

ÍNDICE INTERATIVO

[Qualicorp lança parceria com a Klini Saúde e oferece planos de saúde no Rio de Janeiro a partir de R\\$ 120](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Em pesquisa inédita, Track.co traça o cenário de satisfação do paciente dos últimos três anos com 3,7 milhões de usuários do serviço de saúde do Brasil](#) - Fonte: Saude Business

[Mudança sobre o rol taxativo e novos critérios do Capital Baseados em Risco \(CBR\) serão debatidos no 25° Congresso Internacional da UNIDAS](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Startups e aplicativos de saúde ganham espaço no Brasil](#) - Fonte: O Globo

[Planos de saúde denunciam esquema de fraude de R\\$ 40 milhões em reembolsos](#) - Fonte: InfoMoney

[Fusão entre Hapvida e NotreDame Intermédica consolida um dos principais players de odontologia no Brasil](#) - Fonte: Revista Cobertura

[FenaSaúde alerta para prejuízo operacional de R\\$4,4 bilhões dos planos de saúde no segundo trimestre de 2022](#) - Fonte: FenaSaude

[SulAmérica descredencia serviços de saúde, e queixas disparam na ANS](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[ANS divulga resultado final do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

QUALICORP LANÇA PARCERIA COM A KLINI SAÚDE E OFERECE PLANOS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO A PARTIR DE R\$ 120

Revista Cobertura – 19/10/2022

Operadora Klini Saúde comercializará planos na modalidade coletivo por adesão, com opções com e sem coparticipação

A Qualicorp, maior plataforma de escolhas de planos de saúde do Brasil, acaba de fechar uma parceria com a operadora Klini Saúde para aumentar seu portfólio na modalidade coletivo por adesão destinado a moradores do Rio de Janeiro e Niterói. Os planos de saúde são comercializados a partir de R\$ 120 (primeira faixa etária).

A Klini Saúde oferece uma rede hospitalar própria, além de credenciados e um atendimento médico humanizado de qualidade. “Estamos muito felizes com essa parceria, pois consideramos que a Klini reúne uma série de atributos importantes para que possamos disponibilizar ao cliente Quali uma oferta que traga medicina de ponta e caiba no orçamento”, afirma Gláucio Fernandes, superintendente comercial da Quali no Rio de Janeiro.

Os planos estão disponíveis nas opções com e sem coparticipação para profissionais liberais, comerciários, estudantes e servidores públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói.

“A rede credenciada é o nosso grande diferencial. Temos 17 unidades próprias, sendo 5 centros médicos e 12 hospitais, todos com equipamentos de ponta e o que há de melhor na medicina. Temos opções para que o cidadão carioca tenha saúde de qualidade com custo acessível para sua família”, conta João Luis Araújo, gerente comercial da Klini Saúde.

A chegada da Klini Saúde reforça a plataforma de oferta de planos de saúde da Quali, a maior do Brasil. Para diferentes bolsos e condições, a Qualicorp disponibiliza mais de 700 produtos de mais de uma centena de operadoras de planos de saúde, contribuindo para que o brasileiro tenha acesso à saúde de qualidade. No portfólio da Quali, são oferecidos planos da Amil, Assim Saúde, Bradesco, SulAmérica, entre outras mais de 100 operadoras.

EM PESQUISA INÉDITA, TRACK.CO TRAÇA O CENÁRIO DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE DOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS COM 3,7 MILHÕES DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO BRASIL

Saude Business – 18/10/2022

O nível de maturidade da experiência do cliente no setor da saúde ainda é baixo em comparação com outros setores

A Track.co, startup brasileira especialista em gestão da Experiência do Cliente, e referência em experiência do paciente, aponta que o segmento da saúde está na zona de qualidade, o que indica, no geral, um certo nível de satisfação do cliente, embora ainda haja espaço para melhorias importantes. Através do NPS (Net Promoter Score), que mensura o Grau de Lealdade dos Consumidores de qualquer tipo de empresa, foi possível identificar o que tem dado certo e o que precisa de atenção do segmento de saúde.

De acordo com o relatório divulgado neste mês, o segmento da saúde não costuma sofrer grandes alterações em seus números de NPS e, via de regra, é bem avaliado pelos pacientes. No entanto, isso não significa que a experiência é perfeita. Os feedbacks recebidos pelos pacientes devem ser analisados estrategicamente para identificação das oportunidades de desenvolvimento.

O relatório considerou todas as respostas obtidas de 68 organizações da saúde que possuem um número significativo de respostas e programas ativos de VoP - termo em inglês para Voice of Patient. Os programas acessam a opinião do paciente para análise de insights estratégicos que auxiliam a

planejar as ações de melhoria. Ao longo dos anos de 2019, 2020 e 2021, foram 3,7 milhões de respostas de pesquisas de NPS relacional. Portanto, hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras de planos de saúde foram analisadas no que diz respeito à experiência geral do paciente para com cada instituição.

“A experiência do cliente é amplamente debatida pelos gestores da saúde nos últimos anos, que buscam padronizar e aprimorar seus processos, além de focar cada vez mais em um atendimento humanizado. No entanto, na saúde o nível de maturidade de Customer Experience, conhecido como a Experiência do Cliente, ainda é menor quando comparado aos outros setores”, explica Tomás Duarte, cofundador e CEO da Track.co.

De acordo com Duarte, é extremamente importante identificar, ao longo da jornada do paciente, os pontos estratégicos para o monitoramento da sua experiência. “Apesar do NPS não ser um indicador necessário para a obtenção de diversas certificações no setor da saúde, seu monitoramento é uma ferramenta valiosa para buscar a melhoria contínua de padrões de qualidade do serviço prestado, por meio da percepção da satisfação do paciente. Isto demonstra, sobretudo, o forte compromisso da instituição

pela excelência e cuidado para com o paciente”, complementa.

Concluindo, a evolução do NPS da saúde nos últimos três anos, indica uma tendência de aumento de valor, ou seja, os pacientes estão vivenciando uma melhor experiência, o que reflete no crescimento da respectiva satisfação e fidelidade à marca. “As instituições de saúde precisam compreender que

a experiência do paciente é multifatorial, isto é, em cada ponto da jornada, poderá ter um ou mais fatores relevantes que afetam e impactam a mesma. Investir apenas em um atendimento humanizado, cordial e respeitoso, não basta, afinal existem vários outros itens que devem ser considerados e são tão importantes quanto o atendimento, a exemplo da infraestrutura, segurança, higiene, habilidade técnica do corpo clínico, entre tantas outras”, finaliza Tomás.

MUDANÇA SOBRE O ROL TAXATIVO E NOVOS CRITÉRIOS DO CAPITAL BASEADOS EM RISCO (CBR) SERÃO DEBATIDOS NO 25º CONGRESSO INTERNACIONAL DA UNIDAS

Revista Cobertura – 18/10/2022

Novidades já impactam as operadoras de planos de saúde e estarão na conferência de abertura do evento, no dia 16 de novembro, às 11 horas.

Alteradas nos últimos meses, a legislação relacionada ao rol taxativo para a cobertura dos planos de saúde e os novos critérios para a antecipação dos efeitos da adoção do Capital Baseados em Riscos (CBR) já impactam as operadoras de planos de saúde. Os reflexos dessas novidades serão debatidos na conferência de abertura do 25º Congresso Internacional da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, que abordará a saúde no Brasil nos últimos 20 anos e as expectativas para as próximas décadas.

No dia 16 de novembro, às 11 horas, logo após a abertura oficial do Congresso, os principais líderes do setor debatem os desafios para a sustentabilidade da saúde suplementar. Anderson Mendes, presidente da UNIDAS, participa do painel junto aos demais representantes das entidades do setor. São eles: Paulo Rebello, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Renato Casarotti, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge); Omar Abujamra Junior, presidente da Unimed Brasil, Mirócles de Campos Veras, presidente da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB); e Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasauúde) com a mediação de Manoela Albuquerque, editora de Saúde na MIT Technology Review Brasil.

Para o presidente da UNIDAS, o setor enfrenta novos desafios em decorrência das mudanças. “O Congresso acontece em um momento crucial e passa a ser uma oportunidade para debater as melhores maneiras para o mercado se adequar às novidades de uma forma sustentável”, afirmou.

Realizado em formato híbrido entre os dias 16 e 18 de novembro, no Centro de Convenções CentroSul (Florianópolis), o Congresso que se consolidou como um dos maiores eventos da saúde suplementar tem como objetivo o debate não só das autogestões, mas do sistema de saúde como um todo. Direcionado às instituições filiadas e não filiadas UNIDAS, prestadores de serviços e empresas da saúde suplementar, o encontro deste ano tem como tema “Os desafios para a sustentabilidade das autogestões”.

Serviço:

25º Congresso Internacional UNIDAS

Local: Centro de Convenções CentroSul, em Florianópolis (SC)

Data: 16 a 18 de novembro

Aberto ao público

Inscrições devem ser feitas pelo site: <https://25congresso.unidas.org.br/>

STARTUPS E APLICATIVOS DE SAÚDE GANHAM ESPAÇO NO BRASIL

O Globo – 17/10/2022

Segmento que oferece soluções inovadoras e tecnológicas é impulsionado por problemas na área de saúde

O setor da saúde como um todo é cheio de fragilidades e problemas, em especial no Brasil, que ficaram ainda mais escancarados na pandemia. Pode parecer contraintuitivo, mas é justamente essa característica que torna o setor de saúde extremamente atrativo para novos negócios, que

buscam resolver essas questões de forma inovadora. Não é à toa que, nos últimos anos, houve um grande crescimento no número de healthtechs – startups que oferecem soluções inovadoras para a área - e de aplicativos voltados para o cuidado com a saúde, com foco tanto nos profissionais de saúde, hospitais e clínicas, quanto no paciente.

— As nossas fragilidades ficaram ainda mais evidentes na pandemia e são problemas que precisam de soluções em escala. É exatamente aí que a indústria de tecnologia olha e tenta encontrar soluções — diz Rodrigo Demarch, diretor executivo de Inovação do Hospital Albert Einstein.

O cenário de restrições imposto para controlar a disseminação do novo coronavírus, somado à necessidade de encontrar soluções eficazes — como vacinas e medicamentos — rapidamente, contribuiu para vencer resistências. Um claro exemplo disso é a expansão da telemedicina, que até o início de 2020 ainda engatinhava no país. Hoje, é difícil encontrar alguém que não tenha utilizado essa modalidade de atendimento. O uso maciço da telemedicina, por sua vez, gerou a necessidade de criar prontuários eletrônicos e prescrições digitais. A impossibilidade de ir para a academia abriu espaço para a multiplicação de aplicativos de atividade física e a instabilidade do período, que aumentou problemas como depressão e ansiedade, acelerou o surgimento de produtos focados em saúde mental e bem-estar.

Segundo levantamento da Liga Ventures em parceria com a PwC Brasil, o número de healthtechs no país aumentou 16,11% entre 2019 e 2022. Hoje, são 545 startups mapeadas, em 35 categorias que vão desde soluções agendamento de serviços e gestão de prontuário até controle de doenças crônicas e saúde mental. Em relação à localização de origem dessas iniciativas, a maioria está no estado de São Paulo, que concentra 41,28% das healthtechs, seguida por Minas Gerais (6,61%) e Rio de Janeiro (6,42).

Outra pesquisa, realizada pela plataforma Distrito, que ajuda companhias a encontrar startups capazes de oferecer soluções para suas demandas, aponta a existência de 1.023 healthtechs em atuação no Brasil em diferentes estágios de evolução. Destas, 61% foram fundadas entre 2016 e 2022.

O aumento do interesse em startups de saúde contribuiu para esse crescimento. Dados do estudo Inside HealthTech Report - Retrospectiva 2021 e Tendências 2022, revelam aumento de 300% no aporte em startups de saúde, nos últimos dois anos. Relatório da consultoria KPMG colocou as soluções de saúde entre as áreas “quentes” de investimentos para este ano.

As startups são empresas jovens com modelo de negócio escalável e replicável. Elas têm um jeito ágil de funcionar e usam a tecnologia para propiciar uma medicina mais preventiva, preditiva e personalizada. Nos últimos anos, com o aumento da crise dos planos de saúde, se destacaram iniciativas que oferecem atendimento à saúde, a um valor acessível, como Alice, Sami Saúde e Pipo Saúde. A Pipo Saúde, por exemplo, aumentou sua receita em 700% em 2021 e prevê crescer mais 300% este ano. Crescimento semelhante é previsto pela Saúde da Gente, pioneira no segmento de saúde digital.

Também receberam grandes investimentos a Memed, de prescrições digitais, e a Gympass, plataforma de saúde e bem-estar, que recentemente fechou uma parceria com a

SulAmérica para levar saúde integral para todos os beneficiários da seguradora. Nos últimos dois anos, também se destacaram empresas focadas em promover a saúde mental, como Vitalk, Vittude e Telavita.

A quinta edição da lista 100 Startups to Watch, realizada por meio de uma parceria entre Pequenas Empresas & Grandes Negócios, Época Negócios, EloGroup e Innovc, elencou 16 startups de saúde e bem-estar.

Entre elas, estão empresas que focam em atendimento domiciliar, como a Beep Saúde e a ISA LAB, foodtechs, como a Liv Up e a Yamo Superfoods e a beautytech JustForYou, que foca em tratamento capilar personalizado. Também integram a lista empresas que oferecem soluções para outras empresas, como a Clinicarx e a Kidopi, além de startups que focam em tratamentos como a Vyro Biotherapeutics, voltada para combate do câncer, e a Tato, para dores musculoesqueléticas.

O potencial das healthtechs para o setor de saúde é tão grande que empresas grandes e tradicionais têm atraído essas startups para próximo de si por meio de parcerias, investimentos e fusões. O Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, criou há cinco anos sua própria incubadora. Segundo Demarch, mais de 2.500 startups já foram rastreadas, das quais 150 foram incorporadas. Além disso, em cerca de 30 delas, o hospital investiu.

Além de atuarem no oferecimento de planos de saúde mais acessíveis, no desenvolvimento de novas tecnologias para auxiliar no rastreamento de doenças, como o uso de ferramentas de inteligência artificial para analisar resultados de exames e encontrar padrões de risco, e na melhoria de processos, um dos focos das healthtechs são os aplicativos de saúde.

Na lista 100 Startups to Watch, aparecem ainda cinco aplicativos. O SleepUp, que utiliza terapias digitais contra distúrbios do sono e é regulamentado pela Anvisa; a ViBe Saúde, que oferece pronto atendimento digital, consultas por telemedicina e terapia online; o WeCancer, voltado para o acompanhamento de pessoas com câncer; o Youfeel Health, que atua analisando dados a respeito de atividades físicas, nutrição e sono, realizando diagnósticos e conectando os usuários e profissionais de saúde por meio de atendimento online; e a Hisnek, que atua na prevenção de doenças mentais.

Os aplicativos com foco em saúde e bem-estar caíram nas graças dos brasileiros nos últimos anos. Levantamento da consultoria internacional App Annie mostrou que em 2020 o download destes aplicativos cresceu 45% no Brasil. O número é maior do que a alta mundial, que foi de 30%. Entre os principais, estão aplicativos da área de medicina com informações sobre o coronavírus, além de ferramentas para exercícios físicos, práticas de yoga, meditação, vida em casa, entre outros.

Entretanto, especialistas alertam para a necessidade de pesquisar sobre a origem e validação antes dos aplicativos de saúde, em especial aqueles têm fins de tratamento ou diagnóstico.

— Os aplicativos e as startups promovem acesso à saúde, de uma maneira mais acessível. Mas é preciso lembrar que nada substitui o contato direto entre médico paciente — ressalta Leonardo Menezes, diretor médico da Casa de Saúde São José.

Não há dúvidas de que o modelo de negócio criado pelas startups de saúde veio para ficar. Tendências na área para os próximos anos incluem foco em saúde preventiva, a disseminação de femtechs, empresas que apresentam soluções e iniciativas voltadas para a saúde da mulher, o open health, que possibilita que qualquer empresa da área consulte

os dados médicos, desde que haja autorização do paciente e a análise de DNA para prever o risco de doenças e personalizar tratamentos.

— Aquele conceito de que boa saúde começa com a doença, quando eu compro remédio na farmácia, quando vou ao médico ou eu entro no pronto-socorro pra ser atendido, está mudando. Cada vez mais, entende-se que saúde é prevenir doenças, que as pessoas precisam participar ativamente disso e é nisso que muitas startups estão investindo — diz Bruno Porto, sócio da PwC Brasil.

Para Porto, outras categorias que continuarão em crescimentos nos próximos anos são as de iniciativas voltadas para bem-estar e a saúde mental, inteligência de dados, além de prontuário e prescrição eletrônica.

PLANOS DE SAÚDE DENUNCIAM ESQUEMA DE FRAUDE DE R\$ 40 MILHÕES EM REEMBOLSOS

InfoMoney – 17/10/2022

Amil, Bradesco Saúde, Porto Saúde e SulAmérica estão entre as vítimas; MP-SP recebeu a queixa-crime da FenaSaúde e pediu abertura de inquérito policial

Por Equipe InfoMoney A federação das operadoras de planos de saúde (FenaSaúde) denunciou ao Ministério Público de São Paulo (MP-SP) uma rede de fraudes que envolve 179 empresas de fachada, 579 beneficiários suspeitos de serem “laranjas” e quase 35 mil pedidos de reembolsos, que somam aproximadamente R\$40 milhões.

Entre as empresas prejudicadas pelo esquema, que são filiadas à FenaSaúde, estão a Amil; a Bradesco Saúde, do Bradesco (BBDC4); a Porto Saúde, da Porto (PSSA3); e a SulAmérica (SULA11), que foi comprada em fevereiro pela Rede D’Or (RDOR3).

A FenaSaúde representa 14 grandes operadoras de saúde do país, responsáveis por 41% dos do mercado (cerca de 33 milhões de contratos). Além das companhias lesadas, fazem parte da federação outras empresas com capital aberto na B3, como a Hapvida/NotreDame Intermédica (HAPV3); a Itaúseg Saúde, do Itaú Unibanco (ITUB4); e a OdontoPrev (ODPV3).

Uma notícia-crime foi apresentada pela federação na quinta-feira (13) ao Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco) do MP-SP, fruto de uma investigação interna das empresas.

Procurado pelo InfoMoney, o Ministério Público confirmou o recebimento da denúncia e disse que pediu no mesmo dia “instauração de inquérito policial para apuração dos crimes de organização criminosa, lavagem de bens e valores e estelionatos, entre outros”.

Saúde complementar Fim do rol taxativo pode causar ‘expulsão em massa’ dos planos de saúde, diz federação FenaSaúde afirma que lei 14.454/22 pode aumentar preço dos serviços do setor e ‘coloca o Brasil na contramão das melhores práticas mundiais’

Questão de Justiça É abusivo rescindir plano de saúde na pandemia após beneficiário quitar parcelas atrasadas, decide STJ Interromper o contrato durante a pandemia é ofensa à boa-fé objetiva, afirma ministra

Investigação interna

A investigação das operadoras descobriu que 179 empresas de fachada foram criadas para contratar planos de saúde e fazer pedidos de reembolsos em larga escala. Foram reunidas notas fiscais de 34.973 pedidos de reembolso, feitos por 579 beneficiários, que somam aproximadamente R\$ 40 milhões.

Os fraudadores criavam empresas que não existem no endereço físico apresentado e usavam ‘beneficiários-laranjas’ e até prestadores de serviços médicos falsos para apresentar pedidos de reembolso sem a prestação de qualquer serviço médico.

‘Ponta do iceberg’

A FenaSaúde diz que sindicâncias feitas pelas próprias operadoras levantaram suspeitas sobre a ação criminosa e que os documentos, notas fiscais e informações apresentadas ao MP-SP endossam a denúncia de crime. Rodrigo Fragoso, advogado criminalista responsável pelo caso, afirma em nota que o esquema descoberto “é somente a ponta de um iceberg muito maior”.

“Esse tipo de fraude prejudica a todos os clientes de planos de saúde, que são quem financiam todas as despesas assistenciais”, afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde. “Impacta na sustentabilidade do sistema de

saúde, na previsibilidade de gastos por parte dos planos e tem efeito direto nos processos com os beneficiários, uma vez que as operadoras precisam estabelecer critérios cada vez mais rígidos”.

FUSÃO ENTRE HAPVIDA E NOTREDAME INTERMÉDICA CONSOLIDA UM DOS PRINCIPAIS PLAYERS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL

Revista Cobertura – 17/10/2022

Empresa ultrapassa 7 milhões de beneficiários e alcança 21,15% do market share do setor com foco na ampliação do acesso e a adoção de medidas que estimulem os cuidados integrados com a saúde bucal da população

O grupo Hapvida NDI alcança a marca de 7.075.789 milhões de beneficiários de planos odontológicos. O número reforça a posição entre as líderes do mercado, com 21,15% de market share de um total de 33.447.616 milhões de beneficiários de planos odontológicos anunciados esta semana pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com base no mês de agosto de 2022.

A construção dessa carteira foi consolidada após a fusão entre as empresas no início de 2022. De acordo com a empresa, o resultado é reflexo de um conjunto de medidas como os investimentos no setor, a fusão entre organizações de reconhecimento no mercado e a dedicação de dentistas colaboradores espalhados por todo o país.

“Estamos focados em alcançar a liderança do mercado, a partir de uma visão ampla que incentive os cuidados com a saúde bucal da população. Entendemos que quando

cuidamos da nossa saúde bucal, estamos também pensando em todos os aspectos da nossa saúde, seja ela física ou mental. Por isso, o objetivo da empresa é ampliar o acesso aos serviços odontológicos de maneira integrada à oferta de planos médico-hospitalares”, explica a Vice-presidente de Odontologia do Grupo Hapvida NotreDame Intermédica, Jaqueline Sena.

Em razão do menor risco dos procedimentos odontológicos e da disponibilidade de profissionais de alta qualificação no país, a Companhia acredita na operação, exclusivamente, por meio de sua rede credenciada. “Assim, nossa atuação em planos odontológicos já abrange todos os Estados do país. A ampliação desta rede credenciada está diretamente relacionada ao crescimento da carteira de clientes e da segurança trazida pelo ganho de escala para os profissionais da área. Com isso, construímos uma cadeia de valor entre a Companhia e os dentistas que é benéfica a todos, especialmente aos beneficiários pela ampla oferta e qualidade”, ressalta Jaqueline Sena.

FENASAÚDE ALERTA PARA PREJUÍZO OPERACIONAL DE R\$4,4 BILHÕES DOS PLANOS DE SAÚDE NO SEGUNDO TRIMESTRE DE 2022

FenaSaude – 13/10/2022

Resultado é seis vezes pior que o mesmo período do ano passado. FenaSaúde alerta para deterioração do setor

No segundo trimestre de 2022, as operadoras de planos médico-hospitalares tiveram o pior resultado operacional da série histórica divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): um prejuízo de 4,4 bilhões. O alerta é da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 14 grupos de operadoras de planos de saúde responsáveis por 41% dos beneficiários de planos do país.

Além do prejuízo operacional, os planos médico-hospitalares tiveram um resultado líquido negativo na ordem de R\$1,7 bilhão. Na análise da diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente, a saúde suplementar brasileira está em processo preocupante de deterioração financeira, resultado da sobrecarga herdada da pandemia e por mudanças estruturais que tornarão a assistência continuamente mais caras. “Esses

resultados reforçam o quanto os recursos são finitos e se tornam ainda mais relevantes diante de medidas que impactarão de forma relevante a sustentabilidade do setor, como a recente aprovação do projeto de lei nº 2.033/2022”, afirma. O PL aprovado pelo Congresso afrouxa os critérios para incorporação de procedimentos e medicamentos na cobertura obrigatória dos planos de saúde.

Outro ponto que chama a atenção nos resultados apresentados pela ANS é o índice de sinistralidade dos planos médico-hospitalares, um dos mais importantes indicadores da saúde suplementar.

No segundo trimestre de 2022 a sinistralidade foi de 91,7%. O acumulado do ano já é de 88,8%.

A sinistralidade mostra a relação entre as receitas das operadoras (contraprestações) e os pagamentos feitos pelos

planos para exames, consultas, internações, medicamentos e cirurgias. Fazendo um comparativo, é como se a cada a cada R\$ 100 reais dos custos das operadoras de saúde no

trimestre, R\$ 91,70 fossem destinados ao pagamento de despesas assistenciais.

SULAMÉRICA DESCRENCIA SERVIÇOS DE SAÚDE, E QUEIXAS DISPARAM NA ANS

Folha de São Paulo – 13/10/2022

A seguradora SulAmérica, que foi comprada pela Rede D'Or, está descredenciando vários serviços de saúde, o que tem levado usuários a acionar ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e órgãos de defesa do consumidor, além de ingressar com ações na Justiça.

Beneficiários relatam que não foram comunicados previamente pela operadora e que só souberam do descredenciamento quando tiveram atendimentos recusados em clínicas, laboratórios e consultórios.

A lei que rege os planos de saúde permite o descredenciamento, mas determina que os beneficiários sejam avisados com 30 dias de antecedência sobre o serviço descredenciado.

Em nota, a SulAmérica informa que realizou ajustes na sua rede de atendimento laboratorial em São Paulo, mas diz que a realização de exames em regime hospitalar durante internação, o atendimento em pronto-socorro e a rede credenciada de médicos e serviços hospitalares não sofreram alterações.

Na ANS, o número de queixas contra SulAmérica teve um salto em setembro. Foram 110 reclamações relativas às redes hospitalar e não hospitalar, número recorde desde julho do ano passado. Em 2021, a média foi de oito queixas por mês. Neste ano, entre janeiro e agosto, a média mensal foi de 15.

Embora não haja um detalhamento dessas reclamações, o período coincide com o movimento de descredenciamento, iniciado em meados de setembro.

“Ninguém teve aviso de nada. Em geral, o usuário foi fazer um exame ou uma consulta ou tinha um procedimento agendado quando soube do descredenciamento”, diz o advogado Elton Fernandes, especialista em direito à saúde, que afirmou que, nas últimas semanas, tem recebido de dois a três clientes por dia interessados em processar o plano.

De acordo com a legislação, a operadora também tem a obrigação de substituir um hospital descredenciado por outro equivalente. Mas, segundo advogados, isso não tem ocorrido. Em troca dos serviços descredenciados, a SulAmérica estaria ofertando aos consumidores outros que já existiam na rede contratada.

“Nesses casos, não é substituição, é supressão do direito do consumidor, uma vez que a empresa não concedeu o abatimento proporcional na mensalidade pela perda daquele hospital”, reforça Fernandes.

Segundo o advogado Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva advogados, a maior parte das reclamações que tem recebido são referentes ao descredenciamento de serviços oftalmológicos, como o Hospital dos Olhos, e de laboratórios, como o Fleury, que funcionavam em hospitais.

“Os consumidores foram pegos de surpresa. Não é que eles substituíram, tiraram um e colocaram outro. Houve uma redução na rede credenciada. Por exemplo: muitos desses usuários já tinham direito à rede Dasa e também ao Fleury dentro dos hospitais. Agora, eles só têm a rede Dasa. Também já tinham direito ao H.Olhos e agora só têm o Cema [hospital]”, explica.

O advogado afirma que os beneficiários que procuram o escritório para processar o plano se queixam da perda do histórico de exames que faziam na instituição descredenciada. “Muitos ainda estão em tratamento ou fazem acompanhamento de doenças crônicas.”

Segundo os advogados, os usuários mais afetados são os que possuem planos individuais e familiares. “São de todas as classes sociais. De reitor de universidade a donas de casa. Parece-me um evidente desincentivo à manutenção desses contratos individuais e familiares”, relata Fernandes.

A empresária Sandra Bastos, 56, é uma das que estão ingressando com ação judicial contra a SulAmérica. Ela diz que recebeu um email da operadora informando que agora teria exclusividade de laboratórios na rede Dasa, mas não foi avisada que os do HCor e o Cura, onde ela fazia os exames, haviam sido descredenciados.

“Só descobri quando liguei para marcar os exames preventivos anuais. Foi um choque.”

Bastos conta que até tentou marcar uma mamografia e um ultrassom de mamas na rede Dasa, mas não conseguiu.

“Lá, dizem que eu não tenho direito aos exames porque o plano não cobre, que eu teria que pagar. Decidi que nem vou me estressar. Vou entrar na Justiça e pronto.”

Ela, o marido e os três filhos têm um plano familiar da SulAmérica desde 1998 e pagam uma mensalidade de R\$ 7.300.

Saiba mais

No site Reclame Aqui, também há dezenas de reclamações contra a SulAmérica sobre descredenciamento de serviços e profissionais, demora de reembolsos e de marcação de exames e procedimentos.

Ao menos oito queixas sobre descredenciamentos chegaram ao Idec (Instituto de Defesa do Consumidor) no últimos dias. Segundo a advogada Ana Carolina Navarrete, coordenadora dos programas de saúde da entidade, o movimento de reclamações é atípico e costuma indicar problemas coletivos de consumo.

Por esse motivo, o instituto enviou ofício à SulAmérica solicitando esclarecimentos. Segundo o Idec, a operadora confirmou que realizou ajustes na rede de atendimento laboratorial na cidade de São Paulo, mas nega que não tenha avisado os beneficiários.

“Mas as reclamações que recebemos dão conta de pessoas que descobriram as alterações na rede credenciada apenas no momento do atendimento”, diz Navarrete.

Na sua avaliação, toda e qualquer mudança nos serviços e atividades prestadas pelas operadoras deve ser comunicada aos consumidores e consumidoras de forma expressa, direcionada e completa.

Em nota, a SulAmérica informa que realizou ajustes na sua rede de atendimento laboratorial em São Paulo para a linha de produtos Exato e alguns planos individuais, centralizando seu atendimento na Rede Dasa.

Afirma que a realização de exames em regime hospitalar durante internação e atendimento em pronto-socorro não sofreu nenhum ajuste.

Diz também que não houve mudança na rede credenciada de médicos e serviços hospitalares, como tratamentos e terapias

o que contraria queixas de muitos beneficiários sobre descredenciamento de médicos. Segundo a operadora, “a rede de prestadores foi reorganizada de forma que alguns planos sejam atendidos essencialmente por laboratórios parceiros credenciados do grupo Dasa (Lavoiser, Salomão e Zoppi, Delboni, Cytolab e Deliberato), com ampla capilaridade e com qualidade reconhecida”.

“Na prática, a rede Dasa foi ampliada de 90 para mais de 160 pontos de atendimento, cobrindo toda a região metropolitana de São Paulo”, diz a nota.

A operadora afirma também que seguiu as normas estabelecidas pela ANS e que tem comunicado e reforçado as mudanças a todos os beneficiários. Informa ainda que está atuando para que seus prestadores orientem adequadamente os beneficiários para que nenhum deixe de ser atendido.

Também em nota, a ANS diz que prestadores hospitalares podem ser substituídos por outro equivalente, mediante comunicação prévia ao consumidor e à agência com 30 dias de antecedência.

“Essa comunicação não precisa ser individualizada (carta, email), mas a operadora deve garantir que o beneficiário fique ciente da informação.”

Segundo a ANS, a lei permite a exclusão de prestadores hospitalares e, nesses casos, os atendimentos serão realizados por outros que já fazem parte da rede. Porém, é preciso aval prévio da agência.

Já os prestadores não hospitalares (consultórios, clínicas, laboratórios) só podem ser descredenciados se forem substituídos por outro equivalente. “Não há necessidade de autorização, nem de comunicação à ANS, mas a operadora deve comunicar aos beneficiários através do seu site e da Central de Atendimento, com 30 dias de antecedência e manter a informação disponível para consulta, por 180 dias.”

A ANS orienta os usuários que procurem inicialmente a operadora para que ela resolva o problema e, caso não tenha a questão resolvida, registre reclamação em um dos seus canais de atendimento.

ANS DIVULGA RESULTADO FINAL DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 11/10/2022

Informações relativas ao 1º trimestre de 2022 estão disponíveis para consulta

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível para consulta o resultado final do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2022.

A operadora poderá acessar o seu resultado no portal da ANS, consultando o documento PRONTUÁRIO DE RESULTADOS - MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL, disponível na Central de Relatórios, na opção [Monitoramento do Risco Assistencial](#), mediante preenchimento de login e senha. Importante destacar que nesta fase não são mais recepcionados questionamentos,

conforme previsto na Instrução Normativa DIPRO – IN nº 58/2022.

Vale lembrar que a partir de 2022, o Mapeamento do Risco Assistencial passou a ser composto por indicadores distribuídos em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos. Com isso, o prontuário de resultados sofreu

alterações decorrentes do início de vigência dos novos normativos que regulamentam o Monitoramento do Risco Assistencial e Mapeamento do Risco Assistencial: Resolução Normativa – RN nº 479/2022 e da Instrução Normativa DIPRO – IN nº 58/2022.

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

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.br.

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](https://www.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.