

### *ÍNDICE INTERATIVO*

[Cobrança retroativa de reajuste deverá ser parcelada](#) - Fonte: Estadão

[ANS realiza 2ª oficina do projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor](#) - Fonte: ANS

[Saúde suplementar busca modelo mais racional para baixar custos](#) - Fonte: Fenasaúde

[Como está a gestão da saúde entre as empresas](#) - Fonte: IESS

[Planos de saúde empresariais foram impactados pela Covid-19](#) - Fonte: Jornal Contábil

[Como a COVID-19 preparou o caminho para a revolução digital no setor de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[NotreDame fecha compra de operadora em MG por R\\$ 170 mi, segunda aquisição em menos de um dia](#) -  
Fonte: Money Times

[Odontologia deve fazer parte da integração dos cuidados em saúde](#) - Fonte: IESS

[Aumenta número de fusões e aquisições no setor hospitalar](#) - Fonte: Medicina S/A

[Satisfação do brasileiro com o plano de saúde](#) - Fonte: IESS

[Saúde suplementar ajuda filantrópicos a atender a população](#) - Fonte: Fenasaúde

# COBRANÇA RETROATIVA DE REAJUSTE DEVERÁ SER PARCELADA

Estadão – 27/10/2020

Após determinar a suspensão dos reajustes dos planos de saúde entre setembro e dezembro de 2020 por causa da pandemia, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá ordenar que a cobrança retroativa dos valores não reajustados seja parcelada ao longo de 2021.

Os detalhes da norma ainda estão em discussão interna, mas a agência já trata como certo que o consumidor não terá que pagar de uma vez só o aumento referente aos quatro meses de 2020 em que a mensalidade permaneceu congelada. A informação foi dada nesta terça-feira, 27, pela assessora da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope) da ANS, Tatiana Aranovich, durante o Summit Saúde Brasil 2020, evento promovido pelo Estadão.

“O que eu posso antecipar é que a ANS está discutindo algum quadro de parcelamento dessa recomposição no ano que vem. Os detalhes estão sendo discutidos, mas teremos algum parcelamento disso”, afirmou ela.

Tatiana não deixou claro se a determinação valerá apenas para os clientes de planos individuais e familiares, cujas alíquotas de aumento são reguladas pela agência, ou também para os usuários de planos coletivos por adesão ou empresariais, que representam mais de 80% do mercado e que têm seus índices de aumento definidos por negociação entre a operadora e a empresa contratante.

Ela sinalizou, no entanto, que, diante da crise provocada pela pandemia, as operadoras deverão estar atentas à situação econômica do País para definir os índices de reajuste e a forma de cobrança desse retroativo. “Apenas lembrando que a ANS regula uma parcela muito pequena dos reajustes, principalmente os individuais. A gente tem os planos coletivos, que são de livre negociação, mas as operadoras, para reter seus contratantes, vão ter que ter um pouco de sensibilidade com isso”, afirmou.

A diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, que também participou do Summit Saúde, afirmou que, diante das incertezas dos próximos meses quanto ao cenário sanitário e econômico, ainda não é possível falar sobre índices de

reajustes e formato de cobrança de retroativos. A federação representa as maiores operadoras do País.

“Especular agora, no meio da pandemia, sobre como será o reajuste do ano que vem leva apenas mais intranquilidade às pessoas, que já estão oneradas pela questão da crise econômica, pelo desemprego. Ninguém sabe como vai ser porque a ANS ainda não definiu”, disse.

Vera ressaltou que as operadoras associadas à instituição suspenderam, de maneira voluntária, o reajuste entre maio e julho para planos individuais, familiares e coletivos por adesão e que as empresas são “cumpridoras de regras”.

Questionada sobre mais detalhes de como será feito o pagamento dos valores retroativos, a ANS informou apenas que “esse tema ainda está em discussão interna, não havendo, portanto, definição a respeito”.

A suspensão

A suspensão do reajuste foi determinada pela ANS no final de agosto, após críticas do presidente da Câmara, Rodrigo Maia (DEM-RJ), sobre aumentos em meio à pandemia. Foram travados os aumentos para todos os tipos de planos, como individuais e familiares, além dos coletivos (empresariais e por adesão), independentemente do número de segurados. O Brasil tem quase 47 milhões de clientes de convênios privados de assistência médica.

Na época em que anunciou a suspensão, a ANS afirmou que os aumentos não pagos em 2020 seriam cobrados a partir de 2021, mas não detalhou se o retroativo seria cobrado de uma só vez, no início do ano, ou de forma diluída nas mensalidades futuras, o que gerou apreensão entre os consumidores, que temem ter que pagar dois reajustes em um mesmo ano.

A operadora esclareceu que a suspensão do reajuste vale apenas para mensalidades a partir de setembro, ou seja, quem teve aumento antes disso teve que pagar normalmente as faturas reajustadas dos meses anteriores.

---

## ANS REALIZA 2ª OFICINA DO PROJETO MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR

ANS – 27/10/2020

Oito operadoras apresentaram experiências, resultados e indicadores do segundo ciclo

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 22/10, a segunda Oficina Virtual de Aprendizagem Coletiva do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em

Valor. O objetivo do evento foi dar continuidade ao compartilhamento das experiências para o aprimoramento dos projetos e a discussão sobre o tema da saúde baseada em valor no contexto da pandemia do novo coronavírus.

A abertura foi feita pelo diretor de Desenvolvimento Setorial Substituto, César Serra, que destacou a importância da realização da oficina e a relevância sobre o tema: “Há anos a ANS têm adotado as discussões de como avançar os modelos de remuneração em saúde no país em referências mais modernas e inteligentes que tenham como base a geração de valor em saúde, que certamente é o melhor caminho quando se fala em sustentabilidade do setor, já que é uma equação que concilia os interesses do empresário, do beneficiário e apresenta resultados de qualidade na assistência”, avaliou.

Em seguida, o Presidente do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde – IBRAVS, César Abicalaffe, que também é CEO de uma startup paranaense, realizou uma apresentação (veja aqui) onde apontou os principais desafios e perspectivas dos Modelos de Remuneração baseados em Valor.

Na sequência, a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, fez uma apresentação (veja aqui) contextualizando o status do projeto, enfatizando as dificuldades no contexto da pandemia

e apresentando as soluções encontradas na implementação e monitoramento, além de novas parcerias para a execução dos indicadores.

Durante o encontro, os responsáveis técnicos pelos projetos de oito operadoras realizaram exposições, relatando um resumo de suas experiências, apresentando os indicadores de desempenho, estratégias de monitoramento e resultados alcançados até o momento.

Veja aqui as apresentações das operadoras:

[CEMIG Saúde](#)

[Vitalis](#)

[Notredame](#)

[Porto Seguro Saúde](#)

[São Francisco Saúde](#)

[Unimed BH](#)

[Unimed Blumenau](#)

[Unimed Seguros Saúde – Projeto Oncologia](#)

[Unimed Seguros Saúde – Projeto Parto.](#)

## SAÚDE SUPLEMENTAR BUSCA MODELO MAIS RACIONAL PARA BAIXAR CUSTOS

FenaSaúde – 27/10/2020

**Em meio a restrições orçamentárias cada vez mais severas, pandemia reforça consenso sobre necessidade de mudanças no sistema assistencial que permitam ampliar acesso.**

A pandemia está abrindo a possibilidade de uma transição importante nos modelos de assistência à saúde, tanto no Brasil como em todo o mundo. Ainda que não seja possível prever com exatidão como será o pós-pandemia, entre os legados já perceptíveis está a necessidade de que todos os agentes da cadeia de prestação de serviços em saúde atuem juntos para conter custos crescentes e lidar com restrições orçamentárias cada vez mais severas.

Outras lições da pandemia também indicam a possibilidade e a necessidade de se caminhar para sistemas mais racionais, que funcionem de maneira mais eficaz para todos: usuários, contratantes, prestadores e operadoras. O desenho inclui mais ênfase em prevenção e atenção primária, menos hospitalização, novos modelos de remuneração dos prestadores e uso mais disseminado da telemedicina.

Estas foram algumas das considerações feitas pela diretora executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Vera Valente, durante o Estadão Summit Saúde Brasil 2020, promovido pelo jornal ‘O Estado de S.Paulo’ na manhã desta terça-feira (27).

A crise econômica e as consequentes mudanças no mercado de trabalho – como o desemprego em alta e o aumento da informalidade – também irão afetar a forma como planos e

seguros de saúde são oferecidos. A situação cobra opções mais flexíveis que sejam mais aderentes às condições de contratação de empresas e famílias – a pandemia comprovou, mais uma vez, que manter as coberturas é um dos desejos dos brasileiros.

“É nítido o anseio da população por ter acesso à saúde privada. Com o cenário atual, torna-se ainda mais necessário termos outras formas de entrada no sistema suplementar, que deem às pessoas mais possibilidades de escolha. Ninguém está falando em tirar opções, mas sim em ampliá-las. E em qualquer setor econômico mais competição sempre beneficia o consumidor final, com preços mais baixos”, disse Vera.

A ampliação das opções de cobertura à disposição dos usuários foi um dos aspectos aferidos pelo Datafolha em pesquisa sobre percepção dos brasileiros sobre a saúde suplementar feita em novembro de 2019. Para 81% dos entrevistados pelo instituto, o desejável num plano de saúde ideal é “ter um custo menor onde eu possa escolher as especialidades para ser atendido”. Abrir novas possibilidades de acesso ajuda a diminuir a demanda sobre o SUS, fortalecendo a necessária complementariedade entre os sistemas público e privado prevista na Constituição.

“A pessoa que é cuidada pela saúde suplementar desonera o SUS. No pós-pandemia, não temos nenhuma perspectiva de aumento do orçamento para a saúde pública, persistindo o subfinanciamento. Mas é certo que vamos ter aumento de demanda, tanto no público quanto no privado. Logo, criar mecanismos para trazer usuários para os planos é bom para

todo mundo, porque libera o atendimento no SUS para quem não tem outra opção e depende só da rede pública. Essa conexão entre público e privado foi muito fortalecida na pandemia”.

### **Mudança de tendência**

Neste momento, o mercado de saúde suplementar vive uma inflexão, depois da queda de procura por procedimentos médicos verificada nos meses iniciais da pandemia em função do isolamento social. A tendência que as operadoras já têm observado é de novas altas nos níveis de utilização, a chamada sinistralidade. O indicador baixou a 62% em junho, mas vem subindo desde então, para os 73% registrados em setembro, segundo relatório divulgado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) na semana passada.

“A partir de novembro, devemos chegar próximo aos níveis anteriores à pandemia, com a gradativa retomada de procedimentos que haviam sido adiados e que já estão ocorrendo, como todos temos percebido”. Só a partir de conhecido este contexto mais amplo, com o desempenho ao longo de toda a pandemia, é que será possível saber qual o resultado final da eclosão da covid para as operadoras de planos e seguros de saúde brasileiras.

O movimento de retomada tem servido para consolidar um dos grandes avanços da assistência à saúde alcançados durante a pandemia: a disseminação da telemedicina como instrumento de atendimento e de ampliação de acesso. Foram anos de evolução em pouco mais de sete meses. Resta agora uma regulamentação adequada para que a possibilidade torne-se permanentemente disponível para os brasileiros.

“Poucos têm se dado conta, mas a telemedicina ainda não é uma conquista assegurada definitivamente aos brasileiros. A modalidade está em vigor no país com base em regulamentação de caráter excepcional, de forma temporária e emergencial. Ou seja, a telemedicina só poderá ser oferecida à população enquanto perdurar a pandemia da covid-19”.

Vera defendeu uma regulamentação que seja mais abrangente, para que não haja riscos de engessar um mecanismo que depende diretamente da tecnologia – logo, sujeito a reviravoltas constantes. “Lei boa é lei que seja geral e genérica. Para ser viável num país continental como o nosso, é preciso ser realista, sob pena de ser restritiva, o que nos colocaria na contramão do mundo”, sugeriu a diretora executiva da FenaSaúde.

### **Recomposição de custos**

Durante o painel “Lições da pandemia – Desafios da saúde suplementar”, Vera Valente também ressaltou a importância da recomposição dos custos para o setor, já que as operadoras apenas os apuram junto aos prestadores e repassam as despesas para os beneficiários, ou seja, não as geram. Neste ano, os planos de saúde suspenderam os

reajustes das mensalidades de maneira voluntária entre maio e julho, medida ampliada pela ANS a partir de setembro.

“Plano de saúde não gera custos, ele repassa custos. Os reajustes na saúde suplementar nada mais são que a recomposição de despesas que os beneficiários já tiveram com procedimentos médicos que já aconteceram. Já são praticamente dois anos de aumentos nos custos não repassados para as mensalidades, o que pesa na sustentabilidade do setor”, comentou a diretora executiva da FenaSaúde.

Das 715 empresas de assistência médica em atuação no país, cerca de 95% são de pequeno porte, com atuação localizada, regionalizada, muitas vezes restrita ao interior do país. “Não podemos olhar apenas para a parcela das operadoras de maior porte e ignorar a imensa maioria. São empresas que não aguentam conviver com contas desequilibradas, com despesas em alta e receitas congeladas, e podem simplesmente fechar as portas, deixando aos seus usuários apenas a opção do SUS. É um risco que não vale a pena correr”, alertou Vera Valente.

Também participaram do debate promovido pelo Estadão José Cechin, superintendente executivo do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar); Georgia Antony, especialista em Desenvolvimento Industrial do Sesi Nacional; Tatiana Aranovich, assessora da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS; e Alessandro Acayaba, presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios).

### **Incorporação de tecnologias**

Como parte da programação do Estadão Summit Saúde Brasil 2020, a FenaSaúde convidou dois especialistas em saúde para debater a incorporação de novas tecnologias nos tratamentos. Daniel Wang, professor de Direito da Fundação Getúlio Vargas-SP, e Rafael Kaliks, oncologista clínico do Hospital Israelita Albert Einstein e diretor do Instituto Oncoguia, participaram do painel “Incorporação de tecnologias a favor dos pacientes”, realizado também na manhã desta terça-feira (27).

Ambos ressaltaram que o processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é fundamental para incorporação de novos medicamentos e procedimentos no sistema de saúde brasileiro e não pode ser abandonado. A discussão está ainda mais atual no país devido à discussão do projeto de lei nº 6.330/2019, em tramitação na Câmara dos Deputados, que prevê a incorporação dos medicamentos oncológicos orais no rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde apenas após o registro da Anvisa, sem passar pelo processo de ATS realizado pelas câmaras técnicas da ANS.

“Sistemas de saúde que não têm a preocupação de gastar de forma eficiente os recursos vão acabar gastando muito para beneficiar poucas pessoas e trazendo poucos benefícios. É preciso haver um equilíbrio entre custo e efetividade”, afirmou Wang. “Você tem de saber o quanto pode gastar. Não

podemos ter tudo, porque isso não existe em nenhum lugar do mundo. Todos os países têm ATS. Esse processo é o que dá racionalidade para a incorporação de medicamentos”, disse Kaliks.

Outra questão debatida foi o excesso de ações judiciais que existe na saúde brasileira. “A judicialização é a pior forma de gastar dinheiro porque não existe negociação de preços. Isso

acaba destruindo qualquer planejamento financeiro, seja do governo seja da operadora”, destacou o diretor do Oncoguia..

Se você não pôde acompanhar o Estadão Summit Saúde Brasil 2020, assista a íntegra aqui:

[www.youtube.com/watch?v=I9Pd\\_QWMrM0](http://www.youtube.com/watch?v=I9Pd_QWMrM0)

---

## COMO ESTÁ A GESTÃO DA SAÚDE ENTRE AS EMPRESAS

IESS - 27/10/2020

Os dados da última Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) mostram que mais de 80% de beneficiários de planos médico-hospitalares do Brasil possuem um plano coletivo. Desses, 83% são do tipo coletivo empresarial e 16,4% do tipo coletivo por adesão. Os números reforçam a necessidade de se ampliar o compartilhamento das melhores práticas de gestão de saúde com diferentes iniciativas, seja por meio de eventos, pesquisas, novas práticas na formação de executivos e administradores do setor, entre outros.

É por isso que temos feito a nossa parte por meio de nossas publicações e da geração de conteúdos para o avanço do segmento, dos nossos webinars, do Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar e outras iniciativas. Além de apoiar parceiros com conteúdos relevantes nesse tema.

Portanto, vale a pena conhecer a pesquisa Gestão de Saúde Corporativa, realizada pela Aliança para Saúde Populacional (ASAP) e a Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH). Recentemente foi divulgada a segunda edição da publicação. Nas duas pesquisas, o perfil geral das empresas se manteve próximo. O que mudou foi a ampliação da representatividade, passando de 3 milhões em 2017 para 6,5 milhões de beneficiários em 2020.

O relatório tem o objetivo de verificar como é tratada a saúde dos colaboradores, as prioridades de gestão, investimentos, custos, relevância para os negócios e outros tópicos. E alguns pontos chamam a atenção.

Apesar da saúde corporativa ser o segundo maior orçamento das organizações e 81% das empresas entenderem a

importância do tema como média ou alta, a gestão dos programas ainda é delegada as pessoas com baixo poder de influência e decisão. A pesquisa mostra que 39% são analistas, técnicos ou coordenadores e somente 12% são diretores.

Importante notar como as empresas têm percebido a necessidade de se mudar o foco da assistência com outras práticas. Observou-se, por exemplo, uma evolução da adoção de ações em atenção primária. A utilização de práticas voltadas para a medicina da família, por exemplo, mais que dobrou entre as edições da pesquisa: avançou de 7% em 2017 para 15% em 2020.

Esse pode ser um dos fatores que motivaram a desaceleração do aumento dos custos. Enquanto em 2017 14% das empresas relataram ter tido aumento acima de 20% no benefício, esse número caiu para 8% no relatório mais recente. No entanto, 83% acreditam que não conseguirão evitar aumento nos custos com saúde nos próximos dois anos.

A pesquisa ainda traz números sobre estratégias de saúde, sinistralidade, saúde mental, alimentação saudável e outros. Tema de nossas publicações futuras. Continue acompanhando.

Você pode acessar a pesquisa na íntegra diretamente no portal da ASAP.

Você também pode assistir ao nosso Webinar **“Promoção da saúde e qualidade de vida: a importância de hábitos saudáveis”** ou ainda **“Webinar Prêmio IESS - O papel de empresas e indivíduos na gestão da saúde”**.

---

## PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS FORAM IMPACTADOS PELA COVID-19

Jornal Contábil – 27/10/2020

A pandemia fez com que muitas empresas repensassem os programas de assistência à saúde para que esses possam continuar a ser ofertados sem afetar o caixa da organização.

Os planos de saúde empresariais impactados pela Covid-19 deixam isso bastante claro, apesar de durante a pandemia o uso do plano ter diminuído, conforme indicam as empresas.

A ANS também constatou essa diminuição em relação ao ano anterior, por exemplo, em abril de 2019 a taxa de ocupação de leitos geral era de 72% e no mesmo mês deste ano caiu para 51%.

Se por um lado houve a diminuição de sinistros, por outro os custos com a Covid-19 aumentaram.

No mês de julho, uma internação cirúrgica sem UTI custava em média R\$ 5.900, já uma por Coronavírus no mesmo período ficava em torno de R\$ 9.747.

O que se percebe é que os custos com a doença podem ser bastante altos e as pessoas estão usando o plano de saúde para buscar atendimento.

Apesar da redução de sinistros o que se espera é que haja um aumento e talvez até surja uma bolha após esse período porque as pessoas estão adiando a ida ao médico e evitando cirurgias por conta do risco de contaminação.

A suspensão do reajuste dos planos

A ANS impôs uma série de regras em relação a Covid-19 e uma delas foi autorizar o atendimento por telemedicina e obrigar os planos de saúde a oferecerem o teste para identificar a doença.

Outra medida foi a suspensão dos reajustes dos planos de saúde durante o período de setembro a dezembro, tanto por conta do reajuste anual como por faixa etária.

Essa medida visa ajudar empresas e pessoas que tiveram suas rendas impactadas pelo Corona vírus.

A questão é que os planos de saúde empresariais impactados pela Covid-19 com mais de 30 vidas podem ter como opcional adiar esse reajuste.

Como nesse caso a negociação é feita entre a empresa e a operadora sem que haja uma regulamentação da ANS, se a organização considerar que esse é um momento de aplicar os reajustes, ele poderá ser feito.

A grande questão é que os valores sofrem variações conforme a utilização dos planos e custos que as operadoras possuem em relação à saúde e apesar de ter havido uma redução em relação aos sinistros, foi possível observar o aumento de custos em alguns procedimentos.

Isso pode resultar em aumentos acima do esperado no próximo período.

Os planos de saúde empresariais impactados pela Covid-19 e a coparticipação

As empresas já estão cientes de que os programas de saúde são essenciais e que podem afetar financeiramente as organizações, por isso, muitas já começaram a investir em ações de saúde, bem-estar e telemedicina.

Essas visam estimular os funcionários a se cuidarem melhor e a reduzir os custos.

Outras estratégia que já vinha sendo adotada antes da pandemia e que tende a se intensificar dentro do cenário empresarial é adoção de planos com coparticipação.

Cerca de 61,9% das empresas já contam com o serviço com coparticipação ou participação do usuário, e dessa forma é possível a transferência de custos e diminuição dos gastos empresariais.

A questão é conscientizar o beneficiário do plano sobre como funciona essa coparticipação para que ele não seja pego de surpresa com os custos extras.

Além dessa estratégia, muitas empresas estão migrando de operadoras para conseguir valores mais acessíveis e dessa forma não precisar cortar o benefício.

A telemedicina também foi adotada como forma de driblar as dificuldades financeiras.

Uma pesquisa da Mercer Marsh Benefício apontou que de janeiro a julho, 54% das empresas adotaram a telemedicina e a terapia online foi incorporada por 40% delas.

Além disso, a tecnologia serviu para oferecer atividades físicas a distância em 61% dos casos.

Esses números deixam claro que a tecnologia pode ser uma aliada para reduzir custos, mas também para garantir a continuidade de programas de cuidados com a saúde para os colaboradores.

Os planos de saúde empresariais impactados pela Covid-19 possivelmente serão mais evidentes a partir do ano que vem quando todos aderirem aos reajustes, e as empresas que desejam continuar ofertando o serviço podem precisar rever a forma como ele é disponibilizado para buscar alternativas e não sofrerem com os impactos financeiros.

# COMO A COVID-19 PREPAROU O CAMINHO PARA A REVOLUÇÃO DIGITAL NO SETOR DE SAÚDE

Saúde Business – 27/10/2020

No rescaldo de qualquer crise, a mudança é inevitável. A pandemia não só tem afetado vidas, economias e indústrias, mas tem sido o fator de maior disrupção na indústria global da saúde, desencadeando uma transformação sem precedentes. A COVID-19 também acelerou a já crescente dependência da saúde em relação às tecnologias baseadas em dados. Como resultado, os prestadores de serviços de saúde estão agora sendo solicitados a agregar mais e mais fontes de dados para criar diagnósticos, planos de tratamento e estratégias terapêuticas precisas.

Ainda não é possível medir a extensão da mudança, mas uma coisa é certa: a assistência médica digital continuará a evoluir. Segundo o estudo Healthtech Report 2020, realizado pelo Distrito com apoio da consultoria KPMG, existem hoje 542 startups de saúde ativas no Brasil.

E estamos vendo apenas o início desta transformação, que deverá mudar os negócios e os processos de prestação de cuidados de saúde muito depois que a pandemia ficar para trás. Já existem alguns exemplos iniciais de como a robótica pode atender nossas necessidades médicas, desde a aferição dos níveis de sangue e açúcar até a verificação de temperaturas. Mas estas novas técnicas exigirão uma verdadeira mudança de paradigma, colocando o uso de dados, sejam eles antigos ou em tempo real, em primeiro plano.

## Telemedicina

A telemedicina – especialmente a teleconsulta, tem experimentado e continua experimentando um crescimento astronômico desde o advento da COVID-19. Havia um grande preconceito cultural que atrasava a sua implementação, até que fomos todos obrigados a usufruir dos serviços digitais não apenas para pedir refeições, mas também para fazer reuniões de trabalho e de família e, finalmente, realizar consultas médicas online. Na mesma linha, a adoção do monitoramento remoto também está aumentando, permitindo que as equipes de saúde monitorem, administrem e interajam com os pacientes, deixando-os no conforto de suas próprias casas. Para indivíduos de alto risco, o fato de os profissionais de saúde estarem confiando na teleconsulta e no monitoramento remoto, veio assegurar melhores resultados aos pacientes, ao mesmo tempo em que reduziu sensivelmente os custos.

Os dados são essenciais para fornecer diagnósticos relevantes em telemedicina. Os médicos podem usar uma grande quantidade de informações externas potencialmente úteis e comparar ou analisar os dados dos pacientes com base nelas. Naturalmente, isso exigirá organização para garantir que o uso dos dados dos pacientes continue sendo um benefício e não um risco, o que implica em um forte imperativo ético.

## Testes

Do ponto de vista técnico, um dos principais obstáculos encontrados durante a crise da COVID foi a disponibilidade de kits de teste. O fato de levar de 10 a 20 dias para coletar as amostras, processá-las e enviá-las aos fornecedores de diagnóstico (que estavam sobrecarregados), depois esperar que os resultados voltassem e comunicá-los aos pacientes, agravou ainda mais o problema. Felizmente, os líderes da área de saúde e as startups responderam a esta crise oferecendo uma infinidade de aplicações baseadas em inteligência artificial na nuvem que podem ser implantadas em dispositivos móveis (agora conhecidos como Mobile Health – mHealth), muitos dos quais podem capturar e armazenar os sinais vitais dos pacientes em portais on-line para acesso instantâneo pelas equipes de saúde e clínicos. Além disso, o processamento de dados pode ir ainda mais longe: a análise espacial, por exemplo, pode ser usada com dados desses testes para mapear visualmente os pontos quentes da epidemia.

## Salas de guerra

Outro desafio encontrado em nível internacional, nacional e local foi a falta de preparação para a pandemia, que culminou em uma situação de crise diferente por região, com hospitais nas áreas mais afetadas completamente lotados enquanto outros ainda dispunham de alguma capacidade.

No futuro, os líderes das áreas da saúde provavelmente estabelecerão centros de vigilância e resposta a pandemias e epidemias como parte de seu cenário estratégico e iniciativas de planejamento de políticas. Equipados com plataformas analíticas de autoatendimento alimentadas por dados de agências de saúde governamentais, estes líderes criarão “salas de guerra” que não apenas monitorarão surtos e doenças em diferentes partes do mundo, mas também fornecerão informações úteis por meio de painéis de análise visual que monitorarão, analisarão e medirão proativamente tanto as implicações de demanda como de oferta de assistência médica.

## Análise de dados e IA

À luz de todos esses novos desafios, os líderes da área de saúde veem um tremendo potencial para que a análise de dados possa cumprir a promessa de melhorar a qualidade do atendimento a um custo menor, capacitando executivos, líderes empresariais, clínicos e enfermeiros a aproveitar o poder da análise preditiva e prescritiva. Muitas organizações de saúde estão procurando aproveitar o vasto potencial da inteligência artificial (IA), do machine learning (ML), do processamento de linguagem natural (PLN), da aprendizagem profunda (deep learning) e da robótica para

transformar seus processos clínicos e comerciais. Elas procuram aplicar estas tecnologias avançadas para dar sentido a um “tsunami” cada vez maior de dados estruturados e não estruturados, e para automatizar operações repetitivas que anteriormente exigiam processamento manual.

De fato, o imperativo de distanciamento social imposto pela COVID-19 também viu o advento e a implantação de robôs médicos para novas aplicações de prateleira, que vão desde a captura dos sinais vitais dos pacientes, atuando como um meio ou intermediário para a telemedicina, até a distribuição de alimentos e medicamentos – uma área promissora da inovação em IA que está ganhando impulso este ano. 2020

será um ano crucial para o mundo da saúde, que compreendeu dolorosamente a importância dos dados nesta e em outras áreas. À medida que a complexidade dos dados aumenta, é imperativo adotar análises descritivas e preditivas, ao mesmo tempo em que se aprende ML e PLN para obter as informações necessárias. Entretanto, precisaremos ser capazes de fazer as perguntas certas, para que os avanços na tecnologia não venham em detrimento da ética.

**Sobre o autor:** Leandro Rodriguez é Vice-Presidente para a América Latina da Alteryx

## NOTREDAME FECHA COMPRA DE OPERADORA EM MG POR R\$ 170 MI, SEGUNDA AQUISIÇÃO EM MENOS DE UM DIA

Money Times - 26/10/2020

A NotreDame (GNDI3) fechou a compra do grupo Serpram, que atua no sul de Minas Gerais, por R\$ 170 milhões, mostra fato relevante enviado ao mercado nesta segunda-feira (26).

Essa é segunda aquisição da operadora em menos de 24 horas. Mais cedo, a companhia informou a compra do Hospital Santa Brígida em Curitiba, no Paraná.

Segundo a empresa, com a transação, a NotreDame passará a deter os controles da Sepram, com 97% das ações, do Hospital IMESA, com 97% das ações, e do Hospital Varginha, com 85% das ações.

O Grupo Serpram possui 29 anos de atuação, operando nas regiões de Alfenas, Varginha, Extrema e Pouso Alegre (Sul do Estado de Minas Gerais). Os locais ficam a 100 km das operações recentemente adquiridas pela companhia em Poços de Caldas.

Ao todo, a região possui 1,4 milhão de habitantes, sendo 312 mil beneficiários de planos de saúde.

“Com a conclusão da transição, a companhia fortalece sua estratégia de crescimento verticalizado no estado de Minas Gerais, reforçando seu compromisso com a criação de valor para seus acionistas, clientes e sociedade”, informou a empresa.

O grupo

O Serpram possui uma carteira com 47 mil beneficiários de saúde, sendo 96% corporativo/adesão, 10 mil beneficiários dental e dois hospitais referências na região com um total de

74 leitos (21 de UTI): um localizado no município de Alfenas e outro no município de Varginha, ambos em Minas.

Em 2019, o grupo apresentou um faturamento líquido consolidado de R\$ 108,4 milhões, com sinistralidade caixa de 76% e Ebitda de R\$ 8 milhões (margem de 7,4%).

“A aquisição inclui os imóveis hospitalares, que possuem mais de 10 mil metros quadrados de área construída e 36 mil metros quadrados de terreno. O plano de integração prevê relevantes sinergias administrativas e operacionais”, informou a NotreDame.

A conclusão do negócio está sujeito ao cumprimento de determinadas condições, incluindo a aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

### Aquisições avançam

A aquisição do Hospital Santa Brígida reforça a estrutura da NotreDame Intermédica no Sul do Brasil, destacou a Ágora Investimentos. A corretora projeta mais investimentos por parte da companhia na região.

“A última mudança da NotreDame no Sul do Brasil com uma estrutura mais robusta é algo que esperamos que aconteça com mais frequência no futuro, já que este é um dos focos de investimento regional da empresa”, afirmaram os analistas Fred Mendes e Flávia Meireles.

# ODONTOLOGIA DEVE FAZER PARTE DA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

IESS - 25/10/2020

## Visão sistêmica deve contar com participação de empresas, indivíduos e profissionais de saúde, aponta Webinar IESS.

A saúde bucal é muito importante para diversas funções do organismo, seja para o bem-estar, autoconfiança e na prevenção e identificação de doenças. Por isso, o Instituto de Estudo de Saúde Suplementar (IESS) reuniu especialistas com diferentes experiências no webinar “Como a odontologia atua para a gestão de saúde”, em transmissão ao vivo no YouTube e nas redes sociais da entidade.

Para os participantes do encontro, é fundamental que todos os programas de promoção de saúde envolvam práticas integrativas de Medicina e Odontologia, permitindo um tratamento mais adequado para a população ao mesmo tempo em que se correlaciona lesões bucais com sinais e sintomas sistêmicos, o ambiente de trabalho e outras condições. “Exatamente por isso, é essencial que o tema faça parte das estratégias em saúde dos indivíduos, profissionais, empresas, operadoras de planos e demais agentes do setor”, apontou José Cechin, superintendente executivo do IESS, em sua fala inicial.

Com mediação de Cechin, o debate contou com a participação do Dr. Oscar Fernando Muñoz Chavez, chefe do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara - Unesp, da Dra. Maristela Kühn de Camargo Azevedo, dentista e Coordenadora de Produto - Odonto da AON Brasil, e do Dr. Marcos José Silva Costa, cirurgião dentista e Superintendente de Operações da OdontoPrev.

Para a Dra. Maristela, durante muito tempo a Odontologia foi vista apenas em seu aspecto curativo por parte das pessoas, o que tem mudado ao longo das últimas décadas. “Fizemos um levantamento que mostra que o benefício odontológico já é o terceiro mais ofertado pelas empresas, depois de assistência médica e seguro de vida. Isso colabora para atração e retenção de talentos e diminui o absenteísmo. Temos pesquisas que comprovam a redução de afastamentos no trabalho ou nos estudos em decorrência de problemas bucais, o que impacta diretamente na produtividade”, comenta. “Precisamos ter em mente as práticas de atenção primária como na Medicina, porque,

muitas vezes, o dentista é o primeiro profissional a identificar problemas de saúde como falta de nutrientes, anemia, diabetes e outros”, completa.

“É exatamente por isso que, hoje em dia, os grandes centros de saúde possuem dentistas em seu quadro. Porque é sabido que mais de 40% dos problemas coronarianos são provenientes de doenças bucais. O profissional é essencial também nas Unidades de Terapia Intensiva para reduzir chances de novas infecções e aumento do tempo de internação, por exemplo”, aponta Muñoz. Trazendo a visão das operadoras de planos exclusivamente odontológicos, o Dr. Marcos José Silva Costa reforça a responsabilidade das companhias com a qualidade do serviço prestado. “Temos a obrigação de manter nosso profissional credenciado atualizado e capacitado tanto na questão técnica, de gestão e de visão sistêmica, focando sempre na saúde e bem-estar do paciente”, comenta. “Precisamos mobilizar as empresas contratantes de planos para essa atenção, seja por meio de campanhas internas, programas de promoção da saúde, vídeos, palestras e outras ações que proporcionem uma mudança de mentalidade. Não queremos assustar ninguém, mas mostrar a necessidade de olhar para a saúde bucal como totalmente interligada com a saúde geral”, conclui.

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), do IESS, o segmento cresceu 4,1% na variação anual e conta com 25,8 milhões de pessoas.

A íntegra do webinar pode ser vista no Portal IESS (<https://iess.org.br/eventos>) e no YouTube (<https://youtu.be/AizYfrkYSVU>). A série de encontros continuará apresentando importantes questões para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar nacional com transmissão ao vivo.

## AUMENTA NÚMERO DE FUSÕES E AQUISIÇÕES NO SETOR HOSPITALAR

Medicina S/A - 23/10/2020

O setor de hospitais e laboratórios de análises clínicas fechou o semestre deste ano com 31 operações de fusões e aquisições. Desse total, no primeiro trimestre, foram concluídas 11 transações e no segundo foram 20. Já nos primeiros seis meses do ano passado, foram finalizados 29

negócios. Os dados constam na pesquisa de fusões e aquisições realizadas pela KPMG trimestralmente.

Das 31 operações fechadas este ano, a maioria delas (23) foi doméstica, sendo realizadas entre empresas brasileiras. As

outras oito transações foram do tipo CB1, ou seja, estrangeiros comprando empresa estabelecida no Brasil.

“Desde o marco regulatório em 2014 as movimentações nos setores aceleraram e o mercado vem se consolidando em diversas regiões do Brasil. A pandemia pode acelerar esse

movimento na medida que os grandes grupos ou novos investidores podem se aproveitar de uma possível fragilidade dos ativos dado que o setor de saúde também foi impactado pela covid-19”, analisa o sócio da área de saúde da KPMG, Daniel Greca.

## SATISFAÇÃO DO BRASILEIRO COM O PLANO DE SAÚDE

IESS - 23/10/2020

No último mês, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou o primeiro volume da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, realizada em convênio com o Ministério da Saúde, que traz dados sobre acesso aos serviços de saúde, cobertura de planos e outros temas. A publicação mostra que em 2019, 76,5% das pessoas que buscaram atendimento em saúde costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, sendo que 69,8% delas procuram estabelecimentos públicos de saúde.

Mostrou ainda que 28,5% da população do país (59,7 milhões de pessoas) tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico em 2019. As regiões Sudeste e Sul tiveram as maiores coberturas proporcionais às suas populações, com 34,9% e 30,5%, respectivamente. Entre as Unidades da Federação, destacaram-se São Paulo, com 38,4%, e Distrito Federal, que registrou 37,4%.

Entre as pessoas que possuíam plano de assistência médico-hospitalar, 46,2% eram titulares que pagavam os seus custos diretamente ao plano, enquanto 45,4% dependiam parcial ou integralmente do empregador para pagar os custos. Em 14,5% dos casos, o empregador pagava o plano na íntegra,

enquanto 30,9% dos beneficiários arcavam com algum percentual da contraprestação.

Um outro ponto chama a atenção na pesquisa. Entre os brasileiros com plano de saúde, 77,4% como bom ou muito bom com alguma diferença entre as regiões: o Nordeste registrou o menor número, com 72%, e a região Sul teve o índice mais alto, com 80,4%.

O resultado está em linha com a última edição da pesquisa IESS/Ibope, em que 80% dos entrevistados classificam o plano desta forma. Veja mais detalhes nesta publicação do Blog.

Por questões metodológicas, contudo, não é possível comparar as duas pesquisas além deste ponto, mas ambas mostram a boa satisfação do brasileiro com seus planos de saúde.

Você também pode acessar a pesquisa na íntegra no [site da entidade](#). Além disso, fizemos uma análise especial sobre a edição anterior da PNS. [Acesse aqui](#).

Continuaremos apresentando outros dados nas próximas semanas.

## SAÚDE SUPLEMENTAR AJUDA FILANTRÓPICOS A ATENDER A POPULAÇÃO

Fenasáude - 21/10/2020

**Receita de planos de saúde permite que instituições como Santas Casas continuem servindo ao SUS.**

A saúde suplementar possui papel fundamental na sustentabilidade das entidades filantrópicas de saúde no país. Com a defasagem da tabela de pagamentos do SUS e o subfinanciamento crônico do setor público, planos e seguros de saúde funcionam como uma maneira de equilibrar o sistema e ajudam instituições como as Santas Casas a prestar seus serviços à população. Na prática, colaboram para que o SUS consiga atender pacientes que só têm o sistema público a quem recorrer.

“Nesse funcionamento existe uma verdadeira distribuição de riqueza de saúde suplementar para o SUS, por meio do atendimento nos hospitais filantrópicos. No Incor (Instituto do Coração), por exemplo, 83% do atendimento é do SUS e 17%

é da saúde suplementar. Mas 51% da receita vem da saúde suplementar. Você acaba criando um fluxo que beneficia todo o atendimento”, explicou a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente, durante o painel “Rentabilidade e Sustentabilidade do Setor Filantrópico da Saúde”, que fez parte do 29º Congresso da Fehosp (Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes de São Paulo), realizada nesta quarta-feira (21).

Em parceria com os hospitais privados, em especial filantrópicos e Santas Casas, o atendimento prestado pelos planos de saúde funcionou e ajudou o SUS no enfrentamento à covid-19 e também no atendimento das demais doenças. Há uma complementaridade nesta tarefa. Em muitos lugares de um país tão vasto como o Brasil, filantrópicos e Santas Casas são a única opção de atendimento.

Hospitais sem fins lucrativos estão em 1.731 municípios brasileiros e, em mais da metade deles, são a única opção para o atendimento à população. Ou seja, são os únicos prestadores que atendem tanto os assistidos pelo SUS quanto os beneficiários de planos. Os números globais do setor no Brasil falam por si: são 2.172 hospitais sem fins lucrativos, dos quais 1.704 atendem o SUS, com 193 mil leitos e cerca de 1 milhão de empregos diretos.

“Há o trabalho conjunto da saúde suplementar e do SUS, e temos os filantrópicos como grandes prestadores. Precisamos explorar essa questão com maior eficiência do sistema de saúde brasileiro”, afirmou Vera. A necessidade de maior integração entre os sistemas público e privado de saúde tem sido apontada como uma das principais lições da pandemia.

A diretora executiva da FenaSaúde também defendeu mudanças na regulamentação da saúde suplementar como forma de aumentar o número de beneficiários. Principalmente, pela retomada da oferta de planos individuais.

“É uma agenda da FenaSaúde, é uma agenda da sociedade, trazer pessoas que podem vir para o sistema privado, mas não necessariamente para um plano empresarial”, apontou. “Ou seja, pelo retorno expressivo dos planos individuais você vai desafogar o SUS para aquela parcela da população que, antes de tudo, se compromete com suas necessidades básicas de transporte, alimentação e moradia”.

Por fim, no sentido de garantir a sustentabilidade tanto do sistema público quanto do privado, Vera Valente cobrou a adoção de critérios técnicos mais rigorosos para incorporação de novas tecnologias em saúde, cujos custos têm sido cada vez mais altos. “Você tem de ser cuidadoso, se basear em ciência e em geração de valor na destinação desses recursos”, afirmou. A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) precisa ser caminho imprescindível nestes processos.

Do painel promovido pela Fehosp, também participaram o superintendente-geral da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG) e vice-presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (Federassantas), Daniel Porto Soares; e o secretário executivo do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), Mauro Guimarães Junqueira.

---

**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)