

ÍNDICE INTERATIVO

[Aumento de despesas médicas permanece e Variação de Custos Médico-Hospitalares \(VCMH\) fecha em 23%](#) - Fonte: Saúde Business

[Como a Qualicorp saiu ganhando na fusão entre rede D'Or e SulAmérica](#) - Fonte: Veja Abril

[Internações clínicas foram a maioria em 2021 na saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

[Cade aprova aquisição da SulAmérica pela Rede D'Or sem restrições](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde de assistência médica já têm mais de 50 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde vão ao STF contra lei que libera cobertura fora do Rol da ANS](#) - Fonte: Valor Econômico

[Pará registrou baixa nas adesões de planos de saúde em 2022](#) - Fonte: G1

[Redes hospitalares investem em tecnologias para auxiliar em diagnósticos e atendimentos](#) - Fonte: Saúde Business

[O que é e como funciona a carência no plano de saúde?](#) - Fonte: O Globo

AUMENTO DE DESPESAS MÉDICAS PERMANECE E VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES (VCMH) FECHA EM 23%

Saúde Business – 08/11/2022

Índice calculado pelo IESS mostra que todos os procedimentos apresentaram variação positiva, porém em ritmo menor.

O aumento das despesas assistenciais, medido pela Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), apurada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), foi de 23% nos 12 meses encerrados em março de 2022, comparado com os 12 meses anteriores. O estudo leva em conta o comportamento de uma carteira de 672,9 mil beneficiários de planos individuais e se revelou superior à inflação de preços medida pelo IPCA/IBGE, que foi de 11,8% no mesmo período.

O índice atual é 2 pontos percentuais menor em relação ao ritmo de despesas registrado no levantamento anterior (25%, em dezembro de 2021), e de 4,7 pontos quando comparado ao estudo referente a setembro de 2021 (27,7%), quando atingiu patamar histórico.

“Precisamos notar que esses índices são altos por causa das pronunciadas quedas nas despesas no primeiro ano da pandemia. Agora estamos na fase de desaceleração nos aumentos das despesas per capita. No entanto, é importante observamos que as despesas continuaram crescendo, apenas em ritmo menor. Com isso, o índice da VCMH ainda continua na casa dos dois dígitos”, justifica o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

O levantamento do IESS, no entanto, revela que a VCMH foi positiva em todos os grupos de procedimentos, indicando aumento nas despesas per capita no período avaliado. O

maior registro ocorreu em Outros Serviços Ambulatoriais – OSA (44,7%), seguido por Consultas (31,6%), Exames (29,7%), Internações (26,6%) e Terapias (16,5%).

Na abertura de dados por grupo de procedimentos, nota-se que em exames a frequência de utilização aumentou 22,1%, enquanto o custo médio, 6,2%, chegando à variação das despesas em 29,7%. Em consultas, o resultado é de aumento da frequência de utilização de 25,9%, que combinado ao crescimento do custo médio de 4,5%, resultou na variação da despesa em 31,6%. Em terapias, a alta de 22,8% da frequência e queda de -5,2% do custo médio teve como resultado elevação de 16,5%.

Como a VCMH é calculada

A VCMH é calculada a partir de metodologia internacional considerando-se o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos 12 meses imediatamente anteriores. O índice é uma média ponderada por padrão de plano individual (básico, intermediário, superior e executivo), o que possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico-hospitalar. Com isso, eliminam-se boa parte das variações que decorrem de mudanças na composição dos planos, que nada teriam a ver com variação de despesas.

A metodologia é reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo per capita em saúde nos Estados Unidos, como o S&P Healthcare Economic Composite e Milliman Medical Index.

COMO A QUALICORP SAIU GANHANDO NA FUSÃO ENTRE REDE D'OR E SULAMÉRICA

Veja Abril – 08/11/2022

VEJA Mercado: leitura de que participação da Rede D'or na Qualicorp não foi contestada pelo Cade é positiva

O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) aprovou sem restrições a fusão entre Rede D'or e SulAmérica, negócio este que deve formar o maior grupo de saúde do país. A chancela do órgão veio mais rápido do que esperava, mas quem saiu ganhando no dia seguinte foi a Qualicorp. Os papéis da companhia subiram 5% por volta das 15h20, enquanto SulAmérica avançava 1,6% e Rede D'or operava em estabilidade.

A leitura é de que a aprovação da fusão pelo Cade sem restrições – nem mesmo à participação de 30% que a Rede D'or detém na Qualicorp – foi boa para todos os envolvidos.

“Embora a aprovação pelo Cade fosse amplamente esperada pelos, consideramos esse desenvolvimento positivo pois a combinação de negócios foi aprovada sem restrições e antes do prazo esperado. Quando se trata da participação da Rede D'or na Qualicorp, o desenvolvimento pode ser entendido como indiretamente positivo para a Qualicorp”, avalia o BTG Pactual em relatório. Em outras palavras, se a Rede D'or tivesse que se desfazer dos papéis da Qualicorp, uma grande quantidade de ações seria despejada no mercado e os papéis poderiam amargar forte desvalorização.

Ainda restam as chancelas do Banco Central e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a conclusão do negócio. O Itaú BBA estima que o negócio seja concluído até janeiro de 2023

INTERNAÇÕES CLÍNICAS FORAM A MAIORIA EM 2021 NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 08/11/2022

Do total de internações registradas em 2021 (7,7 milhões), no setor da saúde suplementar, quase metade (44,3%), ou 3,4 milhões, corresponderam à categoria clínica, tipo que inclui pacientes acometidos por Covid-19. O dado é da Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2016 E 2021, do IESS.

As internações cirúrgicas aparecem em segundo lugar das principais causas para a permanência no hospital ou clínica e corresponderam a 40,8%, ou 3,1 milhões. Entre as principais

cirurgias, se destacaram a bariátrica, com 56,9 mil procedimentos e a vasectomia, que somou 20,9 mil.

O estudo aponta ainda que, em 2021, a quantidade de internações aumentou 4,8% em relação a 2020, quando o registro foi de 3,6 milhões. A categoria clínica variou positivamente em 4,5% e a cirúrgica em 6,7% entre os dois anos.

Para acessar o estudo do IESS, na íntegra, [clique aqui](#)

CADE APROVA AQUISIÇÃO DA SULAMÉRICA PELA REDE D'OR SEM RESTRIÇÕES

Valor Econômico – 07/11/2022

Se em 15 dias ninguém contestar a decisão, a operação deve ser aprovada, sem necessidade do caso ser analisado pelo Tribunal do Cade.

A Superintendência Geral (SG) do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) aprovou, sem restrições, a compra da SulAmérica pela Rede D'Or. Com a aprovação, se nenhum terceiro (empresa interessada) ou conselheiro destacar o caso para o Tribunal da autarquia nos próximos 15 dias, o negócio fica definitivamente aprovado.

No parecer, o superintendente geral, Alexandre Barreto, destaca que analisou se havia sobreposição horizontal no mercado de planos de saúde e concluiu que não há possibilidade de exercício de poder de mercado nem capacidade de fechamento de mercado.

No parecer, a SG indica que, no caso dos planos individuais, em apenas quatro municípios a participação conjunta é superior a 20% (não foram detalhados quais), mas em índice que não é preocupante. No caso dos planos coletivos empresariais, em apenas quatro municípios a participação conjunta é superior a 20%, todos em São Paulo: Atibaia, Bom

Jesus dos Perdões, Piracaia e Nazaré Paulista. Em Mirante do Paranapanema (SP), a participação conjunta foi de 75%. Mas, em análise mais completa, a concentração passa a ser inferior a 20%, de acordo com o parecer.

Em relação às integrações verticais entre planos de saúde ofertados pela SulAmérica e hospitais gerais, hospitais especializados e clínicas de oncologia ambulatorial da Rede D'Or, a SG concluiu que, apesar da participação superar 30% em alguns mercados, não há capacidade e incentivo para o fechamento e as respostas dos concorrentes questionados apontam que não há possibilidade de fechamento do mercado. Em outras integrações verticais (entre centros médicos, planos de previdência, entre outros) a participação não chega a 30%.

O caso tem nove terceiros interessados: Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência; Hospital Sírio-Libanês; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital Albert Einstein; Fundação Antônio Prudente – AC Camargo Câncer Center; Hospital do Coração; Hospital Mater Dei; Benevix Administradora de Benefícios e Supermed Administradora de Benefícios.

PLANOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA JÁ TÊM MAIS DE 50 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 07/11/2022

Dados de setembro mostram que planos exclusivamente odontológicos também seguem em crescimento

Os dados de beneficiários de planos de saúde referentes ao mês de setembro de 2022 já estão disponíveis na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No período, o setor ultrapassou a marca de 50 milhões de beneficiários, com 50.199.241 de usuários em planos de assistência médica. Já

os planos exclusivamente odontológicos registraram 30.527.249 usuários.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano, houve crescimento de 1.645.247 beneficiários em relação a setembro de 2021. No comparativo de setembro de 2022 com agosto de 2022, o crescimento foi de 210.050 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se

2.148.410 beneficiários em um ano; e 212.523 na comparação de setembro de 2022 com agosto de 2022.

Nos estados, no comparativo com setembro de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual,

sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
set/22	34.860.333	6.296.509	384	8.994.751	47.264	50.199.241
ago/22	34.667.661	6.280.550	384	8.993.159	47.437	49.989.191
jul/22	34.516.986	6.282.803	384	8.994.950	47.647	49.842.770
jun/22	34.377.061	6.286.701	386	8.994.186	47.848	49.706.182
mai/22	34.225.771	6.280.626	386	8.970.038	48.042	49.524.863
abr/22	34.050.651	6.281.701	386	8.922.801	48.215	49.303.754
mar/22	33.884.598	6.273.208	382	8.899.159	48.546	49.105.893
fev/22	33.817.553	6.273.699	386	8.890.370	48.853	49.030.861
jan/22	33.735.298	6.268.214	386	8.893.988	50.938	48.948.824
dez/21	33.678.392	6.294.925	388	8.894.998	51.325	48.920.028
nov/21	33.427.657	6.294.753	389	8.881.668	52.583	48.657.050
out/21	33.342.952	6.281.565	389	8.893.805	53.454	48.572.165
set/21	33.302.408	6.276.784	392	8.892.018	52.392	48.523.994

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	Não identificado			
set/22	22.194.647	2.940.737	1612	5.386.136	4.117	30.527.249
ago/22	22.038.740	2.922.068	1613	5.348.093	4.212	30.314.726
jul/22	21.873.434	2.876.935	1619	5.289.003	4.286	30.045.277
jun/22	21.721.820	2.860.368	1623	5.256.452	4.295	29.844.558
mai/22	21.505.260	2.844.072	1625	5.220.978	4.322	29.576.257
abr/22	21.343.068	2.824.245	1626	5.155.293	4.350	29.328.582
mar/22	21.189.243	2.795.156	1631	5.105.063	4.385	29.095.478
fev/22	21.067.977	2.774.621	1634	5.064.944	5.129	28.914.305
jan/22	21.042.107	2.777.581	1640	5.057.577	5.165	28.884.070
dez/21	21.030.745	2.793.140	1642	5.071.372	5.181	28.902.080
nov/21	20.802.375	2.782.643	1647	5.044.128	5.189	28.635.982
out/21	20.676.357	2.780.619	1647	5.032.701	5.207	28.496.531
set/21	20.604.319	2.766.907	1673	4.999.332	6.608	28.378.839

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	set/21	set/22	set/21	set/22
Acre	43.302	43.093	17.098	18.164
Alagoas	373.918	388.484	285.092	313.778
Amapá	62.970	61.574	51.283	49.054
Amazonas	565.049	596.837	468.244	520.340
Bahia	1.596.316	1.660.477	1.542.614	1.671.967
Ceará	1.278.555	1.333.814	1.026.970	1.125.005
Distrito Federal	923.481	945.380	623.406	641.147
Espirito Santo	1.174.238	1.228.843	610.129	655.804
Goiás	1.243.821	1.335.539	747.486	820.333
Maranhão	472.659	495.902	243.512	276.272
Mato Grosso	611.471	647.641	233.613	259.665
Mato Grosso do Sul	613.858	642.772	162.620	183.538
Minas Gerais	5.381.581	5.614.321	2.521.830	2.743.324

Pará	840.186	847.761	521.510	539.523
Paraíba	432.320	448.937	418.113	457.410
Paraná	2.934.669	3.028.540	1.532.300	1.625.504
Pernambuco	1.365.570	1.392.631	1.117.304	1.213.441
Piauí	360.250	380.874	122.679	146.868
Rio de Janeiro	5.351.452	5.466.644	3.409.122	3.575.308
Rio Grande do Norte	559.039	590.979	411.197	487.076
Rio Grande do Sul	2.564.406	2.638.803	816.490	861.989
Rondônia	153.683	154.536	111.078	115.756
Roraima	30.568	28.934	11.937	12.233
Santa Catarina	1.550.184	1.627.320	746.727	809.246
São Paulo	17.571.745	18.109.720	10.270.254	11.040.740
Sergipe	317.726	330.536	213.199	225.133
Tocantins	113.933	119.092	130.185	130.926

PLANOS DE SAÚDE VÃO AO STF CONTRA LEI QUE LIBERA COBERTURA FORA DO ROL DA ANS

Valor Econômico – 04/11/2022

Ação foi protocolada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), entidade que representa mais de cem operadoras, sem fins lucrativos.

As operadoras de planos de saúde impetraram no Supremo Tribunal Federal (STF) uma ação direta de inconstitucionalidade para suspender os efeitos da lei 14.454/2022, sancionada em 21 de setembro, que obriga as empresas do setor a oferecerem coberturas fora do rol de procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ação foi protocolada nesta sexta-feira (4) pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), entidade que representa mais de cem operadoras, sem fins lucrativos. Na autogestão a assistência à saúde é oferecida pelas empresas a seus empregados ou servidores ou gerida por uma categoria profissional. As operadoras representadas pela Unidas somam mais de quatro milhões de usuários.

Segundo Anderson Mendes, presidente da Unidas, a ideia é obter a suspensão, a exemplo do que aconteceu no caso do piso de enfermagem, para reabrir a discussão dos critérios de cobertura de procedimentos fora do rol. Da maneira como está na lei, diz Mendes, as pequenas operadoras, que são a maioria no caso de autogestão, podem vir a quebrar alerta: “Essa é uma discussão técnica. Nós não temos o foco no lucro. Mas os critérios estabelecidos ficaram tão abertos que promovem não só um risco para a sustentabilidade econômica, mas para a segurança. ANS e Conitec (comitê que avalia as incorporações para o SUS) têm critérios rigorosos de avaliação de eficácia, e vidência científica, custo e benefício e outros que foram resumidos nessa lei a três parágrafos, sendo que é necessário atender apenas um dos três critérios para ter incorporação”, ressalta.

Estudo feito pela QuantiSaúde, a pedido da Unidas, mostra que para 20,87% das operadoras de autogestão a cobertura de tratamento para um usuário com Zoegensma, um dos remédios mais caros do mundo, já aprovado pela Anvisa, indicado para o tratamento de crianças com atrofia muscular espinhal (AME), representaria 50% da sua arrecadação anual. Para cerca de 8%, consumiria toda a receita do ano. “Usamos esse remédio porque ele se encaixa nos critérios da lei, é elegível. Tem registro na Anvisa, em agências internacionais e evidência científica. Queremos mostrar qual pode ser o impacto para as operadoras e a necessidade de modular, discutir a lei”, destaca Mendes.

Segundo o advogado José Luiz Toro, consultor jurídico da Unidas, há várias questões colocadas na lei que caracterizam a inconstitucionalidade da norma. A primeira, aponta, é o fato de criar para o setor privado critérios mais abrangentes de cobertura do que os estabelecidos para o SUS.

“Essa lei viola o caráter de complementariedade da saúde suplementar ao criar uma obrigatoriedade maior do que aquela determinada para o SUS. Além disso, há no Estado um órgão para avaliar de forma técnica a incorporação de procedimentos para saúde suplementar que é a ANS, a lei toma para si essa competência, ignorando que em março deste ano uma outra lei foi publicada justamente tratando de prazos e critérios para incorporação”, diz Toro.

Um outro ponto questionado pela ação, diz o advogado, é a aplicação da nova norma de cobertura a contratos firmados em data anterior a sua promulgação. “No afã de proteger, a lei pode acabar desprotegendo muitos consumidores, os critérios não são razoáveis e podem impossibilitar a atuação de pequenas operadoras que constituem a maioria das autogestões, que tem menos de 20 mil usuários. O STJ já havia criado critérios para esses casos extra rol, mas embalado pelo clamor popular e inflamado pelo momento político o Congresso passou uma lei sem um análise aprofundada. Essa lei é desastrosa e pode acabar com a sustentabilidade do setor”, avalia Toro.

Na avaliação do advogado Rafael Robba, especialista em Saúde, do escritório Vilhena Silva Advogados, seria inconstitucional se a lei tivesse determinado o rol da ANS como taxativo. O que significaria dizer que apenas os procedimentos ali listados seriam de cobertura obrigatória dos planos de saúde. Para ele, a nova lei não é motivo para se alegrar que os planos de saúde vão quebrar: “A interpretação sempre foi de que o rol era exemplificativo e os planos de saúde não quebraram, pelo contrário, cada vez lucram mais e se tornam conglomerados econômicos maiores”.

Para Robba, é falacioso o argumento de a nova legislação cria obrigações maiores para saúde suplementar do que as impostas ao SUS. “É uma mentira dizer que a lei está estabelecendo obrigatoriedade maior para o planos do que para o SUS, a abrangência do SUS vai muito além da assistência farmacêutica. O SUS tem uma competência muito maior relacionada à saúde pública”, destaca.

Sobre o estudo apresentado pela Unidas, o advogado pondera: “Eles sempre usam o caso dos Zoegensma para causar impacto ao falar de cobertura extra rol, quando se sabe que essa é uma doença rara, de baixa incidência no país e ainda que a maior parte da judicialização desse medicamento é contra o SUS, foram poucos casos que os planos tiveram que pagar, conta-se em um mão”.

Lei enfraquece a ANS

Na avaliação de Rogério Scarabel, ex-presidente da ANS e sócio do M3BS Advogados, a lei enfraquece o papel da ANS

e dificulta medidas fiscalizatórias: “O Estado entendeu que seria um regulador desse mercado e criou a ANS para isso. Essa lei retira poderes da agência. E coloca uma questão, como fiscaliza as coberturas fora do rol? Acredito que a ANS já esteja trabalhando nisso, mas por exemplo, posso pedir uma junta médica para avaliar se aquele procedimento é o mais adequado ao usuário, como é possível fazer para o que está listado no Rol? Hoje o ressarcimento ao SUS são de procedimentos do rol e agora? É preciso uma discussão mais ampla, como é feita pela própria ANS quando discute qualquer incorporação, com análise técnica e participação social”.

Scarabel lembra que a ANS fez um grande avanço no sistema incorporação e destaca que, só este ano, mais de 30 procedimentos foram incorporados para a cobertura obrigatória dos planos de saúde. Mendes, presidente da Unidas, também acha que se a questão é incorporação isso deve ser discutido sob o guarda-chuva da ANS.

PARÁ REGISTROU BAIXA NAS ADESÕES DE PLANOS DE SAÚDE EM 2022

G1 – 04/11/2022

De acordo com o especialista em aplicações tecnológicas na área da saúde, Izaias Pertrelly, o custo alto é um dos principais empecilhos.

Os planos de saúde de assistência médica foram adquiridos por poucos paraenses nos últimos meses de 2022. O levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aponta que apesar do aumento de usuários no Brasil ser de mais de 100 mil, no Pará o salto foi de 333 novos clientes, totalizando 838.836.

De acordo com o especialista em aplicações tecnológicas na área da saúde, Izaias Pertrelly, Os números do Pará contumavam crescer mensalmente de forma mais acentuada, porém após um início de queda em janeiro fez os números na região caírem voltando a crescer novamente apenas em abril.

“Não existe uma resposta exata pra o que levou a isso, podem ser fatores políticos ou sócio econômicos, o importante é que apesar do crescimento modesto no último mês, os beneficiários de planos privados no Pará estão em constante crescimento e assim deve permanecer.” explicou.

REDES HOSPITALARES INVESTEM EM TECNOLOGIAS PARA AUXILIAR EM DIAGNÓSTICOS E ATENDIMENTOS

Saúde Business – 03/11/2022

Futuro da saúde já chegou e com tecnologias eficientes é possível, até mesmo, que os pacientes se consultem com especialistas de todo o mundo, sem sair de casa.

Telemedicina, Internet das Coisas Médicas (IoMT) e computação em nuvem: o futuro chegou para a medicina antes mesmo do que o previsto, impulsionado pela pandemia. De acordo com estudo da IBM, realizado com executivos de

FenaSaúde, que representa as maiores operadoras do setor, e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) já tinham dito estudar uma ação judicial nesse sentido. No entanto, a Unidas está sozinha neste processo. Abramge disse, no entanto, que solicitará o ingresso como Amicus Curiae no processo, com o objetivo de contribuir com o debate trazendo argumentos técnicos, clínicos e jurídico.

“Como está posto, a discussão sobre o que vai ou não ser cumprido extra rol vai ficar para o juiz de primeira instância. Ele é quem terá julgar se há evidência científica suficiente ou se o registro em um determinada reguladora estrangeira é suficiente. Nada disso está estabelecido claramente na lei e como é uma coisa ou outra. A única coisa que estamos de fato de acordo é que os procedimentos incorporados pelo Conitec para o SUS também sejam cobertos pelos planos de saúde”, afirma o presidente da Unidas.

De acordo com Izaias, o custo alto é um dos motivos para a baixa nas adesões de novos planos.

“Na crescente do mercado de saúde, sobretudo após a pandemia de COVID-19, é fato que diversas empresas vêm surgindo e ampliando capital e foco em novas tecnologias, visando acelerar processos e reduzir custos. Aumento no Pará foi tímido, apenas 333 novos beneficiários.” pontuou.

Atualmente, há 49.912.645 usuários em planos de assistência médica no Brasil. O crescimento entre agosto de 2021 e agosto de 2022 foi de 3,27%. Cerca de 300 mil novos usuários aderiram a planos durante este ano no país.

Hoje no Brasil, existem 49.912.645 usuários em planos de assistência médica. Entre agosto de 2021 a agosto de 2022 o crescimento foi de 3,27%. Foram 300 novos mil usuários em agosto deste ano

mais de 15 países, mais de 60% das empresas aceleraram suas estratégias de digitalização em 2020 – pico da pandemia. E a medicina não ficou atrás – muito pelo contrário. Entre 2020 e 2021, mais de 7,5 milhões de consultas foram realizadas por telemedicina, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital.

Diante deste movimento, hospitais, clínicas e laboratórios passaram a buscar alternativas eficazes para concluir os processos de digitalização. Uma das empresas que oferece suporte tecnológico para essa transformação digital do setor é a Studio 365, startup criada há 18 meses, já premiada como Microsoft Partner of the Year Latam, devido às soluções de modern work e de impacto social desenvolvidas com a plataforma Teams.

A empresa desenvolve soluções que permitem uma experiência de atendimento integrado em redes hospitalares, facilita o teleatendimento e auxilia no compartilhamento de resultados de exames, no pós atendimento e até em consultas a longa distância (paciente e médico em diferentes estados), por exemplo. Segundo Hélio Sá, CEO da Studio 365, a tecnologia é a única saída para, de fato, uma saúde integrada e mais abrangente. "Com a pandemia foi possível entender que nem todos os casos necessitam de atendimentos presenciais e que com a telemedicina é possível manter in loco apenas casos urgentes ou realmente necessários", destaca.

Prova de que a inovação tecnológica faz a diferença, na prática, na rotina de um hospital, Alex Julian, CIO da Kora Saúde - uma das maiores redes hospitalares do país, ter visão única do paciente, por meio da interoperabilidade,

contribui para a melhor gestão do cuidado. "O uso da Inteligência Artificial na tomada de decisão pode auxiliar na velocidade em que diagnosticamos e dedicamos nossos recursos ao tratamento de casos mais graves; podemos acompanhar a jornada de cuidados de nossos pacientes, por meio de diferentes pontos de contato nas atividades do dia a dia", revela o executivo.

Hoje é possível entender como a conectividade e compartilhamento rápido de informações vai ser primordial para o futuro do atendimento médico. "Com a ajuda da tecnologia, é possível diminuir filas, permitindo que pessoas com problemas de mobilidade tenham atendimento primário remoto, auxiliando que pacientes imunocomprometidos possam se consultar sem riscos de contaminação e, até mesmo, oferecendo a oportunidade de que os pacientes se consultem com especialistas de todo o mundo, sem sair de casa", revela Sá.

Mas é preciso, também, estar atento a como esses dados serão tratados. "No processo do teleatendimento, além de um sistema para comunicação entre médico e médico e médico e paciente, é preciso garantir a segurança dos dados repassados, além do armazenamento seguro destas informações", finaliza alertando Julian.

O QUE É E COMO FUNCIONA A CARÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE?

O Globo – 01/11/2022

Explicação sobre o funcionamento da carência nos planos de saúde, com dicas para auxiliar na hora da contratação ou portabilidade de convênio médico.

Ao procurar por opções de planos de saúde, o termo "carência" causa constantes dúvidas nas pessoas, que muitas vezes acabam contratando um plano sem analisar direito a cobertura oferecida.

Carência é o tempo que o cliente precisa esperar para começar a utilizar os benefícios do plano de saúde após a contratação. Essa é uma garantia legal que as operadoras de convênios médicos têm em relação aos beneficiários.

Essas informações devem estar bem definidas no contrato do plano e fazem parte de todo tipo de contrato, apesar de funcionarem de maneiras diferentes para cada um deles.

A ANS determina que:

É fundamental se atentar a todos esses detalhes ao contratar um plano de saúde.

Quais são os principais prazos de carência no plano de saúde?

Segundo a ANS, os prazos máximos para planos de saúde são:

Como funciona a carência?

Para emergências - por serem considerados urgências, a carência para utilização de pronto-socorro e outros serviços de emergência é de 24 horas. Ou seja, após as primeiras 24 horas que o plano de saúde individual for contratado, já poderá usá-lo para os casos de urgência e emergência.

Entretanto, para as pessoas que possuem o contrato com um plano de saúde apenas ambulatorial, o atendimento de emergência, em caso de internação, se estende apenas às primeiras 12 horas de atendimento. Após esse período, o paciente passa a assumir as despesas. Já se o beneficiário possui a modalidade hospitalar, passa a ter direito ao atendimento de emergência e urgência ilimitado, embora possa ainda estar sujeito às carências de cirurgias e internações.

Parto - a carência máxima estipulada pela ANS é de 300 dias. Por isso, é importante se programar bem em relação a esse assunto, principalmente quando a gravidez for planejada. No caso de parto prematuro, antes do planejado, o parto pode ser realizado através do plano de saúde sem maiores cobranças, uma vez que for realizado dentro de um atendimento de urgência e emergência.

Doenças ou lesões preexistentes - As doenças preexistentes podem ser caracterizadas como comorbidades que o

beneficiário já foi diagnosticado antes da contratação do plano médico.

Algumas operadoras não aceitam pessoas com doenças pré-existentes. Mas existe a opção de incluir um outro tipo de carência pré-existente, chamada Cobertura Parcial Temporária (CPT), que tem duração de 2 anos e é exclusiva para procedimentos relacionados àquela doença.

Redução de carência

Para não ter a necessidade de cumprir novos períodos de carência no novo plano, o cliente pode solicitar a redução de carência. No entanto, existem algumas regras para o uso desse recurso.

Para clientes sem nenhuma contratação de plano anteriormente, algumas operadoras oferecem a redução de carência. Mas é importante destacar que as empresas não têm a obrigação de oferecer essa alternativa. Se a pessoa pretende contratar um plano, pode se informar sobre a carência promocional.

Se o beneficiário possui um plano anterior, existem algumas variantes. Quanto maior o tempo de permanência, maior poderá ser a redução para o próximo plano. Por exemplo, pessoas que ficaram por um período menor do que 3 meses no plano anterior geralmente podem optar pela carência promocional.

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

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

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

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

[milliman.com](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.