

ÍNDICE INTERATIVO

[Procura por atendimentos psicológicos cresce entre beneficiários de planos de saúde](#) - Fonte: Jornal ESHoje

[Qualicorp \(QUAL3\) anuncia mudanças na gestão e papéis disparam na B3](#) - Fonte: InfoMoney

[Open Health: plataforma promete criar prontuário único e agilizar portabilidade entre planos de saúde](#) -
Fonte: InfoMoney

[Healthtech de saúde já conta com mais de 700 mil vidas cobertas e mapeia o futuro da saúde corporativa no Brasil](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Hospitais privados: telessaúde e melhoria do financiamento do SUS são prioridades](#) - Fonte: Jota Info

[Abramge realiza encontro de liderança e apresenta cenário da saúde suplementar para 2023](#) - Fonte: Segs

[ANS publica o plano de gestão anual 2023](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Presidente sanciona lei que regulamenta prática da telessaúde no país](#) - Fonte: Agência Brasil

PROCURA POR ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS CRESCE ENTRE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Jornal ESHoje – 03/01/2023

Criada em 2014, a campanha "Janeiro Branco" tem o objetivo de mobilizar a sociedade em favor da saúde mental, diminuindo o estigma em torno do tema e promovendo a possibilidade de promoção do cuidado psíquico nos indivíduos e na sociedade. No Brasil, os planos de saúde têm tido um papel importante nesse desafio, aponta a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), representante de grandes operadoras do mercado.

A entidade alerta que os atendimentos de saúde mental pelos planos de saúde cresceram 27% entre 2019 e 2021, quando foram registradas 37 milhões de consultas, sessões e internações relacionadas à saúde mental. Cerca de 85% desses procedimentos (31,2 milhões) foram sessões de psicoterapia e terapia ocupacional, que avançaram 33% desde 2019, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A FenaSaúde destaca, ainda, que a telessaúde foi extremamente importante para suprir essa demanda no período da pandemia. A Lei nº 13.989/2020, que dispunha

sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus, foi revogada e desde 28 de dezembro de 2022 está vigente a Lei nº 14.510, que autorizou em caráter definitivo a prática da telessaúde em todo o território nacional para todas as profissões de saúde regulamentadas. Desde o início da pandemia, as associadas à FenaSaúde realizaram mais de 11 milhões de teleconsultas, inclusive para suporte à saúde mental.

As internações psiquiátricas cobertas por planos de saúde, incluindo hospital dia, ultrapassaram 221 mil, um aumento de 4,7%. Também foram registradas, em 2021, 5,3 milhões de consultas psiquiátricas, número estável em relação a 2019, conforme últimos dados disponibilizados pela ANS. De acordo com um resumo científico divulgado em março de 2022 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a evolução dos transtornos mentais é uma tendência global intensificada pela pandemia. Só em 2020, no primeiro ano da Covid-19, a prevalência global de ansiedade e depressão, por exemplo, aumentou em 25%.

QUALICORP (QUAL3) ANUNCIA MUDANÇAS NA GESTÃO E PAPÉIS DISPARAM NA B3

InfoMoney – 03/01/2023

Rede D'Or (RDOR3) repassa gestão de sua participação na operadora de saúde para a Prisma, e movimento foi considerado positivo pelo mercado.

Uma série de mudanças na gestão da Qualicorp (QUAL3), anunciada na noite de segunda-feira (2), faz a ação da gestora de planos de saúde liderar as altas entre os papéis do Ibovespa nesta terça-feira (3).

Por volta de 14h, ações avançam 15,8%, a R\$ 6,39, e chegaram a entrar em leilão às 11h.

O motivo é que a Rede D'Or (RDOR3), que detinha 25,85% de participação na empresa, contratou por seis anos a Prisma Capital para assumir a gestão de 19,85% do capital votante e total da Qualicorp, tornando o novo veículo um dos acionistas relevantes da companhia. Os 6% restantes ainda continuarão sob custódia da Rede, uma vez que essa participação é fruto de um acordo de acionistas firmado em 2019, referente a um non compete com o fundador e ex-acionista, José Seripieri Filho, segundo apurou a coluna Pipeline, do Valor.

De acordo com a Rede D'Or, a contratação da Prisma tem como objetivo "a realização de uma gestão profissional e discricionária, buscando os melhores interesses da

companhia e da Qualicorp com objetivo de criação de valor de longo prazo".

A partir do anúncio, a Qualicorp também informou a saída de indicados da Rede D'Or no conselho de administração e também do CEO da empresa. O então presidente do board, Heráclito Brito, e os conselheiros Mauro Sampaio e Martha Saavedra renunciaram ao posto. Entraram em seus lugares, os sócios da Prisma João Mendes e Rodrigo Pavan, além de Ricardo Saad, executivo com experiência no setor de seguros.

Muriclo Ramos Neto, então vice-presidente do conselho, passa a ser o chairman, com Roberto de Souza ocupando a vice-presidência. Ato contínuo, o board também elegeu Elton Carlucci, executivo formado dentro da Qualicorp, para o cargo de CEO em substituição a Bruno Blatt, ligado à Rede D'Or.

O Credit Suisse avalia que a mudança minimiza o conflito de interesse entre Rede D'Or e Qualicorp depois que o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) aprovou a fusão entre a rede de hospitais com a SulAmérica. O acúmulo de funções da Rede D'Or dentro da cadeia era uma preocupação de concorrentes e de agentes de mercado.

Para o Itaú BBA, a contratação aprimora a governança corporativa da Qualicorp. O BBA tem recomendação outperform para a Rede D'Or, com preço-alvo de R\$ 41 por ação. “Embora a participação da Rede D'Or na Qualicorp seja

mantida, acreditamos que a transferência da gestão para um terceiro é positiva, pois cria mais independência e potencializa a governança corporativa”, escreveu o banco.

OPEN HEALTH: PLATAFORMA PROMETE CRIAR PRONTUÁRIO ÚNICO E AGILIZAR PORTABILIDADE ENTRE PLANOS DE SAÚDE

InfoMoney – 03/01/2023

Confira tudo o que já se sabe sobre o ecossistema aberto de dados em saúde no Brasil

O Ministério da Saúde lidera uma iniciativa que prevê a criação de uma plataforma de dados em saúde, que permitirá a criação de um prontuário único para o paciente e maior agilidade na portabilidade entre planos de saúde. O mecanismo está sendo desenvolvido em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o mercado de planos privados, Ministério da Economia e o Banco Central.

A medida faz parte de um projeto maior, chamado Open Health, cujo conceito é similar ao do Open Finance: permitir o compartilhamento de dados para obter algum tipo de benefício em serviços e produtos. A grande diferença é sobre qual dado será compartilhado. Se no Open Finance as informações são de cunho financeiro (bancárias, de seguros e até de investimentos), no Open Health os dados são os ligados à saúde — portanto, mais sensíveis.

Em nota enviada ao InfoMoney, o Ministério da Saúde afirma que a plataforma que vem sendo desenvolvida é a primeira etapa do Open Health, que “busca estimular a concorrência e promover maior qualidade no acesso à contratação de planos de saúde aos mais de 49 milhões de beneficiários do país”.

A plataforma tem dois pilares de sustentação, conforme o relatório final do Grupo de Trabalho do Open Health: assistência ao consumidor, com foco em compartilhamento de dados em saúde para criação do registro único ou prontuário eletrônico de saúde; e financeiro, cujo objetivo é estimular a concorrência no mercado de planos de saúde, melhorando o formato de portabilidade.

A promessa era de que essa plataforma fosse lançada ainda em meados de novembro de 2022. O ministério, porém, não confirmou se a previsão se concretizou. Também não foi informado à reportagem se há um calendário de implementação do sistema.

Por que desenvolver o Open Health?

Um dos desafios do setor de saúde está relacionado aos dados, que são descentralizados. “Dados de saúde começam no nascimento e terminam na morte. Nesse intervalo, a pessoa tem muitos contatos com o sistema de saúde em diferentes locais, circunstâncias e por inúmeros motivos. Isso deixa as informações muito pulverizadas”, explica Immo Paul,

fundador e CEO da Carenet Longevity, empresa que cria soluções tecnológicas para hospitais.

A informação está no hospital, na farmácia, no plano de saúde, na empresa farmacêutica, nos laboratórios, no SUS. “São muitos tipos de players atuando no sistema”, diz Paul.

Em comparação com Open Finance, uma pessoa mantém conta com dois a três bancos, em média, ao longo da vida. “Nesse caso, os dados já são mais centralizados porque os bancos A, B ou C já têm muitas informações do cliente”, complementa o executivo.

Já na área da saúde, além de espalhados, os dados que realmente importam não estão disponíveis no formato online.

“Ainda temos muitos dados não digitalizados, sobretudo, no setor privado. Isso dificulta a comunicação entre hospitais e laboratórios a partir de exames feitos pelo mesmo paciente”, afirma Jorge Carvalho, head da vertical de saúde da Semantix, consultoria de dados.

“O paciente gera dados em todos os ambientes de saúde que frequenta, mas, muitas vezes, essas informações são perdidas, porque não há organização dos dados e compartilhamento entre os locais em que o paciente frequenta. Deveria ser simples e sem fricção, o que não acontece”, confirma Paul.

Outro calcanhar de Aquiles está no acesso do cliente ao sistema de saúde, ressaltam os especialistas consultados.

“Hoje temos uma assimetria de beneficiários considerando o sistema privado: alguns com uma cobertura super alta e outros com a básica. Os preços são muito altos em um setor verticalizado e centralizado”, diz Camila Pepe, diretora da Origin Health, consultoria de tecnologia para saúde, e editora da MIT Technology Review Brasil.

A plataforma Open Health que vem sendo desenvolvida concentra esforços na resolução desses percalços já conhecidos, com foco especial na padronização de dados.

Como vai funcionar?

Há pouca informação sobre a plataforma que vem sendo desenvolvida para o Open Health no Brasil. Há mais detalhes a respeito das mudanças na portabilidade dos planos de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o sistema deve funcionar a partir do consentimento do usuário, que vai poder optar por compartilhar dados cadastrais de planos de saúde (cadastrados e ativos na ANS). A finalidade é simplificar e facilitar a contratação de serviços privados de saúde suplementar e aprimorar a portabilidade de carências na troca de plano.

“Os compartilhamentos de dados cadastrais e transações têm como objetivo propor diretrizes e vedações relacionadas às informações pessoais para operadoras de planos de saúde, para evitar práticas de seleção de risco, conforme previsão legal”, diz, por nota, a pasta da Saúde.

A previsão é que haja uma integração do “Plano de Dados Abertos (PDA)”, da ANS, com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para que seja possível melhorar a transparência de informações em saúde e a experiência do usuário.

O PDA é um documento que orienta as ações de planejamento, promoção, execução e melhorias relacionadas à Política de Dados Abertos do Governo Federal no âmbito da ANS. Ele serve como referência de padrões de qualidade no uso de dados de saúde privada.

Já a RNDS é uma iniciativa do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, criada em 2020. Ela funciona como um mecanismo que vai conectar sistemas de informações de saúde de todo país. O relatório diz que a integração será um passo importante para reduzir a fragmentação de informações entre os setores público e privado.

O projeto do Open Health busca integrar essas iniciativas universalizando os dados de saúde da população na plataforma de serviços.

“O objetivo é facilitar o consumo dos dados da ANS publicados no Portal Brasileiro de Dados Abertos por aplicativos e softwares de estatística e, dessa forma, estimular o desenvolvimento de soluções e novas aplicações contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população”, diz, por nota, o Ministério da Saúde.

Também foi mencionado que a [plataforma Gov.br](#), site do governo que concentra uma gama de serviços públicos, pode ser utilizada no projeto do Open Health, já que utiliza dados compartilhados dos cidadãos para finalidades específicas.

• **Fluxo de troca de informações**

O que está definido no relatório do grupo do trabalho é como deve funcionar o fluxo de informações para portabilidade (ou contratação) de planos de saúde na plataforma de Open Health. No modelo, a ANS centraliza os processos, incluindo as informações dos beneficiários e dos planos.

Hoje o beneficiário precisa realizar todas as etapas da portabilidade: buscar pelo plano que deseja, contatar a operadora de plano de saúde para efetivar a portabilidade e a operadora em que tinha o plano para realizar o cancelamento do serviço.

Além disso, há uma carência mínima de dois anos, e a portabilidade só acontece caso haja a compatibilidade por faixa de preço — uma mudança para um plano de valor e cobertura similares.

A ANS já possui um guia (“Guia de Planos ANS”) com dados e regras de portabilidade para simplificar o processo. A ideia é incluir essa ferramenta na plataforma do Open Health e aprimorá-la.

Com esse novo fluxo, o beneficiário inicia o processo de portabilidade após escolher o plano para o qual quer mudar ou contratar e aguarda um retorno.

Veja como seria, conforme o relatório final do grupo de trabalho:

- 1. Para iniciar o processo, o consumidor precisará autorizar o compartilhamento de seus dados;
- 2. O sistema da ANS notificará automaticamente a operadora de origem e a operadora de destino para que enviem ao sistema as informações relevantes à portabilidade;
- 3. Operadora de destino acessa o sistema para obter os dados relevantes e concluir a portabilidade;
- 4. A ANS notifica a operadora de origem sobre o cancelamento do plano;
- 5.1 Se há a efetivação da contratação ou realização da portabilidade, a ANS comunica o beneficiário e as operadoras;
- 5.2 Se a portabilidade não é realizada, a ANS analisa se realmente o beneficiário não cumpriu os critérios previstos.

Segundo o relatório, essa proposta pode ser colocada em prática mais rapidamente, sendo implementada diretamente pela ANS e com menor esforço de coordenação com participantes de mercado. É a proposta menos onerosa para as operadoras, já que as despesas estão concentradas também na ANS.

Cautela com as informações

Na comparação com o Open Finance, o Open Health também exige um outro nível de cuidado com os dados que vão circular na plataforma em construção. As informações de saúde são ainda mais sigilosas do que as que envolvem dinheiro.

Ao compartilhar os dados de saúde dos últimos 5 anos, por exemplo, um paciente com histórico de problemas cardíacos poderia ser barrado pelo plano de saúde concorrente, que avaliaria essa pessoa como um cliente de alto risco — portanto, mais caro para o negócio.

Assim, estimular a concorrência nessa direção pode trazer restrição de acesso ou de cobertura dos planos de saúde para determinados grupos, como idosos ou pessoas com doenças crônicas.

“Ao permitir que as operadoras tenham acesso ao histórico do paciente, elas poderiam passar a selecionar quem aceitam para seu portfólio ou não baseado nas informações que o próprio usuário optou por compartilhar. Ou seja, a circulação de dados sob consentimento poderia gerar riscos para os consumidores”, avalia Pepe.

Carvalho, da Semantix, acrescenta que a construção do Open Health deve priorizar o usuário. “Os dados são dele e ele deve se beneficiar do compartilhamento para utilização de serviços e produtos”.

“Até que ponto ter transparência não viola a lei de proteção de dados? Como fazer a administração de quem vai ver e ter acesso às informações no mercado?”, questiona Pepe.

Paul, da Carenet, defende que a a fiscalização do sistema Open Health deveria ficar com o setor público. “Acho que tem que ser o governo e não o setor privado por causa de conflitos de interesse”, diz.

Diante de tantos desafios com os dados, o relatório do Grupo de Trabalho do Open Health explica que o “arcabouço regulatório do setor de saúde suplementar impede a prática de seleção de risco, proíbe as operadoras de rejeitar clientes com base na idade ou condições pré-existentes e determina diferenciação de preços com base em faixas etárias pré-definidas”.

Adicionalmente, a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados, veda expressamente aos planos de saúde da seleção de risco pelas operadoras na contratação de qualquer tipo de plano saúde. A ANS tem normativa (nº 27/2015) nesta mesma direção.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) não proíbe o compartilhamento de dados de saúde, mas o usuário precisa dar consentimento sobre isso, segundo Leticia Becker, advogada especializada em proteção de dados.

Open Health: o que esperar?

Em pleno funcionamento, algumas situações hoje hipotéticas serão realidade.

Imagine que uma pessoa com alergia a um determinado medicamento sofra um acidente na rua e é atendida por uma ambulância do SUS. “Com o Open Health funcionando, o socorrista poderia buscar o prontuário eletrônico único em

segundos e saber essa informação para não dar um medicamento que possa ser prejudicial à saúde do paciente”, conta Pepe.

Também será mais fácil realizar a portabilidade de planos de saúde, quando o usuário tiver que atuar menos no processo e apenas escolher o novo plano compartilhando seus dados, conforme está previsto no fluxo definido pelo grupo de trabalho.

Há também, assim como no Open Finance, que o estímulo à concorrência reduza os preços dos serviços de planos de saúde ao consumidor. No relatório do grupo de trabalho, a redução de custos de transação é um dos objetivos do projeto.

“A alegação é de que vai ter redução de custo, que aconteceria por não ter uma mediação na contratação de planos de saúde. O próprio usuário poderia solicitar o plano e comparar as melhores opções. Mas isso teremos que esperar para testar na prática”, diz Pepe.

Seria possível também que um hospital tenha todo o histórico dos últimos seis exames de um paciente, quando o mesmo fosse usar a emergência por algum motivo, agilizando a tomada de decisão.

Outra possibilidade é o médico em seu consultório ter acesso a exames que outro colega pediu um mês atrás de forma digitalizada puxando os dados do paciente na plataforma que seria uma base de dados universal. Isso evitaria, por exemplo, o paciente tenha que fazer o mesmo exame duas vezes.

“O setor privado se beneficia mais com o ‘Close Health’, a ineficiência gera lucro. Fazer dois exames é melhor que um só para o lucro da empresa. Uma abertura maior de dados vai baratear tratamentos e teremos mais informações para tratar a saúde. O plano de saúde deve passar a olhar o paciente de forma longitudinal e ao longo do tempo”, afirma Jorge Carvalho, head de saúde da Semantix,

Carvalho afirma que essa possibilidade também abre espaço para mais concorrência com health techs (startups de saúde) e outros players oferecendo novos produtos e serviços a partir de acesso a novos dados.

“A ideia é que o paciente seja um imã de seus dados. A gente produz dados de saúde todo dia, com a nossa rotina de alimentação, exercícios e exames. Tudo o que o ser humano faz é relevante para a saúde. Ter padronização de dados e conseguir capturá-los de forma organizada pode ajudar a salvar mais vidas”, afirma Paul.

“Poderemos também fazer estatísticas que não temos hoje e isso pode ajudar na criação de políticas públicas. Ter uma base de qualidade sempre traz informações que podem ser úteis na melhora da assistência para a população”, afirma a diretora da Origin.

Com o avanço dos estudos e o desenvolvimento da plataforma de Open Health, será possível exemplificar mais

situações em que o ecossistema aberto de dados de saúde estará inserido no cotidiano do consumidor.

HEALTHTECH DE SAÚDE JÁ CONTA COM MAIS DE 700 MIL VIDAS COBERTAS E MAPEIA O FUTURO DA SAÚDE CORPORATIVA NO BRASIL

Revista Cobertura – 02/01/2023

Com a pandemia global da COVID-19, os setores de saúde como um todo foram evidenciados como essenciais e indispensáveis. Foi um período desafiador, mas de grande investimento e valorização da área. Para a orienteme, healthtech que oferece saúde psicológica, nutricional e física aos colaboradores de empresas, não foi diferente.

O setor de saúde é gigantesco, pois afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, seja via setor público ou privado, e representa aproximadamente 10% do PIB do Brasil. Nos EUA, como referência, a saúde representa aproximadamente 20% do PIB e equivale a 4 trilhões de dólares, mais de 20 trilhões de reais. Ou seja, há a valorização da saúde e o seu crescimento no mercado, não só em valor, mas principalmente na cobertura de serviços de qualidade.

Por aqui, a orienteme também marca o crescimento do setor de saúde corporativa no Brasil.

“O crescimento de uma empresa vai além do aumento de sua receita. Ele envolve a contratação e desenvolvimento da equipe, definição de processos e ferramentas para escalarmos de forma sustentável. Tivemos um ano de grande crescimento, pois estamos trabalhando de forma muito mais integrada e temos mais clareza sobre a estratégia e táticas necessárias para continuarmos crescendo em 2023”, explica Bruno Haidar, CEO da orienteme.

A grande maioria dos contratos foram renovados e ampliados, contando também com a inauguração de dois novos pilares de atendimento com boa adesão no mercado, o de nutrição e orientação física. Além dessas novas vertentes para um atendimento de saúde cada vez mais completo, a empresa lançou um novo aplicativo para profissionais, uma nova

biblioteca de conteúdos e um novo portal corporativo para os RHs. Isso porque, a empresa identificou que uma das maiores necessidades e tendências do RH é a análise de dados.

“Em breve lançaremos o novo aplicativo para pacientes, com uma tecnologia mais avançada, que otimizará a performance e experiência dos usuários. Hoje, a orienteme possui mais de 700.000 vidas cobertas e aproximadamente 200 empresas que podem usar a plataforma por meio de um programa corporativo”, conta o CEO.

Em relação a 2023, a healthtech acredita que novas grandes contas entrarão, sejam de empresas contratando diretamente a plataforma ou seguradoras, que representam um grande volume corporativo.

As principais tendências para o ano seguinte, que estão de acordo com o planejado pela orienteme, incluem a ampliação e qualificação do acesso à saúde, engajamento de pacientes em linhas de cuidado e abordagem multidisciplinar por meio da digitalização da jornada do paciente. Existe também a tendência de focar em prevenção, pois o modelo de saúde atual sofre de inflação sistêmica (VCMH), devido ao foco em volume em vez de desfechos. Também chamado de inflação médica, ele expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde, comparando dois períodos consecutivos de 12 meses. É considerado a frequência de utilização e como os preços variam de serviços como consultas, exames, cirurgias, tratamentos e internações.

“Entendemos que os fundamentos da orienteme estão em linha com as tendências do futuro da saúde e continuaremos seguindo essa direção para criar uma plataforma diferenciada com um engajamento cada vez maior”, finaliza Bruno.

HOSPITAIS PRIVADOS: TELESSAÚDE E MELHORIA DO FINANCIAMENTO DO SUS SÃO PRIORIDADES

Jota Info – 02/01/2023

Especialistas da Anahp e Abramge falam ao JOTA sobre as expectativas do setor de Saúde para 2023

“O setor precisa de gestores técnicos, comprometidos com a ciência, planos de médio e longo prazo, que assegure confiança e previsibilidade”. Essa é uma das expectativas do setor de Saúde para 2023, citadas por Antônio Britto, diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

O diretor-executivo destaca que, com um novo governo federal e novos governadores estaduais, espera-se que os gestores públicos “independentemente de partido e ideologia, possam trabalhar com eficiência no campo da saúde”.

Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), entende ser urgente a priorização da Saúde na agenda do novo governo em todas as suas esferas. “As prioridades e urgências do

setor se resume a encontrar meios de ampliar o acesso à saúde a uma maior parcela da sociedade, ao mesmo tempo em que garanta sustentabilidade aos planos de saúde”, ressalta.

Os dois especialistas do setor de Saúde entendem que a economia precisa crescer para que a área evolua. “Sem que haja desenvolvimento, emprego e melhor distribuição de renda é difícil esperar que o sistema possa funcionar”, defende Britto.

Novais cita dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que mostram que a taxa de desemprego caiu para 8,7% no terceiro trimestre de 2022. Ao mesmo tempo, o setor superou recentemente a marca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde. “Os planos de saúde são diretamente impactados pelo número de empregos formais e renda da população”, afirma.

Outra urgência do setor, segundo Britto, é a melhoria do financiamento do SUS. Para ele, o financiamento deve ser discutido junto ao Congresso. “Enquanto o sistema não for aprimorado, o SUS continuará não remunerando adequadamente os serviços contratados”, observa.

O diretor afirmou que o ano de 2022 foi “extremamente desafiador” já que “os hospitais seguiram enfrentando o desafio de prestar assistência às pessoas que contraíram Covid-19 e enfrentaram uma demanda extra por conta de tratamentos que não foram realizados no período de pandemia, em meio a outro desafio econômico-financeiro pela elevação de custos que impactou todo o setor”.

Para 2023, a expectativa é de que a demanda extra causada pela pandemia ainda não esteja resolvida. “Provavelmente o novo governo deve buscar apoio da iniciativa privada para encontrar medidas que permitam reduzir as preocupantes filas que foram formadas por pessoas em busca de tratamento que a pandemia atrasou ou adiou”, observa Britto.

Porém, os hospitais também buscarão recuperar remunerações que foram perdidas em 2022. O diretor entende que “os hospitais que trabalham com planos de saúde e com o SUS têm a preocupação de que em 2023 seja

possível obter uma melhor remuneração de seus serviços. Como se sabe, hospitais que prestam atendimento ao SUS contraem déficit em função do subfinanciamento. A mesma relação de dificuldade está presente em relação aos planos de saúde, que tiveram grande sinistralidade e adoraram medidas que comprometeram a remuneração dos hospitais privados”, afirma.

Novais ressalta que o setor passa pelo “pior momento financeiro que se tem registro. Somente no terceiro trimestre do ano, o prejuízo foi maior do que o acumulado em todo o 1º semestre”, afirma. Segundo dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no dia 8/12, as operadoras de planos médico-hospitalares apresentaram, entre janeiro e setembro de 2022, resultado operacional — isto é, receita menos despesas — negativo em R\$ 10,9 bilhões.

O superintendente acredita que 2023 também será um ano desafiador para o setor, já que a expectativa para 2022 era a volta da normalidade e isso não aconteceu. “O resultado precisa melhorar”, observa. E continua: “A sociedade organizada precisa contribuir com soluções que tragam acesso à saúde de forma sustentável. É sabido que aumentar os valores dos planos de saúde de forma indiscriminada acaba por restringir o acesso da população ao serviço de saúde, daí a importância de nos organizarmos e estabelecermos regras que obedeçam a protocolos e melhores práticas, dentre outros tantos outros temas de extrema relevância”.

Conquistas do setor de Saúde em 2022

Britto cita como avanço a inclusão e evolução da telessaúde nos hospitais. “Essa foi uma conquista ocorrida em meio às circunstâncias dramáticas na pandemia e que agora incorpora a rotina dos hospitais, ampliando acesso e qualidade de atendimento aos pacientes”, afirma.

O diretor entende que a expansão da telessaúde deve ser prioridade em 2023. A telessaúde é vista “como uma fórmula de ampliar acesso e ampliar a eficiência dos hospitais e serviços assistenciais”, observa.

ABRAMGE REALIZA ENCONTRO DE LIDERANÇA E APRESENTA CENÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA 2023

Segs – 02/01/2023

Evento aconteceu no dia 15 de dezembro, com participação da diretoria da entidade, associações parceiras e convidados

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) realizou na última quinta-feira, 15 de dezembro, no Renaissance São Paulo Hotel, o encontro de suas lideranças para celebrar as realizações da entidade em 2022 e

apresentou aos presentes as oportunidades e as questões a serem enfrentadas pelo setor no ano que vem.

Na ocasião, Renato Casarotti, presidente da Abramge, fez um balanço do ano: “É sabido que 2022 foi muito desafiador, com inúmeras barreiras a serem superadas. Não conseguimos vencer todas, mas batalhamos muito sempre prontos a

oferecer o melhor para a saúde brasileira e para as pessoas que utilizam a saúde suplementar” afirmou.

Para o executivo, há a necessidade de fortalecer a saúde suplementar e a sua agência reguladora, responsável técnica pela qualidade, segurança e sustentabilidade dos serviços de saúde no Brasil. “Houve a mudança no sistema de incorporação de tecnologias na saúde suplementar, no qual foram incorporadas novas tecnologias, de maneira bastante ágil e rápida, em questão de poucos meses. Além disso, debatemos os reajustes dos planos individuais e das pequenas e médias empresas. Precisamos continuar caminhando juntos em direção ao fortalecimento do sistema de saúde nacional como um todo.”

O presidente pontuou que em 2023 o diálogo sobre temas relevantes da saúde continua, a exemplo do equilíbrio financeiro do setor. “A situação financeira das operadoras é delicada. Há iniciativas das associações e da agência reguladora, que tem trabalhado para buscar meios para melhora dos resultados, com racionalidade, aumento de eficiência e adequação de produtos que propiciem acolhimento e acesso à saúde de forma sustentável”, afirmou.

O encontro contou com a presença de Paulo Rebello, diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Daniel Pereira, diretor da Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Alexandre Fioranelli, diretor da ANS; Angélica Carvalho, diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS; Jailson Barreto Marques, assessor de relações institucionais na ANS; Edson Rogatti, Presidente da Fehosp - Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo e da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB); Bruno Bezerra, Diretor Executivo da ABRAIDI - Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde; Cadri Massuda, presidente do Sinamge - Sindicato Nacional dos Planos de Saúde; e Roberto Cury, presidente da Sinog – Associação Brasileira de Planos Odontológicos.

“Quero agradecer a cada um dos presentes pela parceria e dedicação nos trabalhos especialmente ao longo deste ano extremamente desafiador, talvez um dos mais complexos e difíceis da história da saúde suplementar. Porém, quero trazer uma mensagem de otimismo para que possamos olhar o próximo ano com esperança, e com visão de quem busca alcançar o equilíbrio almejado. Teremos um governo novo, um Congresso modificado, além de mudanças nas duas agências reguladoras que terão novas lideranças, o que representa uma oportunidade de avançar. E é com esse olhar que quero entrar em 2023”, completou.

Na noite, foi realizado ainda o pré-lançamento do 27º Congresso, que terá como tema Saúde 2030, e acontece nos dias 21 e 22 de setembro de 2023, em São Paulo. O evento irá abordar os seguintes pilares: Demográfico: ações propositivas para a ampliação do acesso; Gestão: novos modelos de remuneração e sustentabilidade do setor; Dados em Saúde: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), prontuário único do cidadão, integração dos dados público-privados; Acesso à Saúde Sustentável: novos modelos, envelhecimento da população, atenção primária; e Saúde 360º - paciente/beneficiário no centro da atenção e cuidado: experiência do cliente, integração das fases da jornada do paciente.

“Temos falado muito sobre a experiência do paciente, e este é o foco que trazemos para o ano que vem. Não se trata de esquecermos os problemas atuais, eles existem e precisam ser enfrentados. Mas, sim, pensar mais à frente, como queremos levar a saúde para a próxima década”, concluiu Casarotti.

Cassarotti agradeceu a equipe Abramge presente no evento: Reinaldo de Camargo Scheibe, ex-presidente da Abramge; Luiz Celso Dias Lopes, diretor da Abramge; Cassio Ide Alves, superintendente médico; Ana Amélia Bertani, superintendente jurídica, Frederico Borges, superintendente de relações institucionais e governamentais (RIG) do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog; Marcos Novais, superintendente executivo; Carina Martins, assessora da superintendência & qualidade; e Gustavo Sierra, gerente de comunicação. E também aos parceiros da entidade que investiram para tornar o encontro possível são eles: Bayer; Bruno Marcellos; Saúde ID, Grupo Fleury Saúde Digital; Janssen; Novartis; Sparta; Mevo; Pfizer; Gilead/Kite; Sanofi; e Allcare.

Sobre a Abramge

A Abramge é uma entidade sem fins lucrativos que representa institucionalmente as empresas privadas de assistência à saúde do segmento de Medicina de Grupo, junto aos órgãos federais, estaduais e municipais, em atuação no território nacional. Atualmente, a entidade possui 146 operadoras associadas, presentes em 20 unidades federativas do País, e somadas cobrem 24,5 milhões de beneficiários, ou seja, 31,6% dos mais de 70 milhões de clientes da saúde suplementar brasileira, entre planos médico-hospitalares e odontológicos. O chamado Sistema Abramge engloba ainda o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), a Associação Brasileira de Planos Odontológicos (Sinog) e a Universidade Corporativa Abramge (UCA).

ANS PUBLICA O PLANO DE GESTÃO ANUAL 2023

GOV (ANS) – 28/12/2022

Documento contém ações estratégicas da reguladora e pode ser acessado pelo portal

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal o Plano de Gestão Anual 2023 (PGA 2023). O documento contém a estimativa de recursos orçamentários e o cronograma de desembolso para o período. Além disso, são informadas as metas de desempenho administrativo, operacional e de fiscalização estabelecidas para 2023, de acordo com o planejamento estratégico da reguladora.

O PGA é coordenado pela Gerência de Planejamento (GPLAN) e atende às exigências do marco legal das Agências

Reguladoras (Lei Nº 13.848/2019). O documento é elaborado de forma participativa pelas unidades organizacionais da ANS e se articula com os demais instrumentos de gestão da Agência, permitindo, de forma unificada e sintética, o acompanhamento do desempenho institucional anual. Sua construção está alinhada às diretrizes definidas pelo governo federal, que visa à melhoria contínua dos processos de trabalho da Agência na regulação do mercado de saúde suplementar. Ao todo, são listados 31 projetos e ações de acordo em atendimento aos objetivos estratégicos.

[Clique aqui para acessar o PGA 2023.](#)

PRESIDENTE SANCIONA LEI QUE REGULAMENTA PRÁTICA DA TELESSAÚDE NO PAÍS

Agência Brasil – 28/12/2022

Decisão pode gerar economia de custos

O presidente Jair Bolsonaro sancionou lei que autoriza e regulamenta a prática da telessaúde em todo o Brasil. A sanção foi publicada no Diário Oficial da União de hoje (28).

A medida, segundo o Ministério da Saúde, vai possibilitar a intensificação do acompanhamento remoto de pacientes e a ampliação do atendimento médico.

A prática da telessaúde, que “abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal”, havia sido permitida em caráter emergencial no Brasil no contexto da pandemia de covid-19, mas precisava ser regulamentada.

Atendimento

Agora, com a sanção presidencial, ela poderá ser exercida desde que obedeça a algumas determinações como a de ser realizada somente com consentimento do paciente. Caso o paciente recuse o atendimento virtual, o atendimento presencial deverá ser garantido por profissional de saúde.

Para exercer a telessaúde é suficiente a inscrição do profissional no Conselho Regional de Medicina (CRM) de origem. Não será necessária inscrição no CRM do estado em que o paciente for atendido. Também é obrigatório o registro das empresas intermediadoras dos serviços virtuais, bem como o registro de um diretor técnico médico dessas empresas no CRM dos estados em que estão sediadas.

Segundo o Ministério da Saúde, a medida poderá gerar economia de custos em saúde, já que deverá facilitar a triagem de casos. Além disso, ela deverá possibilitar novas estruturas de atendimento remoto e o desenvolvimento de tecnologia nacional, gerando empregos e movimentando a economia.

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.