

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS flexibiliza uso de mais de R\\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores](#) - Fonte: ANS

[ANS exige atendimento a inadimplentes de planos de saúde para liberar R\\$ 15 bi](#) - Fonte: Estadão

[MPF cobra da ANS medidas para garantir pleno atendimento aos usuários de planos de saúde com covid-19](#) - Fonte: Ministério Público Federal

[Novos Avanços da Telesaúde](#) - Fonte: IESS

[Coronavírus: no rio, planos de saúde podem ser proibidos de cortar assistência de devedores](#) - Fonte: O Globo

[Planos de saúde: ans divulga números de fevereiro](#) - Fonte: ANS

[Telemedicina e ecossistema digital de saúde: diferença em tempos de isolamento social e coronavírus](#) - Fonte: Saúde Business

[Ressarcimento: ANS repassou valor recorde de R\\$ 1,15 bilhão ao sus em 2019](#) - Fonte: ANS

[Congelamento da margem de solvência](#) - Fonte: ANS

[Uma chance de avançar na humanização do atendimento](#) - Fonte: IESS

[Combate ao coronavírus: ANS define novas medidas para o setor de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

ANS FLEXIBILIZA USO DE MAIS DE R\$ 15 BILHÕES EM GARANTIAS FINANCEIRAS E ATIVOS GARANTIDORES

ANS – 09/04/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu novas medidas para mitigar os impactos da pandemia de Coronavírus no setor de planos de saúde. Em reunião nesta quarta-feira (08/04), a Diretoria Colegiada da reguladora decidiu ampliar a flexibilização de normas prudenciais, permitindo autonomia na gestão dos recursos garantidores das provisões técnicas e equalizando a exigência de capital regulatório para as operadoras que já constituíam 100% do capital exigido, para uso em ações de combate à Covid-19. Para isso, contudo, a ANS estabeleceu contrapartidas que as empresas precisarão cumprir, mediante assinatura de termo de compromisso, para proteger os beneficiários de planos de saúde e a rede de prestadores de serviços. Considerando as medidas aprovadas hoje e as deliberadas em 31/03/2020, no total, o montante de capital e recursos financeiros disponibilizado soma, aproximadamente, R\$ 15 bilhões.

Concessão de incentivos regulatórios a operadoras em situação regular junto à ANS

- Retirada de exigência de ativos garantidores de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL-SUS): A operadora fica desobrigada de manter ativos garantidores relativos aos valores devidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL SUS) no período que vai da data de assinatura do termo de compromisso até 31/12/2020. A medida visa ampliar a liquidez das operadoras, liberando recursos financeiros que poderão ser utilizados para fazer frente a eventual aumento da demanda por atendimento médico ou índices de inadimplência. Com essa medida, há a previsão de redução imediata de R\$ 1,4 bilhão de exigências de ativos para as operadoras que atuam no setor.

- Possibilidade de movimentar os ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA): Será retirada a exigência de vinculação dos ativos garantidores na proporção equivalente à PEONA contabilizada, o que permitirá às operadoras uma gestão mais proativa dos seus ativos financeiros. Assim, será possível à operadora adequar o fluxo de pagamento à sua rede prestadora médica e hospitalar em um cenário de eventual queda da liquidez. Conforme previsto na legislação do setor, as operadoras devem manter ativos garantidores registrados junto à ANS na proporção de um para um em relação as provisões técnicas, vinculando-os conforme previsto no art. 3º da referida RN. Neste sentido, estima-se um impacto de R\$ 10,5 bilhões em PEONA.

- Redução da exigência da Margem de Solvência para 75% também para as seguradoras especializadas em saúde e operadoras que não estão em fase de escalonamento: Essa medida permite uma resposta mais rápida às necessidades financeiras dessas empresas, oportunizando equiparação das regras com os demais agentes do setor. Dessa forma, há

a previsão de redução imediata de aproximadamente R\$ 2,7 bilhões para as nove seguradoras que atuam no setor com alto nível de capitalização e que concentram uma parcela expressiva de beneficiários no setor, além de outros R\$ 0,2 bilhão para as demais operadoras contempladas.

Em reunião realizada no dia 31/03/2020, a ANS já havia deliberado sobre a antecipação do congelamento de exigências de capital (Margem de Solvência) para as operadoras que manifestem a opção pela adoção antecipada do capital baseado em riscos (CBR). Assim, para as operadoras que se encontram em constituição escalonada (exigência crescente a cada mês), a margem de solvência será estabilizada e em percentual fixo de 75%. Para as operadoras que manifestarem essa opção até 30/05/2020, os efeitos do congelamento da margem de solvência serão retroativos a 31/03/2020. O objetivo da medida é conceder liquidez ao setor, tendo em vista o congelamento de percentual de exigência que crescia mensalmente. Estudos técnicos apontam uma redução de aproximadamente R\$ 1 bilhão da quantia exigida para todo o setor, utilizando como referência as projeções para o mês de dezembro/2019.

Contrapartidas exigidas

Como forma de proteger os beneficiários e os prestadores de serviços de saúde que fazem parte de da rede credenciada, a ANS exigirá contrapartidas das operadoras que aderirem às medidas. Para isso, assinarão termo de compromisso se comprometendo a:

- Renegociação de contratos: a operadora deverá oferecer a renegociação dos contratos, comprometendo-se a preservar a assistência aos beneficiários dos contratos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, no período compreendido entre a data da assinatura do termo de compromisso com a ANS e o dia 30 de junho de 2020.

- Pagamento regular aos prestadores: a operadora deverá se comprometer a pagar regularmente, na forma prevista nos contratos com sua rede prestadora de serviços de saúde, os valores devidos pela realização de procedimentos e/ou serviços que tenham sido realizados entre 4 de março de 2020 e 30 de junho de 2020. A medida deve atingir todos os prestadores de serviços de saúde integrantes de sua rede assistencial, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados.

As medidas contribuem para que o setor possa enfrentar a tendência de diminuição da solvência e da liquidez das operadoras, reflexo do cenário de retração econômica deflagrado pela pandemia, evitando que a assistência à saúde dos beneficiários seja colocada em risco. A

preocupação da ANS frente aos impactos econômico-financeiros no setor decorrentes do surto de Coronavírus vem sendo discutidas amplamente pela reguladora. As medidas mais recentes nesse sentido foram tomadas na semana passada, com a antecipação do congelamento de exigências de capital (Margem de Solvência) e o adiamento de novas

exigências de provisões de passivo. Com isso, a ANS visa conferir às operadoras de planos de saúde maior flexibilidade de recursos para que respondam de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela Covid-19.

ANS EXIGE ATENDIMENTO A INADIMPLENTES DE PLANOS DE SAÚDE PARA LIBERAR R\$ 15 BI

Estadão – 08/04/2020

Ministro já havia sinalizado que iria facilitar a transferência de recursos durante pandemia; setor privado atende cerca de 50 milhões de brasileiros

BRASÍLIA - A [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#) decidiu exigir garantias de atendimento a clientes inadimplentes de plano de saúde durante a crise da covid-19, segundo fontes ouvidas pela reportagem. A medida é uma das contrapartidas para desbloqueio de cerca de R\$ 15 bilhões de um fundo de R\$ 54 bilhões de reservas técnicas de operadoras do setor.

Os diretores da agência aprovaram nesta quarta-feira, 8, um termo de compromisso com as operadoras para fechar acordo também sobre o pagamento a prestadores de serviço durante a pandemia. O ministro da [Saúde, Luiz Henrique Mandetta \(DEM\)](#), disse em 19 de março que o [governo iria facilitar a liberação de ao menos R\\$ 10 bilhões do fundo](#).

Segundo fontes do governo, o termo de compromisso cria regras para que o recurso do fundo seja usado para equilibrar o mercado durante a pandemia. Prestadores de serviço, como hospitais e laboratórios, têm apresentado queda de receita, como resultado de esforços como cancelar cirurgias eletivas para reduzir o fluxos nas suas unidades e priorizar os casos de coronavírus.

A liberação de ativos deste fundo é pleito antigo do setor. A agência já sofreu forte pressão do governo no ano passado para flexibilizar uso destes recursos, mas não cedeu. Agora, os diretores entendem que é razoável liberar parte do fundo. **O setor suplementar atende cerca de 50 milhões de pessoas. Já a rede pública, o SUS, o acolhe 150 milhões.**

"A Agência Nacional Saúde faz com que os planos de saúde depositem um recurso, um dinheiro, que é a garantia, para, caso deixem de funcionar, paguem as pessoas. Esse fundo garantidor, desde 2012, 2013, 20% dele pode ser utilizado para a construção de hospitais, compra de equipamentos. E o setor vinha usando pouco esse recurso. A burocracia era muito difícil. Praticamente não mexeram com isso. O valor total somado, o fundo chega a R\$ 53 bilhões depositados no banco para situações como essa", afirmou Mandetta, em março.

A queda na receita também é vista em hospitais do SUS, que recebem recursos do governo federal conforme

procedimentos executados. Para equilibrar as contas, o ministério decidiu repassar a média do que tem sido pago em períodos anteriores à pandemia. Existe preocupação de que haja migração de parte dos clientes saúde suplementar para o setor público durante a pandemia, o que pode aumentar ainda mais os gargalos do SUS, que sofre com defasagem de profissionais e de estrutura em algumas regiões do País.

Colchão de liquidez

Para Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a ANS está caminhando na direção que as operadoras consideram correta. Mas o valor ainda não é o suficiente para criar um colchão de liquidez, apenas alivia as contas dos próximos dias. "Enquanto outros setores estão readequando suas despesas, porque não estão tendo receita, teremos (operadoras) um atraso de pagamentos que nunca tivemos. Isso porque parte da receita está deixando de entrar, mas não podemos deixar de gastar, pelo contrário. Vai haver um grande estresse nos próximos dias."

A Abramge está aguardando a publicação da nota técnica da ANS, mas, com as informações iniciais das quais dispõe até o momento, Novais fez duas observações.

A primeira trata da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar de Ressarcimento ao SUS. Com a liberação dessa provisão, haverá R\$ 1,4 bilhão para cobrir os caixas. O valor, de acordo com Novais, ajuda, mas não oferece a liquidez necessária, pois "o setor de saúde paga R\$ 500 milhões para a rede de atendimento. Ou seja, R\$ 1 bilhão dura dois dias".

Já outra provisão, a de Eventos Ocorridos e não Avisados (Peona) - que é o valor utilizado para honrar os pagamentos de eventos que ainda não foram contabilizados pela operadora -, no valor de R\$ 10,5 bilhões, seria ideal para criar o colchão de liquidez, não fosse a obrigação das operadoras de reconstituir o valor em um breve período à ANS.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) disse que, dado o amplo alcance das medidas, irá avaliar as decisões da ANS e seus impactos para a saúde suplementar junto às associadas, "sempre sob a perspectiva de manter o setor e toda a cadeia de saúde em seu melhor funcionamento

e nas melhores condições de fazer o enfrentamento necessário à pandemia do novo coronavírus”.

MPF COBRA DA ANS MEDIDAS PARA GARANTIR PLENO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE COM COVID-19

Ministério Público Federal – 07/04/2020

O Ministério Público Federal (MPF) solicitou nesta terça-feira (7) à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informações sobre as medidas adotadas para que os planos de saúde garantam atendimento integral e adequado aos beneficiários com sintomas da covid-19, inclusive por meio de recursos alternativos como a telemedicina e o atendimento em domicílio. O objetivo é evitar a migração significativa de pacientes do sistema privado de saúde para o sistema público, já bastante congestionado. De acordo com a Câmara de Consumidor e Ordem Econômica do MPF (3CCR), responsável pelo pedido, o momento vivido pelo país exige da ANS papel de liderança e coordenação com os demais elos na cadeia setorial, considerando sua expertise técnica e autoridade.

No pedido, o MPF solicita esclarecimentos acerca das providências adotadas para a manutenção da atual base de beneficiários durante o período reconhecido de calamidade, inclusive nos casos de inadimplência superior a 60 dias. Também requer que seja firmado compromisso setorial para a disponibilização e credenciamento de leitos em número capaz de atender os prognósticos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde quanto aos índices de propagação do coronavírus, por região e por unidade de tempo. O MPF solicita ainda estudo para garantir aos beneficiários acometidos pela covid-19 tratamento integral sem a incidência de custos de coparticipação.

Em relação à regulação do setor, o MPF cobra da agência o exame de medidas que imponham aos planos de saúde a obrigação de custear a realização de testes de laboratórios

providos em domicílio para casos suspeitos da doença. Também pede que a agência estabeleça regulamentação para que os planos de saúde custeiem o tratamento de beneficiários acometidos pela covid-19 em domicílio, em regime de homecare, quando houver recomendação médica, indisponibilidade de leitos nas unidades credenciadas ou alto risco de contágio no ambiente hospitalar.

Por fim, o MPF orienta que as operadoras de planos de saúde garantam pleno acesso dos beneficiários a serviços de consultas por meio de canais de telemedicina, sempre que a opção estiver disponível pelos prestadores de saúde credenciados. Neste ponto, pede que a ANS determine às operadoras de planos de saúde o dever de divulgar e comunicar prontamente a toda a sua base de clientes a possibilidade e as condições para a utilização de serviços via telemedicina.

Acesso à informação - Além de todas as providências elencadas, o MPF solicita que a ANS disponibilize na internet, com vistas ao controle social, todo o conteúdo referente aos documentos técnicos, discussões e deliberações da diretoria colegiada referente às medidas de alívio em face da pandemia. Requer também que seja dada publicidade à toda a documentação técnica produzida pela ANS e as manifestações colhidas das operadoras de planos de saúde visando a disponibilização de recursos e a flexibilização dos fundos garantidores de liquidez e solvência do setor.

NOVOS AVANÇOS DA TELESSAÚDE

IESS – 07/04/2020

No final de março, [aqui no Blog](#), comentamos que o Conselho Federal de Medicina (CFM) [enviou nota](#) ao Ministério da Saúde aprovando a utilização de recursos de Telessaúde em função do avanço da pandemia causada pelo Coronavírus.

Agora, foi a vez do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) se pronunciar sobre o assunto por meio da resolução número 634 da entidade, [publicada no Diário Oficial da União \(DOU\)](#). O documento autoriza e normatiza a teleconsulta entre enfermeiros e pacientes. A publicação destaca que os meios eletrônicos utilizados devem “resguardar, armazenar e preservar” a interação eletrônica entre as partes para constituir registro de atendimento ao paciente. Nesse sentido, também prevê a obrigatoriedade de:

- Identificação do enfermeiro e da instituição;
- Termo de consentimento do paciente;
- Identificação e dados do paciente;
- Registro da data e hora do início e de encerramento do atendimento;
- Histórico do paciente;
- Observação clínica;
- Diagnóstico de enfermagem;
- VIII - plano de cuidados;
- Avaliação de enfermagem e/ou encaminhamentos.

A medida, assim como a adotada pelo CFM, tem duração “pelo período que durar a pandemia provocada pelo novo Coronavírus”. Nós continuamos acompanhando o cenário e

otimistas que a experiência irá demonstrar a relevância e os benefícios de regulamentar a Telessaúde de modo definitivo.

CORONAVÍRUS: NO RIO, PLANOS DE SAÚDE PODEM SER PROIBIDOS DE CORTAR ASSISTÊNCIA DE DEVEDORES

O Globo – 07/04/2020

Projeto de lei aprovado, nesta terça-feira, na Alerj vai para sanção do governador

RIO - Projeto de lei aprovado, nesta terça-feira, na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), proíbe as operadoras de suspender ou cancelar contratos de planos de saúde por inadimplência enquanto durar a situação de emergência provada pela pandemia de coronavírus.

O projeto de lei 2171/2020, do deputado Anderson Alexandre (Solidariedade), foi aprovado em regime de urgência e será encaminhado para a sanção do governo Wilson Witzel.

O texto estabelece ainda que, passada a crise, as operadoras deverão oferecer a possibilidade de parcelamento dos

débitos dos usuários de planos de saúde, sem a aplicação de multa ou juros sobre os valores em aberto.

A lei beneficia, além de pessoas físicas, microempreendedores individuais (MEIs), micro e pequenas empresas e optantes do regime de arrecadação de tributos denominado Simples Nacional.

O autor do projeto, deputado Anderson Alexandre, defende que a regulamentação da lei é importante para garantir às pessoas que tenham sua vida financeira prejudicada pela pandemia plena assistência em saúde.

O governador Wilson Witzel tem até 15 dias para regulamentar ou vetar o projeto de lei.

PLANOS DE SAÚDE: ANS DIVULGA NÚMEROS DE FEVEREIRO

ANS - 07/04/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou os números de beneficiários de planos de saúde relativos ao mês de fevereiro. No período, o setor totalizou 47.046.729 usuários em planos de assistência médica e 26.012.855 em planos exclusivamente odontológicos em todo o Brasil (veja tabelas abaixo).

Entre os estados, no comparativo com fevereiro do ano anterior, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 15 unidades federativas, sendo Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos.

Já no segmento exclusivamente odontológico, apenas um estado registrou queda em relação ao ano anterior (Alagoas).

Nas demais unidades federativas, o aumento totalizou cerca de 1,7 milhão de usuários a mais. O maior crescimento (em números absolutos) foi registrado em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

A consulta destes dados está disponível por meio da Sala de Situação, ferramenta do portal da ANS. [Acesse aqui.](#)

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF.

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
fev/19	46.922.991	31.658.845	6.104.352	682	9.060.227	98.885
fev/20	47.046.729	31.801.245	6.148.608	623	9.006.774	89.479

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	fev/19	fev/20	fev/19	fev/20
Acre	42.201	42.093	14.937	15.519
Alagoas	374.801	367.630	276.778	274.531
Amazonas	512.625	527.199	405.866	453.555
Amapá	67.494	64.484	44.186	45.409
Bahia	1.585.070	1.586.465	1.514.020	1.532.272
Ceará	1.286.832	1.262.923	953.315	995.267
Distrito Federal	881.969	880.390	544.083	603.605
Espírito Santo	1.090.949	1.110.953	499.519	525.071
Goiás	1.130.078	1.152.216	624.395	656.018
Maranhão	462.926	471.708	196.286	207.064
Minas Gerais	4.982.922	5.043.042	2.055.560	2.199.434
Mato Grosso do Sul	594.468	589.184	140.768	145.747
Mato Grosso	580.023	597.861	203.250	222.730
Pará	783.422	779.475	419.588	440.890
Paraíba	414.289	415.553	351.336	379.608
Pernambuco	1.334.724	1.337.935	909.881	987.381

Piauí	319.538	326.826	84.716	97.099
Paraná	2.834.543	2.857.212	1.258.911	1.321.259
Rio de Janeiro	5.341.151	5.370.240	3.268.596	3.458.010
Rio Grande do Norte	502.246	503.257	331.750	340.950
Rondônia	154.004	150.719	103.749	106.887
Roraima	28.899	28.878	9.613	11.394
Rio Grande do Sul	2.567.428	2.545.743	760.142	799.761
Santa Catarina	1.491.627	1.462.367	489.412	557.258
Sergipe	315.520	315.875	204.595	206.129
São Paulo	17.113.659	17.127.545	8.552.238	9.267.726
Tocantins	108.836	105.841	48.894	127.432
Não Identificado	20.747	23.115	58.052	34.849
TOTAL	46.922.991	47.046.729	24.324.436	26.012.855

TELEMEDICINA E ECOSSISTEMA DIGITAL DE SAÚDE: DIFERENÇA EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL E CORONAVÍRUS

Saúde Business – 07/04/2020

A telemedicina já vem sendo discutida há algum tempo e agora, juntamente com os médicos que estão na linha de frente do atendimento dos pacientes infectados pela COVID-19, tornou-se uma protagonista. Há muitas discussões sobre o tema e uma delas diz respeito às dúvidas de como amarrar as demais etapas do tratamento em tempos de isolamento social? Mas, afinal, como o paciente vai acessar a receita médica? Como ele vai comprar seu medicamento e, indo além, como ele pode ser orientado à distância? É dentro deste cenário que o ecossistema digital da saúde ganha importância e começa a fazer sentido.

O coronavírus mexeu consideravelmente com a rotina do mundo e todos estão tendo que se adaptar, de uma forma, ou de outra. O sistema de saúde está praticamente dedicado a lidar com a pandemia. Por outro lado, isso não significa que as pessoas não tenham deixado de adoecer ou então os pacientes, que vinham sendo acompanhados, devam ter seus tratamentos interrompidos de uma hora para outra. Todos estão lutando para evitar um colapso e a tecnologia é, sem dúvida, uma grande aliada em tempos de isolamento social.

Considerando o cenário de emergência em Saúde Pública, o [Ministério da Saúde](#) reconheceu e regulamentou em caráter emergencial o uso da teleconsulta, incluindo a prescrição médica digital, por parte do médico, de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente em casos de urgência previstos no Código de Ética Médica. A Portaria de nº 467 de 20 de março, também autoriza a emissão de receitas e atestados médicos à distância, claro que mediante algumas exigências, como assinatura eletrônica, identificação e observando os requisitos previstos em atos da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Segundo pesquisa recente, realizada pela Associação Paulista de Medicina, intitulada "[Conectividade e Saúde Digital na vida do médico brasileiro](#)", cerca de 65% dos médicos são favoráveis à regulamentação da telemedicina. A pesquisa revela também que 63,06% deles fariam uso dela como uma ferramenta complementar ao atendimento da clínica/hospital, desde que haja uma regulamentação oficial do CFM e com o apoio de recursos tecnológicos necessários para segurança e ética da Medicina. Embora seja um momento sensível, diríamos que essa é uma transformação quase que inevitável. Para 89,81% dos pesquisados, o sistema público de saúde brasileiro pode ser beneficiado com novas ferramentas tecnológicas digitais capazes de diminuir as filas de espera por um atendimento especializado, o que vem ao encontro do atual cenário.

Enfim, vivemos em uma nova era, repleta de recursos tecnológicos e digitais, e não há mais como retroceder. Nessa fase de isolamento social pelo coronavírus, um paciente pode passar por uma consulta à distância, receber sua receita médica por SMS, tendo ela em mãos (ou literalmente no bolso) em qualquer lugar que ele estiver. Isso já é bastante possível, é um fato atual, real e palpável. Além disso, ele pode obter orientações que ajudarão a engajá-lo em seu tratamento (hoje uma das principais preocupações da saúde é trazer o paciente para o centro do cuidado). Se ele tem mais facilidade, tem maior aderência à medicação e isso traz um melhor desfecho clínico.

É aí que o ecossistema digital de saúde e a prescrição digital de medicamentos tornam-se necessárias. Elas são benéficas para todos os envolvidos, inclusive para os pacientes, pois conectam os elos e transferem para o mundo digital todas as etapas de um atendimento médico, trazendo mais segurança, inteligência, acesso a outras informações e até indicações de onde encontrar os melhores preços dos medicamentos prescritos, sempre tendo como prioridade a manutenção da qualidade do atendimento.

Existem [recursos gratuitos](#) tanto para médicos quanto para pacientes (inclusive disponível em dispositivos móveis), para ajudar a viabilizar esse cenário, a priori, futurista – mas que já é realidade nos EUA, Japão e diversos países da Europa. Vale um parêntese, além de ser conveniente, a prescrição digital é muito segura para o paciente, já que 39% dos erros médicos ocorrem no momento da prescrição. E os motivos para isso são vários, incluindo desde interações medicamentosas, alergias, duplicidade terapêutica, esquecimentos e chegando até uma questão importante, que tira a receita médica da posição de coadjuvante: os conteúdos muitas vezes ilegíveis – por conta da famosa "letra de médico" – ou então digitados incorretamente.

Esse uso emergencial é um passo importante para a telemedicina e para a consolidação de um ecossistema digital de saúde. Precisamos modernizar cada vez mais os processos e a segurança para médicos, pacientes e farmácias. Isso transforma o tradicional cenário de receitas médicas manuscritas em receitas 100% digitais e inteligentes. O momento pede uma profunda reflexão. A pandemia do coronavírus está nos trazendo lições importantes de como podemos tornar o atendimento em saúde cada vez mais ágil e eficaz.

RESSARCIMENTO: ANS REPASSOU VALOR RECORDE DE R\$ 1,15 BILHÃO AO SUS EM 2019

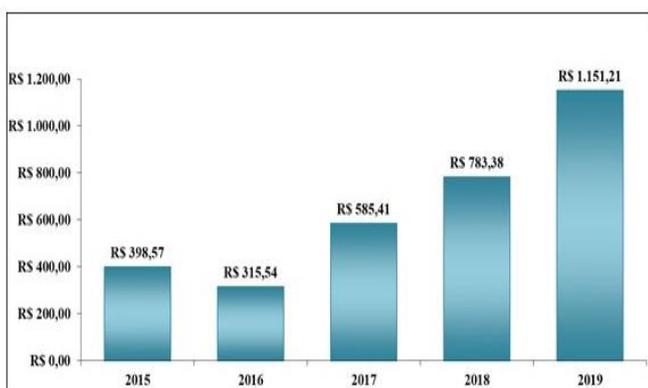
ANS – 06/04/2020

No ano de 2019, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez o repasse recorde de R\$ 1,15 bilhão ao Sistema Único de Saúde (SUS), um aumento de 47% em comparação ao ano anterior. As informações completas estão na 9ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, divulgado pela ANS nesta segunda-feira (06/04).

A publicação periódica tem informações sobre a identificação dos beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feitos pelas operadoras.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, confirmou a previsão realizada no primeiro semestre de 2019, quando a Agência fez o repasse de R\$ 522,31 milhões ao SUS, confirmando a tendência de crescimento que vem sendo alcançada ano a ano. “Desde que a ANS foi criada, em 2000, já repassamos ao Fundo Nacional de Saúde mais de R\$ 4 bilhões, sendo que, destes, mais de 2,5 bilhões foram repassados apenas nos últimos 3 anos. Os sucessivos recordes só foram possíveis graças ao aprimoramento contínuo no processo de cobrança realizado pela ANS, que nos permitiu contribuir para reforçar os cofres do Fundo Nacional de Saúde justamente em um período que este recurso está se mostrando tão necessário”, destaca.

Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ milhões)



Cobranças às operadoras também aumentam

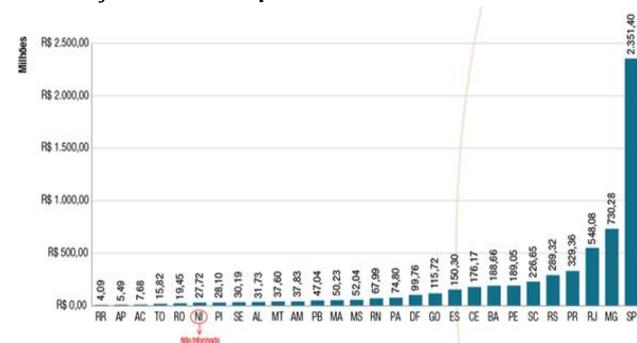
Desde o início do ressarcimento ao SUS, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 5,95 bilhões, que equivalem a mais de 3,86 milhões de atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 1,62 bilhão foi cobrado

somente no ano de 2019, quando houve um aumento de aproximadamente 58% no valor dos atendimentos cobrados e cerca de 38% na quantidade de atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS cobrados (em relação a 2018). Ou seja, tanto em quantidade quanto em valores, no ano de 2019 estabeleceu-se novo recorde de cobrança.

Transplantes de rim, tratamentos de doenças bacterianas e cirurgias múltiplas destacam-se pelos maiores valores cobrados no grupo das internações, enquanto hemodiálise, radioterapia, acompanhamento de pacientes pós-transplante e hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata destacam-se pelos maiores valores cobrados entre os atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Em relação ao local de ocorrência, São Paulo registrou número de atendimentos cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU) muito superior aos demais estados, cerca de três vezes aquele observado para o estado de Minas Gerais, segundo colocado na ordenação por casos.

Cobranças com GRU por UF

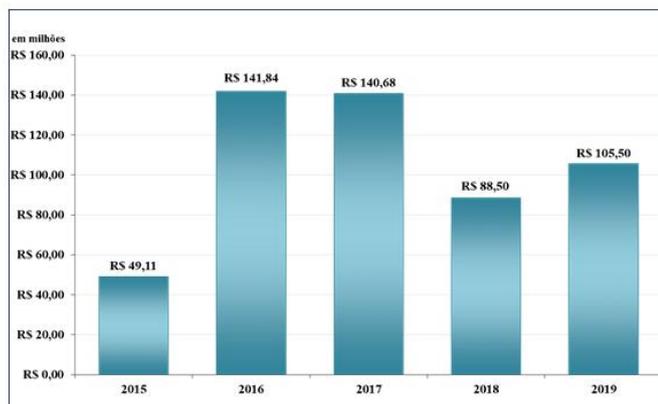


Dívida ativa

Quando a operadora de plano de saúde não efetua voluntariamente o pagamento dos valores apurados, ela é inscrita na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como fica sujeita à cobrança judicial. Em 2019, a ANS encaminhou R\$ 105,5 milhões para a dívida ativa. Desde o ano 2000, o ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$ 1,08 bilhão para inscrição em Dívida Ativa, sendo R\$ 525,63 milhões somente no período de 2015 a 2019. Entre 2001 e 2019, as quantias depositadas em juízo correspondem a R\$ 490,7 milhões. Porém, somam-se a esse valor R\$ 132,9 milhões em juros e R\$ 96,3 milhões em multas no período (caso esses depósitos tenham ocorrido após os vencimentos das Guias de Recolhimento da União - GRUs). Assim, avalia-se que, atualmente, encontram-se em depósitos judiciais com GRU

expedida um total de R\$ 720 milhões, dos quais R\$ 170,4 milhões referentes a GRUs vencidas em 2019.

Encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa



[Confira aqui a 9ª edição do Boletim Informativo](#) – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.

CONGELAMENTO DA MARGEM DE SOLVÊNCIA

ANS – 03/04/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as operadoras que se encontram em fase de constituição escalonada da margem de solvência podem congelar essa obrigação de capital em até 75%. Para isso, devem assinar o Termo de Compromisso que consta no [Anexo IV da Resolução Normativa nº 451/2020](#) para fins de cálculo do capital regulatório.

A operadora que optar pela adoção antecipada da [nova regra de capital baseado em riscos](#) compromete-se a encaminhar as informações adicionais necessárias ao cálculo da exigência pela nova regra. Uma das consequências é o congelamento do percentual de exigência a margem de solvência até o final de 2022. Neste caso, a exigência de capital regulatório será o maior valor entre o capital-base, 75% da margem de solvência e o capital baseado em risco (que neste momento limita-se ao risco de subscrição) nos termos da RN nº 451.

A partir de 2023, a Margem de Solvência será extinta e o capital regulatório será determinado entre o maior valor entre o montante de capital baseado em risco e o capital-base. O Termo assinado pelo representante cadastrado junto à ANS deve ser enviado para a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) via Programa de

Transmissão de Arquivos (PTA) e deve manter, na íntegra, o teor dos compromissos constantes do Anexo IV da RN 451/20. No caso de assinatura por outro representante legal ou procurador, o Termo deve ser encaminhado junto com cópia dos documentos comprobatórios do poder de representação (ato constitutivo, documento que comprove a eleição ou nomeação e a respectiva procuração, conforme o caso).

De acordo com a deliberação da Diretoria Colegiada na 6ª reunião extraordinária, realizada em 31/03/2020, para a operadora que encaminhar o Termo até 30/05/2020, em termos práticos, a utilização antecipada do capital baseado em risco e o congelamento do percentual de exigência da margem de solvência passarão a valer para o cálculo da exigência de capital regulatório a partir de 31/03/2020 (último mês do 1º trimestre de 2020).

Para acessar o Termo do Anexo IV da RN nº 451/2020 em versão Word, [clique aqui](#).

Para obter mais informações sobre a RN nº 451, [clique aqui](#).

UMA CHANCE DE AVANÇAR NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

IESS – 03/04/2020

A COVID-19 tem provocado mudanças e reflexões nos serviços de saúde. Os desafios logísticos, como racionalizar a demanda por respiradores mecânicos e expandir a disponibilidade de UTIs são, certamente, as questões mais

visíveis no momento. A utilização de recursos de Telessaúde também tem atraído atenção – como já [comentamos](#).

Agora, quase um mês após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar o Coronavírus como pandemia, outras mudanças começam a ser notadas. E as mudanças parecem positivas.

De acordo com a reportagem [“Crise provocará mudança no perfil do profissional de saúde”](#), da revista Exame, particularidades da doença (como a semelhança com a gripe comum em pacientes que não apresentam estado grave) estão impondo um atendimento mais humanizado e mais atenção à anamnese, a primeira conversa e exame que o médico conduz no paciente.

A importância deste comportamento na triagem correta e em como isso se desdobra para um atendimento mais eficiente, com foco na saúde do paciente e não só na cura da doença, já foi abordada aqui no Blog algumas vezes e também em palestras nos nossos eventos.

O exemplo mais recente é a aula do prof. Chao Lung Wen, da Universidade de São Paulo (USP), no seminário [Transformação Digital na Saúde](#). Quando ele destacou que o atendimento à distância, por meio de novas tecnologias, não representa uma perda na qualidade da atenção assistencial, mas o oposto. Como bem lembrou Wen durante o evento, o uso da Telemedicina não desumaniza a atenção, do mesmo modo que estar face a face com o paciente não significa humanização. Para ele, isso está diretamente relacionado com a postura do profissional e sua formação.

Outro exemplo igualmente importante foi a palestra [“Cuidados paliativos e dignidade humana na era da máxima tecnologia na saúde”](#), apresentada pelo Dr. Daniel Neves Forte, então presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Apesar de o foco central ser outro, ele deixa clara a necessidade de humanizar os atendimentos. Vale rever.

COMBATE AO CORONAVÍRUS: ANS DEFINE NOVAS MEDIDAS PARA O SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 02/04/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu novas medidas para o enfrentamento da pandemia de Coronavírus pelo setor de planos de saúde. Em reunião realizada na tarde de terça-feira (31/03), a Diretoria Colegiada da reguladora propôs ações para viabilizar a utilização da telessaúde, flexibilizar normativas econômico-financeiras e adotar medidas regulatórias temporárias no âmbito da fiscalização. As deliberações visam minimizar os impactos da pandemia na saúde suplementar, permitindo que as operadoras de planos de saúde respondam de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela Covid-19.

Flexibilização de Normas Prudenciais

Considerando que os impactos econômico-financeiros do surto de coronavírus e as possíveis consequências para o setor de saúde suplementar, a ANS estabeleceu duas medidas com o objetivo de conferir às operadoras maior flexibilidade de recursos.

1. Antecipação do congelamento de exigências de capital (Margem de Solvência)

A ANS decidiu antecipar os efeitos do congelamento da margem de solvência para as operadoras que manifestem a opção pela adoção antecipada do capital baseado em riscos (CBR). Assim, para as operadoras que se encontram em constituição escalonada (exigência crescente a cada mês), a margem de solvência será estabilizada e em percentual fixo de 75%. Para as operadoras que manifestarem essa opção até 30/05/2020, os efeitos do congelamento da margem de solvência serão retroativos a 31/03/2020.

O objetivo da medida é conceder liquidez ao setor, tendo em vista o congelamento de percentual de exigência que crescia mensalmente. Estudos técnicos apontam uma redução de aproximadamente 1 bilhão de reais da quantia exigida para todo o setor, utilizando como referência as projeções para o mês de dezembro/2019.

Para mais informações sobre a definição do Capital Regulatório, [clique aqui](#).

2. Adiamento de novas exigências de provisões de passivo

A Agência também passou de 2020 para 2021 o início da exigência das provisões de passivo para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC) e para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS (PEONA SUS). Com a postergação, fica adiada também a exigência de constituição de ativos garantidores, recursos que as

operadoras necessitam manter para garantir em mesma proporção essas novas provisões de passivo.

Estudo técnicos apontam que o efeito esperado da constituição dessas provisões seria de aproximadamente 2% do total de receita anual das operadoras para a PIC e de 0,54%, para a PEONA SUS. Ao todo, esse adiamento de exigências totalizaria ao longo de 2020 aproximadamente 1,7 bilhão de reais, que poderão ser utilizados pelas operadoras para outros fins.

[Saiba mais sobre as medidas na Nota Técnica nº 5 Telessaúde na saúde suplementar](#)

Para melhor viabilizar e monitorar a utilização do atendimento à distância aos beneficiários de planos de saúde, diante das medidas emergenciais adotadas em decorrência da pandemia da Covid-19, a ANS decidiu adequar o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), com a inclusão de um novo tipo de atendimento: telessaúde. Com isso, as operadoras e os prestadores de serviços de saúde trocarão informações mais precisas acerca de procedimentos realizados à distância. O início da vigência da utilização dessa alteração no TISS será imediato.

Ainda com o intuito de viabilizar a implementação imediata da telessaúde no setor e garantir a segurança jurídica necessária, a ANS decidiu aplicar o entendimento de que a utilização da telessaúde não depende de alteração contratual para ficar em conformidade com as regras para celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços, em especial aquelas dispostas nas Resoluções Normativas nº 363 e 364, de 2015. Será necessário, contudo, que para que os atendimentos sejam realizados através da telessaúde, deve haver prévio ajuste entre as operadoras e os prestadores de serviços integrantes de sua rede através de qualquer instrumento, como por exemplo, troca de e-mail e troca de mensagem eletrônica no site da operadora que permita:

- A identificação dos serviços que podem ser prestados, por aquele determinado prestador, por intermédio do tipo de atendimento telessaúde;
- Os valores que remunerarão os serviços prestados neste tipo de atendimento; e
- Os ritos a serem observados para faturamento e pagamento destes serviços.

É necessário, ainda, que tal instrumento permita a manifestação de vontade de ambas as partes. Vale destacar que esse entendimento irá perdurar enquanto o país estiver em situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Dessa forma, caso os atendimentos através de telessaúde continuem autorizados pela legislação e regulação nacional após este período, será

necessário ajustar os instrumentos contratuais que definem as regras para o relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Sobre esse tema, também foi ressaltado ainda o fato de que a telessaúde é um procedimento que já tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde, uma vez que se trata de

uma modalidade de consulta com profissionais de saúde. Dessa forma, não há que se falar em inclusão de procedimento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo os profissionais observarem as normativas dos Conselhos Profissionais de Saúde e/ou do Ministério da Saúde.

Saiba mais sobre as medidas na [Nota Técnica nº 3](#), na [Nota Técnica nº 4](#) e na [Nota Técnica nº 7](#)

Medidas temporárias no âmbito da fiscalização

A fiscalização será ainda mais atuante nesse momento de crise para que o consumidor não fique sem a assistência contratada.

A reguladora destaca que os prazos que foram prorrogados não deverão ser ultrapassados, resguardando o direito do beneficiário ao seu atendimento. Sendo assim, casos que tiveram os prazos dobrados, se forem ultrapassados, serão tratados pela reguladora com as apurações e eventuais sanções previstas para atrasos nas situações normais.

Importante ressaltar que a cobertura obrigatória continua garantida a todos os beneficiários e que os prazos não foram prorrogados para as situações abaixo, cujos atendimentos tiveram os prazos mantidos:

1. Casos de urgência e emergência, quando o atendimento deve ser imediato;
2. Casos em que o médico assistente justifique por meio de atestado que determinado procedimento não poderá ser adiado;
3. Tratamentos que não podem ser interrompidos ou adiados por colocarem em risco a vida do paciente: atendimentos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério; doentes crônicos; tratamentos continuados; revisões pós-operatórias; diagnóstico e terapias em oncologia, psiquiatria e aqueles tratamentos cuja não realização ou interrupção coloque em risco o paciente, conforme declaração do médico assistente

A ANS pontua ainda que a reguladora já dispõe de instrumentos de fiscalização para coibir com maior vigor ações consideradas incompatíveis com as normas da Agência, que serão aplicadas caso necessário, incluindo a decretação de intervenção fiscalizatória extraordinária.

Saiba mais sobre as medidas na [Nota Técnica nº 10](#)

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.br.

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