

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de julho de 2021



ÍNDICE INTERATIVO

[Bolsonaro veta obrigação de planos de saúde de fornecer quimioterapia domiciliar via oral](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde de autogestão gastam R\\$ 24,5 mil por processo, diz pesquisa](#) - Fonte: ConJur

[Quatro empresas da saúde cancelam IPO; desistências já somam 55 em 2021](#) - Fonte: Valor Econômico

[Resultados da Telemedicina no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Perfil dos brasileiros com planos médico-hospitalares](#) - Fonte: IESS

[Entidade aponta que telemedicina salvou mais de 75 mil vidas entre 2020 e 2021](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde financeira das operadoras de saúde é prejudicada por gastos excessivos](#) - Fonte: G1

[Audiência Pública vai tratar de alterações no Programa de Acreditação de Operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde: reclamações sobre reembolsos crescem 23% em 2021](#) - Fonte: Band (UOL)

[Urgências em saúde mental crescem na pandemia e atendimento remoto se consolida como opção de suporte](#) - Fonte: Terra

[Boletim Covid-19: número de beneficiários mantém crescimento em junho](#) - Fonte: GOV (ANS)

BOLSONARO VETA OBRIGAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE DE FORNECER QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR VIA ORAL

Valor Econômico – 26/07/2021

O governo federal argumentou que a medida, caso entrasse em vigor, causaria impacto financeiro ao mercado de planos privados e isso resultaria em aumento nos valores pagos pelos segurados

O presidente Jair Bolsonaro (sem partido) vetou na noite desta segunda-feira (26) projeto de lei que prevê a obrigatoriedade de planos privados de saúde fornecerem cobertura para tratamentos domiciliares de uso oral contra o câncer.

O governo federal argumentou que a medida, caso entrasse em vigor, causaria impacto financeiro ao mercado de planos privados e isso resultaria em aumento nos valores pagos pelos segurados.

A proposta, de autoria do senador Reguffe (Podemos-DF), foi aprovada pelo Congresso no primeiro dia do mês de julho.

O texto aprovado por ampla maioria dos votos, tanto no Senado como na Câmara dos Deputados, altera a Lei dos Planos de Saúde e torna obrigatória a cobertura de quimioterapia domiciliar de uso oral e de medicamentos que controlem seus efeitos colaterais. A condição é que haja prescrição médica e que os remédios usados tenham registro na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), com uso aprovado para essa finalidade.

Estariam incluídos tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia entre as coberturas obrigatórias dos planos privados de assistência à saúde. Passariam a ter cobertura, igualmente, medicamentos para controle de efeito adverso ao tratamento e medicamentos adjuvantes à quimioterapia oncológica.

O fornecimento dos medicamentos seria feito por rede própria dos planos de saúde, credenciadas, contratadas ou referenciadas. O projeto de lei ainda estabelece um prazo de 48 horas para que a medicação seja entregue e o fornecimento pode ocorrer de maneira fracionada por ciclo. Seria também preciso comprovar que o paciente ou seu representante legal recebeu as orientações sobre a administração do medicamento.

No fim de semana, o autor da proposta escreveu em suas redes sociais que esteve com o ministro Marcelo Queiroga para pedir apoio para a sanção do projeto.

"Estive hoje no Ministério da Saúde para pedir o apoio do ministro à sanção do PL [projeto de lei] da quimio oral, de minha autoria, que vai ajudar milhares de pacientes com câncer", escreveu o senador Reguffe.

Ao justificar o veto, o governo argumenta que a inclusão de medicamentos de forma automática, sem uma devida avaliação da ANS (Agência Nacional de Saúde) para a incorporação de medicamentos no rol de procedimentos e eventos em saúde, iria contrariar o interesse público.

Isso porque deixaria de levar em conta "aspectos como a previsibilidade, transparência e segurança jurídica aos atores do mercado e toda a sociedade civil, de forma a comprometer a sustentabilidade do mercado", afirma nota divulgada pela Secretaria de Comunicação da Presidência.

O texto também afirma que poderiam ser criadas "discrepâncias no tratamento das tecnologias e, conseqüentemente, no acesso dos beneficiários ao tratamento das tecnologias e, conseqüentemente, no acesso dos beneficiários ao tratamento de que necessitam, privilegiando os pacientes acometidos por doenças oncológicas que requeiram a utilização de antineoplásicos orais", completa.

O governo também afirma ter sido necessário vetar integralmente o projeto porque a obrigatoriedade de cobertura do antineoplásico em 48 horas após a prescrição médica também poderia criar "substancial inequidade" de acesso a novas tecnologias para beneficiários dos planos de saúde. Isso porque permitiria que uma determinada tecnologia ou medicamento pudesse ser incorporada para compor o rol de coberturas obrigatórias, sem a aprovação da ANS.

"Por fim, ao considerar o alto custo dos antineoplásicos orais e a imprevisibilidade da aprovação e concessão dos registros pela Anvisa, existiria o risco do comprometimento da sustentabilidade do mercado de planos privados de assistência à saúde, o qual teria como consequência o inevitável repasse desses custos adicionais aos consumidores, de modo a encarecer, ainda mais, os planos de saúde, além de trazer riscos à manutenção da cobertura privada aos atuais beneficiários, particularmente os mais pobres" afirma a nota.

PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO GASTAM R\$ 24,5 MIL POR PROCESSO, DIZ PESQUISA

ConJur – 26/07/2021

Processos judiciais custaram cerca de R\$ 30 milhões para operadoras de planos de saúde do modelo autogestão, entre 2017 e 2019. A conclusão é da Pesquisa Nacional Unidas 2021, em parceria com a Fundação Dom Cabral, que analisou dados de 56 empresas, cujas carteiras somam quase três milhões de beneficiários.

No sistema de autogestão, a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra a assistência à saúde de seus funcionários ou associados, sem fins lucrativos. O modelo é bastante popular, por exemplo, entre setores do próprio Judiciário.

Segundo a pesquisa da Unidas, no período de três anos as 56 operadoras integraram 1.225 processos, cujo gasto médio

por ação é de R\$ 24,3 mil. Danos morais (34%), seguido de reclamações sobre reajuste dos planos (15%) são os principais motivos das disputas judiciais entre operadoras e beneficiários.

No período contemplado pela pesquisa, os gastos com os processos cresceram ano a ano — de R\$ 9,6 milhões em 2017 para R\$ 9,8 milhões no período seguinte e, finalmente, R\$ 11,1 milhões em 2019.

Dos 1.225 processos, apenas 42 foram submetidos ao Núcleos de Apoio ao Judiciário (NatJus), criados para auxiliar a tomada de decisões dos magistrados em meio ao cenário de hiperjudicialização da saúde suplementar.

QUATRO EMPRESAS DA SAÚDE CANCELAM IPO; DESISTÊNCIAS JÁ SOMAM 55 EM 2021

Valor Econômico – 26/07/2021

Hospital Care, Teuto Brasileiro, Kora Saúde e Bionexo cancelaram suas ofertas públicas iniciais de ações.

Quatro empresas da área de saúde desistiram de suas ofertas públicas iniciais de ações (IPOs, na sigla em inglês). Hospital Care Caledonia, Laboratório Teuto Brasileiro, Kora Saúde e Bionexo cancelaram suas operações, que seriam realizadas via Instrução 400 (que dispõe sobre as ofertas públicas em geral), segundo consta no site da Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

Com isso, as desistências de IPO este ano já somam 55 casos, ainda de acordo com os dados da CVM. O número, no entanto, inclui empresas que desistiram da oferta via CVM 400, mas acabaram emplacando IPO com esforços restritos,

via Instrução 476 (que versa sobre ofertas restritas, feitas apenas para investidores profissionais convidados). É o caso de Dotz, Livetech, 3Tentos, Agrogalaxy, BR Partners, G2D, Infracommerce, entre outras.

Com as desistências e muitas empresas que conseguiram emplacar seus IPOs nas últimas semanas, a fila de companhias com prospecto preliminar protocolado, que já chegou a mais de 40 empresas este ano, agora está com apenas 22.

Está semana estão previstas as precificações de pelo menos quatro ofertas: Armac e TradersClub, nesta segunda-feira (26), Brisanet (terça-feira) e Clear Sale (quarta-feira).

RESULTADOS DA TELEMEDICINA NO BRASIL

Saúde Business – 26/07/2021

O especialista em direito médico e da saúde com mais de 20 anos de experiência, Osvaldo Simonelli, repercute sobre o aumento da Telemedicina no Brasil e as mudanças legislativas pós-pandemia

Entre 2020 e 2021, mais de 7,5 milhões de atendimentos foram realizados, por mais de 52,2 mil médicos, via telemedicina no Brasil. 87% deles foram das chamadas primeiras consultas. Pouco mais de um ano após a aprovação pelo Congresso a Lei 13.989 já apresenta impactos no sistema de saúde. Um avanço que, inegavelmente, já alterou a dinâmica do sistema de saúde no Brasil.

Dados levantados pela Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital, mostram que o índice de resolutividade dos atendimentos nas consultas de pronto

atendimento foi de 91%, ou seja: pacientes tiveram suas queixas resolvidas e não precisaram recorrer ao pronto-socorro em segunda instância. A organização estima que 75 mil vidas tenham sido salvas no Brasil com a telemedicina.

A aprovação da lei garantiu atendimento remoto durante o período crítico em que autoridades de saúde recomendavam o distanciamento social. A prática de teleconsulta era restrita no Brasil, mas, pressuposto aprovado em novembro do ano passado, garantiu ao Conselho Federal de Medicina a possibilidade de regulamentá-la após o fim da emergência sanitária. Avanços desta natureza na legislação favorecem a todos.

A regulamentação definitiva da telemedicina está em discussão no Congresso, mas enfrenta certa resistência do ponto de vista ético

pelo Conselho Federal de Medicina, que defende a liberação como retorno — e não como primeira consulta. Para além do debate sobre a aplicabilidade do benefício da assistência remota, está o fato incontestável de que o suporte médico ampliado já favorece pessoas em todo o país. Toda mudança no ordenamento jurídico que traga avanços e melhorias merece atenção e respeito.

A Telemedicina está regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, desde 2002, via Resolução número 1643. É definida como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde. De acordo com o texto, o médico deverá informar ao paciente todas as limitações próprias do uso da telemedicina, já que não é possível realizar exame físico durante a consulta.

Ainda segundo a lei, a prestação desse serviço seguirá os mesmos padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação aos pagamentos. Não cabe ao poder público custear ou pagar por tais atividades quando não for exclusivamente serviço prestado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

É preciso, no entanto, no nascedouro dessa prática, já eliminar quaisquer possibilidades de eventuais contestações judiciais. Se não for bem conduzido esse processo de amadurecimento da aplicação da lei, teremos uma onda de judicializações de

demandas geradas por desconhecimento da população e da própria classe médica com relação à nova prática da teleconsulta. O debate é sempre a melhor forma de evitar problemas futuros.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), quem quiser ser atendido via teleconsulta deve procurar a sua operadora de plano de saúde, que deve oferecer uma opção ao usuário. Caso o cidadão tenha preferência por um estabelecimento de saúde específico e esse não realize o atendimento a distância, cabe à operadora indicar um profissional ou estabelecimento da rede credenciada do plano para este tipo de atendimento.

O sistema de saúde, de modo geral, ainda está se adaptando para esta nova demanda. É preciso que a população se informe e, neste momento, quanto maior for o debate público sobre o tema, melhor. Independentemente do método e tipo de tecnologia utilizados, a ANS destaca que devem ser observadas a segurança e a privacidade dos dados de saúde dos beneficiários. Essas são informações protegidas por legislação especial.

Ainda de acordo com a ANS, os hospitais e clínicas não são obrigados a oferecer a opção da telemedicina, mas a operadora de plano de saúde deve ter alguma instituição em sua rede que ofereça essa modalidade de atendimento. Vamos, pouco a pouco, avançando nessa questão com foco em melhorar de forma ampla o sistema de saúde no Brasil.

PERFIL DOS BRASILEIROS COM PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES

IESS – 25/07/2021

Você já deve ter visto aqui que mostramos um pouco melhor quem são os brasileiros beneficiários de planos médico-hospitalares. A publicação “Perfil, características do emprego e avaliação dos beneficiários de planos de saúde de assistência médica no Brasil” debruçou-se sobre dados do IBGE, especialmente ao analisar as informações da Pesquisa Nacional de Saúde realizada entre junho e agosto de 2019, e divulgada no final do ano de 2020.

O texto para discussão, portanto, revelou que dos 209,6 milhões de brasileiros naquele ano, 54,6 milhões (ou 26% da população brasileira) possuíam um plano de saúde de assistência médica particular, de empresa ou órgão público, e 155 milhões (74%) não tinham acesso à saúde suplementar (utilizavam esses serviços por meio do Sistema Único de Saúde ou pagavam os serviços do próprio bolso). E ainda apresentou uma série de dados sobre esses beneficiários, como gênero, escolaridade, renda, entre outros:

- Sexo: 54% eram do sexo feminino e 46%, masculino;
- Faixa etária: 24% tinham entre 0 e 19 anos, 30% entre 20 e 39 anos, 28% entre 40 a 59 anos e 18% acima de 60 anos de idade;
- Escolaridade: 37% tinham o superior completo ou incompleto, 29% o médio completo ou incompleto, 24% o fundamental completo ou incompleto e 4% não tinha instrução;

•Renda per capita: 15% ganhavam mais de 5 salários-mínimos (s.m.), 15% de 3 até 5 s.m., 49% entre 1 até 3 s.m. e 21% declararam não ter rendimento ou até 1 s.m.;

•Raça/cor: 61% se autodeclararam brancos, 30% pardos, 7% pretos, 1% amarelos e 0,2% indígenas;

•Estado civil: 42% disseram que eram casados, 35% solteiros, 6% divorciados, desquitados ou judicialmente e 5% viúvos;

•Região: 56% estavam no sudeste, 17% no sul, 15% no nordeste, 8% no centro-oeste e 4% no norte;

•Situação censitária: 97% estavam em meio urbano e 3%, rural.

Conforme apontamos, é preciso discutir o marco regulatório do setor para viabilizar o acesso a mais brasileiros por meio de maior modulação, redesenho de produtos, critérios de uso, entre outros. Essa é a primeira vez que se faz um estudo profundo para tentar entender qual o perfil dos brasileiros beneficiários de planos de saúde.

Quer conhecer melhor os brasileiros beneficiários de planos médico-hospitalares? Seguiremos trazendo outros dados nos próximos dias, [mas você já pode acessar o material na íntegra aqui.](#)

ENTIDADE APONTA QUE TELEMEDICINA SALVOU MAIS DE 75 MIL VIDAS ENTRE 2020 E 2021

Saúde Business - 23/07/2021

Graças à tecnologia, não só as mortes, como mais de 6,5 milhões de idas desnecessárias ao pronto-socorro, foram evitadas. Os dados reforçam a eficácia e a necessidade da continuidade da telessaúde no mundo pós-pandêmico

Com a aprovação da Lei nº 13.989/2020, o número de atendimentos por telemedicina vem aumentando gradativamente, garantindo e ampliando o acesso à assistência à saúde em todo o país, principal benefício que a telemedicina traz aos sistemas de saúde. Dados levantados pela Saúde Digital Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital), que representa os principais operadores de telemedicina do Brasil, mostram não só crescimento exponencial de pacientes atendidos por intermédio de tecnologias de informação e comunicação, como o de vidas salvas e de pacientes satisfeitos e com seus problemas resolvidos.

Entre 2020 e 2021, mais de 7,5 milhões de atendimentos foram realizados, por mais de 52,2 mil médicos, via telemedicina no Brasil. 87% deles foram das chamadas primeiras consultas, evitando as famosas idas desnecessárias e permitindo identificar através de exames a necessidade de um atendimento em uma unidade hospitalar.

Mais importante do que o volume de consultas e orientações realizadas à distância é o índice de resolutividade dos atendimentos, que nas consultas avulsas de pronto atendimento foi de 91%, ou seja: os pacientes tiveram seu problema resolvido e não precisaram recorrer ao pronto-socorro em segunda instância. Além disso, 1% desses

atendimentos foram essenciais para o salvamento de vidas e ainda deixaram os pacientes satisfeitos - 90% deles classificaram o atendimento como ótimo ou bom. “São mais de 75 mil vidas que podem estar entre nós, por conta do uso da telemedicina. Essa é a função da saúde digital”, ressaltou Eduardo Cordioli, presidente da Saúde Digital Brasil.

Em relação à faixa etária, 84% dos pacientes tinham entre 16 e 65 anos; 8%, 65 anos ou mais e 7% eram menores de 16 anos.

A regulamentação definitiva da telemedicina está em discussão no Congresso, mas enfrenta resistência do Conselho Federal de Medicina, que defende a liberação como retorno — e não como primeira consulta. No entanto, Cordioli reforça que essa decisão deve ser do médico, claro que sempre com a anuência do paciente.

“Limitar a utilização da telemedicina, seja determinando quando ou não uma consulta pode acontecer à distância; ou então impedindo que médicos atendam por meio das plataformas tecnológicas pacientes de outros estados diferentes dos seus, deixa a saúde ainda mais vulnerável e anula as tentativas de levar cuidados a regiões até então pouco assistidas, como contradiz um dos princípios que norteiam a bioética médica. Cabe a cada profissional, especialmente ao médico, avaliar se a consulta realizada à distância com o uso de tecnologia é adequada ou não. É essa autonomia de escolha que deve nortear o ato de cuidar das pessoas”, finaliza.

SAÚDE FINANCEIRA DAS OPERADORAS DE SAÚDE É PREJUDICADA POR GASTOS EXCESSIVOS

G1- 23/07/2021

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde, estima-se que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados

Em 2019, o segmento de saúde suplementar teve uma receita de cerca de R\$ 214 bilhões e uma despesa com assistência médica de aproximadamente R\$ 174 bilhões. No Relatório Mundial da Saúde, estima-se que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados. Logo, se estimássemos um desperdício de 20%, chegaríamos a R\$ 35 bilhões por ano.

Segundo Sigevaldo Santana, diretor administrativo do Instituto de Gestão e Humanização, especializado em Gestão da Saúde, a forma como o serviço é administrado pelos usuários não é focado na medicina preventiva. “O usuário vê o plano de saúde como um cheque em branco. Não faz exame de consciência de que o gasto excessivo vai voltar

para ele. Mas sabemos que isso é uma questão cultural”, afirma o diretor.

Mas a responsabilidade do uso consciente do plano não é só do beneficiário. Ainda segundo Sigevaldo, muitos prestadores não vêem que os planos têm uma limitação de recursos. “Prolongam os tratamentos, recorrem a métodos adicionais, quando poderiam ser mais objetivos. O que às vezes causa a sobreposição de exames por exemplo”, conta.

Com um sistema de saúde contaminado por essa cultura, algumas operadoras têm praticado restrições de acesso à rede. O que não significa uma coisa ruim para o usuário, muito pelo contrário. As evidências do valor agregado pela Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada para o cuidado, se colocam como uma boa alternativa para a melhora da qualidade assistencial.

A APS como entrada para o sistema de saúde

Mas, de que maneira a APS pode melhorar a saúde financeira das operadoras de saúde e também a assistência prestada às pessoas? Ao ser inserida na saúde suplementar, a APS atua com equipe multidisciplinar, composta por médicos de família, enfermeiros, entre outros profissionais, a pessoa fica no centro do cuidado e é atendida de maneira integral.

Para Sigevaldo, o modelo que funciona hoje quando falamos em redução de desperdício, é modelo da APS. “As operadoras que não estabelecerem o modelo de APS passarão por períodos de mudança gradativa. Não é à toa que as novas operadoras de mercado já são criadas utilizando este modelo. Eu não vejo futuro sem APS”, conta o diretor administrativo do IGH.

Há quatro elementos estruturantes na organização do serviço de APS, estabelecidos pela médica Barbara Starfield. São eles:

Acessibilidade/Acesso: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Integralidade: implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas.

Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população – que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento.

Coordenação do cuidado: requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual).

Vantagens para toda cadeia de saúde

Com a Atenção Primária à Saúde, todos os atores do segmento de saúde suplementar são beneficiados. “Os

beneficiários, por exemplo, contam com uma equipe de profissionais, que conhece seu histórico de saúde e está pronta para atendê-los em todas as fases da vida”, as pessoas ficam com um médico para chamar de “seu”, explica Vilma Dias, diretora de relações institucionais e de produtos da AsQ, empresa especializada em Gestão de Saúde para operadoras e empresas.

Essa equipe tem abrangência nos atendimentos, pois trabalham com a promoção da saúde, a prevenção de agravos e de doenças, aceleram diagnósticos e de forma tempestiva iniciam os tratamentos. Também atuam apoiando o autocuidado das pessoas atendidas para que as mesmas continuem o cuidado em casa de forma adequada.

“As operadoras de saúde também percebem, ao longo do tempo, melhora na saúde financeira do plano, uma vez que mais de 80% dos problemas de saúde trazidos são resolvidos pela equipe de Atenção Primária. Assim, há melhor uso dos recursos, melhor coordenação do cuidado e constrói-se uma rede de cuidados, centrada nas conquistas das pessoas, conforme sua singularidade”, conta Vilma.

A repetição de exames no Brasil

Em países como Austrália e Canadá, a média anual de ressonância por mil habitantes é de 51 e 54,5 respectivamente. Enquanto isso, na saúde suplementar brasileira esse número chega a 179, ou seja, muito acima da média de países desenvolvidos.

Não é possível afirmar que este número esteja relacionado a desperdícios ou questões culturais, já que temos um cenário mais amplo, onde podemos relacionar a traumas, por exemplo, onde seguramente países desenvolvidos terão um número bem inferior. Mas será que clínicas de imagem não teriam interesse nessa prescrição de exames?

Segundo Sigevaldo, é possível que sim, porém ele ressalta que não temos só isso na saúde suplementar. O SUS também pode ser uma vítima potencial desse cenário.

O fato é que se cada um fizer sua parte, beneficiários, prestadores e operadoras de planos de saúde, aí sim, será possível se chegar a uma sustentabilidade do sistema como um todo.

Acesse mais conteúdos sobre saúde preventiva no [canal "A resposta é saúde"](#), no G1.

AUDIÊNCIA PÚBLICA VAI TRATAR DE ALTERAÇÕES NO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

GOV (ANS) – 22/07/2021

Evento acontecerá no dia 30 de julho, das 9h30 às 12h30, com transmissão pelo canal da ANS no YouTube.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza no próximo dia 30 de julho, das 9h30 às 12h30, a Audiência Pública nº 18, que tem como objetivo colher subsídios para a proposta de alterações necessárias na norma do Programa

de Acreditação de Operadoras – Resolução Normativa nº 452, de 9 de março de 2020.

A audiência será realizada remotamente, com transmissão pelo canal da ANS no YouTube. Para participar, é preciso se inscrever até as 17h do dia 28 de julho. [Clique aqui](#) para fazer sua inscrição. Será permitido aos interessados apresentar uma pequena exposição sobre a proposta de alteração, de acordo com o que está estabelecido no [Regimento Interno](#).

Os documentos referentes à audiência, como Regimento Interno, exposições de motivos, minuta da Resolução Normativa e um quadro comparativo do texto atual da norma e o proposto estão disponíveis no site da ANS. Para visualizá-los, [clique aqui](#).

Posteriormente, nesta mesma área, ficarão também a gravação da audiência e um relatório com os subsídios que forem recebidos.

Programa de Acreditação de Operadoras

O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. As alterações propostas tratam de atualização de normas revogadas, alterações textuais para dar maior clareza às regras e correção de um item de verificação (desdobramento em dois itens).

Para outras informações, acesse a [página do programa no site da ANS](#).

PLANOS DE SAÚDE: RECLAMAÇÕES SOBRE REEMBOLSOS CRESCEM 23% EM 2021

Band (UOL) – 22/07/2021

Associação que representa os planos de saúde alega reflexo do aumento geral nos atendimentos

Aumentaram as reclamações contra os planos de saúde por dificuldades para conseguir reembolso para exames e tratamentos.

Agora tudo é feito pela internet. Quando o cliente paga alguma despesa médica do próprio bolso, e pode pedir o reembolso do convênio, tem que juntar vários documentos. Ainda assim, o pedido pode ser negado.

Foi o que ocorreu com a médica Fabiana Feijão, que paga R\$ 16 mil por mês para que filho seja atendido numa clínica psiquiátrica. Há dois anos, ela não consegue os reembolsos - nem com ordem judicial.

“A instituição que meu filho está é isenta da emissão de nota fiscal. Ainda assim, o convênio sempre me responde que não vai pagar porque eu não apresentei esse documento específico, que é a nota fiscal.

Os usuários de planos de saúde têm encontrado mais dificuldade para conseguir o reembolso do valor pago por

cirurgias, procedimentos ou consultas. E boa parte das queixas vai parar na Justiça.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no primeiro semestre de 2021, as queixas cresceram 23% se comparadas ao mesmo período de 2020.

Foram 10.802 reclamações. A associação que representa os planos de saúde diz que é um reflexo do aumento geral nos atendimentos.

“Voltamos aos patamares antigos. O volume de utilização está muito grande, e aí muito provavelmente da ordem de 20 a 30% maior nesse segundo trimestre”, justificou Marcos Moraes, superintendente da Abramge.

Quem não consegue solucionar o problema na ouvidoria do plano pode procurar a ANS. A advogada Renata Severo defende que as informações sejam mais claras para o consumidor.

“Essas tabelas precisam estar disponíveis para o consumidor, seja na sede do plano de saúde, para a pessoa ir até lá consultar ou na internet. Isso nem sempre acontece”, finaliza.

URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL CRESCEM NA PANDEMIA E ATENDIMENTO REMOTO SE CONSOLIDA COMO OPÇÃO DE SUPORTE

Terra – 22/07/2021

Planos de saúde registram crescimento de demanda por consultas de telessaúde. Suporte multidisciplinar também evolui

Isolamento social, medo do contágio da doença, preocupação em perder o emprego e a insegurança causada por quem

perdeu renda são alguns dos possíveis motivos para o aumento no atendimento de casos relacionados à saúde mental. De acordo com uma pesquisa recente realizada pelo Instituto Ipsos, encomendada pelo Fórum Econômico Mundial, 53% dos brasileiros declararam que seu bem-estar mental piorou um pouco ou muito em 2020, em relação com

o período anterior ao início da pandemia. O Brasil ocupa o quinto lugar com o pior resultado, sendo a Turquia em primeiro lugar com 61%, seguido por Chile e Hungria, ambos com 56% e Itália com 54%.

Desde o início da pandemia até maio deste ano, o canal de telessaúde da Amil registrou mais de 6.500 atendimentos de urgência em saúde mental. O maior pico de atendimentos foi em maio, com cinco vezes mais consultas que em janeiro de 2021. Além do atendimento de urgência, a operadora oferece acompanhamento integral para casos graves e complexos a partir de um programa de Saúde Mental com equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente

social, enfermeiro e médico de família. Durante a pandemia, esse serviço registrou um aumento de demanda de 53%, com predominância de pacientes mulheres (71%) e idade média de 40 anos.

"Diante de um aumento substancial do número de casos de adoecimento mental em meio a uma pandemia, a telessaúde tem cumprido um papel fundamental no acompanhamento e manutenção do tratamento dos pacientes, verificando evidências de melhora ou de agravamento do quadro em tempo oportuno de intervenção", explica a psicóloga e coordenadora do Programa de Saúde Mental da Amil, Nathalia Pereira.

BOLETIM COVID-19: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS MANTÉM CRESCIMENTO EM JUNHO

GOV (ANS) - 21/07/2021

Ocupação de leitos para atendimento a casos de Covid-19 apresenta queda em comparação com os últimos meses

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quarta-feira (21), a nova edição do Boletim Covid-19 com dados sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no setor de planos de saúde. Nesta edição, o boletim revela novo aumento do número de beneficiários de planos de assistência médica, de acordo com dados preliminares relativos ao mês de junho, e mostra que a utilização de serviços de saúde no primeiro semestre de 2021, no geral, permanece abaixo do observado antes da Covid-19. A relação entre receita e despesa das operadoras (sinistralidade) manteve-se em patamar similar ao período pré-pandemia e houve queda de queixas relativas à Covid-19 nos canais de atendimento da ANS.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

O informativo reúne indicadores assistenciais e econômico-financeiros coletados até junho de 2021 junto a uma amostra significativa de operadoras, que representam 74% do total de beneficiários em planos de assistência médica, e contempla ainda: a prévia da evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica relativa junho, o número de exames relacionados à Covid-19 realizados pelos usuários de planos de saúde e demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS através de seus canais de atendimento.

Confira abaixo mais detalhes dos indicadores coletados.

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica no mês de junho segue a tendência de crescimento, atingindo 48.238.177 usuários, um aumento de 0,27% em relação a maio deste ano. Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação se mantém positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação no período de um ano. Informações assistenciais

Em junho, a taxa mensal geral de ocupação de leitos – que engloba leitos comuns e UTI – se manteve abaixo do observado em maio, passando de 74% para 73%, e se manteve abaixo dos 75% observados em junho de 2019 (período pré-pandemia). Já a taxa de ocupação de leitos para Covid-19 sofreu redução em comparação a maio (passando de 73% para 68%), enquanto a taxa de leitos para outros procedimentos manteve-se estável, de 74% para 75%. A queda de internações por Covid-19 foi observada tanto para leitos comuns como para UTI, e parece refletir o avanço da vacinação contra a Covid-19 no país, que em 14/07/2021 contava com 117.005.229 milhões de doses aplicadas (somadas a 1ª e 2ª doses), segundo dados do Ministério da Saúde.

A quantidade de consultas em pronto-socorro que não geraram internações também não sofreu variação em relação ao mês anterior, e continua abaixo do observado antes do início da pandemia. Quanto à procura por exames e terapias eletivas (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT), as autorizações emitidas para procedimentos de SADT em junho de 2021 ficaram acima do verificado em junho de 2019.

De maneira geral, o Boletim aponta que no primeiro semestre de 2021 não houve aumento de utilização de serviços de saúde no comparativo com 2019 (pré-pandemia). Os números seguem em patamar próximo (no caso de exames e terapias eletivas) ou em patamar inferior (no caso de internações e atendimentos em pronto-socorro).

Exames relacionados à Covid-19

Em relação a exames para detecção da Covid-19, após redução nos meses de janeiro e fevereiro, o número de exames de RT-PCR realizados em março de 2021 foi o maior desde o início da pandemia, atingindo o total de 843.595. Em abril, o número caiu para 330.629. Também diminuiu o número de testes do tipo sorológico: foram 146.489 em março e 65.283 em abril de 2021.

Cabe ressaltar que, em comparação com Boletins anteriores, números de competências passadas podem sofrer alteração.

Isto porque exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS.

Informações econômico-financeiras

Em relação aos indicadores econômico-financeiros, esta edição mostra que houve estabilidade no indicador de sinistralidade de caixa quando observados os meses de maio e junho de 2021, quando o índice ficou em 79%.

A publicação também revela redução significativa do índice de sinistralidade de caixa no segundo e terceiro trimestres de 2020 em relação ao período pré-pandemia, e a taxa do ano ficou em 73% - oito pontos percentuais a menos que em 2019, quando a taxa ficou em 81%.

Em 2021, os dados também mostram aumento do índice de sinistralidade entre o primeiro e o segundo trimestres, evolução que reflete tendência de sazonalidade de mesmo período de 2019. No entanto, os dados do primeiro e do segundo trimestres de 2021 indicam que o indicador permanece em patamar inferior ao observado pré-pandemia (2019). Como se observa nos demais dados deste boletim, com estabilização ou queda de taxas relacionadas a ocupação de leitos ou de procedimentos realizados, não há evidências, até o momento, de que a tendência deva se alterar.

Sobre inadimplência de planos com preço preestabelecido, em junho de 2021, foram identificados valores levemente menores se comparado com o mês anterior. Porém, esse valor, assim como os percentuais de inadimplência para planos individuais/familiares e para coletivos, permanece próximo dos seus patamares históricos.

Demandas dos consumidores

Em junho, houve queda no número de reclamações relacionadas à Covid-19 registradas nos canais de atendimento da ANS. Foram 1.113 reclamações no mês e 1.280 reclamações em maio deste ano. Do total, 44% das queixas foram sobre exames ou tratamentos; 40% foram sobre outras assistências afetadas pela pandemia e 16% sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

Com relação a temas gerais e relacionados à Covid-19, foram registradas nos canais de atendimento da Agência 16.306 reclamações, passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). O número é 3,9% maior que o registrado em maio deste ano e 45,3% maior que o total de atendimentos feitos em junho de 2020.

Importante destacar que a intermediação de conflitos feita pela ANS entre consumidores e operadoras tem resolvido mais de 90% das reclamações registradas nos canais de atendimento da Agência, tanto sobre temas gerais quanto as específicas sobre problemas relacionados à Covid-19. Também é preciso esclarecer que os números de reclamações NIP consideram os relatos de consumidores que cadastram suas queixas na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

[Consulte o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.](#)

Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 49 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 100 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e de 97 operadoras para análise de inadimplência.

Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF), do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) e do ANS TabNet.

Através do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, a ANS vem monitorando o comportamento e a evolução do setor de planos de saúde desde o início da pandemia. O objetivo é subsidiar a análise qualificada da Agência para a tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade.

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

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