

ÍNDICE INTERATIVO

[Rotatividade de beneficiários de planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[Cosaúde discutirá diretrizes sobre procedimentos em partos cesarianos](#) - Fonte: ANS

[Planos com franquia e promoção da saúde](#) - Fonte: IESS

[Saúde inflacionada](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Rede D'Or deixa rede credenciada da Amil nesta sexta: veja quais hospitais podem ser usados no Rio](#) -
Fonte: O Globo

[Após acordo, Amil manterá atendimento a clientes no Rio até alta hospitalar](#) - Fonte: Conjur

[Despesa com terapias cresce 31,3% em 2018](#) - Fonte: IESS

[Prêmio IESS: exibição de pôsteres de trabalhos acadêmicos](#) - Fonte: IESS

[Unimed apresenta crescimento de 10% no faturamento com planos de saúde em 2018 e investe na expansão da rede própria](#) - Fonte: Revista Cobertura

ROTATIVIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

IESS - 25/06/2019

Recentemente, comentamos, aqui no Blog, que o total de beneficiários de planos médico-hospitalares avançou 0,01% entre abril de 2019 e o mesmo mês do ano anterior. O que equivale a 59,1 mil novos vínculos de acordo com a última edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB). Este, contudo, é apenas o saldo de contratações, resultante do total de vínculos firmados e desfeitos no período. Em média, 1,13 milhão de vínculos foram firmados em cada um dos 13 meses analisados. Um total de 14,7 milhões de pessoas que passaram a contar com o benefício. Por outro lado, os desligamentos chegaram à ordem de 14,6 milhões. Média de 1,12 milhão de contratos rompidos por mês. Além disso, o saldo mensal foi negativo em sete dos 13 meses.

O resultado permite diversas análises e mesmo algumas especulações. Mas o que gostaríamos de chamar atenção, hoje, é o interesse da população em passar a contar com este benefício. Mesmo em um período economicamente complicado, em que o Produto Interno Bruto (PIB) permanece praticamente estável, com crescimento inferior a 1% ao ano (a.a.) e o total de desempregados ainda supera a marca de 13 milhões, mais de um milhão de brasileiros almejam adquirir um plano médico-hospitalar todo mês.

Claro, alguém pode alegar que os brasileiros deixam o plano quase com a mesma velocidade com que ingressam nele, o que, estatisticamente estaria correto. Contudo, uma análise

mais séria aponta outra realidade. Nossa experiência e os resultados da última pesquisa IESS/Ibope – também já analisada aqui no Blog – indicam que este é um setor bastante resiliente, com elevado patamar de satisfação dos beneficiários e interesse daqueles que não podem contar com um plano no momento.

Nesse sentido, é importante notar que 1,12 milhão de beneficiários deixam de contar com seus planos provavelmente porque chegaram em um ponto em que não têm mais o que cortar de seu orçamento mensal ou porque acabou o tempo a que tinham direito de manter o benefício, pagando-o do próprio bolso após serem desligados da empresa onde trabalhavam.

Para mudar essa realidade e permitir que mais pessoas continuem ou passem a contar com planos médico-hospitalares uma importante medida seria a popularização de planos com franquia e coparticipação – claro, com mecanismos para incentivar a promoção da saúde, como apontamos aqui, ontem.

Os números de beneficiários de planos de saúde, tanto médico-hospitalares quanto exclusivamente odontológicos, assim como os indicadores econômicos mencionados hoje podem ser analisados detalhadamente no [IESSdata](#).

COSAÚDE DISCUTIRÁ DIRETRIZES SOBRE PROCEDIMENTOS EM PARTOS CESARIANOS

ANS – 24/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 1º de julho, no Rio de Janeiro, a 22ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde). No encontro, os membros do Comitê debaterão a inclusão de diretriz de utilização para os procedimentos de agendamento de parto cesariano e consulta com profissional de enfermagem obstétrica na saúde suplementar. As medidas têm como objetivo incentivar a prática do parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Carla Soares, gerente-geral de Regulação Assistencial, será uma das palestrantes e esclareceu sobre a relevância do tema, destacando a responsabilidade social que o grupo terá na tomada de decisões. “Este é um tema que certamente afetará milhares de indivíduos e por isso é essencial que possamos ouvir a sociedade e trazer o debate de forma consciente, para que consigamos alcançar os propósitos regulatórios”.

Desde 2004 a ANS mostra preocupação com o tema e tem atuado para sensibilizar o setor e a sociedade sobre o excessivo número de cesarianas desnecessárias realizadas no país. Entre as ações e medidas implementadas estão a elaboração de materiais educativos e a disseminação de

experiências bem-sucedidas para redução de cesarianas e melhor assistência materno-neonatal; a criação de indicador no Programa de Qualificação, com melhor pontuação para operadora com menor proporção de partos cesáreos; a inclusão, no Rol da ANS, de cobertura da presença de acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato e a cobertura para parto realizado por enfermeira obstétrica; e a implementação do projeto Parto Adequado, que tem estimulado a adoção de modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, iniciativa que já evitou a realização de 20 mil cesarianas desnecessárias.

A reunião do Cosaúde será transmitida ao vivo pelo aplicativo Periscope (@ans_reguladora) das 9h às 17h.

Serviço: 22ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação de Atenção à Saúde (Cosaúde)

Data: 1º/07

Horário: 9h às 17h

Local: Unidade de Ensino do Hospital Albert Einstein – Rua do Passeio, 42

Esclarecimento de dúvidas e mais informações: eventos@ans.gov.br.

PLANOS COM FRANQUIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

IESS – 24/06/2019

Desde 2016, há 3 anos portanto, temos defendido a necessidade do desenvolvimento de novos produtos de saúde, especialmente na linha de planos com franquia e coparticipação. O que, acreditamos, traz o beneficiário para mais perto do processo decisório e ajuda a evitar desperdícios no setor – que não são poucos, como também já falamos [aqui](#).

Agora, a última edição do [Boletim Científico](#) apresenta o estudo “Planos de Saúde com franquia anual e Prevenção”, que indica que planos com franquia podem comprometer a utilização de serviços de saúde com foco preventivo, o que terminaria por onerar o sistema, já que doenças detectadas tardiamente tendem a exigir tratamentos mais longos e custosos, e pior, gerariam impactos na qualidade de vida dos beneficiários.

De acordo com o estudo, de 2009 a 2016 a opção por esse tipo de plano com franquia anual mínima de US\$ 1.350 para um indivíduo e US\$ 2.700 para uma família apresentou crescimento nos Estados Unidos ao mesmo tempo em que

gerou uma redução significativa na utilização geral de serviços preventivos.

Antes de contrapor o que defendemos, o resultado reforça nossa tese. Os planos com franquia têm um elevado potencial para tornar o beneficiário mais criterioso com o uso de serviços de saúde, já que passa a perceber efetivamente seu custo. Contudo, como destacamos desde o começo, esse tipo de plano precisa ser acompanhado de cláusulas de promoção de saúde que garantam que a realização de exames e consultas de rotina e com caráter preventivo não entrem na coparticipação, mas permaneçam a encargo direto das operadoras de planos de saúde para não desincentivar esse tipo de consulta e gerar maiores problemas depois.

Se você tem dúvidas sobre como funciona a franquia de planos de saúde, recomendamos a leitura de nosso post sobre o assunto [aqui](#), no [blog](#). Além disso, você pode consultar nossa [Área Temática](#) sobre novos produtos e soluções para a saúde suplementar e conhecer melhor esses e outros modelos de planos.

SAÚDE INFLACIONADA

Folha de São Paulo – 24/06/2019

Aumentos acima da inflação tornam os planos cada vez menos acessíveis

A crise econômica fez com que mais de 3 milhões de brasileiros deixassem de ter plano de saúde entre 2014 e 2018. Os cerca de 47 milhões que continuam a pagar pelo benefício se veem às voltas com um problema antigo – as mensalidades cada vez mais caras.

Os prêmios de planos individuais subiram 382% de 2000 a 2018, enquanto a inflação no período foi de 208%, segundo dados de nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). O estudo abrangeu apenas os planos individuais, cujos usuários representam cerca de 20% do total.

Não há dúvida de que os aumentos acima da inflação tornam os planos cada vez menos acessíveis a uma população que já sente os efeitos da renda estagnada.

Ainda que a proteção do consumidor seja um objetivo a ser perseguido pela agência do setor ao calcular os índices de reajustes permitidos, há de considerar que o órgão regulador deve ter também como objetivo preservar o equilíbrio econômico das operadoras de planos de saúde.

Afinal, se estas quebrarem ou deixarem de operar, serão os consumidores os maiores prejudicados.

As empresas enfrentam um cenário de envelhecimento da população, aumento da incidência de doenças crônicas, incorporação de novas tecnologias e ampliação do rol de coberturas obrigatórias, fatores que resultam em uma escalada dos custos da saúde no sistema como um todo.

Por outro lado, nem elas nem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tiveram sucesso, nos últimos anos, em montar estratégias para reduzir esses custos.

Cumprir considerar providências como mudanças na remuneração dos planos a médicos e hospitais (com compensação calculada por resultados ou por desfechos, em vez de por serviços utilizados, por exemplo); ênfase em medicina preventiva; e acompanhamento mais eficaz de doentes crônicos.

No final do ano passado, a ANS mudou o cálculo do reajuste dos planos individuais, para uma fórmula que combina variação das despesas das operadoras, a inflação apurada pelo IPCA e um fator de eficiência dos serviços.

A agência também tomou medidas que tendem a aumentar a competição no setor, facilitando a portabilidade de planos empresariais entre operadoras, por exemplo.

Nos próximos meses e anos será possível verificar se a nova fórmula resultará em maior proteção do consumidor contra pesados aumentos na mensalidade, sem inviabilizar a oferta dos planos dos quais tantos brasileiros dependem.

REDE D'OR DEIXA REDE CREDENCIADA DA AMIL NESTA SEXTA: VEJA QUAIS HOSPITAIS PODEM SER USADOS NO RIO

O Globo – 21/06/2019

Acordo garante atendimento de quem está em tratamento oncológico, gestantes e pessoas internadas

A partir desta sexta-feira os hospitais da **Rede D'Or** deixam de fazer parte da rede credenciada da **Amil**. Na última semana, no entanto, a operadora assinou acordos com a [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#) e também com Procon-RJ, [Defensoria Pública e Ministério Público do Rio](#), que garantem a manutenção de atendimento em casos como de pacientes que realizam tratamento oncológico, pré-natal e de internações em andamento pela Rede D'Or. Ficou acertado ainda que casos de emergência, com risco de morte, serão atendidos nas unidades descredenciadas pela Amil.

A Amil anunciou o descredenciamento de sete hospitais da Rede D'Or São Luiz no Rio, em abril, após uma queda de braço entre as duas gigantes do setor sobre o modelo de remuneração dos serviços hospitalares. Ao todo, **17 hospitais no Brasil** serão descredenciados, entre eles os paulistas Bandeirantes e HCor.

Saiba : [Planos de saúde individuais subiram 382% desde 2000, acima da inflação; Ipea culpa falhas na regulação](#)

Confira os hospitais descredenciados:

São Paulo

Hospital Assunção (São Bernardo)
Hospital e Maternidade Brasil (Santo André)
Hospital Sino Brasileiro (Osasco)

Rio de Janeiro

Clínica São Vicente
Hospital Barra D'Or
Hospital Caxias D'Or
Hospital Copa D'Or

APÓS ACORDO, AMIL MANTERÁ ATENDIMENTO A CLIENTES NO RIO ATÉ ALTA HOSPITALAR

Conjur – 20/06/2019

A continuidade do tratamento médico de clientes da Amil internados em hospitais da Rede D'Or São Luiz foi garantida até a alta hospitalar, por meio de acordo assinado, nesta terça-feira (18), com a Defensoria Pública do Rio de Janeiro, o Ministério Público e o Procon estadual.

Em termo de compromisso de iniciativa das instituições, a operadora comprometeu-se a manter a assistência médica aos beneficiários nessa situação mesmo a partir deste sábado (21/6), quando será feito o descredenciamento da Rede D'Or dos planos de saúde da empresa.

Assinado pelo Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria (Nudecon), o acordo firmado após notificação da

Hospital Oeste D'Or
Hospital Quinta D'Or
Hospital Rios D'Or

Entenda: [Como os planos de saúde pagam hospitais, clínicas e médicos](#)

Veja os que terão alteração na aceitação de alguns planos:

São Paulo

Hospital HCor
Hospital Leforte Liberdade (Antigo Hospital Bandeirantes)
Hospital São Luiz - Unidade Jabaquara
Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim
Hospital São Luiz – Unidade Morumbi

Distrito Federal

Hospital Santa Luzia (Brasília)

Pernambuco

Hospital São Marcos (Recife)

Veja: [Planos de saúde adotam novo modelo de gestão que deve reduzir rede credenciada](#)

No Rio, confira a rede credenciada

A Amil explicou que não foram credenciados novos hospitais a sua rede, mas que em muitos casos o acesso foi ampliado a novas linhas de produtos e especialidades. O acesso aos hospitais credenciados, listados abaixo, ressalta a operadora, variam de acordo com a linha de produto de cada beneficiário, não estando disponível integralmente para todos os planos.

DP-RJ, do MP-RJ e do Procon à Amil (para que prestasse esclarecimentos sobre o descredenciamento) também prevê a manutenção da qualidade do atendimento aos usuários após a desvinculação dos hospitais da Rede D'Or e a divulgação de informações claras e ostensivas aos clientes sobre as alterações na rede de atendimento.

Ainda de acordo com o documento, a Amil não poderá cobrar multa de quem optar pela rescisão do contrato por se sentir prejudicado com a saída da Rede D'Or.

“Com a assinatura do acordo, ficamos satisfeitos de ter o compromisso formal de que os consumidores não ficarão prejudicados, mantendo todo o tratamento de qualidade dos clientes da Amil e, principalmente, daquelas pessoas internadas, em tratamento médico oncológico, gestantes ou

de outra natureza, todos protegidos desta forma”, destaca o subcoordenador do Nudecon, Eduardo Chow de Martino Tostes.

Cirurgias serão executadas

A continuidade da assistência médica garantida aos usuários da Amil com o descredenciamento da Rede D'Or inclui, entre outros pontos, atendimento a casos de urgência e emergência, tratamento continuado, casos oncológicos e pediátricos e cirurgias já agendadas.

Em relação aos pacientes internados ou em tratamento continuado, só poderá ser feita a transferência para hospitais

credenciados à Amil se a medida estiver amparada por laudo médico e, ainda assim, sem custo adicional. O pré-natal e os tratamentos obstétricos iniciados por gestantes na Rede D'Or vão prosseguir nos hospitais descredenciados até a alta das pacientes no pós-parto, caso assim elas queiram.

Foi fixada ainda pena de multa de R\$ 1 mil por dia em caso de descumprimento de qualquer das medidas previstas no termo de compromisso. O valor será revertido em benefício dos consumidores e, além disso, o documento prevê a execução coletiva do acordo na Justiça. *Com informações da Assessoria de Imprensa da DP-RJ.*

DESPESA COM TERAPIAS CRESCE 31,3% EM 2018

IESS – 19/06/2019

As despesas com terapias foram as que mais cresceram no setor de saúde suplementar em 2018. A alta foi de 31,3% segundo o [Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares \(VCMH\)](#), que divulgamos na última semana. O grupo de procedimentos engloba serviços como hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal, fisioterapia etc.

Grande parte deste aumento está relacionado à incorporação de novas tecnologias, ou seja, medicamentos, procedimentos e aparelhos para os tratamentos. Contudo, o superintendente executivo do IESS, José Cechin, afirma que esse não é necessariamente um processo negativo. Confira no vídeo abaixo.

Claro, é fundamental combater aumentos de despesas desnecessárias porque, em última análise, elas pesam na conta para os beneficiários, tornando o acesso aos planos de saúde mais caro. O que não é positivo para ninguém, como destaca Cechin.

Além dos custos de Terapias, o VCMH/IESS também registrou avanço nas despesas com Serviços Ambulatoriais (+19,7%), Internações (+16,5%), Consultas (12,3%) e Exames (+9,9%).

Continue acompanhando nosso blog para outras análises sobre o indicador.

PRÊMIO IESS: EXIBIÇÃO DE PÔSTERES DE TRABALHOS ACADÊMICOS

IESS – 18/06/2019

Nos permitam um momento de auto apreciação: ano passado, uma das ações de que mais nos orgulhamos foi a abertura de espaço para exibição de pôsteres de trabalhos acadêmicos, inclusive de graduação (nível universitário), na cerimônia de entrega do [Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar](#), a maior premiação brasileira de trabalhos acadêmicos com foco no setor.

A iniciativa cumpre a importante função de incentivar a pesquisa e o interesse de pesquisadores pelo setor de saúde suplementar desde o começo da vida acadêmica. O que acaba por influenciar (torcemos) o desenvolvimento de pesquisas correlatas ao longo da carreira desses estudantes universitários.

Assim, não poderíamos deixar de manter o espaço para exibição de pôsteres durante a cerimônia de entrega do IX Prêmio IESS. E sem limite de pôster por autor, diferentemente do que acontece com os trabalhos concorrendo ao Prêmio.

Para a inscrição nesta categoria, os candidatos podem ser de qualquer nacionalidade, idade e formação acadêmica. Os resumos dos trabalhos devem estar em língua portuguesa e ser relacionados com o setor de saúde suplementar do Brasil nas áreas de Economia, Direito e Promoção de Saúde, Qualidade de Vida e Gestão em Saúde. Serão aceitos resumos de no máximo 2.000 caracteres que contenham os itens Objetivo, Método, Resultado e Conclusão.

Vale reforçar que é possível inscrever um trabalho ao Prêmio e outro, ou outros, para a exibição de pôsteres.

Antes de submeter seu trabalho, [consulte o regulamento](#). Caso já tenha feito, [você pode inscrever seu pôster aqui](#).

Ah, se quiser se inspirar, pode consultar os [Anais dos pôsteres do ano passado](#).

UNIMED APRESENTA CRESCIMENTO DE 10% NO FATURAMENTO COM PLANOS DE SAÚDE EM 2018 E INVESTE NA EXPANSÃO DA REDE PRÓPRIA

Revista Cobertura – 18/06/2019

Mudança do modelo assistencial, incluindo a capacitação de médicos em Atenção Primária, está entre os principais projetos conduzidos pelo sistema cooperativo

São Paulo, junho de 2019 – Maior sistema cooperativo de saúde do mundo, com 345 cooperativas, a Unimed registrou faturamento de R\$ 63,9 bilhões em 2018 com planos de saúde. A receita é 9,8% superior à obtida em 2017 (R\$ 57,2 bi). A receita total cresceu 2,9% na comparação entre os anos: R\$ 71,9 bilhões em 2018 x R\$ 70 bilhões em 2017. No que tange às despesas assistenciais, a Unimed consolidou gastos de R\$ 51,4 bilhões no período, 7,5% a mais do que no ano anterior (R\$ 47,8 bi). As despesas totais foram de R\$ 68,5 bilhões em 2018, contra R\$ 67,2 bilhões em 2017.

O Sistema Unimed detém 37% do mercado de saúde suplementar brasileiro – a maior fatia entre as operadoras no País, com mais de 18 milhões de beneficiários e 115 mil médicos cooperados – e está presente em 84% do território nacional, sendo o mais abrangente do segmento. Com 119 hospitais gerais e 9.296 leitos, possui a segunda maior rede própria hospitalar do Brasil, atrás apenas das Santas Casas. Sua relação de serviços próprios contempla também 15 hospitais-dia, 199 prontos atendimentos, 102 laboratórios, 131 centros de diagnósticos e 91 farmácias.

Esta rede crescerá nos próximos anos, com a expansão da estratégia de verticalização da Unimed. Somente em 2018, foi investido R\$ 1,052 bilhão na construção e estruturação de recursos próprios do sistema cooperativo. Sete hospitais estão em obras no momento, nas regiões Sul, Norte e Sudeste: Costa do Sol (RJ), previsto para 2020; Regional Jaú (SP), previsto para 2020; Araguaína (TO), previsto para 2022; Sul Capixaba (ES), previsto para 2020; Nova Iguaçu (RJ), previsto para 2021; Vale dos Sinos (RS), previsto para, no máximo, 2026; e Brusque (SC), previsto para 2021.

Além destes, foram inaugurados em março de 2019 o novo hospital em Juiz de Fora (MG) e em abril a primeira parte da nova unidade da Unimed BH, em Betim (MG), com as alas de internação clínica, lactário, centro de imagem, laboratório e áreas administrativa e de apoio. Em junho terá início a segunda fase do hospital, quando passarão a operar as internações cirúrgicas, UTI's adulto, pediátrico e neonatal, centros cirúrgico e obstétrico – incluindo os quartos de pré-parto, parto e puerpério imediato (PPPs) – endoscopia e hemodinâmica, além de atendimento em 27 especialidades médicas e consultas em pronto-socorro com capacidade para 900 atendimentos por dia e 27 mil por mês.

Com um projeto inovador e tendo como foco a melhor assistência ao cliente, o novo Hospital Unimed – Unidade Betim terá as mais avançadas tecnologias do setor de saúde

aliadas ao cuidado. A unidade conta com um sistema de correio pneumático, que liga todas as áreas do hospital e agiliza a circulação de medicamentos e exames entre os setores, reduzindo o tempo de atendimento ao cliente. Além disso, as estruturas possuem isolamento acústico e de calor em todas as áreas e reservatório de água pluvial para irrigação.

A Unimed possui, ainda, a maior rede de hospitais acreditados do Brasil pela ONA (Organização Nacional de Acreditação). Ao todo, são 32 com a classificação, que considera critérios de segurança do paciente, gestão integrada de processos, comunicação e cultura organizacional.

No que se refere à Acreditação Internacional, tem sete hospitais certificados com os maiores índices pela HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) – EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model), considerada uma das principais do mundo em Tecnologia da Informação em Saúde, além de três unidades hospitalares acreditadas pela ACI (Accreditation Canada International), que monitora padrões validados mundialmente em alta performance de qualidade e segurança, e um pela NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations), certificado americano de excelência clínica e em negócios e segurança para o paciente.

Os números crescentes apresentados pela Unimed são respaldados pela intensificação dos trabalhos para sustentabilidade das cooperativas. Como resultado disso, na última medição do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), considerada a principal avaliação qualitativa dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde no País, 98% das Unimeds foram classificadas nas duas faixas mais elevadas da listagem:

“Os principais focos do Sistema Unimed para 2019 estão em uma agenda pautada por assuntos como a mudança de modelos assistencial e remuneratório, com o crescimento da implementação dos polos de Atenção Primária à Saúde (APS) (atualmente são 67 Unimeds em todo o Brasil, atendendo a aproximadamente 400 mil beneficiários)”, ressalta Orestes Pullin, presidente da Unimed do Brasil, representante institucional do Sistema Unimed.

Defendida por especialistas como um dos caminhos para a sustentabilidade da saúde no Brasil, a inserção da APS no modelo assistencial encara ainda a escassez de especialistas na área. Tendo em vista esse cenário, a Unimed do Brasil, em parceria com a Faculdade Unimed e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop), vai capacitar

mil profissionais em APS até 2021. Para isso, lançou um curso de aperfeiçoamento para a área, voltado a médicos cooperados (especialistas em Medicina da Família e Comunidade, Clínica Médica, Pediatria, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Social), enfermeiros e gestores de APS ligados às cooperativas do Sistema Unimed. O curso acontece na modalidade de ensino a distância (EAD), e conta com 10 módulos teóricos e um módulo prático.

Outros pontos importantes para a Unimed são a redução de desperdícios na atenção à saúde; as diretrizes assistenciais concentradas na medicina baseada em evidências; a entrada

cada vez maior da filosofia do Jeito de Cuidar Unimed nas cooperativas, visando inserir as pessoas no centro das atenções em todo contato com a marca; a expansão do projeto de Registro Eletrônico de Saúde (RES) entre as cooperativas; a intensificação do investimento em projetos de inovação e de prevenção e qualidade de vida, como o movimento Mude1Hábito.

“O reforço do DNA cooperativista, com a propagação da iniciativa SomosCoop, da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), da qual é apoiadora desde o ano passado, também está entre as prioridades do Sistema para os próximos meses”, conclui Orestes Pullin.

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.