dos planos de saúde (Lei 9.656/1998) estão selados como atos jurídicos perfeitos, de modo que o exame de cláusulas contratuais estipuladas entre as partes, os termos da apólice, cobertura e suas exclusões não devem submeter-se à legislação posterior a ponto de torná-los inócuos ou desvirtuar seu propósito.

Lei dos planos de saúde é de 1998 e não se aplica a contratos anteriores a ela

Reprodução

Com esse entendimento, o Plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu que a lei dos planos de saúde, de 1998, não se aplica a contratos firmados antes de sua vigência. Trata-se de recurso extraordinário, com repercussão geral reconhecida (Tema 123), que está sendo apreciado pelo Plenário virtual. O julgamento só será encerrado definitivamente na próxima segunda-feira (19/10). Ele estava suspenso, após pedido de vista do ministro Alexandre de Moraes, mas foi retomado na sessão virtual iniciada em 9/10. Nove ministros já se manifestaram — o ministro Luiz Fux entendeu-se suspeito.

A tese proposta pelo relator, ministro Ricardo Lewandowski, é:

"As disposições da Lei 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos

que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados".

O caso concreto refere-se a uma mulher que ajuizou uma ação contra a Unimed Porto Alegre. Inicialmente, alegou abusividade no reajuste do plano, cujo valor quase dobrou de um ano para o outro, após ela completar 60 anos. Além disso, ela foi acometida por câncer de esôfago, mas o convênio lhe negou o procedimento de manometria esofágica. Ela recorreu à Justiça e seu pedido foi acolhido, em primeira e segunda instâncias — realização do procedimento, declaração de nulidade de cláusulas contratuais restritivas de cobertura e recebimento de R\$ 4 mil, a título de danos morais. A empresa, então, interpôs o recurso extraordinário no STF.

Acompanharam o relator os ministros Marco Aurélio, Cármen Lúcia, Rosa Weber, Alexandre de Moraes e Gilmar Mendes — formando maioria, portanto, pelo provimento do recurso especial.

A divergência foi aberta por Luiz Edson Fachin, para quem a lei dos planos de saúde não pode ser usada para iluminar contratos anteriores a sua vigência. No entanto, Fachin negou provimento ao recurso, por entender que dispositivos do Código de Defesa do Consumidor é suficiente para amparar a decisão recorrida.

Apesar da divergência, os novos ministros concordaram quanto à impossibilidade de a lei dos planos de saúde ser

aplicada retroativamente. A única exceção à retroatividade do diploma refere-se à possibilidade de as partes contratantes concordarem com a migração do plano para o novo regime,

com eventual acréscimo de valores, conforme dispõe o artigo 35 da lei.

## PLANOS DE SAÚDE MAIS BARATOS E CARTÕES DE DESCONTO SÃO APOSTAS DO SETOR PARA ENFRENTAR A CRISE

O Globo – 16/10/2020

De olho em um mercado de mais de 180 milhões de brasileiros que não têm plano de saúde, as empresas estão lançando produtos mais baratos durante a pandemia. Há desde planos a partir de R\$ 125 (mas que oferecem uma rede credenciada menor de hospitais e clínicas) até outros modelos, que não são planos de saúde, como os serviços de assinatura mensal que dão direito a descontos de até 80% em um número limitado de consultas e exames.

Oferecer produtos mais em conta é discussão antiga no setor de saúde suplementar, mas se tornou uma questão mais premente com a pandemia. De 2014 para cá, as operadoras acumulavam perda de mais de três milhões de usuários.

De março a julho, foram 327 mil pessoas que deixaram de contar com a cobertura. Em agosto, porém, o setor ensaiou recuperação, com acréscimo de 77,4 mil usuários.

Empresas tradicionais do setor, como SulAmérica e Qualicorp, lançaram planos com valor menor. Eles estão sujeitos às mesmas regras de produtos mais caros, como a oferta de exames e tratamentos para doenças de maior complexidade.

A diferença é que o usuário pode ter menos escolhas de hospitais, profissionais ou clínicas. É uma adaptação ao cenário de recessão com alto número de desempregados e perspectiva de retomada lenta da economia.

Atualmente, 80% dos beneficiários do setor de saúde estão em planos empresariais. Leonardo Giusti, sócio líder do setor de Saúde da KPMG Brasil, lembra que os planos são hoje o segundo maior custo das empresas sobre o capital humano depois dos salários. Para ele, a regulamentação da telemedicina durante a pandemia foi fundamental.

Leonardo Nascimento, sócio-fundador da Urca Capital Partners, diz que as fusões e aquisições no setor de saúde cresceram 60% de 2018 para 2019. De um lado, operadoras compraram clínicas, hospitais e laboratórios.

Zona Franca de Manaus: Após Guedes pedir 'novo futuro' para Amazônia, governo aumenta incentivos

De outro, healthtechs oferecem plataformas digitais para atendimento e gestão da saúde. Tudo para reduzir custo, explica:

— A terceira onda é o lançamento de produtos mais baratos, com ganho no volume, um movimento que precisamos ver se vai ser bem-sucedido.

Há um ano, a SulAmérica lançou seu primeiro plano popular, o Direto, que custa cerca de 35% menos do que a mensalidade de entrada do plano coletivo tradicional da operadora. E esse valor ainda pode cair mais, diz Ricardo Soares, diretor de Precificação da empresa.

Os planos têm cobertura regional e rede de assistência mais enxuta. A grande mudança foi na forma de pagamento dos prestadores de serviço, diz Soares:

— Pagamos um valor per capita pelo número de usuários do plano. No início, havia uma preocupação dos parceiros sobre como funcionaria esse compartilhamento de risco. Hoje há fila de prestadores interessados em parcerias. O desafio é chegar ao interior.

Maior administradora de benefícios do país, a Qualicorp tem firmado parcerias para oferecer planos de adesão a preços mais em conta, com mensalidade a partir de R\$ 125. Este ano, com o efeito pandemia, já lançou 18 produtos acessíveis; no ano passado foram quatro.

— São planos com diferentes parceiros, com redes mais restritas, cobertura regional, mas que cobrem tudo o que está previsto num produto tradicional — ressalta Elton Carlucci, vice-presidente da Qualicorp.

Pesquisador: ANS suspende reajuste e abre brecha para mudança em planos coletivos

Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde (FenaSaúde), que reúne as operadoras, insiste que são necessárias mudanças na regulamentação para desenvolver o mercado de planos populares. A federação defende a venda de planos só com consultas ou exames:

— Planos individuais são um caminho para o crescimento, já que com a crise econômica muitos brasileiros estão na informalidade. Mas com a regra atual não são viáveis.

Já os serviços de assistência com cartões de desconto não estão submetidos às mesmas regras dos planos de saúde fixadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). São usualmente restritos a consultas e exames, não oferecem atendimento de emergência e preveem pagamento, ainda que reduzido, a cada procedimento realizado.

# PROCESSO DE ATS É O MELHOR PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Fenasáude - 15/10/2020

Modelo brasileiro segue padrão internacional de qualidade e racionalização de recursos

A diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente, defendeu ontem a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na incorporação de novos medicamentos no Brasil. O processo não leva em consideração apenas o custo, mas a efetividade e o desfecho clínico de novos medicamentos. Vai muito além do registro na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que é uma mera autorização de comercialização.

“Preço para registrar na Anvisa é uma coisa. Mas preço para incorporar, para vender para um sistema, seja público ou privado, é outra. A sociedade não consegue pagar tudo para todos” disse ela, durante o webinar “Futuro da incorporação das novas tecnologias: decisões estratégicas que impactam os sistemas público e privado”, realizado nesta quarta-feira (14). O evento fez parte do Access Leadership Meeting, da MDHealth, empresa de educação médica.

Conduzida pelas câmaras técnicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a ATS é uma etapa obrigatória e necessária à regulação em todo mercado desenvolvido do mundo. Analisa e pondera benefícios, riscos, valor em saúde, conveniência e impactos econômicos e logísticos decorrentes da incorporação de um novo medicamento ou tecnologia num sistema de saúde.

Vera Valente também afirmou que o Brasil segue exemplos e boas práticas internacionais em relação à incorporação de novas tecnologias, um tema “sensível, complexo, acalorado”. O país faz o que é possível frente ao orçamento que possui, mas não está atrasado em relação a outras economias.

“Não podemos nos comparar com os EUA, que não trabalham com incorporação. Lá, sede dos grandes laboratórios, há um grande financiamento privado. O nosso modelo é mais o da Inglaterra. Define-se o que é melhor para a sociedade para

escolher onde investir recursos que são limitados e cada vez mais escassos”, disse.

Respondendo a uma pergunta da audiência, Vera lembrou que os planos de saúde hoje já cobrem 43 quimioterápicos orais para tratamento de câncer, incorporados ao rol da ANS para 90 indicações terapêuticas. Outros 18 estão em processo de análise de incorporação, submetidos a consulta pública. A diretora executiva da FenaSaúde lembrou, entretanto, que os oncológicos orais não substituem as demais maneiras de tratar o câncer, o que inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia - e mesmo os medicamentos oncológicos intravenosos. “O ex-ministro Nelson Teich já afirmou que, na oncologia, temos tratamentos mais caros com desfechos menos relevantes”.

Outro tema abordado foi o da judicialização. Demandas de saúde cresceram 130% nos tribunais do país desde 2008 até 2017. No Brasil são rotina as decisões judiciais obrigando planos de saúde a oferecerem medicamentos ou tratamentos que não constam do rol de procedimentos da ANS. “Há falta de entendimento de como o sistema funciona. Desconhecimento do impacto nos custos e na assistência. As pessoas entram na Justiça para fazer valer o que não têm direito. Entendo o individual: as pessoas têm problemas e vão buscar todas as alternativas. Mas tomadores de decisão têm de olhar o impacto coletivo. Há restrição, cada vez mais severa, de recursos”, afirmou a diretora executiva.

Também participam do debate o diretor executivo da MDHealth, Octávio Nunes; o economista e especialista no setor farmacêutico na empresa PB Gestão Empresarial Ltda, Pedro Bernardo; e a consultora em avaliação em tecnologias em saúde na Fiocruz, Flávia Salomon.

>> [O evento pode ser assistido na íntegra clicando aqui.](#)

---

## SAÚDE TEM ALTA DE R\$ 18 BILHÕES

Saúde Business - 14/10/2020

Neste ano atípico de pandemia, o setor de saúde terá uma alta, em média, de 7% em comparação a 2019, totalizando R\$ 275,8 bilhões, incluindo as despesas com medicamentos, planos de saúde e tratamentos médico e dentário. É o que aponta a Pesquisa IPC Maps, especializada em potencial de consumo dos brasileiros há mais de 25 anos, com base em dados oficiais.

Segundo o levantamento, esse crescimento é ainda maior (22,3%) quando observados os desembolsos apenas com planos de saúde e tratamentos, que somam R\$ 142,1 bilhões neste ano. Para Marcos Pazzini, responsável pelo IPC Maps, esse acréscimo deve-se ao “reajuste que fora autorizado pela ANS para os planos de saúde individuais e em grupo, ainda que posteriormente o mesmo tenha sido revogado. Além

disso, com o aumento do desemprego, a população teve de recorrer a um plano de saúde individual para continuar com cobertura, principalmente em tempos de pandemia”.

Em contrapartida, as despesas com medicamentos apresentam queda de 5,5% em relação ao ano passado, chegando a R\$ 133,7 bilhões. “Nesse momento de recessão econômica, a população tem aderido a medicamentos mais baratos e os genéricos têm sido uma excelente opção”, considera Pazzini.

Esse é apenas um recorte da pesquisa, finalizada em maio último, que leva em consideração todo o cenário de pandemia, destacando que o consumo nacional nos diversos setores econômicos se igualará a índices de 2012, com a

maior retração desde 1995. Caso interesse, podemos disponibilizar a íntegra do estudo com dados nacionais e/ou

regionais, divididos por setores econômicos e classes sociais, tanto de 2020 quanto de anos anteriores.

## ANS DIVULGA LISTA DE OPERADORAS SELECIONADAS PARA O PROJETO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

ANS - 14/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta quarta-feira (14/10) a relação de operadoras selecionadas para o Projeto Cuidado Integral à Saúde, parceria da ANS com o Institute for HealthCare Improvement (IHI), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC. A Iniciativa faz parte do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) e é uma fase preparatória para a solicitação da certificação em Atenção Primária à Saúde (APS).

O projeto terá duração de 36 meses e tem o objetivo de acompanhar e consolidar as experiências de operadoras que estejam implementando ou já implementaram um modelo de Atenção Primária à Saúde. Ao todo, 47 instituições se inscreveram para participar, sendo selecionadas 19 operadoras e uma entidade representativa de operadoras. Destas, dez são acreditadas pelo Programa de Acreditação de Operadoras.

Segundo a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, os candidatos foram selecionados com o intuito de contemplar a maior representatividade e diversidade possíveis do setor, o que permite o acompanhamento e análise do seu desenvolvimento em vários contextos do País. “Os projetos foram classificados a partir das notas obtidas por meio de avaliação quantitativa e qualitativa, levando em conta a diversidade do setor de saúde suplementar”, explicou.

A seleção considerou a área geográfica do projeto, o porte, a modalidade da operadora, a rede disponibilizada, o esforço

no desenvolvimento do projeto, a capacidade de ampliação da cobertura da APS e o impacto futuro do projeto.

Dos 47 inscritos, cinco não cumpriram os requisitos para participar da seleção; dessa forma, 22 operadoras encontram-se em lista de espera e terão chance de serem convocadas em caso de desistência.

O edital do Projeto Cuidado Integral à Saúde – Projetos-Piloto em Atenção Primária à Saúde (APS) - foi lançado em 27 de fevereiro de 2020, porém, foi suspenso em 19 de março de 2020 por conta da pandemia de COVID-19, tendo sido reaberto no dia 27/07/2020. As inscrições puderam ser realizadas até o dia 28/08/2020.

### Sobre a Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS)

O Programa de Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS) propõe um modelo inovador para a reorganização da porta de entrada na saúde suplementar com base em cuidados primários em saúde. A proposta é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção primária, por onde os pacientes devem ingressar preferencialmente no sistema de saúde. O programa prevê a concessão de um certificado às operadoras de planos de saúde que cumprirem os requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia e é destinado apenas às operadoras de planos de saúde, que podem participar de duas formas: obtendo a certificação em APS ou implantando projetos-piloto em APS.

### Perfil dos classificados:

Dos selecionados, 60% são cooperativas médicas.

Modalidade	Quantidade
Autogestão	3
Cooperativas Médicas	12
Filantropia	1
Medicina de Grupo	1
Seguradora	2
Entidade representativa de operadora	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

Segundo o porte, 26% das operadoras selecionadas é de médio porte

Porte	Quantidade
Pequeno	2
Médio	5
Grande	12
Entidade representativa de operadora	1

A região sudeste é a que tem a maior quantidade de projetos selecionados. Há previsão de projetos que ocorrerão em mais de uma região.

Área de Atuação do Projeto	Quantidade
Centro-Oeste	3*
Nordeste	4*
Norte	1
Sudeste	7*
Sul	6
*um projeto atuará nas três regiões	

Confira a lista das instituições selecionadas:

Operadoras selecionadas para o Projeto Cuidado Integral à Saúde						
Operadora	Registro	Modalidade	Porte	Área de atuação do programa	Ops-acreditada	
Bradesco Saúde SA.	5711	Seguradora	Grande	Sul	Nível 1	
Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte – CAURN	314251	Autogestão	Pequeno	Nordeste		
Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul – CASSEMS	413534	Autogestão	Grande	Centro Oeste		
Fundação São Francisco Xavier	339954	Filantropia	Grande	Sudeste	Nível 1	
Notre Dame Intermedica Saúde AS	359017	Medicina de Grupo	Grande	Sudeste		
Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale – PASA	331988	Autogestão	Médio	Sudeste		
Sul America Companhia de Seguro Saúde	6246	Seguradora	Grande	Nordeste, Sudeste e Centro oeste		
Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico	303976	Cooperativa	Grande	Norte		
Unimed de Cascavel Cooperativa de Trabalho Médico	370070	Cooperativa	Médio	Sul	Nível 1	
Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico	343269	Cooperativa	Grande	Sul	Nível 1	
Unimed de Santa Bárbara d'Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico	369292	Cooperativa	Médio	Sudeste	Nível 1	
Unimed do Oeste do Paraná	305227	Cooperativa	Médio	Sul		
Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico	382876	Cooperativa	Grande	Centro Oeste	Nível 1	
Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico	360449	Cooperativa	Grande	Sul		
Unimed Natal	335592	Cooperativa	Grande	Nordeste		
Unimed Sobral Sociedade Cooperativa Médica Ltda.	303178	Cooperativa	Pequeno	Nordeste	Nível 1	
Unimed Sul Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico	320706	Cooperativa	Médio	Sudeste	Nível 1	
Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo	306398	Cooperativa	Grande	Sul	Nível 3	
Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico	357391	Cooperativa	Grande	Sudeste	Nível 1	
Unimed do Brasil Confederação Nacional das Cooperativas	300870	Entidade representativa	-	-	-	

Legenda:

					
Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Entidade representativa

Distribuição dos projetos selecionados e suas áreas geográficas de atuação:

Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	Ceará		Minas Gerais		Mato Grosso do Sul
	Rio Grande do Norte		Paraná, São Paulo, Espírito Santo		Pará, Rio Grande do Norte, Goiás, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul
					Goiás, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina
					Minas Gerais e São Paulo
					São Paulo
Legenda:					
	Autogestão		Cooperativa Médica		Filantropia
					Medicina de Grupo
					Seguradora

**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)