

ÍNDICE INTERATIVO

[Setor de saúde deve manter recuperação no 4T21, diz Inter](#) - Fonte: Investing

[Brasil registra mais cirurgias em 2021 do que em 2020, mas número ainda é 27% menor do que antes da pandemia](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Audiência pública debateu critérios de provisões técnicas para operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ROL da ANS: decisão no STJ ficará para 2022](#) - Fonte: Jota Info

[Grupo NotreDame Intermédica lança plano para maiores de 49 anos com abrangência em vários municípios paulistas](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Vínculos de planos exclusivamente odontológicos crescem quase 10% em 12 meses](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Ampliação do acesso a planos passa por revisão do marco regulatório](#) - Fonte: Estadão

[Alocação de leitos para covid para planos de saúde cai em outubro](#) - Fonte: Agência Brasil

[Hapvida compra hospital Octaviano Neves por R\\$ 134 milhões](#) - Fonte: CNN Brasil

[Preços de insumos hospitalares começam a cair após aumento na pandemia](#) - Fonte: Folha UOL

[Prevenção e uso de dados ajudam a reduzir custos das operadoras](#) - Fonte: Folha UOL

[Novos planos de saúde oferecem médico da família que acompanha usuário](#) - Fonte: Folha de São Paulo

SETOR DE SAÚDE DEVE MANTER RECUPERAÇÃO NO 4T21, DIZ INTER

Investing – 30/11/2021

O terceiro trimestre de 2021 trouxe bons resultados para a consolidação do setor de saúde, com aumento nas vendas de planos de saúde, mesmo que os custos e as despesas estejam pressionadas pelos reflexos da pandemia e pelo retorno dos procedimentos eletivos.

Para o Inter, é possível que esse cenário melhore no 4T21, com o avanço da vacinação e a retomada dos empregos formais, que devem reduzir os custos e ajudar no crescimento das margens.

No trimestre passado, houve um aumento no número de beneficiários de planos de saúde e em julho, a taxa de cobertura de planos privados atingiu 25,04% da população para assistência médica com ou sem odontologia. Já os planos exclusivamente odontológicos cobrem 14,83% das pessoas, atingindo o maior número já registrado.

O Inter destaca que 81,7% dos beneficiários correspondem a usuários de planos de saúde coletivos, o que, segundo o banco, tem forte correlação com o nível de emprego formal do país após os primeiro e segundo trimestres de 2020, que foram afetados pela pandemia.

BRASIL REGISTRA MAIS CIRURGIAS EM 2021 DO QUE EM 2020, MAS NÚMERO AINDA É 27% MENOR DO QUE ANTES DA PANDEMIA

Revista Cobertura – 30/11/2021

O mercado de dispositivos médicos cresceu 6,4%, nos nove primeiros meses do ano. A produção doméstica teve alta de 12,3%, as importações de 3,5% e as exportações aumentaram 6,4%. E os empregos também retomaram com a abertura de mais de 1.100 postos de trabalho

Pouco a pouco os procedimentos cirúrgicos vão retomando no Brasil, com a pandemia perdendo força. Entre janeiro e setembro de 2021, foram realizados 2,73 milhões de cirurgias, uma alta de 1,3% em relação ao mesmo período de 2020. Foram em média 303.232 por mês. Esse número é 27% menor do que o registrado em 2019. No ano que antecedeu a crise sanitária da Covid-19, o SUS registrou média mensal

de 416.615 internações para cirurgias. Os dados acabam de ser publicados no Boletim Econômico da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS).

Mas em algumas áreas a recuperação é ainda mais lenta. O número de cirurgias do aparelho digestivo, circulatório, de pele, de mama, reparadoras e obstétricas em 2021 foi ainda menor do que em 2020. “Os dados demonstram uma retomada morosa dos procedimentos cirúrgicos, que estavam suspensos ou estagnados devido ao controle da pandemia de Covid-19. Uma demanda ainda maior deve surgir nos próximos meses”, afirma o diretor executivo da ABIIS, José Márcio Cerqueira Gomes.

Tabela 10 Brasil: Número total de internações hospitalares para cirurgias no SUS – em unidades e em variação percentual (%) | acumulado de Janeiro a Setembro de 2021

Cirurgias	Jan. a set. 2021 (A)	Jan. a set. 2020 (B)	Variação % (A)/(B)
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	50.836	51.749	-1,8%
Cirurgia de glândulas endócrinas	4.308	4.105	4,9%
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	46.734	46.367	0,8%
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	56.431	53.825	4,8%
Cirurgia do aparelho da visão	56.968	47.246	20,6%
Cirurgia do aparelho circulatório	151.257	153.312	-1,3%
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	341.191	350.417	-2,6%
Cirurgia do sistema osteomuscular	471.050	464.162	1,5%
Cirurgia do aparelho geniturinário	229.156	216.658	5,8%
Cirurgia de mama	13.629	13.652	-0,2%
Cirurgia obstétrica	735.668	763.187	-3,6%
Cirurgia torácica	39.372	36.262	8,6%
Cirurgia reparadora	30.619	31.854	-3,9%
Bucomaxilofacial	5.546	5.443	1,9%
Outras cirurgias	399.703	361.318	10,6%
Cirurgia em oncologia	96.624	93.388	3,5%
Total	2.729.092	2.692.945	1,3%

As internações para consultas, tratamentos e diagnósticos cresceram 7,3%, alavancadas pela Covid-19.

Tabela 9 Brasil: Número total de internações hospitalares para consultas, tratamentos e diagnósticos no SUS – em unidades e em variação percentual (%) | acumulado de Janeiro a Setembro de 2021

Subgrupo de procedimento	Jan. a set. 2021 (A)	Jan. a set. 2020 (B)	Variação % (A)/(B)
Coleta de material	6.664	6.432	3,6%
Diagnóstico por endoscopia	5.158	4.363	18,2%
Métodos de diagnósticos em especialidades	3.089	2.338	32,1%
Consultas/ Atendimentos/Acompanhamentos	240.054	228.621	5,0%
Tratamentos clínicos (outras especialidades)*	3.457.118	2.923.464	18,3%
Tratamento de infecção pelo novo coronavírus - Covid-19	1.082.484	314.724	243,9%
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	254.492	315.087	-19,2%
Tratamento de outras doenças bacterianas	194.494	210.284	-7,5%
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	148.186	148.436	-0,2%
Tratamento de insuficiência cardíaca	115.400	131.012	-11,9%
Tratamento em oncologia	221.258	222.699	-0,6%
Tratamento em nefrologia	125.299	139.118	-9,9%
Tratamento de lesões, envenenamentos e outros decorrentes de causas externas	156.000	156.772	-0,5%
Parto e nascimento	693.323	739.711	-6,3%
Procedimentos relacionados ao transplante de órgãos, tecidos e células	34.171	34.862	-2,0%
Transplante de órgãos, tecidos e células	7.615	6.810	11,8%
Cirurgias	2.729.092	2.692.945	1,3%
Total	7.678.841	7.158.135	7,3%

Entre janeiro e setembro, foram realizados 694 milhões de exames, 24,1% a mais do que nos nove primeiros meses de 2020. O crescimento também está associado à pandemia.

Houve um aumento de 170,6% nos exames de diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental.

Tabela 11 Brasil: Número total de procedimentos com finalidade diagnóstica no SUS – em mil unidades e variação percentual (%) | acumulado de Janeiro a Setembro de 2021

Subgrupo de procedimento	Jan. a set. 2021 (A)	Jan. a set. 2020 (B)	Variação % (A)/(B)
Coleta de material	29.490.992	24.251.546	21,6%
Diagnóstico em laboratório clínico	521.691.396	416.201.257	25,3%
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	6.979.537	5.213.278	33,9%
Diagnóstico por radiologia	37.649.507	34.069.562	10,5%
Diagnóstico por ultrassonografia	13.022.201	9.982.509	30,5%
Diagnóstico por tomografia	5.860.319	4.499.054	30,3%
Diagnóstico por ressonância magnética	1.079.898	836.911	29,0%
Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i>	305.170	261.189	16,8%
Diagnóstico por endoscopia	1.179.375	912.010	29,3%
Diagnóstico por radiologia intervencionista	39.786	33.154	20,0%
Métodos diagnósticos em especialidades	31.372.669	24.113.760	30,1%
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	11.828.930	11.141.641	6,2%
Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	3.801.717	1.405.035	170,6%
Diagnóstico por teste rápido	29.721.945	26.348.363	12,8%
Total	694.023.442	559.269.269	24,1%

O Brasil registrou um aumento no mercado de dispositivos médicos – que é medido pelo consumo aparente: produção nacional somada ao total das importações do período, descontadas as exportações – de 6,4%, até o terceiro trimestre do ano. A produção doméstica cresceu 12,3%, com a criação de 1.143 novos postos de trabalho nas atividades industriais e comerciais do setor de DMs, totalizando o contingente de 143.195 profissionais, número que não inclui os empregados em serviços de complementação diagnóstica e terapêutica.

No comércio exterior, o setor apresentou crescimento de 3,5% nas importações e de 6,4% nas exportações, com destaque para o aumento de 17,6% na venda de “Materiais e equipamentos para a saúde” e de 42,2% de produtos para a área “Cardiovascular”.

Para o diretor executivo da ABIIS, a retomada é mais do que aguardada, mas 2022 será um ano desafiador para o setor. “Podemos ter uma explosão de demanda por conta de dois anos contingenciados e haverá um enorme gargalo que precisará de investimentos tanto no setor privado, mas principalmente no público que atende cerca de 70% da população brasileira. Além disso, estamos atentos ao que vai acontecer do ponto de vista tributário, uma vez que há no Congresso várias tentativas de aumentar impostos sobre os dispositivos médicos considerados essenciais para a população, o que pode levar ao desabastecimento”, prevê Cerqueira Gomes.

O Boletim Econômico ABIIS é desenvolvido pela Websetorial Consultoria Econômica.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATEU CRITÉRIOS DE PROVISÕES TÉCNICAS PARA OPERADORAS

GOV (ANS) – 30/11/2021

Gravação da reunião está disponível na página da Agência no Youtube

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 26/11, a Audiência Pública nº 19, sobre os critérios de constituição de provisões técnicas a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde. O evento teve como objetivos receber contribuições para a proposta de alteração da Resolução Normativa Nº 393/2015 e informar a atualização dos parâmetros de cálculo da PEONA-SUS (Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados referentes a procedimentos realizados no SUS em beneficiários de planos de saúde).

A audiência virtual foi realizada por meio da plataforma Microsoft Teams e disponibilizada na [página da Agência no YouTube](#), onde pode ser assistida na íntegra. Participaram do evento representantes de operadoras, de prestadores de serviços de saúde, entidades do setor e órgãos públicos.

O diretor-presidente e diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e dos Produtos (DIPRO) da ANS, Paulo Rebello, deu início ao encontro, destacando que a revisão da RN nº 393/2015 deve deixar claros alguns pontos que têm sido motivo de dúvidas das operadoras.

Na audiência, os participantes debateram as seguintes propostas:

1. Obrigação de envio dos documentos relativos à memória de cálculo das provisões para aprovação de metodologia própria;
2. Critério para cálculo de PEONA SUS e PIC (Provisão de Insuficiência de Prêmios – PIC);
3. Desobrigação de constituição de PIC para operadoras com menos de 12 meses de operação;

4. Prazo de escalonamento das provisões PIC e PEONA-SUS;

5. Não reversão de saldos já constituídos nas provisões PIC e PEONA-SUS;

6. Base de exposição para cálculo da PIC.

7. Atualização dos fatores a serem observados para cálculo da PEONA-SUS.

Todos os demais critérios metodológicos adotados atualmente na RN nº 442, que também trata do tema, serão mantidos, inclusive a possibilidade de metodologia própria. Como consequência da alteração do período do estudo para estabelecimento dos fatores relativos à PEONA-SUS, a revisão propõe a alteração do teto do setor para 80%, utilizando-se dos mesmos critérios do estudo original.

A assessora da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) Tainá Leandro enfatizou que é necessário esclarecer a obrigatoriedade, já existente, de as operadoras encaminharem os documentos relativos à memória de provisões também no momento da solicitação da aprovação da metodologia própria da PEONA-SUS.

Segundo o assessor da DIOPE, Alexandre Fiori, a nova regra busca, a partir da estabilização do processo de notificação do ressarcimento ao SUS da ANS, fazer com que o provisionamento da PEONA-SUS seja o mais preciso possível. Fiori explicou que a revisão vai gerar uma redução de exigência de provisionamento para 90% das operadoras.

Com os novos parâmetros, a expectativa de impacto total no PEONA-SUS, no geral do setor, passa de 0,54% para 0,31% da receita anual.

As notas técnicas, exposição de motivos e a minuta de Resolução Normativa podem ser acessadas [aqui](#).

ROL DA ANS: DECISÃO NO STJ FICARÁ PARA 2022

Jota Info – 29/11/2021

Informação foi confirmada ao JOTA pela ministra Nancy Andrighi, que pediu vista do processo

A continuação do julgamento que decidirá se o rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é exemplificativo ou taxativo ficará para 2022.

A informação foi confirmada ao JOTA pela ministra do Superior Tribunal de Justiça (STJ) Nancy Andrighi, que está com pedido de vista do processo.

O caso é julgado na 2ª Seção do STJ, por meio do EREsp 1886929/SP e do EREsp 1889704/SP, ambos de relatoria do ministro Luis Felipe Salomão.

O julgamento começou no último dia 16 de setembro, com o voto do relator em defesa do rol taxativo, mas com excepcionalidades. Logo após o voto de Salomão, a ministra

Nancy Andrichi pediu vista e até o momento não retornou o processo para a pauta.

A 2ª Seção do STJ faz sua última reunião de 2021 nesta terça-feira (30/11). Com a confirmação da ministra Nancy de que ele não será pautado nesta última sessão, o caso só poderá ser retomado em 2022 e não tem previsão de data.

Ao votar, Salomão falou sobre a segurança das relações jurídicas e afirmou que o Judiciário possui um papel fundamental de promover uma interpretação justa e equilibrada da legislação, “sem sentimentalismos e ideias preconcebidas”. Seus argumentos foram fundamentalmente pautados na defesa da legislação que rege o setor

suplementar, na legitimidade da ANS como reguladora, no equilíbrio econômico contratual, e na comprovação científica dos tratamentos de cobertura obrigatória.

Para o ministro Salomão, decisões administrativas ou judiciais à margem da lei podem agravar a situação financeira das operadoras de planos de saúde e, em última instância, afetar a própria confiança e expectativa dos consumidores, fazendo com que o problema deixe de ser só da operadora e passe a atingir toda a sociedade.

GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA LANÇA PLANO PARA MAIORES DE 49 ANOS COM ABRANGÊNCIA EM VÁRIOS MUNICÍPIOS PAULISTAS

Revista Cobertura – 29/11/2021

NotreLife UP 50+ tem o cuidado coordenado de acordo com a saúde de cada beneficiário como proposta principal

O Grupo NotreDame Intermédica (GNDI) lançou o NotreLife UP 50+, plano voltado para pessoas acima de 49 anos, que tem como base o conceito de cuidado coordenado: acompanhamento e cuidado com a saúde do beneficiário de forma personalizada, com uma Equipe de Cuidado especializada, que conta com profissionais de diversas áreas da saúde e bem-estar.

“O cuidado coordenado é muito profundo e importante por englobar ações que promovem saúde e previnem doenças olhando para o indivíduo de forma integral, humanizada e em todas as esferas (física, emocional e social)”, explica o vice-presidente comercial do GNDI, Nilo Carvalho. O conceito está sendo implementado em todos os planos do Grupo, mas ganha mais destaque no Plano voltado a maiores de 49 anos por ter foco em prevenção e promoção da saúde. Em função da faixa etária atendida, o NotreLife UP 50+ é um exemplo de sucesso dos planos individuais de cuidado coordenado do GNDI.

“Ao aderir ao NotreLife UP 50+, o beneficiário é convidado para um encontro com a Equipe do Cuidado, com o objetivo de, em conjunto, montarem um Plano de Vida, com metas a serem alcançadas e dicas que contribuem para a promoção da saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, olhando o beneficiário de forma integral”, destaca Nilo.

Além da Equipe do Cuidado, o beneficiário terá um cuidado exclusivo, individualizado e humanizado com o apoio de uma equipe multidisciplinar, composta por nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, entre outros profissionais,

disponíveis para a rotina de cuidados de Promoção e Prevenção da Saúde, de forma presencial ou online.

A facilidade de comunicação do beneficiário com a equipe também é um diferencial do NotreLife UP 50+. O paciente pode entrar em contato com a Equipe do Cuidado por WhatsApp a fim de atender de forma fácil e rápida qualquer necessidade assistencial. “A Equipe do Cuidado centraliza o histórico completo de saúde e acompanhamento de cada beneficiário, o que facilita a comunicação e garante uma jornada personalizada de promoção da saúde”, explica.

Na prática, ao contratar um plano de saúde GNDI, o beneficiário tem a oportunidade de ser acompanhado de maneira personalizada, por um time de especialistas que irá cuidar da sua saúde de forma individualizada. Os profissionais estarão disponíveis para auxiliar em qualquer interação necessária – sem custo adicional – seja para marcar uma consulta ou resolver alguma questão administrativa.

O plano possui um dos preços mais competitivos do mercado. Com mensalidades a partir de R\$ 507,88*/mês, a depender da idade do paciente, conta também com contratação digital, ampla Rede Própria e credenciada de atendimento e área de abrangência em várias regiões de São Paulo: Arujá, Barueri, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu Das Artes, Ferraz De Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi Das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande Da Serra, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo Do Campo, São Caetano Do Sul, São Paulo, Sorocaba, Suzano, Taboão Da Serra, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.

VÍNCULOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS CRESCEM QUASE 10% EM 12 MESES

Revista Cobertura - 29/11/2021

Análise do IESS revela que o avanço no período foi puxado pela contratação de planos individuais ou familiares

No intervalo de 12 meses encerrados em setembro deste ano, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos aumentou 9,9% e atingiu a marca de 28,8 milhões de beneficiários. É o que aponta a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 63, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) – que, a partir desta edição, incluirá dados do novo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). O resultado foi impulsionado, principalmente, pela contratação de planos nas modalidades individual ou familiar (+16,1%) e de coletivo empresarial (+10%).

A NAB 63 mostra, inclusive, que em setembro de 2021, do total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 82,5% possuíam um plano coletivo. Desse grupo, 87,2% eram do tipo coletivo empresarial e 12,8% do tipo coletivo por adesão. Já no recorte por faixa etária, o principal avanço entre setembro de 2020 e 2021, foi entre os beneficiários de 59 anos ou mais (+11,3%), seguido por 19 a 58 anos (+10,1%) e até 18 anos (+8,8%).

Na análise regional, o Sul do Brasil assinalou a maior variação anual na contratação de planos exclusivamente odontológicos (+19,1%), sobretudo pelos desempenhos obtidos nos estados de Santa Catarina (+33,8%) e Paraná (+19,6%). O resultado na região Norte (+12,7%) também merece destaque, já que também ficou acima da média nacional de 9,9% entre setembro de 2020 e 2021. Nesta parte do País, o principal crescimento foi em Tocantins (+39,7%).

Em números absolutos, todos os estados tiveram crescimentos de beneficiários no período analisado, sendo o maior em São Paulo com 907.332 novos vínculos e o menor em Roraima com o acréscimo de 498 beneficiários. “Os resultados demonstram que é cada vez maior o número de brasileiros que conquistam o desejo de contar com um plano exclusivamente odontológico. A NAB 63 identificou variações positivas no número de beneficiários em todos os estados do Brasil, tanto na análise trimestral quanto anual”, avalia José Cechin, superintendente executivo do IESS.

[Para mais detalhes, acesse a íntegra da NAB 63.](#)

AMPLIAÇÃO DO ACESSO A PLANOS PASSA POR REVISÃO DO MARCO REGULATÓRIO

Estadão - 29/11/2021

Com as mudanças que o setor vem enfrentando, inclusive durante a pandemia, a lei 9.656, que foi criada em 1998 e desde então não tinha passado por nenhuma atualização, pede um olhar mais criterioso

Foi em julho deste ano que a Câmara dos Deputados, em Brasília, criou uma comissão especial para iniciar o processo de revisão da Lei 9.656, que traz regulamentações para a saúde suplementar. Aprovado há 23 anos, esse marco regulatório não havia passado por nenhum tipo de atualização.

De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), mais de 48 milhões de brasileiros são beneficiados com esse modelo de acesso a consultas, tratamentos, exames, cirurgias, entre outros. Mas esse número poderia ser muito maior. “A depender do alcance e da abrangência das mudanças, o novo marco [regulatório dos planos de saúde] poderia levar ao ingresso de 10 a 20 milhões de novos beneficiários num horizonte de até 15 anos”, afirma Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde.

Com a chegada do coronavírus, o mundo todo se voltou ainda mais forte para a saúde. Além disso, grande parte da população, seja aqui no Brasil, seja ao redor do planeta, passou a considerar o tema primordial, e a busca por opções que vão além da saúde pública aumentou. O que, muitas

vezes, barra a entrada dessas novas pessoas são os custos dos tratamentos. “E esse quesito vai ao encontro de outro ponto que é muito importante para impulsionar a revisão do marco legal: a necessidade de conter e racionalizar os custos dos sistemas de saúde, tanto públicos quanto privados, antes que a assistência se torne um bem de luxo”, alerta Vera.

O principal objetivo dessa revisão, de acordo com as associadas da FenaSaúde, é encontrar formas de ampliar o acesso aos planos de saúde, com valores acessíveis, principalmente para a camada mais velha da população, que hoje é o grupo que paga mais caro pela saúde suplementar.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017 (os últimos disponíveis) apontam que 30,2 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais.

A diretora executiva da entidade conta que a FenaSaúde ven defendendo maior acesso da população à saúde suplementar, e isso deve ser feito com o aumento na oferta de produtos. “Queremos disponibilizar coberturas mais flexíveis e aderentes à capacidade de pagamento das famílias e das empresas”, afirma.

A ideia é algo bastante parecido com o que é aplicado na contratação de seguros de carro, ou de casa, por exemplo. O cliente seleciona os serviços e coberturas mais adequados à

rotina de vida e faz a contratação. “Para quem já está no sistema, não mudaria nada: continuariam existindo as modalidades que temos desde sempre. Mas criaríamos novas opções, específicas à demanda de cada um, ampliando o acesso”, diz Vera.

Coparticipação ampliada

Outro ponto importante e defendido pela FenaSaúde a respeito dessa revisão da Lei 9.656 é a maior racionalização do uso do sistema de saúde, o que, a médio e longo prazos, resultaria em menores custos para os pacientes. “Trata-se da adoção de novos modelos de franquias e coparticipação, que funcionam ajudando a reduzir desperdícios e a fornecer estímulos para que o consumidor seja cada vez mais responsável por suas escolhas, com possível queda das mensalidades”, diz Vera.

Essas modalidades são tão importantes que os dados de julho deste ano da Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS) apontaram que 55% dos planos e seguros de saúde já utilizam algum desses dois fatores moderadores. A larga maioria (46%) adota somente a coparticipação. “Esse modelo tem se mostrado uma opção importante também para os maiores contratantes de planos de saúde no País: as empresas, que respondem por cerca de 80% das contratações. Isso porque a coparticipação auxilia a conter, junto com os funcionários, o custo que é hoje a segunda principal despesa das firmas em atividade no País: os gastos com planos de saúde”, aponta a diretora executiva da FenaSaúde.

Portanto, o momento é de urgente mudança, e que tudo seja feito de forma concreta, sempre com foco na melhoria do atendimento aos pacientes e, claro, com redução nos custos tanto para os planos de saúde quanto para seus usuários. Assim, é possível aumentar o acesso das pessoas a esse tipo de serviço tão essencial.

ALOCAÇÃO DE LEITOS PARA COVID PARA PLANOS DE SAÚDE CAI EM OUTUBRO

Agência Brasil - 25/11/2021

Taxa de ocupação alcançou 40% no mês.

O Boletim Covid-19 de novembro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), divulgado hoje (25), indica que a quantidade de leitos alocados nos hospitais para atendimento de casos de covid-19 para operadoras de saúde manteve em outubro a queda que começou a ser registrada em abril, atingindo patamar inferior ao observado em outubro de 2020. Naquele momento se dava o início da segunda onda da pandemia.

De acordo com a ANS, a taxa mensal geral de ocupação de leitos, que inclui atendimento à covid-19 e outros procedimentos, alcançou 72% em outubro. Esse é o mesmo patamar observado no mesmo mês em 2019, quando não havia pandemia. A ocupação de leitos comuns e de UTI para casos de covid-19 registrou recuo significativo. Em outubro ficou em 40%. A taxa em março deste ano chegou a 79%.

Beneficiários

O número de beneficiários de planos de saúde em outubro permanece com a tendência de crescimento observada desde julho de 2020, o que para o órgão regulador representa, mais uma vez, o interesse dos brasileiros no acesso à saúde suplementar. De acordo com a publicação, o total atingiu 48,575 milhões de beneficiários, um aumento de 0,10% em relação ao mês anterior.

Na comparação de outubro deste ano com o mesmo mês do ano passado, a contratação pelo tipo coletivo empresarial subiu 4,62% na faixa até 59 anos de idade e 3,46% acima dessa idade. Já a contratação coletivo por adesão teve

aumento de 0,68% acima dos 59 anos de idade e de 0,61% até essa idade.

Exames

A busca por exames e terapias teve queda de 1,4% na comparação com outubro de 2019. “Apontando para um retorno à normalidade na utilização desses serviços de saúde, a retomada da realização de exames e terapias eletivas é esperada para que haja a continuidade do cuidado, detecção e tratamento precoces de doenças para o adequado acompanhamento de pacientes crônicos”, diz o boletim.

O número de exames RT-PCR para detecção da covid-19 realizados em julho deste ano caiu 23,8 % em relação ao mês anterior, retornando ao patamar de novembro de 2020. No caso dos exames de pesquisa de anticorpos, o recuo foi ainda maior, com redução de 42,81% de junho para julho.

Consumidores

Em outubro deste ano, o total de reclamações registrou um aumento de 4,5%, em relação a setembro. Segundo a ANS, essas reclamações foram passíveis de intermediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Já as demandas relacionadas à covid-19, caíram e alcançaram 384 no mês.

“Do total de queixas relacionadas ao coronavírus, 39% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento para a doença. A intermediação de conflitos feita pela ANS, entre consumidores e operadoras, tem resolvido mais de 90% dessas reclamações”, informa o documento.

Dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 49 operadoras que têm rede própria hospitalar. A avaliação dos índices econômico-financeiros levou em consideração dados

de 105 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e análise de inadimplência. “Juntas, as operadoras respondentes para esses grupos de informação compreendem 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares”, informou.

HAPVIDA COMPRA HOSPITAL OCTAVIANO NEVES POR R\$ 134 MILHÕES

CNN Brasil - 25/11/2021

Hapvida assumirá o montante de até R\$ 16 milhões de dívida líquida apurada na data-base da compra, que ainda pode sofrer ajustes

A Hapvida anunciou que sua subsidiária Ultra Som Serviços Médicos fechou contrato de compra de pelo menos 73% do Hospital Octaviano Neves, localizado em Belo Horizonte (MG).

A operação pode chegar a 100% do capital da empresa, com valor de R\$ 134 milhões, que inclui o imóvel do hospital e o estacionamento e a clínica anexos à unidade.

O hospital foi fundado em 1964 e, segundo a Hapvida, oferece atendimento numa região

privilegiada de Belo Horizonte, com estrutura de assistência médica completa, incluindo maternidade, pronto-atendimento, laboratório de análises clínicas, serviço de diagnóstico por imagem, atendimento ambulatorial para diversas especialidades e centro cirúrgico.

O hospital, com 7,9 mil m² de área construída, conta com 156 leitos operacionais incluindo 45 leitos de UTI, sendo 30 de UTI neonatal e 15 de UTI adulto.

A operadora lembra que a região de saúde que engloba a grande Belo Horizonte conta com uma população de mais de 6 milhões de habitantes e cerca de 2 milhões de beneficiários de planos de saúde privados.

“A transação é sinérgica do ponto de vista operacional uma vez que o Hapvida possui, atualmente, cerca de 320 mil beneficiários em planos de saúde na região”, afirma a companhia em fato relevante.

A Hapvida assumirá o montante de até R\$ 16 milhões de dívida líquida apurada na data-base da compra, que ainda pode sofrer ajustes. A operação não prevê direito de retirada.

PREÇOS DE INSUMOS HOSPITALARES COMEÇAM A CAIR APÓS AUMENTO NA PANDEMIA

Folha UOL - 24/11/2021

Redução de internações por Covid deve levar valores a patamares pré-crise sanitária.

A pandemia levou a uma elevação expressiva dos preços de medicamentos comprados por hospitais.

Com a abertura de milhares de leitos, a demanda e o valor dos remédios necessários para a intubação de pacientes, por exemplo, explodiram.

Mas a redução nos de casos de Covid e nas internações pela doença deve reaproximar os preços daqueles praticados antes da crise sanitária.

No acumulado dos últimos 12 meses, a evolução do valor dos insumos hospitalares foi menor do que o IPCA: 9,2% contra 10,2%. Na esteira de uma redução de 2,3% em agosto, o preço médio dos medicamentos comprados por hospitais no Brasil caiu 1,3% em setembro, o quarto mês seguido de queda.

É o que mostram os últimos dados divulgados pela Fipe (Fundação Instituto de Pesquisa Econômica) para o índice IPM-H (Índice de Preços de Medicamentos para Hospitais). Desenvolvido em parceria com a empresa Bionexo, a medida é calculada com base nas transações realizadas pela plataforma entre fornecedores e hospitais no país.

“A história do índice no último período é a história da pandemia”, afirma Bruno Oliva, coordenador de pesquisas da Fipe.

Os valores dos insumos hospitalares evoluíam, desde 2015, ao mesmo passo que o IPCA. Em meados de 2020, porém, o IPM-H se descolou da inflação. Em parte, em função da desvalorização cambial e do seu efeito sobre a formação de preços de produtos transacionados no mercado internacional. Contudo, a pandemia foi determinante.

“Quando você olha a oscilação do índice, você identifica claramente as ondas de contágio pela Covid-19. A cada

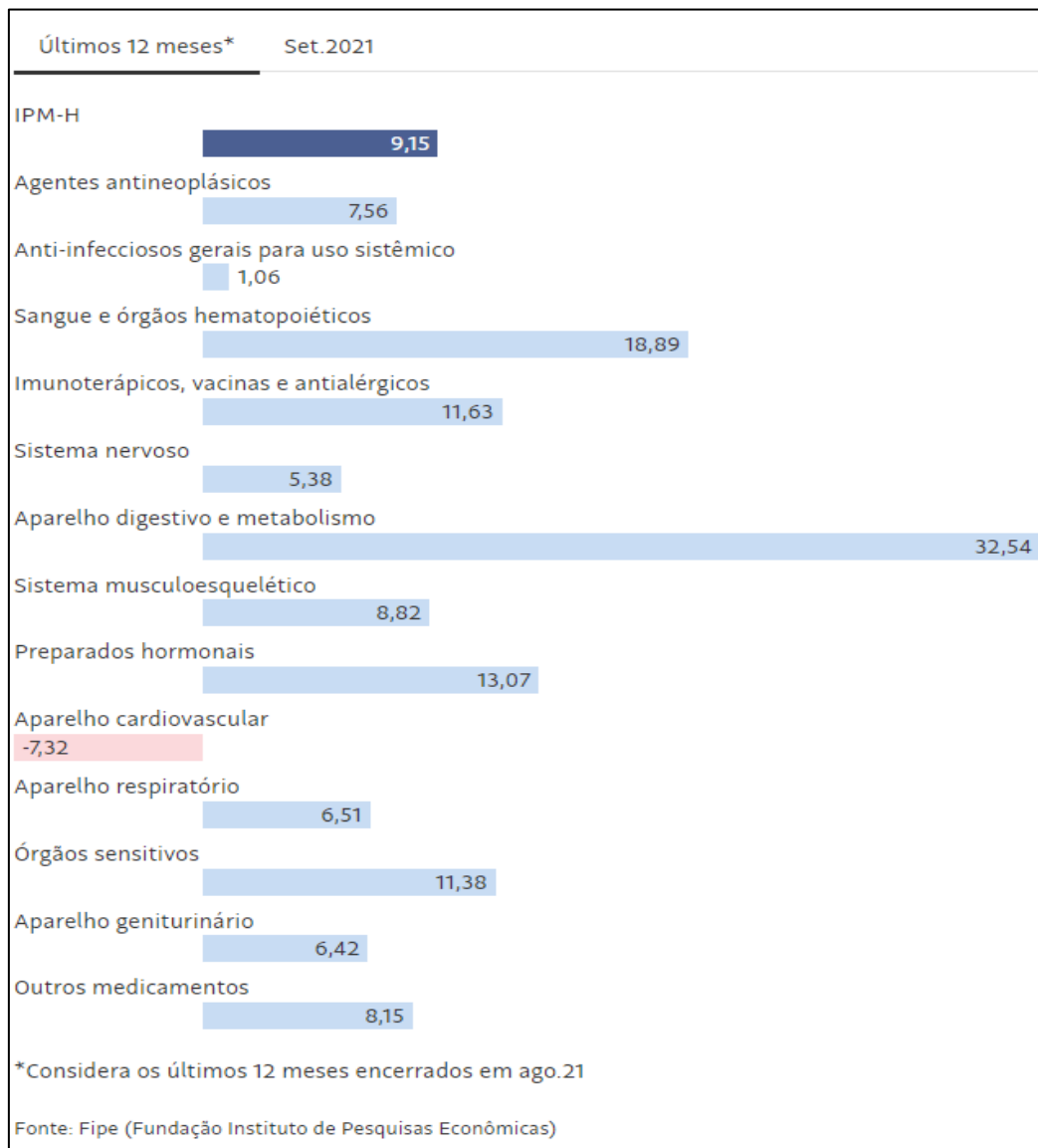
momento de alta da hospitalização, observávamos um grande aumento da demanda por remédios associados ao cuidado dos pacientes e a elevação dos preços”, diz Oliva.

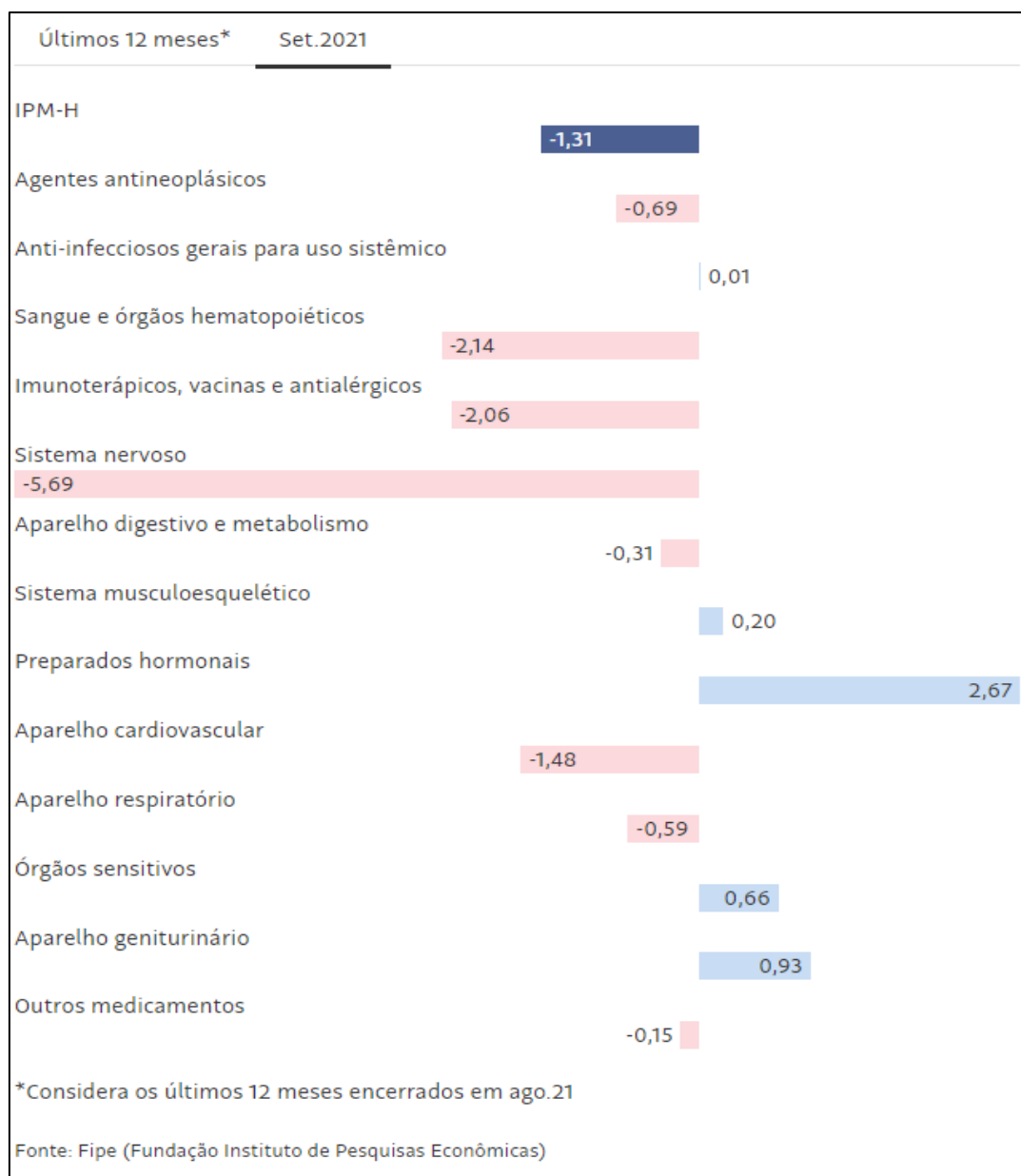
“Vemos agora a desvalorização dos grupos de medicamentos cujos preços mais subiram. E isso deve se verificar ainda nos próximos meses”, completa.

Variação dos valores de medicamentos hospitalares

Redução nas internações por Covid deve reaproximar preços daqueles praticados antes da pandemia

Variação do IPM-H e dos índices dos grupos terapêuticos, em %.





No pico da pandemia, houve um aumento expressivo do valor do chamado kit intubação. E, embora os últimos meses registrem queda dos preços médios dos insumos hospitalares, o forte aumento ao longo da crise sanitária faz com que os valores continuem bem acima daqueles praticados no período anterior.

Um estudo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) mostrou que, entre 2019 e os três primeiros meses de 2021, o preço do relaxante muscular rocurônio, utilizado em pacientes sob ventilação mecânica, subiu 216%. Já o Midazolam, anestésico usado no processo de intubação, teve aumento de 524%.

Segundo Vera Valente, diretora-executiva da entidade, 2021 tem sido uma tempestade perfeita para as operadoras de planos de saúde. Se em 2020 muitos procedimentos eletivos foram cancelados, neste ano elas tiveram que lidar com as consequências do represamento dessas consultas e cirurgias

ao mesmo tempo em que a segunda onda da Covid lotava os hospitais.

“Tivemos um grande aumento do número de pacientes internados e do custo dessas internações. Os hospitais entraram em desespero com a falta do kit intubação e foram atrás de fornecedores em todas as partes do mundo”, diz ela.

Uma das causas da alta expressiva dos preços de insumos hospitalares foi, justamente, gargalos de oferta. Para o economista do IEDI (Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial) Rafael Cagnin, o problema teria sido ainda maior se as empresas nacionais não tivessem reagido aos primeiros sinais da crise e acumulado estoques de insumos importados.

Quando esses estoques acabaram, porém, a capacidade limitada de produção da cadeia global e dificuldades logísticas impostas pela pandemia agravaram o quadro. O que revelou, segundo Cagnin, a vulnerabilidade de um sistema produtivo nacional que perdeu a capacidade de competir com os fabricantes de insumos chineses e indianos.

“O acúmulo de estoque foi uma alternativa pontual, mas ela é onerosa e não resolve o problema da vulnerabilidade da nossa cadeia produtiva”, afirma ele.

PREVENÇÃO E USO DE DADOS AJUDAM A REDUZIR CUSTOS DAS OPERADORAS

Folha UOL - 24/11/2021

Modelos de assistência podem ser alívio para novos gastos do setor, segundo especialistas

Para garantir maior acesso aos planos de saúde, as operadoras devem rever os modelos de assistência, pensando no melhor cuidado para o paciente. Assim, é possível saber como gastar melhor os recursos.

Isso é o que defende Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, que representa 15 grupos de operadoras e seguros privados. Ela foi uma das participantes da 4ª edição do Seminário Saúde Suplementar, promovido pela Folha na última segunda (22).

Em abril deste ano, o número de beneficiários em planos privados superou a marca de 48 milhões, alcançando o maior patamar desde 2016, conforme dados da ANS (Agência Nacional de Saúde).

Valente diz que o setor não é concorrente do SUS e que ele serve para aliviar a demanda da rede pública. “A pandemia mostrou que é muito importante atuarmos de forma integrada [com o SUS]. Isso beneficia a todos.”

Apesar do crescimento no número de usuários, os planos enfrentam desafios para lidar com os custos. Entre os motivos estão a mudança de perfil das doenças, o aumento do uso da tecnologia e maior longevidade da população.

Uma das alternativas é a gestão ativa de saúde, afirma Pablo Cesário, responsável pelo relacionamento com o Poder Executivo na CNI (Confederação Nacional da Indústria). Com o método, as operadoras traçam um perfil do cliente para agir de forma precoce em relação às doenças que ele possa desenvolver.

“Controle diabetes e pressão alta e 80% dos seus gastos serão minorados. A melhor forma de tratar a doença é não tê-las.”

Para que isso se torne mais frequente, seria necessário promover uma ampliação nos sistemas de informação, de acordo com Francisco Vignoli, médico e sócio-diretor da consultoria B2 Saúde & Bem Estar. Segundo ele, as empresas precisam investir em transparência de dados.

Apostar no uso de dados é o que tem sido feito no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em São Paulo. A unidade Vergueiro, na zona sul da cidade, tem investido em um modelo de previsibilidade.

Os custos são pré-definidos pelo prestador e a operadora. Caso o valor de um procedimento seja maior do que o combinado, o hospital arca com o excesso. Mas, quando as despesas são menores, a unidade fica com a diferença.

José Marcelo de Oliveira, diretor-presidente do hospital, diz que foi criada uma integração das informações. Os dados do paciente formam um histórico, que pode ser usado sempre que necessário. Com isso, é possível estimar de forma mais precisa as despesas a serem gastas.

Iniciativas de clínicas e hospitais para diminuir custos devem ser reguladas, diz Cesário, da CNI. Assim, é preciso que haja transparência no uso de dados dos pacientes.

Modelos verticalizados, nos quais há investimento das operadoras em rede própria, também reduzem despesas. Entretanto, Valente diz que o usuário tem mais liberdade quando há mais opções para escolher, embora os dois sistemas sejam bons.

NOVOS PLANOS DE SAÚDE OFERECEM MÉDICO DA FAMÍLIA QUE ACOMPANHA USUÁRIO

Folha de São Paulo - 24/11/2021

Convênios investem em redes próprias de atendimento e fazem parcerias com hospitais de referência.

Novas operadoras têm tentado se desvincular dos modelos tradicionais de planos de saúde. Entre as novidades oferecidas,

está a ampliação do serviço de médico de família, responsável por acompanhar o paciente, e a aquisição de clínicas e hospitais próprios.

Criada em junho de 2020 em São Paulo, a startup Alice disponibiliza uma equipe fixa para cada paciente, com médico de família, preparador físico, enfermeiro e nutricionista. O acompanhamento é feito por um aplicativo desenvolvido pela empresa e na clínica da operadora. Hoje, são atendidas cerca de 5.000 pessoas.

O usuário também tem acesso a um hospital de referência escolhido por ele. Entre os parceiros da startup estão o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo.

Ricardo Queiroz, 30, especialista em inovação, é usuário do plano há um ano e um mês. Ele realiza checkups trimestrais com seu médico e todo mês tem consulta com nutricionista e preparador físico.

"Quando procurei a Alice, uma das coisas de que gostei é que não é um plano para tratar doenças. A empresa faz a gestão da minha saúde."

Por meio do aplicativo, o usuário tem acesso à sua equipe de especialistas. Em caso de urgência, há um canal na ferramenta que permite um atendimento mais rápido. Se houver necessidade, o paciente é encaminhado para um pronto-socorro de um dos hospitais parceiros.

Para cirurgias, as unidades hospitalares do convênio são usadas. Quando é preciso fazer exames, há a opção de usar laboratórios parceiros ou a clínica da startup, chamada de Casa Alice.

O espaço, em Pinheiros (zona oeste da capital), é uma casa-conceito, com ambientes ao ar livre e lanches que podem ser retirados após as consultas. Nos consultórios, os médicos não usam jalecos. A sala é composta por sofá e poltrona, onde o paciente e o profissional conversam.

Embora haja a intenção de construir outras unidades da clínica, o administrador Guilherme Azevedo, um dos fundadores da Alice, diz que é cedo para saber quando o serviço vai chegar a regiões periféricas. "A nossa visão a longo prazo é tornar o mundo mais saudável, começando pelo Brasil. Então, temos que criar produtos mais acessíveis. Mas isso leva um tempo."

Desde que começou a atuar, a startup já baixou o preço do plano para pessoas com 30 anos, que custava aproximadamente R\$ 900 no modelo mais barato, para R\$ 579. A opção mais cara para essa faixa etária sai por volta de R\$ 1.400. Para pessoas acima de 60 anos, o preço pode passar de R\$ 5.500, de acordo com simulação feita no site.

Todos os planos garantem acesso à Casa Alice e ao serviço digital; o que muda é o hospital de referência.

Com um pouco mais de um ano de operação, a Qsaúde, outro plano de São Paulo, oferece uma rede de atendimento

interligada, com acesso ao histórico do usuário. Quando assina o contrato, o paciente passa por uma entrevista, na qual é traçado seu perfil epidemiológico.

Com os dados coletados, é feita uma estratificação de risco, na qual são avaliadas abordagens para cuidar da saúde do cliente, explica Ricardo Casalino, diretor médico da startup. A partir disso, o usuário é vinculado a uma equipe composta por médico de família e enfermeiro.

Por meio do aplicativo do plano, o paciente consegue entrar em contato com os especialistas e fazer suas consultas. Ele também tem acesso a atendimento presencial em clínicas e hospitais parceiros.

A administradora de empresas Miriam Mitiê Iamamoto Viel Ferro, 40, está na sua segunda gravidez, e, como é uma gestação de risco, é monitorada pela enfermeira Renata Gama de forma remota.

Miriam contratou o serviço em março e já vê diferença em relação aos planos convencionais. "[O modelo tradicional] é mais impessoal, o acompanhamento não é tão de perto."

Outra operadora que aposta no contato direto com o paciente é a Leve Saúde, focada em pessoas com mais de 45 anos.

O plano atende no estado do Rio de Janeiro, nas cidades de Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu e São Gonçalo, além da capital. Com mais de um ano de operação, tem cerca de 11 mil associados.

Para aderir ao convênio, o contratante é submetido a uma entrevista. Depois, fica com uma equipe médica à disposição. Segundo Claudio Borges, diretor comercial da empresa, cada grupo de especialistas é responsável por acompanhar 2.000 beneficiários.

Do total de usuários, 65% têm mais de 60 anos, sendo que 300 deles estão com mais 90. O preço médio para a última faixa etária é de R\$ 730.

O aposentado Manuel da Silva, 77, já teve outros planos, que custavam cerca de R\$ 1.700 mensais --hoje, ele paga R\$ 800. Além do preço mais baixo, Silva diz que sente diferença no atendimento. Todo mês, a médica de família entra em contato com ele e, se preciso, o encaminha para a clínica. "Tenho um médico para chamar de meu."

A Leve Saúde também tem investido em uma rede própria. A empresa já comprou duas unidades hospitalares, uma na Baixada Fluminense e outra na zona norte, e quatro policlínicas na capital.

Embora o modelo de acompanhamento seja oferecido como um diferencial pelas novas operadoras, algumas companhias tradicionais têm criado serviços parecidos.

"Há empresas que já surgem nessa nova realidade, mas isso não é impedimento para que as mais tradicionais adotem esses recursos", afirma Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Esse é o caso da Seguros Unimed, que, junto da Central Nacional Unimed, criou a iniciativa Cuidando de Perto, que envolve uma série de programas de acolhimento.

Um deles é o de Covid, no qual a operadora oferece fisioterapia, apoio psicológico e outras formas de cuidado para quem já teve a doença.

Luís Fernando Rolin Sampaio, diretor-executivo da empresa, diz que houve crescimento de quase 100% do uso do plano nos seis meses após a alta desses pacientes. "Eles saem com sequelas que demandam cuidados."

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

© 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.