

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

04 de agosto de 2021



---

## ÍNDICE INTERATIVO

[O reajuste dos planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

[Sanções da LGPD finalmente entram em vigor, mas 'de leve' no começo](#) - Fonte: ConJur

[Quem são os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos?](#) - Fonte: IESS

[Planos de saúde: queixas sobre reembolso crescem 66% em relação a 2019](#) - Fonte: O Globo

[NotreDame compra Hospital Santa Martha por R\\$ 160 milhões](#) - Fonte: Money Times

[Os supostos falsos planos coletivos e o ofício do Procon à Agência Nacional de Saúde \(ANS\)](#) - Fonte: Blog do Corretor

[Quem são os beneficiários de planos de saúde?](#) - Fonte: IESS

[Cooperativas ganham espaço na Saúde Suplementar e têm como diferencial o atendimento humanizado](#) - Fonte: G1

[A telemedicina conseguirá sobreviver no Brasil?](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS divulga painel com dados sobre reajustes de planos coletivos](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Realizada a primeira maratona cooperativa em regulação mundial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Operadoras de saúde investem em tecnologia para a democratização da saúde](#) - Fonte: Healthcare

# O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 02/08/2021

Com crise, número de beneficiários de planos de saúde privados diminuiu

Tema extremamente sensível, que todos os anos mexe com a opinião pública nacional, o reajuste dos planos de saúde privados é um assunto delicado, que envolve situações e realidades diferentes.

O Brasil tem atualmente perto de 48 milhões de beneficiários de planos de saúde privados. Este número já esteve acima de 50 milhões. A queda é decorrência da crise econômica que atingiu o país em 2015 e da pandemia do coronavírus, que gerou desemprego recorde no ano passado. Em 2020, o total de beneficiários chegou a 47 milhões, ou 3 milhões a menos do que antes da crise de 2015. Esses números são importantes porque mostram como a renda das pessoas e o preço dos planos têm impacto direto no total de beneficiários cobertos por eles.

É comum os planos de saúde privados serem atacados por políticos, líderes de classe, sindicalistas, órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços ligados ao setor etc. De outro lado, os planos de saúde privados aparecem regularmente entre os sonhos de consumo do brasileiro. E a sua oferta nos pacotes de benefícios oferecidos é um dos grandes diferenciais na contratação de pessoal. Quer dizer, de zero ao infinito, o céu é o limite, o que torna o tema altamente polêmico.

O que é certo é que é um produto com fortíssima carga social e, por isso mesmo, altamente emocional. E isso tem consequências, inclusive na sua judicialização.

Não cabe discutir aqui se a lei dos planos de saúde é boa. Ela não é boa, mas é a que temos, assim, os planos de saúde precisam ser vistos dentro do contexto real, e não num universo ideal, longe do dia a dia das pessoas. Neste cenário, a primeira verdade inofismável é que a capacidade operacional do sistema é limitada por dois fatores: o número de beneficiários e a capacidade de custeio. Isto impede que os planos gastem mais do que faturam, sob risco de quebrarem.

Os planos de saúde se baseiam, essencialmente, no mutualismo. São um grande fundo, composto pelo

pagamento proporcional de seus beneficiários, com a missão de amparar, nos termos do contrato, as necessidades de saúde dos integrantes do grupo que precisem de atendimento.

Para que os planos possam cumprir sua missão, é indispensável que tenham faturamento capaz de suportar o custeio do atendimento à saúde, despesas administrativas e comerciais, carga tributária e o superávit necessário para investimentos e remuneração do capital. Se o plano não operar nessas condições, será deficitário e, em algum momento, não conseguirá atender seus stakeholders.

De outro lado, a capacidade de custeio da sociedade também é limitada. Hoje, o universo segurável é de mais ou menos 50 milhões de pessoas, que não dispõem de recursos infinitos para pagar sua operadora de saúde, ainda que a maioria dos planos seja bancada pelas empresas empregadoras.

É aí que a sintonia fina precisa ser regulada com enorme sensibilidade. Não adianta o plano querer cobrar o que quiser, e não adianta o beneficiário querer ser atendido como bem desejar. Essa conta não fecha. Então, a pergunta a ser respondida é como delimitar o aumento ideal, dando o preço justo para o serviço oferecido. Ou seja, o máximo de cobertura pelo mínimo de preço.

Para isso, é indispensável a transparência da operação. Cada plano de saúde tem uma realidade única, só sua e de seus segurados. Aumentos lineares podem ser injustos, ao beneficiarem um plano com custo baixo e onerar outro com custos mais elevados.

Dentro do princípio da mutualidade, o modelo perfeito seria a divisão das despesas pelo total dos beneficiários, encontrando-se, assim, o custo unitário da operação. Sobre este valor seriam feitos os acertos para mais ou para menos, decorrentes das características de cada segurado ou grupo de segurados. E essa conta deveria ser aberta, explicando cada passo da operação.

De toda forma, é bom lembrar que, com mais de 600 operadoras cadastradas, a concorrência não permite que os planos reajustem seus preços em patamares exorbitantes. Quem fizer isso corre o risco de sair do mercado.

# SANÇÕES DA LGPD FINALMENTE ENTRAM EM VIGOR, MAS 'DE LEVE' NO COMEÇO

ConJur – 01/08/2021

Não é exagero dizer que este domingo (1º/8) é um dia histórico para a proteção de dados pessoais no Brasil. Quase um ano depois da entrada em vigor da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), finalmente podem começar a ser aplicadas as sanções nela previstas. E não se deve dizer que

são punições leves, uma vez que o teto da multa a ser imposta à empresa que não respeitar a lei é R\$ 50 milhões. No entanto, não se espera que a Autoridade Nacional de Proteção de Dados seja muito rigorosa na aplicação das multas, pelo menos não em um primeiro momento.

Especialistas em proteção de dados ouvidos pela ConJur acreditam que a ANPD deverá adotar inicialmente uma postura muito mais didática do que punitiva.

"A ANPD já se manifestou no sentido de que não vai buscar uma atuação no sentido puramente punitivo. Ela quer encaminhar um modelo de regulação responsiva onde seja capaz de induzir e direcionar os regulados a se adequarem à legislação independentemente das sanções, por meio de estímulos normativos pedagógicos, de modo que as medidas punitivas seriam a última alternativa", disse o advogado Laércio Sousa, responsável pela área de Direito Digital do escritório Velloza Advogados.

Sousa acredita que a aplicação massiva de multas só ocorrerá em uma segunda fase de fiscalização da LGPD, quando se espera que as empresas brasileiras já estarão mais bem equipadas para tratar os dados pessoais das pessoas físicas com as quais se relacionam. Mesmo assim, os operadores do Direito que atuam nessa área alertam: os empresários farão péssimo negócio se acreditarem que não precisam se apressar para se adequar às determinações da lei.

"É comum ouvir executivos dizerem: 'Minha empresa é B2B, por isso não preciso me preocupar'. Isso não é uma verdade. Quase toda organização lida com dados pessoais, nem que sejam os dados das pessoas internas (empregados), e as atuais práticas precisam passar por uma avaliação. Se questionadas, as empresas precisam ter condições de provar que possuem um programa de conformidade adequado às suas atividades, baseado em políticas e regras de boas práticas", opinou Renato Valença, especialista em LGPD do Peixoto & Cury Advogados.

"Por exemplo, a coleta de dados deve se limitar àqueles para a finalidade a que se destinam. Se não é necessário coletar a data de nascimento do consumidor no cadastro que ele fizer para aquisição de produtos no e-commerce, esse é um dado que não deve ser coletado. Da mesma forma, é preciso ter precaução com o envio e o compartilhamento dos dados para terceiros: se a empresa não tiver obrigação legal ou motivo, e não informar na sua política sobre esse compartilhamento, não pode compartilhar dados com terceiros", explicou Maria Cibele Crepaldi Affonso dos Santos, sócia gestora do Costa Tavares Paes Advogados.

#### Falta a doutrina

Não só a LGPD é uma novidade como o próprio tema da lei — tratamento de dados pessoais — continua sendo um território pouco explorado pelo Judiciário brasileiro. Por isso mesmo, ainda não foi formada uma doutrina sobre o assunto, o que cria um certo clima de insegurança jurídica, como explica Paulo Vinícius de Carvalho Soares, sócio e DPO da banca Lee, Brock, Camargo Advogados.

"A LGPD é uma lei nova e, por óbvio, suas disposições não estão completamente inseridas nas realidades

mercadológicas. O Judiciário já experimenta o tema desde a vigência da norma, mas, certamente, não está maduro para lidar com as demandas. A norma carece de doutrina nacional sólida e, inclusive, de posicionamentos da Autoridade Nacional de Proteção de Dados, cujo trabalho ainda é prematuro", explicou ele. "O caminho parece se desenhar para a maturidade do tema, sobretudo em razão da expressividade dos acionamentos judiciais na matéria, mas a trilha ainda é longa, uma vez que ainda será necessário verificar o entendimento não só dos tribunais estaduais e federais, mas também do STJ e STF sobre o assunto".

Quando fala sobre expressividade dos acionamentos judiciais na matéria, Soares não está exagerando. O fato de o Judiciário brasileiro ainda não estar devidamente familiarizado com o tema — e de as sanções da LGPD só poderem ser aplicadas a partir deste domingo — não impediu que cidadãos e associações de defesa dos consumidores fossem aos tribunais pedindo a aplicação da lei, nem sempre com as melhores intenções. As ações civis públicas contra empresas acusadas de violar dados pessoais já chegam a às centenas — só uma associação de Belém, por exemplo, ajuizou 72 ACPs.

"As ações continuam sendo ajuizadas e as empresas e instituições não foram sequer notificadas extrajudicialmente para que pudessem tomar conhecimento sobre o que estariam fazendo de errado. Esse procedimento chama a atenção pela forma descuidada com que essas ACPs são ajuizadas, além dos pedidos não serem minimamente razoáveis dentro da lógica prevista na LGPD", relatou Daniel Cavalcante Silva, sócio da Covac Sociedade de Advogados.

Entre as empresas e instituições acionadas por meio de ações civis públicas estão concessionárias de veículos, locadoras de automóveis, oficinas mecânicas, supermercados, farmácias, escolas, instituições de ensino superior, cursos de línguas, entidades assistenciais, hospitais, laboratórios, clínicas médicas e operadoras de planos de saúde. Para Daniel Silva, isso mostra que consumidores e associações estão atirando para todos os lados, inclusive nos valores das ações — uma delas chega a R\$ 10 milhões.

"Esse tipo de procedimento reprovável não é necessariamente novo, mas vem ganhando contornos diferentes em função da LGPD. Não restam dúvidas de que essas ações equivocadas prejudicam aquelas que realmente buscam a proteção dos titulares dos dados, que adentram na circunstância fática ocorrida e fazem a correta análise com base na LGPD, sobretudo aquelas ações coletivas que tentam de fato minorar o prejuízo dos danos já ocorridos pelos vazamentos de dados divulgados. Essas ações não podem se confundir com as ACPs ajuizadas por mero oportunismo, que claramente não objetivam a defesa do consumidor e muito menos a proteção de dados pessoais", afirmou o advogado.

# QUEM SÃO OS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS?

IESS – 01/08/2021

O setor de planos privados de assistência exclusivamente odontológica supera seus números a cada ano, o que mostra o crescimento da importância da saúde bucal entre os brasileiros. De acordo com a última Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), nos últimos 12 meses encerrados em maio de 2021, o aumento registrado foi de 9% nas contratações do serviço. Em expansão, é importante olhar com mais atenção para essa modalidade essencial na prestação de serviços de saúde bucal no país.

É com base nessa tendência que o IESS disponibiliza o “Texto para Discussão nº 81 - Perfil dos beneficiários de planos de saúde de assistência odontológica no Brasil”. O documento analisa o perfil dos brasileiros com planos odontológicos com o objetivo de descobrir quais as características sociodemográficas desses brasileiros para contribuir com outras análises no setor de saúde.

O texto para discussão revelou que dos 209,6 milhões de brasileiros em 2019, 26,7 milhões de pessoas (13% da população) possuíam um plano de saúde de assistência odontológica e 183 milhões (87%) não tinham acesso à odontologia suplementar (utilizavam esses serviços por meio do Sistema Único de Saúde ou custeavam do próprio bolso). O estudo ainda apresentou uma série de dados sobre esses beneficiários, como gênero, escolaridade e renda. Veja – dos 26,7 milhões de beneficiários:

- Situação de saúde: 85% declaram sua saúde como boa ou muito boa e 74% disseram ter ido ao dentista nos últimos 12 meses da entrevista;
- Sexo: 52% são do sexo feminino e 48%, masculino;

- Faixa etária: 25% têm entre 0 e 19 anos, 35% entre 20 e 39 anos, 29% entre 40 a 59 anos e 10% acima de 60 anos de idade;
- Escolaridade: 34% têm o superior com-pleto ou incompleto, 33% o médio completo ou incompleto e 24% o fundamental completo ou incompleto e 4% não tinha instrução;
- Renda per capita: 12% ganham mais de 5 salários-mínimos (s.m.), 13% de 3 até 5 s.m., 49% entre 1 até 3 s.m. e 26% declararam não ter rendimento ou até 1 s.m.;
- Raça/cor: 53% se autodeclaram brancos, 36% pardos, 10% pretos, 1% amarelos e 0,3% indígenas;
- Estado civil: 42% disseram ser casados, 35% solteiros, 6% divorciados, des-quitados ou separado judicialmente e 5% viúvos;
- Região: 52% estão no Sudeste, 19% no Nordeste, 15% no Sul, 8% no Centro-Oeste e 6% no Norte;
- Situação censitária: 96% estão em meio urbano e 4%, rural; e
- Tipo de domicílio: 75% residiam em casas e 25% em apartamentos.

O estudo trabalha com dados da PNS 2019, o mais amplo inqué-rito domiciliar de saúde do território brasileiro, realizado entre junho e agosto daquele ano, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para acessar o material completo, clique [AQUI](#).

## PLANOS DE SAÚDE: QUEIXAS SOBRE REEMBOLSO CRESCEM 66% EM RELAÇÃO A 2019

O Globo – 31/07/2021

De janeiro a junho, foram quase dez mil reclamações registradas na ANS. Falta clareza sobre cálculo, dizem consumidores

RIO - O valor do reembolso de consultas, exames, entre outros procedimentos pelos planos de saúde sempre foi um motivo de discórdia entre operadoras e usuários. A falta de clareza sobre como é feito o cálculo do montante a ser restituído, as tabelas em vigor e os motivos de negativa são queixas frequentes de consumidores.

Durante a pandemia, as reclamações sobre o tema à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tiveram uma alta considerável. No primeiro semestre de 2019, foram 5.901 registros; no mesmo período deste ano, 9.816. Um crescimento de 66%.

A falta de informação é a maior reclamação do advogado David Nigri. Ele se surpreendeu ao receber o reembolso de cerca de R\$ 260 da SulAmérica por procedimento médico ao qual sua mulher, Claudia Jakobi, se submeteu no valor total de R\$ 5.500.

— Fiz todo o encaminhamento pelo aplicativo e quando veio o reembolso não conseguia que me explicassem como chegaram a esse valor. Não é só pelo valor, mas pelo direito à informação clara e ostensiva, garantido pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC). Dizem que a tabela está registrada em cartório e no site, mas eu não consegui consultar— diz Nigri, que tem um plano PME contratado para o seu escritório, onde Claudia também trabalha.

A SulAmérica Saúde afirma que o reembolso foi pago corretamente, conforme limites do plano e do produto contratado.

E acrescenta que o cálculo está descrito em 'Demonstrativo de Reembolso', disponível ao beneficiário no site e no aplicativo.

### **Surpresa com conta**

Já o paulista Daniel Medeiros foi surpreendido com uma cobrança do hospital de R\$ 1.500 por uma tomografia feita em um dos atendimentos de emergência que realizou durante o período em que estava com Covid-19. Para não ter o nome inserido no cadastro de devedores pagou a conta e pediu o reembolso, que foi de um terço do valor pago.

— Estive em Manaus, me senti mal e voltei para São Paulo, fui ao hospital e testei positivo para Covid. O médico que me atendeu na emergência pediu que eu voltasse em três dias. Retornei à emergência, meu pulmão já estava comprometido e ele pediu exames e orientou-me a agendar um pneumologista — disse Daniel.

E acrescentou:

— Entre o agendamento e a consulta o hospital me informou que teria sido descredenciado e cancelei o atendimento. Tempos depois, recebi a cobrança pelo exame, e eles disseram que a NotreDame Intermédica tinha negado a cobertura do procedimento. Recebi de reembolso um terço do valor— reclama.

A NotreDame Intermédica afirma que não houve descredenciamento do hospital, acrescentando que embora ele tenha sido atendido mais de uma vez na emergência da unidade, ela não fazia parte da sua rede credenciada, tendo sido registrados possíveis atendimentos indevidos que não foram autorizados.

Para o advogado Rodrigo Araújo, mais do que discutir o valor do reembolso, cabe discutir a não cobertura. Uma vez autorizado o atendimento de urgência ou emergência, afirma, todas as despesas devem ser custeadas pela operadora, exceto se houver justificativa legal para a glosa.

— Isso aconteceria, por exemplo, se o médico prescrevesse um procedimento para qual não há cobertura no contrato, mas não é o caso de Medeiros — destaca.

O jornalista Raimundo Aquino também não entendeu o motivo de a Unimed-Rio ter negado o reembolso de sua consulta com um psiquiatra, no valor de R\$ 250.

— Eles usaram um termo que eu nunca ouvi falar, glosa. Acho que a ideia é dificultar, passar o mínimo de informação para evitar que peçam reembolso — diz Aquino.

A Unimed-Rio afirma que o contrato do jornalista não tem previsão de reembolso de consultas, mas não foi capaz de comunicar essa informação a ele com clareza.

Apesar de ter obtido uma sentença judicial que garante o reembolso de 50% dos R\$ 16 mil gastos com a internação do seu filho Davi, que tem autismo severo, a médica Fabiana Feijão Nogueira ainda não conseguiu receber da SulAmérica:

— O processo é todo automatizado, sempre que mando a documentação a resposta é que é inconsistente, pois eles só aceitam a nota fiscal, o que o local não dá, mas tenho toda a explicação e a papelada para passar, o que acontece é que não consigo.

### **Tabela de valores médios**

Advogada de Fabiana, Larissa Mendes, do Vilhena e Silva Advogados, diz que entrará com uma medida judicial para o cumprimento da sentença:

— O atendimento é cada vez mais robotizado, o que dificulta a informação ao consumidor. No caso da Fabiana é descumprimento de uma decisão judicial, mas de forma geral é incompreensível como as empresas calculam os valores e também como e quando há reajuste desses valores.

Sobre o caso de Davi, a A SulAmérica disse não comentar processos judiciais em andamento.

Na avaliação de Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a disparidade entre o valor dos serviços e o reembolsado pelas operadoras merece atenção da ANS:

— Assim como vem sendo feito com os custos de internação dos casos de Covid, seria importante que a agência informasse o valor médio de procedimentos — sugere.

A ANS ressalta que as regras do reembolso determinam ampla divulgação da tabela de reembolso, assim como os índices de reajuste. E destaca que além dos planos chamados de livre escolha, nos quais o consumidor pode optar pelo fornecedor de serviços e receber restituição pelo montante gasto, as operadoras devem garantir reembolso para os casos em que não tiver disponibilidade de prestador para serviços cobertos pelo contrato.

### **Entenda as regras por tipo de plano**

#### **Livre escolha**

Nos planos com previsão de escolha de prestadores fora da rede credenciada, a operadora deve indicar as coberturas nas quais vale o sistema de livre escolha. As informações e o cálculo do reembolso devem estar disponíveis assim como a tabela utilizada para o cálculo deve ser amplamente divulgada.

O prazo para restituição não deve passar de 30 dias, após entrega dos documentos. Os critérios de reajustes devem ser claros.

#### **Reembolso obrigatório**

O consumidor poderá exigir reembolso caso seja obrigado a pagar os custos do atendimento quando a operadora não ofereceu alternativas nos prazos máximos estabelecidos pela ANS.

O mesmo vale se precisar de atendimento de urgência e emergência e não for possível acessar a rede credenciada.

## NOTREDAME COMPRA HOSPITAL SANTA MARTHA POR R\$ 160 MILHÕES

Money Times – 30/07/2021

O grupo NotreDame Intermédica (GNDI3) adquiriu, por meio da subsidiária integral NotreDame Intermédica Saúde, 100% das ações do Hospital Santa Martha, de acordo com o fato relevante divulgado pela companhia nesta sexta-feira (30).

O valor da aquisição é de R\$ 160 milhões. O montante será pago à vista e em dinheiro, descontados o endividamento líquido e uma parcela retida para contingências.

Fundado em 1965 na cidade de Niterói, região metropolitana do Rio de Janeiro, o Hospital Santa Martha opera um hospital geral de alta complexidade com laboratório de análises clínicas e parque de imagem – incluindo ressonância magnética, tomografia computadorizada e hemodinâmica. A unidade conta com cinco salas de parto, seis salas de cirurgia

e capacidade para 187 leitos, dos quais 45 são leitos UTI adulto e 18 são leitos UTI neonatal. O hospital registrou em 2020 faturamento líquido de R\$ 94,4 milhões.

De acordo com a NotreDame, existem sinergias operacionais e administrativas entre o Hospital Santa Martha e as operações do grupo no estado do Rio de Janeiro. A companhia atualmente possui na região três hospitais, dez centros clínicos e dois prontos-socorros autônomos. Outros dois prontos-socorros estão em construção no centro do Rio de Janeiro e em Nova Iguaçu.

A conclusão da operação está sujeita à aprovação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica ([Cade](#)).

## OS SUPOSTOS FALSOS PLANOS COLETIVOS E O OFÍCIO DO PROCON À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

Blog do Corretor – 30/07/2021

Agência reguladora deverá enviar informações que irão contribuir para identificar os falsos planos de saúde coletivos; consumidores serão beneficiados com a conversão desses planos em individuais

O Procon-SP enviou ontem (29/7) um ofício à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) solicitando a relação completa de todos os planos coletivos de um único usuário; a informação permitirá identificar as situações em que um falso plano coletivo acoberta um autêntico plano individual. Os falsos coletivos deverão ser convertidos imediatamente em individual, beneficiando os consumidores com o controle do órgão regulador e com o fim dos reajustes anuais aplicados sem nenhum controle ou justificativa.

Estão sendo oferecidos no mercado planos de saúde supostamente coletivos, em que pessoas físicas (consumidor) são induzidas a constituírem uma empresa (pessoa jurídica) - necessária essa modalidade de contrato - apenas para conseguirem fazer um plano de saúde. Trata-se de uma falsa coletivização dos planos de saúde, que tem como objetivo evitar a fiscalização da ANS, oferecendo um preço inicialmente mais atrativo, mas cujo reajuste anual não é regulado.

A prova de que os planos coletivos com um único segurado, no caso a empresa criada para este fim exclusivo, é uma dissimulação reside no fato de que grande parte dessas

pessoas jurídicas estão com seus CNPJs inativos, evidenciando que foram constituídas apenas para burlar a fiscalização da ANS, com sérios prejuízos ao consumidor.

As principais operadoras de planos de saúde foram notificadas pelo Procon-SP para explicarem sobre a oferta de falsos coletivos.

Reunião com Ministro da Saúde

Na reunião que aconteceu na última terça-feira (27/7) entre o diretor executivo do Procon-SP, Fernando Capez, e o Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, para tratar dos planos de saúde, um dos temas abordados foi a situação dos falsos coletivos.

Na ocasião, o Ministro comprometeu-se a conversar com o presidente da ANS para que os pedidos do órgão de defesa do consumidor sejam atendidos. Veja mais informações sobre o encontro aqui [Procon-SP reúne-se pela segunda vez com Ministro da Saúde](#) - PROCON.SP

"Caso a agência reguladora não envie as informações, iremos mais uma vez diretamente ao Ministro da Saúde. A lei de acesso à informação nos garante, em caso de negativa por parte da ANS, o direito de recorrer à autoridade hierarquicamente superior", avisa Fernando Capez, diretor executivo do Procon-SP.

## QUEM SÃO OS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE?

IESS - 29/07/2021

Está disponível um novo Texto de Discussão que trata do perfil dos beneficiários de planos de saúde de assistência médica no país. O estudo foi realizado a partir da investigação

de microdados disponibilizados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De modo prevalente, a publicação constata que, mais da metade dos brasileiros assistidos pelos planos de saúde, conta com ensino médio ou superior completo ou incompleto, autodeclara-se branco, tem idade compreendida entre 20 e 59 anos e reside prioritariamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro ou Minas Gerais.

O estudo “Perfil, características do emprego e avaliação dos beneficiários de planos de saúde de assistência médica no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019” mostra que dos 209,6 milhões de brasileiros, 54,6 milhões (26% da população) possuíam um plano de saúde de assistência médica particular, de empresa ou órgão público, e 155 milhões (74%) não tinham acesso à saúde suplementar.

A renda per capita também é um diferencial. Aqueles que recebem mais de 5 salários-mínimos ao mês atingem uma

taxa de cobertura de 87%; de 3 até 5 salários-mínimos chegam aos 70%; de 2 até 3 estão na faixa de 52% e de 1 até 2 salários têm a cobertura de 32%. Entre as diferentes raças, a abrangência foi maior entre os que se autodeclararam amarelos, 39%, e brancos, com 37%.

Outro dado chama a atenção. Sozinho, o estado de São Paulo possui quase um terço (32%) dos vínculos totais, seguido do Rio de Janeiro e Minas Gerais, ambos com 11%. Juntos, esses três estados possuem mais da metade do total de beneficiários do Brasil: 54%.

Essa é a primeira vez que se faz um estudo profundo para tentar entender qual o perfil dos brasileiros beneficiários de planos de saúde. A íntegra da publicação pode ser acessada [AQUI](#).

## COOPERATIVAS GANHAM ESPAÇO NA SAÚDE SUPLEMENTAR E TÊM COMO DIFERENCIAL O ATENDIMENTO HUMANIZADO

G1 – 29/07/2021

Cooperativismo de saúde está presente em 85% dos municípios do Brasil, que é destaque mundial pelo número de coops da área médica. Pacientes têm, como vantagem, tratamento de qualidade, com base em valores humanos que fazem parte dos princípios do modelo de negócio cooperativo

A Saúde Suplementar é um setor que vem crescendo muito no Brasil. Ter um plano de saúde oferecido por uma empresa privada está entre as prioridades de muitos brasileiros, mas na hora de contratar ou renovar o plano de saúde junto a uma operadora é importante avaliar alguns itens, além do preço, como o propósito da empresa. A mercantilização do setor é apontada por muitos usuários como fator de preocupação principalmente no que se refere à qualidade dos serviços ou à falta de tratamento humanizado, na hora que precisam.

É justamente no quesito saúde humanizada que o Brasil se tornou um modelo para o mundo inteiro. O cooperativismo no ramo de saúde trouxe uma nova prática para o setor. De acordo com a Organização das Cooperativas do Brasil (OCB), com mais de 50 anos de existência, o cooperativismo de saúde brasileiro está presente em 85% dos municípios do país, levando saúde de qualidade para a população.

### Diferenciais

Conforme dados publicados no Anuário do Cooperativismo Brasileiro 2020, no caso da assistência médica, o cooperativismo alcançou mais de 17,7 milhões de beneficiários em 2019. Os números mostram a relevância para o segmento e para a economia, mas o grande diferencial das cooperativas de saúde é a união de profissionais com o mesmo propósito: atendimento humanizado.

De acordo com o diretor presidente da Unimed Goiânia, Sergio Baiocchi Carneiro, como nessa área os objetivos são coletivos, a preocupação em oferecer serviços de qualidade

é o princípio número um dos cooperados e, com isso, os beneficiários têm um tratamento diferenciado com base em valores humanos. A Unimed Goiânia é a maior cooperativa de trabalho médico do Centro-Oeste, e atende mais de 350 mil pessoas, conta com mais de 2.800 médicos especialistas e tem uma rede credenciada com mais de 400 estabelecimentos entre clínicas, hospitais e laboratórios.

“A medicina humanizada é a válvula que movimenta, no Brasil, o cooperativismo de saúde no segmento de Saúde Suplementar. Deixamos de entender apenas a queixa principal, e buscamos interpretar e relacionar com outros sintomas e sentimentos também identificados. Trabalhamos de forma humanizada com propósitos cooperativistas, há mais de quatro décadas”, explicou Sergio.

As cooperativas de trabalho médico, até pelo rigor para adesão de novos cooperados, têm médico capacitados, especialistas e com ampla experiência. “Nossos cooperados têm ainda a liberdade de seguir diretrizes e boas práticas do mundo todo para atender de maneira mais atualizada e humanizada o paciente, sem imposição de protocolos”, afirma o diretor de Mercado da Unimed Goiânia, Frederico Moraes Xavier. Para ele esse é o maior diferencial da Unimed Goiânia.

A constante melhoria nos índices de desempenho das cooperativas, publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Ministério da Saúde são, segundo o presidente da Unimed Goiânia, o motivo da conquista de um relevante espaço no mercado privado, graças à qualidade dos serviços prestados.

### SAIBA MAIS

#### O que é uma cooperativa de trabalho?

Cooperativas de trabalho são associações de pessoas ou grupos com o mesmo interesse e que buscam obter benefícios comuns em suas atividades econômicas. O objetivo comum é gerar auxílio mútuo, participação econômica e progresso social para os membros da cooperativa, por meio de diferenciais competitivos.

## O que é uma cooperativa médica

A principal característica da cooperativa médica é que os próprios médicos cooperados são os donos do negócio. Baseia-se no direito e liberdade de cada beneficiário escolher o médico de acordo com suas preferências. O médico, por sua vez, atua como autônomo.

## A TELEMEDICINA CONSEGUIRÁ SOBREVIVER NO BRASIL?

Saúde Business – 29/07/2021

Se a pandemia do novo coronavírus acelerou o desenvolvimento de ferramentas que otimizaram o atendimento médico à distância no Brasil, o momento atual é de maturação deste mercado. Considerando o hype cycle iniciado por aqui ao longo de 2020, o período é de consolidação de práticas e de conhecimento.

“A gente entende que o Brasil está mais lento neste processo. No mundo, a telemedicina está em um platô de produtividade. Aqui, só com o gatilho da pandemia, as leis brasileiras passaram a liberar a teleconsulta. Isso gerou um pico de expectativas por parte das operadoras de saúde, das empresas de software quanto e dos próprios pacientes com a demanda reprimida”, contextualiza Marcos Sonagli, diretor médico da startup [Amplimed](#).

Neste período inicial, segundo o especialista, predominava a ideia de que a telemedicina seria solução “para tudo”, o que estimulou a multiplicação dos players atuantes no setor. De lá para cá, boa parte das noções já se transformaram e expectativas como a da redução de custos a partir da telemedicina já ganham contornos mais realistas. E sabe-se que nem todo mundo desejará seguir sendo atendido via teleconsulta.

“As próprias operadoras de saúde sofreram fraudes: pacientes que assinam o plano de teleconsulta e põem outra pessoa para ser atendida, por exemplo”, diz Sonagli. Furos

assim passaram a ameaçar não só a receita das empresas, mas também a renda dos médicos, causando a suspensão de atendimentos por falta de pagamento. Além disso, os empecilhos burocráticos e as grandes complexidades características do mercado de healthcare no País devem apresentar desafios redobrados na nova fase da telemedicina brasileira.

Se, por um lado, após o boom inicial, algumas decepções vieram à tona; por outro, o aprendizado acumulado pelo setor já gerou saberes sólidos que vem sendo reorientados a fim de garantir vida longa ao atendimento médico à distância. “Aí entram serviços específicos como telerradiologia, telepatologia, retornos e consultas de baixa complexidade”, observa o diretor médico.

No tão aguardado período pós-pandemia, a telemedicina brasileira sofrerá novos ajustes e adaptações. “Se, após a pandemia, vier uma lei proibindo a teleconsulta, a telemedicina pode morrer precocemente. Acredito que isso não acontecerá e que virão novas necessidades como o surgimento de especialistas virtuais: médicos que precisarão ter capacidade de transmissão de conhecimento, gerar empatia e ter uma performance técnica para um novo modelo de reconhecimento de casos, sem o exame físico”, conclui Sonagli.

## ANS DIVULGA PAINEL COM DADOS SOBRE REAJUSTES DE PLANOS COLETIVOS

GOV (ANS) – 27/07/2021

Com formato amigável e interativo, ferramenta amplia transparência de dados do setor de planos de saúde a toda a sociedade

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de publicar em seu portal um painel dinâmico com dados sobre reajustes aplicados aos contratos coletivos de assistência médica empresariais e por adesão. Com formato interativo, o Painel de Reajustes de Planos Coletivos possibilita ao usuário realizar diversas pesquisas com base nas informações e filtros disponíveis.

“A publicação representa mais uma importante iniciativa da ANS para ampliar a transparência de dados do setor de planos de saúde, facilitando o acesso à sociedade e

promovendo mais concorrência no setor. Consumidor com informação é consumidor com maior poder de decisão e capaz de fazer escolhas mais acertadas”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência, Rogério Scarabel.

As consultas podem ser feitas de forma agrupada ou individualizada por operadora. Também é possível selecionar mês e ano; tipo de contratação (empresarial, adesão ou ambos); porte do contrato ou da operadora; modalidade da operadora (autogestão, cooperativas médicas, filantropia, medicina de grupo e seguradoras).

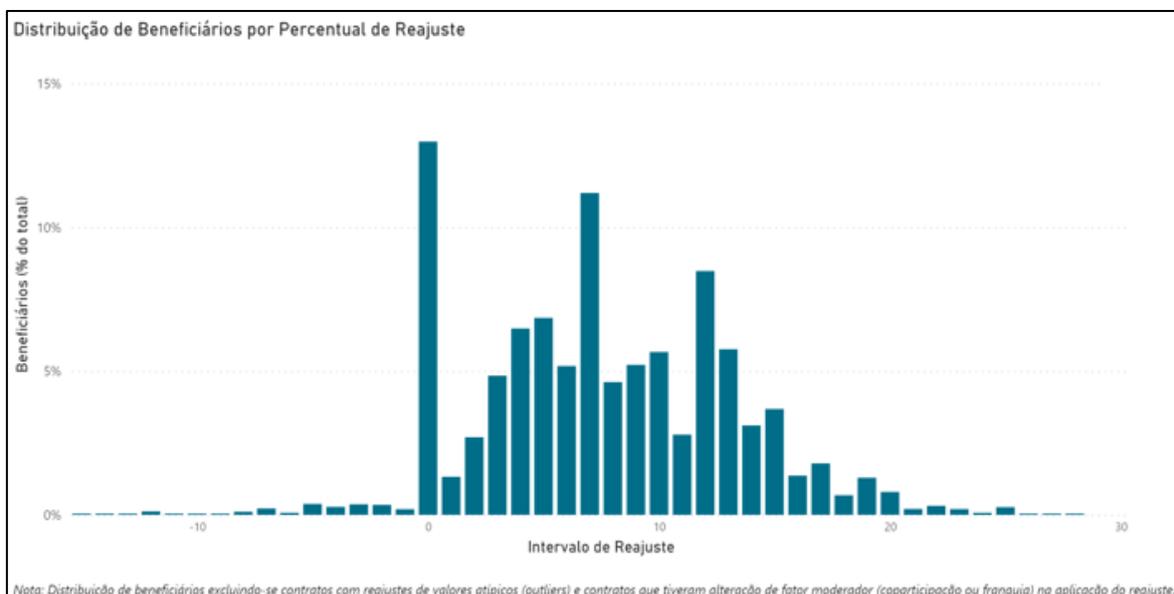
Estão disponíveis dados de janeiro de 2016 a maio de 2021 dos reajustes aplicados aos contratos coletivos em vigor no

mercado brasileiro que apresentam formação de preço preestabelecida, ou seja, com valor pré-fixado da mensalidade. O painel fornece várias medidas sobre as tendências centrais observadas no setor nesse período. Entre elas, o Reajuste Médio que reflete a média ponderada dos

reajustes levando em consideração o número de beneficiários de cada contrato.

[Confira aqui o Painel de Reajustes de Planos Coletivos.](#)

## Retrato de 2020.



Fonte: ANS/Painel de Reajustes de Planos Coletivos

O gráfico Distribuição de Beneficiários por Percentual de Reajuste mostra um retrato dos percentuais de reajustes aplicados aos planos coletivos em 2020 – considerando os contratos de planos coletivos em geral (empresariais e por adesão, com até 29 vidas e com 30 vidas ou mais). Observa-se que a barra maior está em zero, o que significa que a maior incidência de percentuais aplicados aos contratos coletivos no ano passado ficou no intervalo entre 0% e 1%.

De acordo com o gráfico, os intervalos de percentuais ficaram distribuídos da seguinte forma entre os beneficiários de planos coletivos em 2020:

- 2,14% dos beneficiários tiveram reajustes negativos até -15%
- 12,98% tiveram reajustes entre zero e 1%
- 48,39% tiveram reajustes a partir de 1% até menos de 10%
- 36,49% tiveram reajustes entre 10% e 28%

## Resumo de Estatísticas Descritivas

No quadro de resumo das estatísticas, reproduzido abaixo, é possível ter uma visão geral dos reajustes aplicados ano a ano aos contratos com 30 vidas ou mais, onde o índice é definido em livre negociação entre as pessoas jurídicas contratantes e operadoras, e com até 29 vidas, para os quais

vale a regra do agrupamento de contratos. Essa regra, também conhecida como “pool de risco”, obriga as operadoras a aplicarem o mesmo percentual de reajuste a todos os contratos deste porte. A medida foi instituída pela ANS em 2012 e aplicada a partir de maio de 2013 com o objetivo de diluir o risco desses pequenos contratos em grupo maior, proporcionando maior equilíbrio e estabilidade aos reajustes.

A tabela mostra dados gerais de planos coletivos - empresariais e por adesão -, no período de 2016 a maio de 2021. Os dados estão disponíveis da seguinte forma:

- porte do contrato: 30 vidas ou mais e até 29 vidas
- número de operadoras que enviarem os comunicados de reajustes
- número total de beneficiários que receberam os reajustes comunicados pelas operadoras
- número total de contratos informados nos comunicados de reajustes
- reajuste médio: média dos percentuais de reajustes aplicados ponderados pela quantidade de beneficiários no contrato no mês de início de aplicação do reajuste, excluindo-se valores atípicos (outliers) e negociações de reajustes com alteração de fator moderador

- mediana: indica o valor que está exatamente no meio de um conjunto de dados: metade está abaixo e a outra metade está acima dela. Não exclui os valores atípicos (outliers)

- média: média aritmética simples, excluindo-se os valores atípicos

- desvio padrão: parâmetro que indica o grau de dispersão de um conjunto de elementos, mostrando o quanto os valores dos quais se extraiu a média são próximos ou distantes da própria média. Não exclui os valores atípicos (outliers).

- moda: percentual de reajuste mais frequente nos comunicados de reajustes enviados pelas operadoras

Na imagem abaixo, nota-se que, ano a ano, o reajuste médio dos contratos com 30 vidas ou mais é inferior ao reajuste médio dos contratos com até 29 vidas.

Nota-se ainda que em 2020 os reajustes nesses dois portes de contrato seguiram a mesma tendência de queda que já vinha sendo observada nos anos anteriores. O reajuste médio nesse ano ficou em 7,1% para os contratos com 30 vidas ou mais, enquanto nos contratos com até 29 vidas o reajuste médio ficou em 11,15%.

Até maio de 2021, 478 operadoras já enviaram comunicados de reajustes referentes a 539.106 contratos. Até o momento, o reajuste médio, considerando planos empresariais e por adesão, é 5,55% para os contratos com 30 vidas ou mais; e 9,84% para os contratos com até 29 vidas e moda de 14%.

### Resumo de estatísticas de reajustes de planos coletivos (empresariais e por adesão) – jan/2016 a mai/2021.

| Porte RN309         | Operadoras | Beneficiários | Contratos | Reajuste médio* | Mediana | Média | Desvio padrão | Moda |
|---------------------|------------|---------------|-----------|-----------------|---------|-------|---------------|------|
| <b>30+ vidas</b>    |            |               |           |                 |         |       |               |      |
| 2016                | 608        | 19,174,858    | 64,719    | 15,05           | 15.0    | 17.5  | 11.0          | 13.6 |
| 2017                | 625        | 23,469,865    | 74,202    | 13,86           | 14.8    | 16.4  | 11.6          | 13.6 |
| 2018                | 621        | 23,726,462    | 75,799    | 11,33           | 13.6    | 13.9  | 10.5          | 10.0 |
| 2019                | 597        | 23,052,711    | 72,457    | 9,99            | 11.0    | 12.2  | 12.0          | 10.0 |
| 2020                | 560        | 20,392,051    | 64,220    | 7,10            | 7.9     | 9.2   | 10.8          | 0.0  |
| 2021                | 478        | 8,662,482     | 27,212    | 5,55            | 7.0     | 7.6   | 7.9           | 0.0  |
| <b>até 29 vidas</b> |            |               |           |                 |         |       |               |      |
| 2016                | 562        | 3,976,951     | 749,377   | 16,94           | 17.9    | 17.1  | 4.9           | 19.5 |
| 2017                | 566        | 4,783,154     | 951,209   | 16,86           | 19.2    | 17.0  | 5.8           | 20.0 |
| 2018                | 557        | 5,132,837     | 1,068,703 | 15,64           | 15.8    | 15.4  | 5.6           | 18.9 |
| 2019                | 537        | 5,275,653     | 1,118,765 | 13,50           | 13.8    | 13.7  | 5.6           | 18.0 |
| 2020                | 508        | 5,140,065     | 1,104,594 | 11,15           | 12.2    | 11.4  | 9.3           | 14.0 |
| 2021                | 472        | 2,281,614     | 511,894   | 9,84            | 9.5     | 10.0  | 4.2           | 14.0 |

*Notas:*  
 Os indicadores estatísticos descrevem a base completa de reajustes informados por contrato, exceto quando indicado em contrário.  
 Todos os dados estão sujeitos à aplicação dos filtros disponíveis no cabeçalho do relatório.  
 O ano de 2021 reflete os comunicados referentes a reajustes aplicados até maio de 2021.

*(\*) Média ponderada ou Reajuste médio refere-se à média dos percentuais de reajuste ponderados pela quantidade de beneficiários atingidos pelo reajuste no mês de início de sua aplicação, excluindo-se valores atípicos (outliers) por boxplot 1,5xIQR e negociações de reajuste com alteração de fator moderador.*

Fonte: ANS/Painel de Reajustes de Planos Coletivos

### Conjunto de dados

O Painel RPC utiliza a mesma base de dados que está disponível [página da ANS no Portal Brasileiro de Dados Abertos](#) desde 2019, que contém as informações de reajustes aplicados às mensalidades de planos contratados por pessoas jurídicas – empresarias ou por adesão, enviadas

pelas operadoras de planos de saúde à ANS. Esses reajustes são referentes a contratos firmados sob a regulamentação da Lei 9.656/98, de cobertura médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica, em contratação coletiva empresarial ou coletiva por adesão, com financiamento preestabelecido. Os dados publicados no portal de dados abertos são atualizados trimestralmente, após o encerramento do prazo de envio de comunicados relativos ao trimestre anterior.

# REALIZADA A PRIMEIRA MARATONA COOPERATIVA EM REGULAÇÃO MUNDIAL

GOV (ANS) – 27/07/2021

ANS foi um dos organizadores do Regulathon, evento em que equipes participaram de desafios regulatórios.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio do seu Laboratório de Inovação – Lab Inova ANS – participou da organização do Regulathon, primeira maratona cooperativa mundial em regulação. O evento foi realizado pela rede Conexão Inovação Pública RJ, rede de inovação no setor público criada em 2018 com o propósito de facilitar o aprimoramento de agentes públicos na prestação de serviços ao cidadão.

O Regulathon promoveu a difusão das boas práticas da regulação por meio de atividades dinâmicas de imersão em duas etapas independentes: na primeira, de 02 a 04 de julho, as equipes fizeram uma análise de impacto regulatório (AIR) a partir de um desafio. Na segunda etapa, de 16 a 18 de julho, as equipes criaram um Sandbox Regulatório – ambiente experimental para a criação de soluções inovadoras. A Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade (Seae) também fez parte da organização do evento, que contou com a participação de 30 pessoas de instituições como ANTT, Anatel, Anvisa e Sebrae, entre outras.

Diferente de outros eventos do tipo maratona, como hackathons, o Regulathon foi totalmente cooperativo e 100% remoto. Não houve disputa por colocação e rankings, mas as equipes precisaram trabalhar juntas e trocar informações e conhecimentos. Todo o material produzido pelas equipes durante os dois fins de semana está na pasta do Regulathon que pode ser acessada [clcando-se aqui](#).

## Imersão em Análise de Impacto Regulatório

Cinco equipes participaram do desafio de fazer uma Análise de Impacto Regulatório em apenas um fim de semana: Regulatops, Destemidos Pioneiros, Reguladogs, Reg 4.0 e Cringes Desregulados. Quatro optaram pelo tema healthtech e uma abordou regulação verde. Entre os desafios mais votados, houve temas na área da saúde, telecomunicação, inclusão digital, meio ambiente, entre outros. Todas conseguiram concluir seus desafios.

As equipes trabalharam em problemas reais dentro de um ambiente experimental que facilitou a inovação acontecer por meio de um método seguro, retornando o aprendizado de forma aplicada às organizações.

Para isso, os participantes trabalharam de forma colaborativa num quadro virtual remoto, através das plataformas Miro e Discord, e com os seguintes canvases:

- Problema regulatório

- Partes interessadas
- Objetivo regulatório
- Alternativa da solução
- Análise das alternativas de solução
- Implementação da alternativa de solução
- Comparação das alternativas de solução

Na semana seguinte à análise de impacto regulatório, o colegiado avaliador do Regulathon se reuniu e escolheu as propostas das equipes Regulatops e Destemidos Pioneiros:

- Instrução Normativa conjunta para definição dos requisitos mínimos para o funcionamento, monitoramento e fiscalização dos serviços de telemedicina e telessaúde. Além disso, a IN definiu com clareza as competências de cada órgão bem como as possibilidades de atuação complementar.
- Alteração da Lei 13.989, de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina em território nacional.

Para saber mais sobre a imersão em análise de impacto regulatório, clique [aqui](#).

## Imersão em sandbox regulatório

Os participantes criaram um edital de sandbox regulatório e prepararam uma proposta de negócio para outro edital em apenas um final de semana. Além da temática de healthtech, o grupo LITICS apresentou o tema de gap digital em telecomunicação.

As equipes trabalharam de forma colaborativa nos seguintes canvases:

- Análise Normativa
- Resumo do escopo normativo e de fronteiras do sandbox
- Prioridade estratégica da inovação, critérios de avaliação e cronograma
- Requisitos das pessoas jurídicas participantes
- Análise de proposta para o sandbox

Todos esses artefatos utilizados na etapa do sanbox regulatório foram baseados na Lei Complementar nº 182, que instituiu o marco legal das startups e do empreendedorismo inovador.

Para saber mais sobre a Imersão em Sandbox Regulatório, clique aqui.

### Gamificação para engajar as equipes

O Regulathon teve uma moeda virtual: a Regulacoin (Reg\$)! Para cada ação realizada individualmente ou em grupo, o participante recebeu moedas. Essas moedas puderam ser utilizadas na loja da maratona, onde os participantes compraram itens cosméticos como personalização do certificado de participação e prêmios com vagas em cursos. Alguns itens em quantidade limitada foram leiloados.

---

## OPERADORAS DE SAÚDE INVESTEM EM TECNOLOGIA PARA A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

Healthcare - 27/07/2021

Com a digitalização do setor e a saúde vista sob uma nova perspectiva, especialista fala como os planos de saúde podem ter uma relação mais próxima com pacientes

Responsáveis por prestar assistência à saúde, os famosos convênios são planos que ajudam os beneficiários a terem acesso a hospitais, consultórios clínicos e laboratórios com custo reduzido ou até mesmo zero. Contudo, para Cristian Rocha, CEO e cofundador da Laura, healthtech que usa inteligência artificial para democratização da saúde, diante da nova economia, mudanças de comportamento da sociedade e com o processo de digitalização do setor, é preciso que as operadoras passem a ter um papel mais ativo na coordenação e na promoção da saúde.

“Hoje, grande parte das operadoras só está presente na hora da doença de um paciente ou no envio do boleto no final do mês, e isso tem que mudar. A saúde não pode ser vista apenas como tratar doenças, mas sim encontrar formas de manter a população sadia, física e mentalmente. E a tecnologia tem auxiliado nesta missão, seja por meio de aplicativos ou plataformas de teleatendimento, ou até mesmo fornecendo insumos para um cuidado mais preditivo e centralizado na prevenção de enfermidades e seus casos mais sérios”, afirma Rocha.

Não à toa, investimentos em ferramentas tecnológicas para a saúde têm registrado um verdadeiro boom nos últimos tempos. De acordo com dados do Healthtech Report de 2020, as startups da área tiveram um salto de 248 para 540, fornecendo mecanismos para teleatendimentos, Big Data e Inteligência Artificial, por exemplo. Além disso, a nova economia na saúde projeta investimentos de até US\$ 10 bilhões em tecnologia na América Latina até 2022.

Com isso, as operadoras de saúde têm um grande leque de possibilidades para otimizar seu modelo de negócios e se inserir de maneira efetiva na democratização e personalização da saúde dos beneficiários daqui para frente. Dentre elas, a própria telemedicina e telepsicologia, pois garante comodidade, rompe as barreiras físicas, e proporciona mais agilidade e melhor custo-benefício aos pacientes, além de auxiliar no desafogamento das instituições por conta dos atendimentos remotos. Além disso, a promoção do cuidado desde o início da jornada do paciente permite uma apuração melhor e tomadas de decisão mais assertivas por parte dos profissionais, evitando o agravamento das doenças e custos desnecessários com exames e medicamentos por parte dos planos de saúde.

Com um público em busca de personalização, agilidade e mais preocupado com o bem-estar, englobar serviços que vão além de marcar consultas por aplicativos também é de suma importância para se manter presente na vida dos pacientes. Um bom exemplo disso são as Unimed que estão adotando a tecnologia da Laura para serviços extra-hospitalares. A plataforma tem auxiliado no cuidado de ponta a ponta dos pacientes por meio de tecnologias cognitivas que acompanham toda sua jornada, entendendo os riscos e realizando os direcionamentos necessários – acompanhamento pela própria assistente virtual, teleconsulta com médicos ou psicólogos ou encaminhamento para uma instituição de saúde em casos mais sérios.

“Esta é uma forma de prestar um cuidado mais personalizado, moderno e assertivo para os pacientes, evidenciando a preocupação em trazer cada vez mais soluções que agreguem valor e segurança para os beneficiários”, finaliza o CEO da Laura.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)