

ÍNDICE INTERATIVO

[19ª Reunião extraordinária de diretoria colegiada da ANS, pauta: deliberar sobre aprovação da forma de recomposição dos reajustes de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Qualicorp tem lucro líquido de R\\$ 130,9 mi, alta de 18%; auditor faz ressalva](#) - Fonte: Valor Econômico

[Unimed de BH vai ressarcir a União em R\\$ 200 milhões por uso indevido do SUS](#) - Fonte: Conjur

[Lucro da Notredame Intermédica sobe 97,8% no terceiro trimestre](#) - Fonte: Valor Econômico

[Gastos com internações aumentam em 70% na saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

[Balanço da Hapvida mostra tendências ainda positivas, dizem analistas](#) - Fonte: Money Times

[ANS recebe prêmio de melhores práticas em regulação por monitoramento do setor durante a pandemia](#) - Fonte: ANS

[Telemedicina atinge 400 mil atendimentos na pandemia, diz Sulamérica](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS atualiza painel com procedimentos realizados no setor de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[ANS E SESI realizam segundo encontro sobre cuidados em saúde durante a pandemia](#) - Fonte: ANS

[Beneficiários estão utilizando mais o plano de saúde](#) - Fonte: IESS

[Pós-pandemia exigirá aperfeiçoamento do marco legal](#) - Fonte: Fenasaúde

19ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DE DIRETORIA COLEGIADA DA ANS, PAUTA: DELIBERAR SOBRE APROVAÇÃO DA FORMA DE RECOMPOSIÇÃO DOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 18/11/2020

ITEM DIPRO - Aprovação da forma de recomposição dos reajustes de planos de saúde por variação de custos (anual) e por mudança de faixa etária suspensos no período de setembro a dezembro de 2020. (processo 33910.020902/2020-19).

Data: 19/11/2020

Horário: 15 h.

QUALICORP TEM LUCRO LÍQUIDO DE R\$ 130,9 MI, ALTA DE 18%; AUDITOR FAZ RESSALVA

Valor Econômico – 17/11/2020

Observação está relacionada a investigações da PF; após balanço, operadora também anunciou compra de 75% da Plural e da Oxcorp por R\$ 202 milhões.

A operadora de planos de saúde Qualicorp divulgou na noite de segunda-feira (16) que teve lucro líquido de R\$ 130,9 milhões no terceiro trimestre de 2020, uma alta de 18,1% sobre o lucro líquido de R\$ 110,8 milhões obtido no mesmo trimestre de 2019.

A receita líquida da Qualicorp no terceiro trimestre deste ano atingiu R\$ 4524,6 milhões, em alta de 1,3% ante os R\$ 517,7 milhões do mesmo período de 2019.

O Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) ajustado da empresa avançou 5,4% no terceiro trimestre de 2020, para R\$ 272,9 milhões, em relação aos R\$ 259,0 milhões do terceiro trimestre de 2019.

A empresa fechou o trimestre de julho a setembro com dívida líquida de R\$ 388,2 milhões, mais de quatro vezes superior à dívida líquida de R\$ 87,4 milhões de um ano antes.

O total de vidas no portfólio da empresa atingiu 1,164 milhão no trimestre findo em setembro, em leve queda de 0,2% em relação a 1,166 milhão de vidas no mesmo período do ano passado.

Ressalva

O auditor externo da Qualicorp fez uma ressalva no seu relatório sobre o balanço do terceiro trimestre relacionada às investigações da Polícia Federal que envolvem o nome da companhia. Segundo a PwC, que audita os números da empresa, não foi possível determinar se havia a necessidade de ajustes nos números do trimestre encerrado em setembro.

A sede da Qualicorp foi alvo de busca e apreensão duas vezes neste ano: em 21 de julho, no âmbito da Operação Paralelo 23, que apura supostos atos ilícitos relacionados às eleições de 2024, e em 22 de outubro, na Operação Triuno, que investiga supostos pagamentos a prestadores de serviço sem a devida contraprestação.

“Considerando que as ações relacionadas à investigação desses assuntos estão em andamento, os possíveis impactos decorrentes do desfecho desses temas não são conhecidos. Conseqüentemente, não foi possível determinar se havia necessidade de ajustes ou divulgações adicionais relacionados a esses assuntos sobre as informações contábeis intermediárias de 30 de setembro de 2020”, dizem os auditores em relatório.

Nas notas explicativas, a administração da Qualicorp diz que as investigações estão em andamento e que, até o momento, não há conhecimento de envolvimento de administradores que ainda estejam na companhia ou conclusão quanto à existência de fatos que possam afetar as demonstrações financeiras intermediárias.

A companhia criou um comitê especial de assessoramento, em julho, para a investigação dos fatos que originaram a busca e apreensão na sede administrativa naquele mês. Em outubro, o escopo do comitê foi ampliado para também incluir fatos relacionados à Operação Triuno.

Aquisições

A Qualicorp informou na manhã desta terça-feira que comprou 75% do capital social da Plural Gestão em Planos de Saúde e da Oxcorp Gestão Consultoria e Corretora de Seguros por R\$ 202,5 milhões à vista, sujeito a ajuste por dívida líquida.

Segundo fato relevante divulgado pela Qualicorp, há previsão de aquisição dos 25% da participação societária remanescente em cada uma das sociedades. Com a aquisição da Plural, a Qualicorp adiciona 96 mil vidas e 21 novas operadoras ao seu portfólio.

A compra da Oxcorp, que tem em sua base de distribuição mais de 500 plataformas de venda e aproximadamente 5 mil corretores parceiros, reforçará o canal de vendas externas da Qualicorp, diz o fato relevante.

UNIMED DE BH VAI RESSARCIR A UNIÃO EM R\$ 200 MILHÕES POR USO INDEVIDO DO SUS

Conjur – 16/11/2020

A Unimed de Belo Horizonte e a Advocacia-Geral da União (AGU) firmaram protocolo de intenções para garantir o ressarcimento de aproximadamente R\$ 200 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS). A medida encerra litígios em curso, referentes ao uso indevido do serviço público por beneficiários dos planos de saúde.

A cooperativa se comprometeu, em Juízo, a renunciar aos direitos que fundam mais de 300 ações judiciais. Os processos encerrados envolviam, por exemplo, transplantes de rim, tratamentos de doenças bacterianas, cirurgias múltiplas e outros atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Além disso, a Unimed promoveu o pagamento administrativo imediato de mais de R\$ 19 milhões em um ano, para evitar judicialização.

A AGU atuou no caso por meio do Grupo de Cobrança de Grandes Devedores da Procuradoria-Geral Federal (GCGD/PGF), vinculado à Coordenação-Geral de Cobrança e Recuperação de Créditos da PGF (CGCOB/PGF), em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar. A

audiência entre as partes foi feita junto ao Centro Judiciário de Conciliação da Justiça Federal de Minas Gerais.

“A assinatura do protocolo de intenções revela uma importante e positiva mudança na estratégia da Unimed-BH, fruto da aproximação que a AGU realizou junto à empresa desde junho do ano passado”, destaca a procuradora federal Fernanda de Paula Campolina, coordenadora-regional do GCGD na 1ª Região que teve atuação direta nos processos.

Fábio Munhoz, coordenador-geral de Cobrança e Recuperação de Créditos ressalta que “a assinatura do protocolo de intenções representa muito mais que viabilizar a recuperação dos créditos públicos, na medida em que inaugura uma nova forma de relação com o setor regulado, que prestigia o compromisso com uma solução jurídica mais eficiente e compatível com o interesse público”. Para ele, “o ingresso de R\$ 200 milhões de reais ao SUS, neste momento crítico de pandemia em que vivemos, é uma boa notícia e demonstra como soluções consensuais podem ser eficientes para a recuperação dos créditos públicos”. Com informações da assessoria de imprensa da AGU.

LUCRO DA NOTREDAME INTERMÉDICA SOBE 97,8% NO TERCEIRO TRIMESTRE

Valor Econômico – 16/11/2020

A empresa reportou lucro líquido atribuído aos acionistas de R\$ 197,2 milhões, no período.

A NotreDame Intermédica registrou um avanço de 97,8% no lucro líquido atribuído aos acionistas da companhia no terceiro trimestre, para R\$ 197,2 milhões, ante o mesmo intervalo de 2019.

A receita líquida cresceu 24%, para R\$ 2,7 bilhões, no comparativo anual, resultado do crescimento das linhas de negócio de planos de saúde e odontológicos.

A receita líquida de planos de saúde totalizou R\$ 2,48 bilhões, alta de 29,5% em relação a 2019. Já a receita líquida de planos odontológicos foi de R\$ 74,4 milhões, crescimento de 4,2%.

Além disso, entre julho e setembro a receita de serviços hospitalares oriunda dos novos hospitais adquiridos pela companhia nos últimos 12 meses contribuiu com R\$ 39,9 milhões.

A receita dos “mesmos hospitais”, por outro lado, caiu 47,2% frente ao terceiro trimestre de 2019, por ainda apresentar reflexos negativos da pandemia e do distanciamento social.

O lucro antes de juros, impostos, amortização e depreciação (Ebitda, na sigla em inglês) avançou 57,2%, para R\$ 437,5 milhões. O salto, segundo a NotreDame, está relacionado ao crescimento “robusto da receita, da melhoria contínua da sinistralidade caixa e da diluição das despesas administrativas”, que caíram 2,87%, para R\$ 266,7 milhões, no terceiro trimestre deste ano ante o mesmo intervalo do ano passado.

Sinistralidade

A empresa registrou uma queda de 2 pontos percentuais na sinistralidade caixa, para 68,8%, no terceiro trimestre, ante o mesmo intervalo de 2019. A redução, de acordo com a companhia, é fruto de uma maior verticalização de custos dentro da rede própria e a extração de sinergias de custos das empresas adquiridas. Ao longo de 2020, a NotreDame adquiriu 12 hospitais, quem totalizam 1.097 mil beneficiários e 859 leitos.

A companhia afirmou ainda que as contas médicas caixa (custo dos serviços prestados) aumentaram 20,6% em relação ao mesmo período do ano anterior, passando de R\$ 1,54 milhões para R\$ 1,85 milhões. Porém, o valor foi abaixo do crescimento de 24,1% da receita líquida consolidada, o que ajudou a reduzir a sinistralidade.

Além disso, a empresa registrou aumento do ticket médio de saúde mensal, de R\$ 220,7 para R\$ 229,1, uma variação de 3,8%. O avanço é resultado do aumento do preço médio orgânico de 5,9%, fruto dos reajustes contratuais e mix de produtos mais verticalizados, além do impacto cheio da aquisição da Clinipam, com ticket inferior ao da NotreDame.

O que também contribui para o crescimento do ticket médio foi o cenário econômico adverso, com negociações pontuais e postergação do reajuste de pequenas e médias empresas. “A vantagem competitiva do modelo de negócio verticalizado e oferta de serviços de saúde com uma grade de produtos completa permite que, em momentos como este, consigamos oferecer as opções com as melhores condições comerciais para todos os tipos de clientes”, explicou a companhia.

GASTOS COM INTERNAÇÕES AUMENTAM EM 70% NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 16/11/2020

Mesmo representando menos de 1% do total de procedimentos na saúde suplementar, as internações detêm a maior parcela das despesas do segmento. O alerta está na “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2014 e 2019”. No período analisado, as despesas com esse tipo de procedimento tiveram elevação de 70,1%, saltando de 47,3 bilhões em 2014 para 80,4 bilhões em 2019.

Em 2019, as internações responderam por 44,8% do total das despesas do setor, seguidas por R\$ 36 bilhões com exames complementares, o que representa 20,1%, e R\$ 25,8 bilhões com consultas médicas, 14,1% dos gastos. Além das despesas com terapias e demais despesas médico-hospitalares.

Em 2019 foram realizadas quase 8,6 milhões de internações entre os beneficiários da saúde suplementar, número 13,9% maior na comparação com 2014. O que mostra que a taxa de internação no setor está aumentando, tendo passado de 15,1%, em 2014 e para 18,4% em 2019.

O Brasil passa por um fenômeno de transição demográfica e envelhecimento populacional. Claro que é um avanço da sociedade e da medicina, mas isso traz um aumento das despesas médicas e acende um alerta para a necessidade de se pensar mecanismos para garantir equilíbrio econômico-financeiro, satisfação e qualidade para todos os envolvidos na

cadeia, sejam beneficiários, operadoras e prestadores de serviços.

Para se ter uma ideia, o número de internações por fraturas de fêmur entre idosos (60 ou mais anos) quase dobrou, passando de 10,8 mil para 20,7 mil. Outro dado que chama a atenção é do número de internações por problemas cardíacos, também fortemente relacionados com o envelhecimento da população. A internação por infarto agudo do miocárdio cresceu 38,5% entre 2014 e 2019 e para implantação de marcapasso passou de 10,4 mil para 13,7 mil, avanço de 31,8%. As internações por doenças do aparelho circulatório e respiratório representaram cerca de 11,6% do total de internações em 2019.

Nós já mostramos [aqui](#) que o setor de planos de saúde médico-hospitalares registrou aumento das despesas na assistência à saúde, mesmo com redução do número total de beneficiários e também o avanço na quantidade de procedimentos de assistência médico-hospitalar realizados no mesmo período. [Veja aqui](#).

Com o objetivo de contribuir ainda mais com a disseminação de dados da assistência à saúde no Brasil, o IESS elaborou o documento com base nos números do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, publicação anual da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Acesse aqui o estudo [aqui](#).

BALANÇO DA HAPVIDA MOSTRA TENDÊNCIAS AINDA POSITIVAS, DIZEM ANALISTAS

Money Times – 15/11/2020

O balanço da Hapvida (HAPV3) conseguiu agradar os analistas do Safra e da Ágora Investimentos. Os números do terceiro trimestre do ano chegaram a superar as projeções, com o lucro líquido atingindo R\$ 247,8 milhões e o Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) somando R\$ 512,2 milhões.

A base de beneficiários de planos de saúde e odonto totalizou 6,4 milhões, o que representa um crescimento de 56,9% em relação ao período de julho a setembro do ano passado.

A Hapvida encerrou o trimestre com 446 pontos de atendimento, dentre eles hospitais, pronto-socorros, clínicas e laboratórios. As aquisições também foram frequentes no intervalo. Só em setembro, a companhia anunciou a compra da Plamheg, do Hospital Nossa Senhora Aparecida, do Grupo Santa Filomena e das unidades de saúde Promed, Sinhá Junqueira e Samedh.

Segundo o Safra, tudo indica que a trajetória de ganhos seguirá firme.

“A tendência permanece bastante positiva, em nossa opinião, com uma combinação de crescimento e melhora na eficiência operacional após uma série de aquisições”, destacaram os analistas da instituição Ricardo Boiati e Rafael Une, em relatório divulgado aos clientes.

A sinistralidade caiu 1,8 ponto percentual no trimestre, para 60,4%. As despesas administrativas e com comissões de vendas também recuaram em relação à receita líquida, cujo avanço foi de 61,6%.

Para a Ágora Investimentos, a sinistralidade deve ficar acima de 60%.

“Esperamos ver próximos períodos com caixa MLR (sinistralidade médica) acima de 60% [por conta de] provisões para aumento do SUS e benefícios fiscais de goodwill em aquisições zerando impostos/créditos fiscais”, afirmaram os analistas Fred Mendes e Flávia Meireles.

O Safra tem recomendação de outperform (desempenho esperado acima da média do mercado) para a ação, com preço-alvo ao fim de 2020 de R\$ 80,20. Já a Ágora segue com recomendação neutra e preço-alvo de 73.

ANS RECEBE PRÊMIO DE MELHORES PRÁTICAS EM REGULAÇÃO POR MONITORAMENTO DO SETOR DURANTE A PANDEMIA

ANS - 13/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recebeu, nesta quinta-feira (12/11), o prêmio FGV de Melhores Práticas em Regulação pela produção do Boletim Covid-19, informativo desenvolvido como estratégia para monitoramento do setor durante a crise ocasionada pela pandemia de Coronavírus. A solenidade de premiação foi realizada on-line e contou com a participação do diretor da FGV Direito Rio, Sérgio Guerra, e da professora Patrícia Sampaio, que mediou o evento. A ANS foi representada pelo diretor de Desenvolvimento Setorial substituto, César Serra, pela gerente de Monitoramento Assistencial, Flávia Tanaka, pelo assessor de Informação, Márcio Nunes, e pelo assessor Thiago Barata.

[Clique aqui e assista à premiação.](#)

O diretor César Serra agradeceu à FVG pela premiação e oportunidade de expor os trabalhos e a vivência da Agência durante a pandemia de Covid-19 e aos demais diretores e servidores da ANS pela dedicação e trabalho intenso que resultou na publicação. Ele lembrou como surgiu a iniciativa e destacou os objetivos do Boletim. “Por conta da pandemia, recebemos diversos pleitos vindo de vários segmentos da sociedade, mas não tínhamos dados concretos para embasar a tomada de decisão. Por conta disso, passamos a levantar dados simples de serem fornecidos e consolidados, mas que tivessem um poder de diagnóstico concreto sobre a real situação do mercado de planos de saúde”, explicou. “Fizemos um levantamento com um pouco mais de 100 operadoras, que representam 80% dos beneficiários, sobre dados financeiros e assistenciais, que durou 30 dias. Inicialmente os dados seriam de consumo interno para a tomada de decisão da diretoria da ANS, mas tendo em vista o interesse público e da mídia sobre os impactos da pandemia no setor, surgiu a ideia de tornar públicas as informações. Daí veio a proposta do boletim, com um layout mais simples e de melhor entendimento”, explicou Serra.

Em seguida, a gerente Flávia Tanaka e os assessores Thiago Barata e Márcio Nunes fizeram uma explanação detalhada sobre o desenvolvimento, a estratégia adotada, a relação de dados e os demais processos que envolveram a elaboração

do boletim, evidenciando a importante atuação de diversos setores da ANS na construção periódica deste levantamento. Flávia também fez uma breve análise das informações coletadas e falou da relevância desses dados para a tomada de decisão da ANS. “Essas informações foram muito importantes e úteis para a Agência, como por exemplo, a queda na procura por atendimentos ambulatoriais, apontou para necessidade de incentivar a adoção de ações de prevenção e promoção à saúde pelas operadoras e contratantes de planos empresariais, a fim de evitar o agravamento de doenças de seus beneficiários e colaboradores.” A gerente afirmou ainda que “as tendências observadas na amostra de operadoras do estudo foram se confirmando para todo o setor a partir do recebimento das informações periódicas encaminhadas pelas operadoras”.

Thiago destacou a produção do Boletim Covid-19 com o foco na informação. “Um aspecto importante é que desde o início do trabalho focamos na relevância da informação. A equipe de comunicação esteve envolvida permanentemente no processo de produção do Boletim Covid-19 acompanhando a diagramação do conteúdo, avaliando como os dados foram disponibilizados e sempre fazendo recomendações em prol da transparência e facilidade de entendimento, para melhor atender as necessidades de informação da sociedade”, explicou Barata.

Marcio falou o esforço coletivo entre servidores e diretores da ANS no desenvolvimento do Boletim Covid-19. “Parabéns o forte trabalho realizado pelos servidores e a alta direção da agência, que foi responsável por fomentar a proposta desse trabalho entre todas as diretorias. Sem eles não estaríamos aqui. Do mesmo jeito que trabalhamos intensamente para fazer essa análise mensal, a diretoria até hoje revisa e corrobora com esse trabalho. Por isso considero fundamental essa sinergia entre servidores e direção”, ressaltou.

O Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação, desenvolvido pelo Centro de Pesquisa em Direito e Economia (CPDE) da Fundação Getúlio Vargas, tem como objetivo reconhecer e dar destaque às melhores práticas de regulação adotadas por agências reguladoras no Brasil, contemplando

iniciativas inovadoras em matérias como transparência, governança, participação, gestão e proteção aos direitos dos consumidores ou usuários. A iniciativa consiste em garantir contribuições capazes de gerar avanços do Direito da Regulação no Brasil e incentivar a busca por caminhos inovadores e eficientes no âmbito da regulação.

Um pouco antes da premiação, a Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito Rio) promoveu o III Seminário Regulação em Números – As Agências Reguladoras em Resposta à Covid-19, que debateu a atuação das Agências Reguladoras diante da pandemia de Covid-19.

O Boletim Covid-19

O cenário de incertezas e de ausência de informações exigiu da ANS a adoção de uma estratégia de ação capaz de gerar informação qualificada e em tempo hábil para a tomada de decisão, que permitisse a análise adequada de pleitos por medidas regulatórias de grande impacto estrutural no setor, com vistas à sustentabilidade da saúde suplementar e à proteção dos direitos dos consumidores durante e no pós- crise.

Para obtenção de dados relevantes de forma mais célere, a ANS emitiu Requisições de Informações (RI) às operadoras para o envio de dados econômico-financeiras e assistenciais.

A ANS também considerou as demandas de consumidores junto aos canais de atendimento da ANS e as informações coletadas em reuniões periódicas com operadoras de todo o território nacional para monitorar a evolução do impacto da pandemia no setor de saúde suplementar.

Com esta estratégia, a ANS transformou um cenário de incerteza em previsibilidade e segurança para tomadas de decisão, com impactos positivos para a sociedade e garantia aos direitos dos consumidores. O informativo contempla informações assistenciais, econômico-financeiras e demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS, além de dados que detalham a evolução do número de beneficiários e número de exames relacionados à Covid-19 realizados na saúde suplementar no período da pandemia.

Até o momento, foram disponibilizadas seis edições do boletim. [Clique aqui e confira.](#)

No ano passado, a ANS recebeu menção honrosa no Prêmio FGV Direito Rio pelo Projeto Parto Adequado, desenvolvido junto com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI); em 2018, a mediação de conflitos realizada pela ANS através da NIP, no contexto da normativa que regulamenta o tema, também foi contemplada com a menção honrosa no concurso.

TELEMEDICINA ATINGE 400 MIL ATENDIMENTOS NA PANDEMIA, DIZ SULAMÉRICA

Valor Econômico – 13/11/2020

Cerca de 90% dos atendimentos com plantonista pelo sistema "não viram atendimento presencial na sequência, ou seja, não eram elegíveis de fato para uma ida a unidade de emergência"

O uso intensivo de tecnologia para acompanhar a saúde dos beneficiários tem sido um dos grandes acertos da SulAmérica no período da pandemia. Segundo a vice-presidente de saúde e odontologia, Raquel Giglio, desde março apenas a telemedicina acumulou 400 mil atendimentos.

A executiva explicou, durante teleconferência de resultados da seguradora no terceiro trimestre, que cerca de 90% dos atendimentos com plantonista pelo sistema "não viram atendimento presencial na sequência, ou seja, não eram elegíveis de fato para uma ida a unidade de emergência".

De acordo com Raquel, a experiência tem mostrado que a telemedicina, provavelmente, vai se incorporar à cultura de usuários de planos de saúde. De fato, segundo dados da companhia mostram que a frequência de procedimentos, que havia despencado no momento mais agudo do isolamento, já se aproxima dos níveis pré-pandemia. Com exceção das visitas a pronto-socorros.

A troca do pronto-socorro por um primeiro atendimento on-line ou telefônico "pode ser uma tendência de mais longo prazo", aponta a vice-presidente da SulAmérica.

A sinistralidade de saúde e odontologia, explica a executiva, também já volta a se aproximar dos níveis pré-pandemia, após um recuo significativo no segundo trimestre. No período entre julho e setembro, o índice alcançou 75,1%, com queda de 5 pontos percentuais em relação ao mesmo intervalo do ano passado.

"O resultado reflete um processo de retomada de frequência de procedimentos, incluindo aqueles represados nos meses anteriores", apontou Raquel.

O vice-presidente de investimentos, vida e previdência, Marcelo Mello, explica que no caso dos seguros de vida, a companhia registrou, até fim de setembro, 400 sinistros relativos à covid-19. "O impacto financeiro [das indenizações] alcançou R\$ 19 milhões."

Sobre o produto de assistência financeira, uma linha de crédito com garantia do saldo de produtos de previdência, Mello explicou que trata-se primariamente de um instrumento de retenção, para evitar que os clientes façam saques dos planos de acumulação.

"Além de evitar os resgates, traz uma melhor experiência aos clientes, e, como consequência, uma linha de receita financeira que não existia nessa unidade de negócio."

ANS ATUALIZA PAINEL COM PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 12/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou o D-TISS, painel que permite consultar a quantidade e o valor médio de procedimentos realizados pelos beneficiários de planos de saúde informados pelas operadoras através do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS). As informações compreendem o período de 2015 a 2019 e foram disponibilizadas nesta quinta-feira (12/11) no portal da ANS. Com o painel, é possível explorar e visualizar as informações assistenciais e financeiras consolidadas nos atendimentos da saúde suplementar.

A ferramenta permite consultar, de forma individualizada, a quantidade de procedimentos realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar, os valores médios de honorários praticados nos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde e o número de prestadores que informaram os respectivos dados. A pesquisa pode ser filtrada por Unidade Federativa (UF), faixa etária, sexo e porte da operadora. Também é possível pesquisar o procedimento de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) correspondente.

Atualmente, mais de 3.000 procedimentos realizados na saúde suplementar estão disponíveis para consulta no D-TISS.

[Clique aqui para acessar o painel.](#)

“O painel permite a visualização dos dados do TISS de forma ágil e intuitiva, com gráficos e mapas que contribuem para a análise das informações. Também é possível aplicar filtros que possibilitam detalhar as pesquisas de acordo com as

necessidades do usuário. Isso facilita o acesso às informações do TISS, seja para pesquisadores, entes do setor, bem como para a sociedade de maneira geral, constituindo-se em ferramenta importante para ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação na saúde suplementar”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial substituto, César Serra.

O D-TISS foi estruturado a partir de uma base de atendimentos realizados na saúde suplementar aplicando-se uma metodologia específica. Foram excluídos, por exemplo, procedimentos com valores atípicos, com dados inconsistentes e referentes a operadoras que enviaram para a ANS volume insuficiente de informações.

Sobre o Padrão TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados assistenciais dos beneficiários de planos de saúde entre os agentes da saúde suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

A disponibilidade dos dados permite a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e pelo Ministério da Saúde, e ainda a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano de saúde.

[Saiba mais sobre o Padrão TISS.](#)

ANS E SESI REALIZAM SEGUNDO ENCONTRO SOBRE CUIDADOS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA

ANS - 12/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), realizou na terça-feira (10/11) o 2º Diálogo da Saúde Suplementar SESI & ANS 2020. O evento promoveu um debate entre representantes empresariais e de operadoras de planos de saúde sobre as tendências de promoção e prevenção integrada à saúde a partir da pandemia de Covid-19, que gerou transformações expressivas na gestão assistencial.

O diretor-presidente substituto da ANS, Paulo Rebello, abriu o evento destacando a importância das ações em prol das melhorias de condições de saúde dos trabalhadores durante a pandemia. “Num contexto de global de pandemia, as iniciativas de assistência ao trabalhador são fundamentais para minimizar os efeitos da Covid-19, tanto no ambiente pessoal como nas relações de trabalho. Outra questão delicada a ser enfrentada é a retração econômica. Para esses

dois cenários será necessário o ajuste na cadeia de produção em saúde, com foco na continuidade dos negócios e para evitar a perda de trabalhadores ativos”, disse o diretor.

Ele destacou ainda o papel das operadoras na gestão em saúde. “Hoje, pela evolução do setor de saúde, as operadoras de planos de saúde já iniciaram a mudança no modelo de gestão de saúde e deixaram de ser meras intermediadoras financeiras, passando a compreender a função de serem gestoras dos cuidados dos beneficiários. E pensar em modelos sustentáveis de gestão de saúde populacional é o caminho ideal para reduzirmos os altos custos do setor, ampliando o acesso e otimizando o atendimento”, afirmou Rebello.

Logo depois, o especialista do Observatório Nacional da Indústria do SESI, Edgar Inácio, apresentou a pesquisa

qualitativa elaborada pela instituição, que avaliou a Saúde Suplementar no setor industrial e os impactos gerados pelo período pandêmico. O levantamento tomou como base dois pilares: avaliação dos impactos da pandemia em empresas do setor industrial, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários de plano de saúde, e identificação das tendências para o setor de saúde suplementar aceleradas pela pandemia.

A pesquisa foi realizada junto a gestores de saúde/benefícios de indústrias e proprietários de pequenas e médias empresas. Entre os impactos causados pela pandemia, ficou constatado que a maioria das empresas procurou preservar empregos e o cuidado com a vida humana, buscando manter a assistência à saúde de seus colaboradores e dependentes. Entre as possíveis tendências para o futuro está a permanência e ampliação da telemedicina e do home office, o incremento de programas de atenção primária e prevenção à saúde, a intensificação dos cuidados com a saúde mental, a construção de novas ações de prevenção e promoção à saúde, e a implementação de Analytics, big data e Inteligência Artificial (IA) para análises preditivas e subsídios para a construção de jornada de cuidado e promoção da saúde.

A gerente de Monitoramento Assistencial da ANS, Flávia Tanaka, falou da relevância da pesquisa apresentada, que traz para o diálogo diversos temas, em especial a importância da integração das ações de promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças e o desenvolvimento da saúde corporativa na atuação das empresas em conjunto com as operadoras. “O objetivo do acordo de cooperação entre a

ANS e o SESI é justamente esse, de trazer os contratantes empresariais para esse diálogo junto com as operadoras, para uma regular troca de experiências”, destaca a gerente.

Em seguida, Tanaka iniciou o diálogo sobre Promoção, Prevenção e Ciclo de Cuidado à Saúde no Enfrentamento à Covid-19, com executivos de empresas VLI Logística, Fundação Zerrener/Ambev, Bradesco Saúde e Unimed (BH), que expuseram suas experiências e ações de enfrentamento a pandemia de Covid-19. Os convidados falaram das experiências e das ações implementadas em seu cotidiano, como a incorporação da telemedicina; a implementação de área de gestão de beneficiários; mudança e incremento de programas de promoção e prevenção a saúde; e o processo de mudança de cultura quanto à responsabilidade e protagonismo dos contratantes e operadoras, na gestão do Cuidado e Atenção à Saúde de seus beneficiários.

Esse foi o segundo encontro promovido pela ANS e SESI. O evento virtual reuniu aproximadamente cem pessoas que acompanharam a transmissão ao vivo pelo Youtube e teve mais de 240 visualizações e mais de 90 engajamentos. Os interessados poderão rever os Diálogos da Saúde Suplementar através dos seguintes links:

[Clique e assista aqui o 2º Diálogo da Saúde Suplementar SESI & ANS 2020 na íntegra.](#)

[Clique e assista aqui o 1º Diálogo da Saúde Suplementar SESI & ANS 2020 na íntegra.](#)

BENEFICIÁRIOS ESTÃO UTILIZANDO MAIS O PLANO DE SAÚDE

IESS – 12/11/2020

Nós já mostramos aqui que o setor de planos de saúde médico-hospitalares registrou aumento das despesas na assistência à saúde, mesmo com redução do número total de beneficiários. A “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2014 e 2019” também mostra que cresceu a quantidade de procedimentos de assistência médico-hospitalar realizados no mesmo período. No intervalo analisado, o número total passou de 1,19 bilhão para 1,43 bilhão, aumento de 19,6%.

Nesse período, observamos que houve um aumento de 28,1% no número de procedimentos por beneficiário, o que corresponde a um salto de 14 exames complementares por beneficiário em 2014, por exemplo, para 19 em 2019. O número de brasileiros com planos de saúde foi de 50,1 milhões para 47,0 milhões, redução de 6,1%, no mesmo intervalo de tempo.

A análise mostra que todos os procedimentos apresentaram aumento, em especial dos exames complementares, com crescimento de 28,7%; terapias, com avanço de 27,7%; e internação, que registrou aumento de 13,9%. Em 2019, foram realizados 916,5 milhões de exames complementares, 277,5 milhões de consultas médicas ambulatoriais, 158,8 milhões de outros atendimentos ambulatoriais (sessões/consultas com

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, psicólogos e outros), 72,0 milhões de terapias e 8,6 milhões de internações.

Importante lembrar que os dados podem significar que os brasileiros estão mais conscientes da importância de se ter um acompanhamento médico ao longo da vida do que realizar visitas pontuais aos prontos-socorros. No entanto, é fundamental estarmos atentos para a superutilização de exames e procedimentos. A publicação reforça a necessidade de repensar o setor, aprimorar sua gestão e enfrentar desafios como a adoção de programas efetivos de promoção da saúde.

Para se ter uma ideia, a análise mostra que, na saúde suplementar brasileira, o número de exames de ressonância magnética por mil beneficiários passou de 115,4 em 2014 para 179,0 em 2019. Essa taxa é superior à média dos Estados Unidos (128,0), da Islândia (109,3) e do Canadá (54,5), por exemplo. Países com os valores mais altos entre os membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Continuaremos apresentando novos dados da “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2014 e 2019”. [Acesse o estudo aqui](#)

PÓS-PANDEMIA EXIGIRÁ APERFEIÇOAMENTO DO MARCO LEGAL

Fenasáude – 12/11/2020

Modernização visa deixar mensalidades mais acessíveis e atrair mais pessoas para o sistema suplementar.

A agenda de iniciativas em busca da modernização da saúde suplementar brasileira precisa ser retomada tão logo o país tenha conseguido superar a pandemia. No “novo normal” criado pela covid-19, a tarefa de ampliar o acesso à saúde torna-se ainda mais fundamental.

“Temos defendido nossas propostas desde 2019, com o aperfeiçoamento do marco legal. Tão logo chegue a vacina e o país se normalize, é necessário avançarmos”, afirmou o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, no painel “Perspectivas para a Saúde Suplementar no Brasil”, realizado como parte do 23º Congresso Internacional Unidas, na tarde desta quarta-feira (11/11).

Entre as mudanças necessárias estão maior segmentação, com mais modalidades de cobertura; novos modelos de franquias e coparticipação; e mais liberdade para a comercialização de planos individuais, com regras competitivas para preços e reajustes.

A FenaSaúde tem defendido a atualização do marco legal da saúde suplementar do país, cuja legislação em vigor data de 1998, com objetivo de facilitar e ampliar o acesso aos planos de saúde a milhões de pessoas que hoje só têm o SUS como opção de assistência.

O presidente da FenaSaúde registrou que os números mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) já mostram uma retomada do mercado. Hoje são 47,1 milhões de beneficiários – 121 mil acima do existente em janeiro deste ano – num sinal de como os brasileiros prezam a manutenção das coberturas de seus planos de saúde.

Segundo Amoroso Lima, entre outros movimentos previstos para ocorrer no pós-pandemia também está a transição do modelo de

remuneração ‘fee for service’, que privilegia a quantidade em detrimento do desempenho, para os de geração de valor em saúde, que focam em resultados e desfechos.

Neste contexto, a telemedicina surge como legado positivo da pandemia, embora ainda careça de regulação definitiva para que efetivamente se torne uma conquista da sociedade brasileira. “Há pessoas no Brasil que só têm médicos a mais de 200 km de distância. Com a telemedicina, todos podem ter acesso a um médico em qualquer lugar do país”, disse ele.

O setor de saúde também está preocupado com a proposta de reforma tributária em discussão no Congresso. “As entidades estão muito unidas para defender um caminho comum. Por ser serviço essencial, a saúde merece um tratamento específico a respeito do IVA”.

Outro desafio é o surgimento de empresas privadas que oferecem serviços de saúde, como consultas e exames, sem obedecer aos mesmos ditames impostos à saúde suplementar. Por não terem a regulação da ANS, não podem ser consideradas como planos de saúde. Não oferecem, por exemplo, internações nem a gama de tratamentos cobertos pelo rol de procedimentos da ANS e impostos às operadoras.

“São iniciativas bem-vindas, mas queremos regras iguais para os players. Queremos também a possibilidade de oferecer o mesmo produto pelas mesmas condições. Ou é a mesma regra ou é preciso submetê-los à regulação”, cobrou o executivo da FenaSaúde.

Além de Amoroso Lima, também participaram do evento promovido pela Unidas o presidente da Unidas, Anderson Mendes; o presidente da Abramge, Reinaldo Scheibe; e o presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), Mirocles Vêras.

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