NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

13 de maio de 2020

DESTAQUE DA SEMANA

Como o novo Coronavírus transformará os setores de saúde, aposentadoria e demais seguros?

Convidamos a todos para acessarem os diversos artigos de consultores Milliman compartilhando seus conhecimentos e pensamentos relacionados ao COVID. Os tópicos incluem o impacto de sinistro de assistência médica, planos de aposentadoria, seguro de negligência médica, indenização aos empregados, risco de mortalidade para seguro de vida e muito mais.

Acesse aqui: https://lnkd.in/eMhmU64

ÍNDICE INTERATIVO

Planos odontológicos são destaque do setor - Fonte: IESS

A efetiva contrapartida na saúde - Fonte: Estadão

Presidente da Fenasaúde condena gestão unificada de leitos - Fonte: Saúde Business

ANS disponibiliza check list para análise da pesquisa de satisfação de beneficiário - Fonte: ANS

Impactos de uma pandemia - Fonte: IESS

Total de beneficiários de planos de saúde alcança maior número do ano - Fonte: IESS

PLANOS ODONTOLÓGICOS SÃO DESTAQUE DO SETOR

IESS – 12/05/2020

Como mostramos na última semana, pela primeira vez em 2020, os planos de saúde médico-hospitalares voltaram a superar a marca de 47 milhões de beneficiários em todo o País. A Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) traz os números do período de 12 meses encerrado em março. Com isso, o setor registrou ligeiro avanço de 0,5% no acumulado do ano.

É importante reforçar que devemos ter cautela com o futuro em função do impacto do novo Coronavírus na economia nacional, na oferta de empregos e, consequentemente, de vínculos com planos de saúde.

No entanto, outro dado positivo chama a atenção. A última edição da NAB também mostra que o setor de planos exclusivamente odontológicos segue em forte ritmo de crescimento. Segundo o levantamento, no período entre março do ano passado e o mesmo mês em 2020, o segmento registrou alta de 6,3% no total de vínculos em todo o País, o que representa mais de 1,5 milhão de novas vidas.

A maior parte desses contratos continua sendo do tipo coletivo empresarial. Em março de 2020, 20,1 milhões, ou 83,5%, de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos possuíam um plano coletivo. Desse total, 88,5% eram do tipo coletivo empresarial e 11,5% da modalidade coletivo por adesão.

Se por um lado, a faixa etária entre 19 a 58 detém a maior parte dos vínculos no período, registrando crescimento de mais de 1 milhão, a faixa dos 59 ou mais foi a que teve a maior alta proporcional, de 10,7%, com mais de 200 mil novos vínculos.

O Sudeste segue representando a maior fatia em números absolutos, com 963,2 mil novos beneficiários no período de 12 meses, o que equivale a um avanço de 6,7%. A região Norte, no entanto, destaca-se pelo crescimento de 15%, registrado com 156,5 mil novos vínculos.

O único estado a registrar queda foi o Alagoas, a queda de 0,5% representa um 1,4 mil vidas a menos.

Seguiremos apresentando os detalhes da Nota de Acompanhamento de Beneficiários. Não perca nossa Análise Especial nos próximos dias. Confira a nota na íntegra.

Ah, não deixe de acessar o IESSdata, poderosa ferramenta em que reunimos os principais indicadores da saúde suplementar e da economia nacional.

A EFETIVA CONTRAPARTIDA NA SAÚDE

Estadão – 08/05/2020

O que o setor pode fazer para evitar que o sistema de saúde no País sofra um colapso, como ocorreu na Itália?

A pandemia da covid-19 pegou o mundo inteiro despreparado. À medida que a doença se disseminava, as autoridades foram dando conta da insuficiência de equipamentos de proteção individual, de leitos clínicos e de UTI, de insumos para os testes em massa, de respiradores e profissionais de saúde. No Brasil, como em outros países, a sociedade se viu diante das mesmas questões sobre o funcionamento do sistema de assistência à saúde. Não só no setor público, mas também no privado, que é responsável, por meio dos planos de saúde, por dar cobertura médico-hospitalar a 1/4 da população.

Tal como os órgãos públicos de assistência, em fevereiro, ante os primeiros registros oficiais de contaminação pela covid-19, as operadoras de planos de saúde se depararam com as dúvidas: haverá leitos suficientes? A infraestrutura de saúde privada comportará o aumento extraordinário da demanda? O que o setor privado pode fazer para evitar que o sistema de saúde no País sofra um colapso, como ocorreu em países como a Itália?

Esses são alguns dos nossos dilemas nesta guerra contra um inimigo que se espalha rapidamente, compromete o sistema respiratório de pelo menos 20% daqueles que têm contato com o vírus, exige a internação de ao menos 5% e está ceifando a vida de outros tantos.

As respostas não são fáceis e há uma cobrança justa sobre qual deveria ser a contrapartida oferecida pela saúde suplementar na pandemia. Quais as opções? A primeira: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) liberou recursos financeiros das reservas técnicas dos planos de saúde para que as operadoras deem conta dos custos gerados pela emergência da covid-19. Isso com a condição de que se comprometam, entre outras coisas, a manter a cobertura médico-hospitalar mesmo quando os contratantes deixem de pagar os planos.

A segunda opção para as operadoras se reduz a levar adiante, sem aqueles recursos adicionais, os investimentos urgentes para reforçar a rede de atendimento: transformar leitos clínicos em de UTI, acelerar a abertura de hospitais, investir em hospitais de campanha, etc.

Na opção um, o montante a ser liberado pela ANS giraria em torno de R$ 1,5 bilhão a R$ 4,2 bilhões. Em troca de um

compromisso que certamente estimularia a escalada da inadimplência numa extensão imprevisível, as operadoras teriam à disposição um volume de recursos que, embora significativo, é pequeno diante do tamanho de suas obrigações financeiras. Os valores colocados à disposição seriam suficientes para garantir de três a oito dias de gastos, diante de uma pandemia que pode durar meses.

No caso de diversas operadoras associadas à Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a soma dos recursos não alcançaria R$ 10 milhões, e elas teriam de atender a uma série de exigências e se sujeitar a multas de até R$ 1 milhão em caso de descumprimento, como explicitado em termo de compromisso.

Diante da encruzilhada, o setor fez a sua opção: reforçar a capacidade de atendimento com investimentos emergenciais na rede de assistência por sua própria conta. Seguirá firme, pois, pelo caminho que preservará o sistema privado e lhe permitirá continuar salvando vidas. E contribuindo para não sobrecarregar ainda mais o já tão demandado SUS. Sem desconsiderar a excepcionalidade da situação, as operadoras procuram administrar a inadimplência avaliando as possibilidades e oferecendo soluções que não comprometam a assistência dos milhões de beneficiários, que contam com tal cuidado como a efetiva contrapartida dos seus planos de saúde.

PRESIDENTE DA FENASAÚDE CONDENA GESTÃO UNIFICADA DE LEITOS

Saúde Business - 08/05/2020

Em webinar promovido pelo Fórum Inovação Saúde (FIS), o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, criticou a possibilidade de leitos de UTI da rede privada serem geridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as razões que elencou para condenar a proposta, está a deficiência de governança. “As deficiência do SUS não são nenhuma novidade. A pandemia está mostrando mazelas de gestão, de estrutura e de resultado que todos já conhecemos”, afirmou. O webinar teve como tema "O risco de apagão de leitos hospitalares e de profissionais de saúde na covid-19. O que podemos fazer?"

Amoroso Lima lembrou que capitais como Manaus (AM), Fortaleza (CE), Recife (PE) e Rio de Janeiro (RJ) estão próximas de um "apagão" de leitos, tanto nas redes públicas, quanto na rede privada de saúde, o que por si só já comprometeria a gestão unificada pelo SUS. “Esse estresse nessas capitais levou à discussão da gestão unificada de leitos pelo SUS como se fosse a salvação da lavoura, do que discordo”.

Mesmo que haja previsão legal, não há, nem houve, preparação real do setor público para gerir todo o sistema, incluindo os leitos de hospitais privados, acredita ele. Falta desenvolver um modelo viável ou mesmo parâmetros como a remuneração justa dos hospitais.

“Não parece haver sistema de gestão nem gestores preparados para conduzir a fila única de forma eficiente. Sistemas de governança são distintos e não existe plataforma que permita a interoperabilidade entre os vários hospitais”, disse Amoroso Lima, que também é vice-presidente do grupo NotreDame Intermédica.

Segundo o presidente da FenaSaúde, as notícias de que hospitais privados estão ociosos não são verdadeiras quando se trata de leitos de UTI. “Há muitos hospitais com 85% de ocupação, mas com viés de alta. Acompanho de perto: há claro aumento de casos!" Deve-se considerar que várias outras comorbidades, como pacientes de cardiologia ou oncologia, continuam gerando ocupação de UTIs, sem contar os casos de hospitais que dispõem de prontos-socorros e necessitam de leitos livres de UTI para operarem.

Uma outra tendência que tem aumentado na mesma medida em que o pico de infecções da covid-19 se aproxima é a do confisco de leitos hospitalares por meio de decisões do Poder Judiciário.

“O custo da judicialização é rateados por todos. A gestão unificada de leitos e os confiscos elevam significativamente o risco de desorganização do sistema privado. A intervenção na gestão privada teria consequências ruins para todos, levando ao encolhimento do número de beneficiados do setor suplementar com reflexos no sistema público. Quem sai do privado sobrecarrega o SUS. Os sistemas devem ser parceiros”, defendeu Amoroso Lima.

O presidente da FenaSaúde apresentou soluções mais adequadas para os problemas de superlotação enfrentados pela saúde brasileira durante a pandemia. A saída passa pela intensificação da contratação de leitos por parte das autoridades públicas, via SUS, seja por meio de processo competitivo, chamamento ou concorrência junto aos hospitais privados, dentro de suas disponibilidades.

Durante o webinar, Amoroso Lima ressaltou, ainda, que o foco das operadoras de planos e seguros de saúde privados é manter o sistema operando. Ele também condenou projetos legislativos que propõem a legalização da inadimplência. “Isso é um engodo, um tiro no pé. É muito importante que o sistema continue hígido, financeiramente saudável, para manter em dia os pagamentos [que alcançam 85% do faturamento] a toda a cadeia produtiva da saúde, principalmente os hospitais. Todos nós, gestores, temos responsabilidades e dever de enxergar além do nosso nariz".

E completou: "O sistema de saúde suplementar precisa manter-se saudável para atravessar o período da pandemia,

continuar a prestar os serviços e a honrar as coberturas garantidas em seus contratos. A alta da inadimplência decorrente de uma proteção legal pode levar operadoras a dificuldades financeiras, com consequente impacto no fluxo de pagamentos para a cadeia produtiva da saúde e, eventualmente, prejudicar um número elevado de beneficiários".

Moderado pelo presidente da Iniciativa FIS, Josier Vilar, e com cerca de 2h15 de duração, o webinar também contou com a participação do diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rodrigo Aguiar; do secretário-executivo da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), Bruno Sobral; do pesquisador da Fiocruz e ex-secretário de Saúde do município do Rio, Daniel Soranz; do diretor-superintendente de Ensino do Hospital Israelita Albert Einstein, Felipe Spinelli; e do diretor-executivo de Inovação, Pesquisa e Educação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Kenneth Almeida.

ANS DISPONIBILIZA CHECK LIST PARA ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

ANS – 08/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estimula e orienta as operadoras de planos de saúde a realizarem anualmente a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, seguindo parâmetros técnicos que permitam pontuar e comparar as diferentes empresas que comercializam planos. A participação é voluntária e pode ser feita para obter pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), caso seja aplicada de acordo com as diretrizes previstas no Documento Técnico para a realização da **pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde** elaborado pela ANS.

Após o terceiro ano de envio e análise de pesquisas, já foi possível mapear as maiores inconsistências cometidas e os motivos de indeferimento da pesquisa. Desse modo, para deixar mais claro os requisitos mínimos, segue um check list contendo os pré-requisitos necessários para a realização da análise técnica que devem ser cumpridos pelas operadoras de planos de saúde.

Informações Gerais:

1. A pesquisa deverá ser realizada a partir do mês de julho do ano anterior ao ano-base de avaliação do IDSS relativa aos últimos 12 meses.

2. As informações mínimas exigidas e eventuais retificações devem ser enviadas para a ANS até a data de corte do IDSS do ano-base avaliado.

3. Após a data de corte não serão considerados novos documentos enviados pelas operadoras, nem mesmo na fase de questionamentos dos resultados preliminares.

4. O questionário utilizado na pesquisa deve conter as perguntas na ordem estabelecidas no Anexo I do Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde. Todas as opções de respostas também deverão ser mantidas.

5. Os auditores devem obedecer aos requisitos de independência no item 4.1 do Documento Técnico.

6. Todo material relativo à pesquisa deverá estar à disposição da ANS e poderá ser requisitado a qualquer tempo.

7. O relatório final contendo os resultados da pesquisa e o parecer de auditoria independente deverão ser mantidos no portal da operadora na internet até a divulgação do IDSS do ano subsequente.

8. O atendimento ao check list não garante a elegibilidade da operadora à pontuação base do IDSS, uma vez que outras situações verificadas na análise técnica podem ensejar um eventual indeferimento.

9. A operadora deve encaminhar correspondência à ANS (via PTA, E-Protocolo, ou e-mail: **protocolo@ans.gov.br**) contendo:

- O Termo de Responsabilidade da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários;
- O endereço eletrônico do sítio institucional da operadora, em local público e de fácil acesso, contendo: o Relatório da Pesquisa; e o Parecer de Auditoria Independente.

I.	QUANTO AO TERMO DE RESPONSABILIDADE
I.1	O Termo é um documento único, indissociável, dividido em duas partes
I.2	Deve ser utilizado o modelo disponível no Anexo III do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, disponível aqui
I.3	A primeira parte do Termo deve ser assinada pelo Responsável Técnico pela Pesquisa
I.4	A segunda parte do Termo deve ser assinada pelo Representante Legal da Operadora perante a ANS

II.	QUANTO AO RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA
II.1	O Relatório final deve conter:
II.1.1	A identificação do responsável técnico da pesquisa com registro profissional no Conselho Regional de Estatística (CONRE)
II.1.2	Nome da empresa que coletou os dados da pesquisa (quando cabível)
II.1.3	Descrição do universo amostral
II.1.4	Descrição da população amostrada
	a. Período de Realização da Pesquisa (a partir de julho de 2019);
	b. Descrição do grupo pesquisado;
	c. Tamanho da amostra;
	d. Erro amostral;
	e. Erros não amostrais;
	f. Forma de coleta dos dados, conforme item 3.2.d;
	g. Taxa de respondentes (correspondente à razão do número de pessoas que responderam sobre o número de pessoas que foram contatadas para a pesquisa);
	h. Estatísticas com a quantidade de beneficiários da amostra classificados conforme item 3.2-s;
	i. Realização e demonstração de análises descritivas para cada questão do questionário (contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança);
	j. Conclusões sobre a pesquisa.

III	QUANTO AO PARECER DE AUDITORIA INDEPENDENTE
III.1	Identificação do auditor independente
III.2	Identificação da Pessoa Jurídica (se for o caso)
III.3	Síntese da Análise da Auditoria contendo:
	a. Aderência da pesquisa ao escopo do planejamento;
	b. Fidedignidade dos beneficiários selecionados para a entrevista;
	c. Fidedignidade das respostas;
	d. Fidedignidade do relatório da pesquisa;
III.4	Conclusão clara e explícita quanto aos itens avaliados.

IMPACTOS DE UMA PANDEMIA

IESS – 08/02/2020

Quais serão os impactos da pandemia de Coronavírus uma vez que superarmos este momento? Certamente ainda não há respostas para esta questão, inclusive porque é incerto o tempo que ainda vai se levar para desenvolver remédios e vacinas eficientes contra a COVID-19.

Contudo, há alguns estudos que podem dar indicativos importantes do que esperar e até servir de alerta, estimulando o desenvolvimento de meios de prevenir os resultados negativos registrados após surtos pandêmicos do passado. É o caso, por exemplo, do trabalho "A bomba brasileira? O impacto de longo prazo da pandemia de gripe de 1918 à maneira sul-americana", apresentado na última edição do Boletim Científico.

De acordo com a pesquisa, a Gripe Espanhola causou a morte de 5,3 mil pessoas apenas na cidade de São Paulo entre outubro e dezembro de 1918. No total, foram cerca de 350 mil paulistanos infectados, o que equivale a dois terços da população local à época.

Os pesquisadores responsáveis pelo levantamento indicam que, por conta disso, houve aumento na taxa de alfabetização de homens com 15 anos ou mais. Provavelmente em decorrência de a doença causar mais mortes entre a parcela da população com menos estudo.

Também houve queda na atividade agrícola daquele ano, com o volume produzido de café recuando 21%, o de milho, 25% e o de arroz, 47%. Sendo que, de acordo com o estudo, estes impactos puderam ser sentidos ao menos até 1940.

Resultados que demonstram a importância de reforçar medidas como o isolamento social, mas também de pensar em meios de apoiar a atividade econômica e sua recuperação nos próximos anos.

Se você está concluindo uma artigo científico que vai apresentar até 31 de agosto, aproveite que o X Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar está com inscrições abertas, confira o regulamento e participe.

TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ALCANÇA MAIOR NÚMERO DO ANO

IESS - 06/05/2020

Levantamento do IESS mostra boa performance no período de 12 meses, mas reforça a preocupação com o futuro do setor

Em março, pela primeira vez no ano, os planos de saúde médico-hospitalares voltaram a superar a marca de 47 milhões de beneficiários em todo o País. De acordo com a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o saldo de mais de 233 mil vínculos no período entre março de 2019 e o mesmo mês deste ano fez com o que setor voltasse a ultrapassar o número, algo não registrado desde dezembro. O que representa um ligeiro aumento de 0,5% no acumulado do ano.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, comemora a marca, mas reforça, que o comportamento para o restante do ano ainda é difícil de ser estimado. "Claro que é uma marca relevante e ficamos felizes em saber que mais brasileiros têm alcançado o sonho de contar com plano de saúde. No entanto, devemos ter cautela com o futuro em função do impacto do novo Coronavírus na economia nacional e na oferta de empregos, que influencia diretamente na posse de um plano privado", comenta. "Vale lembrar que a quarentena e as ações para minimizar o impacto da COVID-19 começaram em meados de março e os resultados serão registrados nas próximas análises", alerta.

A análise mostra que alguns indicadores econômicos já mostram que março foi um mês com os primeiros impactos econômicos da pandemia. A Pesquisa Mensal Industrial, divulgada em maio, apontou que a atividade industrial retraiu 9,1% frente a fevereiro de 2020, sendo a maior queda desde 2018.

A boa performance ocorreu em diferentes segmentos. No período de 12 meses encerrado em março deste ano, houve incremento de beneficiários em todas as faixas etárias analisadas na publicação. O aumento continua sendo puxado pela faixa de 59 anos ou mais, que registrou crescimento de 1,8%. Entretanto, as faixas de 0 a 18 anos e de 19 a 58 anos também tiveram ligeira melhora de 0,2% e 0,3%, respectivamente.

Além disso, nenhuma das regiões do País registrou queda no número de beneficiários de planos médico-hospitalares. Com exceção da região Sul, que permaneceu estável, todas as demais tiveram avanço. O destaque fica para o Centro-Oeste, com 1,8% de aumento, o que representa um total de 57,5 mil novos vínculos. Em números absolutos, a região Sudeste teve a melhor performance, com 141,6 mil beneficiários, crescimento de 0,5%. A região Norte ganhou 10,2 mil novos contratos, ou 0,6%, e o Nordeste registrou um leve crescimento de 0,3%, que corresponde a 19,7 mil novos vínculos.

Segundo a publicação do IESS, o mês de março teve o melhor resultado nos últimos 12 meses, com saldo positivo de mais de 111 mil novas vidas. A boa performance se justifica pela queda no rompimento de contratos com planos de saúde no mês de março, de mais de 100 mil beneficiários em relação aos 4 meses anteriores.

“Continuaremos atentos às mudanças no cenário brasileiro buscando auxiliar na tomada de decisão. Para superar esse delicado momento, precisaremos de um empenho conjunto da sociedade e dos setores público e privado”, conclui José Cechin.

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.

Milliman

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

© 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.