

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS detalha critérios de seleção de operadoras para o 8º Ciclo da Intervenção Fiscalizatória](#) - Fonte: ANS

[Amil passa a oferecer consulta médica virtual](#) - Fonte: Época negócios

[ANS define Agenda Regulatória para o período 2019-2021](#) - Fonte: ANS

[Hapvida tem pontuação máxima em sua primeira nota de crédito](#) - Fonte: Saúde Business

[Cresce consulta para troca de plano por meio da portabilidade de carências](#) - Fonte: ANS

[Novos planos têm preço menor e acesso a um só grupo de hospitais](#) - Fonte: O Globo

[Cosaúde discute a inclusão de Diretriz de Utilização para o parto cesariano](#) - Fonte: ANS

[Indústria de transformação impulsiona contratação de planos de saúde no Centro-Oeste](#) - Fonte: IESS

[Números de maio do setor](#) - Fonte: ANS

[Envelhecimento da população influencia VCMH](#) - Fonte: IESS

[ANS reduz custos visando à eficiência de gastos na administração pública](#) - Fonte: ANS

ANS DETALHA CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE OPERADORAS PARA O 8º CICLO DA INTERVENÇÃO FISCALIZATÓRIA

ANS – 09/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível a Nota Técnica que detalha os critérios para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, a ser executado no 8º Ciclo de Fiscalização, entre 15/08/2019 e 14/02/2020.

A Nota Técnica estabelece a classificação no Indicador de Fiscalização como critério de seleção, índice este que corresponde à média ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), resolvidas pelo reconhecimento da reparação voluntária e eficaz (RVE), e as não resolvidas, classificadas durante o período do ciclo de fiscalização anterior.

A Intervenção Fiscalizatória é o programa de ações executadas, a cada semestre, nas operadoras de planos de saúde selecionadas conforme os critérios definidos em Nota Técnica previamente publicada.

O objetivo é identificar e solucionar as falhas operacionais e administrativas que resultam em condutas infrativas que geram danos concretos à coletividade de beneficiários da operadora.

A medida atende o disposto na RN nº 388/2015. [Confira a Nota Técnica.](#)

AMIL PASSA A OFERECER CONSULTA MÉDICA VIRTUAL

Época negócios – 08/07/2019

O atendimento por teleconferência estará disponível 24 horas e todos os dias da semana

Em meio à polêmica da regulamentação da telemedicina no País, a Amil, maior operadora de planos de saúde do [Brasil](#), começa a oferecer nesta segunda-feira, 8, consulta médica virtual. O atendimento por teleconferência estará disponível 24 horas, todos os dias da semana, e terá como foco pacientes com queixas comuns, como gripe, tosse, dor de garganta, dor de barriga, diarreia, náusea, cólica menstrual, alergia, dor de cabeça e costas e ardor nos olhos.

Nos casos em que o médico julgar que a queixa possa ser solucionada remotamente, ele passará orientações e poderá até prescrever remédios.

"Existe uma mecânica já padronizada de prescrição de medicamentos através de certificação digital", explica Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, que controla a Amil. Já nas situações em que o especialista considerar que há necessidade de consulta presencial e realização de exames, haverá o encaminhamento do paciente para um serviço de saúde.

"Você pode pegar coisas que aparentemente são simples mas que, se não interferir a tempo, podem se transformar em coisas muito complexas, como uma alteração na visão que pode indicar até um AVC", diz Lottenberg.

Inicialmente, o serviço de teleconsulta estará disponível apenas para os 180 mil beneficiários do plano premium, o Amil One, mas a expectativa da empresa é expandir o

atendimento no futuro. Contando todos os tipos de plano, a operadora soma mais de 3,5 milhões de clientes.

As consultas online serão feitas por um grupo de 15 médicos do Hospital Israelita Albert Einstein já treinados nesse tipo de atendimento. De acordo com Sidney Klajner, presidente do Einstein, a instituição já realiza esse tipo de atendimento para grupos específicos há dois anos. "Nossa primeira experiência foi com nossos colaboradores e seus dependentes. Verificamos que esses atendimentos virtuais evitaram idas desnecessárias ao pronto-socorro em 83% das vezes." Ele destaca ainda que o serviço segue protocolos internacionais.

Regulamentação

A norma que regula hoje a telemedicina no País é a resolução 1.643, de 2002, que não é clara quanto às regras para um eventual atendimento médico virtual. Nova resolução sobre o assunto chegou a ser publicada pelo Conselho Federal de Medicina em fevereiro, mas foi revogada após críticas dos regionais.

De acordo com o CFM, o órgão receberá até dia 31 deste mês "sugestões para subsidiar novo texto". Questionado sobre a oferta de serviços de teleconsulta como o da Amil, o órgão afirmou que "o atendimento presencial e direto do médico em relação ao paciente é regra para a boa prática médica", conforme prevê o artigo 37 do Código de Ética Médica, que diz que "é vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo".

ANS DEFINE AGENDA REGULATÓRIA PARA O PERÍODO 2019-2021

ANS – 08/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu a nova Agenda Regulatória para o triênio 2019-2021, estabelecendo os temas prioritários que serão analisados no período. Os assuntos estão agrupados em quatro eixos e são vinculados aos objetivos do [Mapa Estratégico da ANS](#): equilíbrio da saúde suplementar, aperfeiçoamento do ambiente regulatório, articulação institucional e fortalecimento da governança institucional.

A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que orienta a atuação da reguladora. O propósito é estabelecer um cronograma para análise dos temas relacionados às problemáticas da regulação em saúde suplementar em determinado período, de forma a garantir maior transparência e previsibilidade, possibilitando o acompanhamento pela sociedade dos compromissos preestabelecidos pela Agência. Cada tema envolve uma questão para a qual se justifica a

análise de uma possível medida regulatória, seja por envolver falhas de mercado, regulatórias ou institucionais. A análise e a discussão dos assuntos, orientada pelas boas práticas regulatórias, poderá resultar em medidas de caráter normativo e não normativo, como programas indutores, guias, manuais, entre outros.

Submetida à discussão na Câmara de Saúde Suplementar e consulta pública, a nova Agenda Regulatória contou com a participação de diversos setores da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas. A Consulta Pública nº 74 foi realizada entre 07/03/19 e 05/04/19. Foram recebidas 241 contribuições de 30 instituições identificadas, distribuídas em cinco perfis de participantes (confira na imagem abaixo o percentual de participação segundo perfil).



O relatório detalhado com a análise das contribuições pode ser consultado no portal da ANS ([clique aqui](#)).

“Com a colaboração dos vários atores que integram a saúde suplementar e da sociedade de maneira geral, é possível melhorar a qualidade da regulação. A Agenda Regulatória é um instrumento eficaz para o amadurecimento de ações que podem resultar em novas regras para o setor e contribuir para ampliar os avanços na gestão regulatória”, afirmou o diretor-presidente da ANS, Leandro Fonseca.

O processo de elaboração da nova Agenda Regulatória para o triênio 2019-2021 começou em setembro de 2018. No período, as cinco diretorias da ANS elencaram os temas de cada área que foram incluídos no documento, definiram o conteúdo e a respectiva vinculação ao Mapa Estratégico da reguladora. A proposta submetida à Consulta Pública contemplou 14 temas alinhados aos objetivos estratégicos da ANS.

“Um dos principais desafios que o setor de Saúde Suplementar enfrenta é dar sustentabilidade a um sistema de saúde que demanda investimentos crescentes e constantes,

e que precisa, por isso mesmo, ser organizado e eficiente”, explicou Paulo Rebello, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras.

Segundo Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitações dos Produtos da ANS, o instrumento induz à melhoria de atenção à saúde dos beneficiários. “A Agenda regulatória propõe a análise de temas que visam à organização e à qualificação dos serviços prestados por operadoras e prestadores de serviços com o objetivo de promover uma atenção à saúde centrada no paciente, com coordenação do cuidado e desfechos clínicos de alta qualidade”, explicou.

Esta é a quarta Agenda Regulatória implementada pela ANS. De acordo com Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, a ferramenta “além de consolidar, monitorar e aprimorar os projetos advindos do planejamento estratégico das áreas técnicas e das agendas anteriores, busca a propor soluções para problemas acumulados no setor de saúde suplementar, com uma macroestrutura para melhor informar a sociedade”, o que é corroborado por Simone Freire, diretora de Fiscalização da Agência. “A ANS vem desenvolvendo ações visando uma avaliação de impacto regulatório sobre a

disparidade de informações no atendimento prestado ao beneficiário. Por isso, a agenda é essencial para conhecer o perfil das demandas de informação registradas da Agência, buscando ampliar a visão regulatória”.

Estas ações e normas decorrentes são de extrema importância para a organização e modernização deste setor que atende, atualmente, a mais de 47 milhões de

beneficiários em planos de assistência médica e 24,5 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

Após a Consulta Pública, a proposta final contempla [16 temas regulatórios distribuídos nos quatro eixos do Mapa Estratégico](#). A maior concentração dos temas está nos eixos Equilíbrio da Saúde Suplementar e Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório, que estão mais diretamente relacionados à missão institucional.

HAPVIDA TEM PONTUAÇÃO MÁXIMA EM SUA PRIMEIRA NOTA DE CRÉDITO

Saúde business – 08/07/2019

A agência de crédito Fitch atribuiu ao Hapvida, uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil, o rating nacional de longo prazo “AAA (bra)” – nota máxima conferida pela agência, com perspectiva estável. A pontuação também incluiu a emissão de debêntures de R\$ 2 bilhões.

Em comunicado divulgado ao mercado, a Fitch afirma que o rating da Hapvida é reflexo da “relevante posição de negócios e seu sólido perfil financeiro” em um setor competitivo como o da indústria de planos de saúde privado no Brasil. O comunicado emitido pela agência ressalta, ainda, que a classificação levou em consideração o modelo de negócios verticalizado da operadora.

Com o capital aberto desde abril de 2018, essa é a primeira vez que o Sistema Hapvida é avaliado por uma agência de crédito. A abertura de capital é reflexo da solidez da companhia ao longo de 40 anos de história.

O Hapvida conta atualmente com mais de 21 mil colaboradores diretos envolvidos na operação de 27 hospitais, 78 clínicas médicas, 20 prontos atendimentos, 85 centros de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial (Vida&Imagem) distribuídos em 12 estados onde a operadora atua com rede própria. Além disso, em 2009 a operadora criou o Hapvida+Odonto, direcionado à saúde bucal de seus clientes.

Hapvida

Com 3,8 milhões de clientes, o Hapvida hoje se posiciona como uma das maiores operadoras de saúde do Brasil. Os números superlativos mostram o sucesso de uma estratégia baseada na gestão direta da operação e nos constantes investimentos: atualmente, são 21 mil colaboradores diretos envolvidos na operação de 27 hospitais, 78 clínicas médicas, 20 prontos atendimentos, 85 centros de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial (Vida&Imagem) distribuídos em 12 estados onde a operadora atua com rede própria.

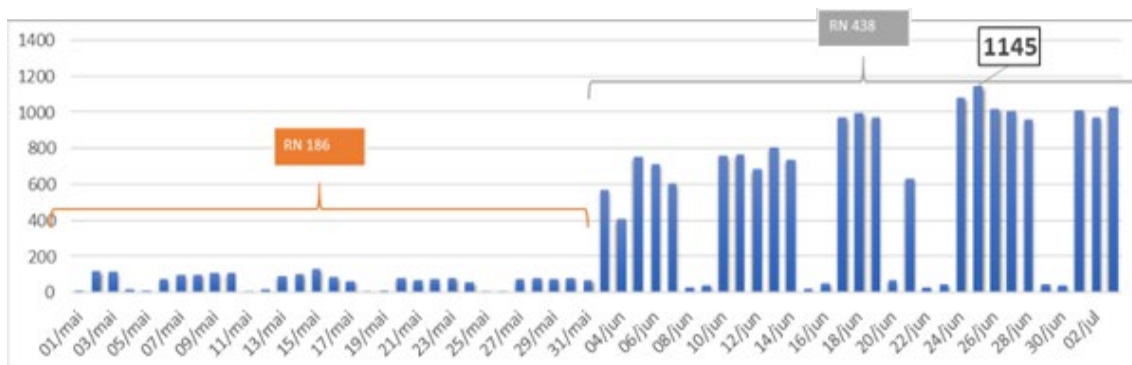
CRESCER CONSULTA PARA TROCA DE PLANO POR MEIO DA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

ANS – 08/07/2019

Desde que as novas regras para trocar de plano de saúde sem cumprir novos períodos de carências entraram em vigor, há um mês, houve um aumento expressivo na busca por informações para realização da portabilidade. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de protocolos emitidos diariamente através do Guia ANS de Planos de Saúde aumentou 858% em junho, na comparação ao mês anterior. O crescimento se deve, principalmente, à ampliação da portabilidade para os beneficiários de planos coletivos empresariais e ao fim da chamada “janela” - que restringia o pedido de portabilidade a um período de quatro meses ao ano.

Quando um consumidor utiliza o [Guia ANS](#) para pesquisar planos de saúde compatíveis para realizar a portabilidade de carências, a ferramenta disponibiliza relatórios e emite um número de protocolo que permite que o consumidor e a própria operadora do plano consultem as informações dos planos selecionados. Em maio, a média diária de protocolos emitidos foi de 63,74. No início de julho, um mês após a entrada em vigor das novas regras, a média diária subiu para mais de 1.002 protocolos emitidos. Confira nos gráficos abaixo os números.

Evolução da média diária de protocolos de portabilidade



Mês	Média diária
Maio	63,74
Junho	568,57
Julho	1.002,33

Novas regras entraram em vigor dia 3 de junho

Desde que as novas regras de portabilidade de carências dos planos de saúde entraram em vigor, os beneficiários de planos coletivos empresariais também passaram a poder mudar de plano ou de operadora sem cumprir carência. Além disso, a chamada “janela” (prazo para exercer a troca) deixou de existir, assim como a necessidade de compatibilidade de cobertura entre planos – o consumidor cumpre carência apenas para os serviços extras. A norma foi aprovada pela ANS em dezembro.

[Acesse a Resolução Normativa nº 438](#)

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deve consultar os planos compatíveis com o atual. As novas regras permitem aumentar a cobertura do plano, mas mantêm a exigência de compatibilidade de preço na maior parte dos casos. É possível consultar os planos compatíveis por meio do Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta disponível na página da Agência. A ANS preparou também uma cartilha com informações importantes sobre o tema, para orientar os consumidores sobre esclarecimentos de prazos e critérios para realização da portabilidade, como a compatibilidade entre planos, documentos exigidos e o acesso ao Guia ANS.

[Acesse a cartilha de Portabilidade de Carências](#)

O diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel, explica que a concessão do benefício para quem tem planos empresariais era uma demanda importante na agenda regulatória. “Os planos empresariais representam quase 70% do mercado e dispõem da mesma cobertura assistencial dos demais planos. A portabilidade de carências passou a ser um direito efetivo de todo consumidor de planos de saúde e vai ser mais representativa no mercado”, pontuou, destacando que um dos valores fundamentais para a ANS é o empoderamento do consumidor, respaldando-o para negociar seu plano com a operadora.

As novas regras publicadas pela ANS são ainda mais relevantes para os beneficiários de planos empresariais que foram demitidos ou de contratos com menos de 30 vidas, que

precisariam cumprir novos períodos de carência ao mudar de plano de saúde. Quando um empregado deixava a empresa ou se aposentava, haviam normas que legislavam sobre sua permanência no plano mediante a contribuição. A portabilidade ampliou o direito desse beneficiário, que pode escolher outro produto tendo respaldada sua cobertura sem carência.

Sem janela e compatibilidade de cobertura

O fim da janela para a realização da portabilidade de carências é uma das novidades da normativa. Agora, o mecanismo poderá ser requerido pelo beneficiário a qualquer tempo, desde que haja o cumprimento do prazo mínimo de permanência exigido no plano de origem. Antes, havia um período limitado a 4 meses no ano para o exercício da portabilidade, contados da data de aniversário do contrato.

Também não será mais exigida compatibilidade de cobertura entre o plano de origem e o plano de destino. Por exemplo, o beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar. A exigência que se mantém é a de compatibilidade de preços (valor da mensalidade). Como a delimitação de cobertura poderia restringir o acesso do beneficiário, uma vez que as operadoras não são obrigadas a comercializar plano com todos os tipos de segmentação, a ANS extinguiu esse item. Será necessário, porém, o cumprimento das carências previstas na Lei nº 9.656 para as coberturas que o beneficiário não possuía anteriormente.

Prazos mínimos de permanência

Os prazos de permanência para a realização da portabilidade continuam os mesmos. São exigidos mínimo de dois anos de permanência no plano de origem para solicitar a primeira portabilidade e mínimo de um ano para a realização de novas portabilidades. As exceções ocorrem em duas situações: se o beneficiário tiver cumprido cobertura parcial temporária, o prazo mínimo para a primeira portabilidade será de três anos; e se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, o prazo mínimo será de dois anos.

PARA TER DIREITO À PORTABILIDADE, É NECESSÁRIO:



Manter o vínculo ativo com o plano atual



Estar adimplente junto à operadora



Ter cumprido o prazo de permanência exigido no plano:

1ª Portabilidade

Mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária)

2ª Portabilidade em diante

Para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem



Que o plano de destino tenha faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem, com exceção dos casos de portabilidade especial, planos empresariais e pós-pagamento

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PRINCIPAIS MUDANÇAS

	REGRAS ANTIGAS	NOVAS REGRAS (válidas a partir de 03/06/2019)
<p>Quem pode fazer</p>	Apenas beneficiários de planos individuais/familiares e coletivos por adesão	Beneficiários de todas as modalidades de contratação (individuais/familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais)
<p>Período limite (janela da portabilidade)</p>	A troca só pode ocorrer nos 4 meses contados a partir do aniversário do contrato	Não há mais a janela, ou seja, a portabilidade pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano
<p>Compatibilidade de cobertura</p>	O beneficiário só pode mudar para um plano com as mesmas coberturas do plano de origem	É permitido mudar para um plano com tipo de cobertura maior que o de origem, cumprindo apenas carência para as novas coberturas
<p>Relatório de compatibilidade</p>	É necessário imprimir o relatório de compatibilidade para solicitar a troca à operadora	O protocolo é enviado de forma eletrônica, através do novo Guia ANS de Planos de Saúde

NOVOS PLANOS TÊM PREÇO MENOR E ACESSO A UM SÓ GRUPO DE HOSPITAIS

O Globo – 06/07/2019

Bradesco, SulAmérica e Golden Cross fecham parceria que prevê atendimento concentrado na Rede D'Or

Operadoras de saúde e redes hospitalares estão desenvolvendo um novo modelo de negócio. Depois da última onda de aquisições e construções de unidades próprias de atendimento, a chamada verticalização, as empresas do setor estão criando planos com uma rede credenciada menor, concentrada em hospitais de um único grupo. O modelo reduz custo para as empresas, o que resulta em mensalidades de 20% a 25% mais baratas para o beneficiário.

O Rio é o berço dessas primeiras iniciativas. Em parceria com a Rede D'Or São Luiz, que tem 16 hospitais na Região Metropolitana do estado — após a compra da Perinatal —, Bradesco Saúde, SulAmérica e Golden Cross já oferecem produtos neste novo modelo, com atendimento focado nos hospitais do grupo, o que inclui não só internações, mas também procedimentos como exames de imagens e atendimentos ambulatoriais. As três operadoras já têm planos de expandir a iniciativa para outros estados, e algumas inclusive já estudam outros parceiros. O público preferencial são pequenas e médias empresas, a partir de três funcionários.

Integração de informações

O modelo começou a ser gestado há cerca de três anos. O primeiro passo foi um projeto-piloto, com a Bradesco Saúde, voltado para o atendimento de 32 mil dos 85 mil funcionários da Rede D'Or. O projeto ganhou fôlego e se tornou um novo plano.

— Em um ano, enquanto o custo do plano de saúde desses funcionários foi reduzido em 28%, os demais tiveram incremento de até 18%. Ou seja, o custo per capita chega a ser 40% a 50% menor. A quantidade de internações caiu 10% e o custo por internação quase 30%. É uma mudança conceitual, na qual o prestador passa a prestar também um serviço de gerenciamento da saúde da população daquele plano de saúde — explica Heraclito Gomes, presidente executivo da Rede D'Or, acrescentando que o grupo poderia desenvolver o modelo também em Brasília, Recife, SP e grande ABC paulista.

Uma das diferenças é o modelo de pagamento, que deixa de ser por serviços e passa a ser feito por pacotes ou diárias e com custos fixos para atendimentos de emergência. O negócio prevê centrais de agendamento, fornecidas pela rede hospitalar, nas quais o usuário do plano é direcionado para o atendimento de médicos e serviços da rede credenciada. O sistema compreende alertas para repetição de consultas e exames e monitoramento do resultado obtido pelo tratamento.

— Um dos dilemas da saúde hoje é a fragmentação do cuidado. Administrar hospital não é nossa vocação como

seguradora. A integração de informações e a articulação da rede melhoram a qualidade da assistência e resultam em redução de custo — diz Manoel Antônio Peres, diretor-presidente da Bradesco Saúde e da Mediservice, que pretende levar o modelo a São Paulo e diz que há planos de parceria com a Rede D'Or também em Pernambuco.

Proteção de dados

Segundo Franklin Padrão, presidente da Golden Cross, a explosão de custos do setor nos últimos cinco anos levou muitas operadoras a investirem em redes próprias e estimulou o setor a pensar em novos modelos.

— Nesse modelo, além do compartilhamento de risco e de resultados entre operadora e rede hospitalar, há um comprometimento com o resultado — diz Padrão, ressaltando que parcerias desse tipo necessitam de grandes grupos. — Não existem muitos provedores de rede com tamanho suficiente para esse tipo de parceria. No Rio, acho que teria mais uma rede hospitalar a que poderíamos nos associar, mas para uma outra clientela.

Os planos regionais são uma alternativa para a busca da sustentabilidade do setor, diz André Lauzana, vice-presidente Comercial e de Marketing da SulAmérica, que acaba de lançar um plano no Rio, em parceria com a Rede D'Or, com mensalidades a partir de R\$ 132, voltado a empresas com mais de 30 funcionários. A operadora, diz Lauzana, estuda o lançamento de produtos semelhantes com outros parceiros, inclusive, fora do Rio.

— Todos compartilham o risco, desde o consumidor, com o pagamento da coparticipação, induzindo um uso mais consciente, até a rede de hospitais. O resultado é a combinação de cuidado coordenado do usuário com uma rede focada. Trata-se de um sistema mais sustentável.

Para Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), é preciso mais tempo para avaliar se o modelo é favorável ao consumidor.

— A grande preocupação, no entanto, é com a proteção de dados. Garantir que as informações serão usadas com o consentimento do consumidor e a segurança no armazenamento dessas informações — ressalta, numa referência ao compartilhamento de dados entre a operadora e a rede de hospitais.

Ary Ribeiro, vice-presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), reconhece que de fato há uma diversificação de modelos de negócio na saúde suplementar, mas afirma que, seja qual for o formato, o foco deve ser mesmo o da gestão de saúde. É nesse sentido que a associação mantém um programa de acompanhamento de

desfechos clínicos, em casos de insuficiência cardíaca e AVC, em 14 hospitais.

— Definir metodologia, protocolo é forma de garantir a assistência mais adequada. Precisamos investir em informação qualificada, transparência sempre com foco no paciente. Seja num modelo verticalizado dos hospitais próprios de operadoras ou nessa verticalização virtual, que chamamos quando as empresas fazem parceria com redes hospitalares.

Especialistas, no entanto, dizem que é crescente a tendência de parceria não só de grandes grupos hospitalares com

operadoras, mas de articulação de unidades isoladas, via programas de informação e atenção coordenada.

— O crescimento por rede própria, torna a expansão do atendimento da operadora mais lento. Além disso, com esse modelo, em que duas ou mais empresas se articulam para um atendimento mais coordenado do beneficiário há menor risco de incentivo à subutilização do que numa rede verticalizada. Isso porque as duas marcas precisam manter o seu padrão e a sua reputação no mercado, há um monitoramento entre elas — explica uma fonte do setor que preferiu não se identificar.

COSAÚDE DISCUTE A INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA O PARTO CESARIANO

ANS – 05/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou em 1º de julho, no Rio de Janeiro, a 22ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde) – comitê de caráter consultivo que tem por finalidade analisar questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. No encontro, os [membros do Comitê](#) e técnicos convidados discutiram a proposta de incorporação ao Rol de consulta pré-natal por enfermagem obstétrica e obstetrix, com Diretriz de Utilização (DUT), bem como a inclusão de DUT para o parto cesariano.

“As medidas têm como objetivo incentivar a prática do parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. A reunião de hoje é fundamental para a discussão de diretrizes de utilização no parto”, explicou na abertura do evento o diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Rogério Scarabel.

Palestraram no encontro Rita Sanchez e Andrea Gushiken, do Hospital Albert Einstein; Vera Bonazzi, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Evelyn Tiburzio e Monica Sialyly, da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP); Sérgio Rodrigues, da Unimed do Brasil; Eduardo Fonseca, do Conselho Federal de Medicina (CFM); e Patrícia Tavares, do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do RJ.

Desde 2004, a ANS tem atuado para sensibilizar o setor e a sociedade sobre o excessivo número de cesarianas realizadas no país. Entre as ações e medidas implementadas estão a criação de indicador no Programa de Qualificação, com melhor pontuação para operadoras com menor proporção de partos cesáreos; o Projeto Parto Adequado, que já evitou a realização de 20 mil cesarianas desnecessárias; a Resolução Normativa nº 368, de 2015, que garante o acesso de beneficiárias de planos de saúde aos percentuais de cesáreas e de partos normais (por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico), e a utilização do partograma e do cartão da gestante no âmbito da saúde suplementar.

Carla Soares, gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS, destacou ainda a RN nº 398, de 2016, que estabelece

a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrixes por operadoras de planos de saúde e hospitais que constituem suas redes, bem como a obrigatoriedade de os médicos entregarem Nota de Orientação à gestante.

“Tais medidas ampliaram o acesso à informação para que esta mulher, munida de conhecimentos, possa tomar sua decisão sobre o parto com o amparo do médico assistente. Não sairemos daqui hoje com um documento pronto, mas com todos os norteadores para que tenhamos, de fato, uma Diretriz de Utilização bem construída e com clareza dos objetivos e resultados que queremos atingir”, acrescentou a gerente.

Rita Sanchez, do Hospital Albert Einstein, parceiro da ANS no Projeto Parto Adequado, alertou que bebês retirados com 37/38 semanas sem trabalho de parto podem fazer angústia respiratória e permanecer de 12h a 24h na UTI neonatal. Andrea Gushiken, também do Einstein, explicou sobre a nova Política CEP/CET para agendamento de partos, que define critérios para a Cesariana Eletiva Precoce (CEP) e para a Cesariana Eletiva a Termo (CET), coibindo assim as cirurgias desnecessárias.

Eduardo Fonseca, do CFM, frisou ser importante observar a vulnerabilidade da gestante, solicitando expressamente a sua escolha em relação ao tipo de parto. Fonseca também destacou pontos da Resolução CFM nº 2.144, de 2016, que determina que a cesariana a pedido da gestante só pode ser realizada a partir da 39ª semana de gestação – salvo exceções, como nas situações em que gestante ou bebê correm risco caso o parto não seja antecipado, ou em que a mulher entra em trabalho de parto antes das 39 semanas.

Vera Bonazzi, do CONFEN, falou sobre as legislações que garantem respaldo legal para a atuação da enfermagem obstétrica no Brasil. Evelyn Tiburzio e Monica Sialyly, da ANAHP salientaram que o sistema de saúde não integrado dificulta o acompanhamento da gestante, assim como a falta de clareza sobre os limites de atuação e responsabilidades dos profissionais de saúde. Sérgio Rodrigues, da Unimed do Brasil, enfatizou o apoio e acompanhamento às Unimeds no Projeto Parto Adequado.

Patrícia Tavares, da Defensoria Pública do RJ, defendeu o direito da gestante de receber informações sobre as possibilidades de parto. “Sinto que há uma assimetria informacional muito grande. Muitas parturientes chegam a 38 semanas de gestação sem informações, e acabam escolhendo a cesariana por medo de sentir dor”, explicou.

A desembargadora Consuelo Yoshida, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, relatora da deliberação que determinou

ações para a redução de cesarianas no Brasil, enfatizou: “Não podemos ficar com posições radicais, nem 100% de cesárea, nem 100% de parto normal. É importante calibrar de acordo com a região do país e suas condições hospitalares, havendo soluções consensuais para situações complexas. Tenho para mim que a opção pelo parto adequado é a melhor”.

A próxima reunião do Cossaúde, na qual o tema seguirá em debate, será realizada no dia 06/08.

INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO IMPULSIONA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE NO CENTRO-OESTE

IESS – 05/07/2019

O total de beneficiários de planos médico-hospitalares no Centro-Oeste do Brasil avançou 2,3% entre abril deste ano e o mesmo mês do ano passado. Um resultado bastante expressivo frente a média nacional de 0,01% registrada na [última edição da NAB](#). No total, 71,8 mil novos vínculos com carteira assinada foram firmados na região ao longo do período analisado.

O crescimento da indústria de transformação na região é a principal causa desse resultado. O Centro-Oeste viveu um importante processo de modernização industrial, com a migração de plantas agroindustriais dedicadas a produtos alimentícios passando a participar da produção de biocombustíveis. Segundo a Pesquisa Industrial Anual, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Centro-Oeste foi a região que mais se industrializou no País nos 10 anos entre 2008 e 2017. Além disso, a produção de biocombustíveis figura entre as três mais relevantes da região.

Um movimento que contribuiu para o aumento do saldo de emprego e, consecutivamente, do total de beneficiários. Hoje, o setor responde por 23% do total de beneficiários na região.

Na comparação anual, do total de novos vínculos com planos médico-hospitalares, 54,7 mil são coletivos empresariais (aqueles ofertados pelas empresas aos seus colaboradores) e 20,6 mil são familiares/individuais. O resultado só não foi mais positivo por uma ligeira retração no total de planos coletivos por adesão, aqueles feitos por meio de entidades de classe. Foram rompidos 3,3 mil vínculos desse tipo, um recuo de 0,7%.

Contudo, é possível que uma parcela relevante desses beneficiários tenha deixado os planos coletivos por adesão por passar a contar com planos coletivos empresariais. Infelizmente, não é possível precisar a migração entre os planos.

O aumento da contratação de planos individuais/familiares também está intimamente ligado ao resultado do mercado de trabalho no Centro-Oeste. Isso porque o aumento do emprego tende a proporcionar também mais renda às famílias que, logo que possível, procuram voltar a contar com o plano de saúde, seja para si mesmo, se a empresa não oferecer o benefício, ou para parentes como pais com mais idade. Fato comprovado pelo expressivo aumento no total de beneficiários com 59 anos ou mais, que cresceu 2,5% no País nos últimos 12 meses.

NÚMEROS DE MAIO DO SETOR

ANS – 05/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou nesta sexta-feira (05/07) os dados do setor de planos de saúde, disponibilizando os números relativos ao mês de maio. A consulta pode ser feita por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS.

[Acesse aqui a Sala de Situação](#)

Em maio, o setor contabilizou, em todo o país, 47.188.528 beneficiários em planos de assistência médica e 24.629.591 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados mostram que o segmento odontológico segue em expansão em número de clientes, enquanto é verificada estabilidade na segmentação médica, que teve leve crescimento em relação ao mês anterior e na comparação anual.

No período, houve aumento na quantidade de consumidores de planos de assistência médica em 16 estados e no Distrito Federal, sendo Goiás, São Paulo, DF e Paraná os líderes em números absolutos. Na segmentação odontológica, apenas três Estados não registraram aumento no número de beneficiários.

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

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

Beneficiários em planos de assistência médica

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
mai/18	47.088.201	31.392.373	6.387.065	1.215	9.147.511	160.037
mai/19	47.188.528	31.655.847	6.373.949	1.164	9.039.738	117.830

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
mai/18	23.118.482	17.182.889	1.849.186	3.994	4.060.947	21.466
mai/19	24.629.591	17.998.835	2.227.451	3.956	4.385.643	13.706

Beneficiários por UF

UF	Beneficiários de assistência médica		Beneficiários de exclusivamente odontológicos	
	mai/18	mai/19	mai/18	mai/19
Acre	45.265	45.009	14.874	15.214
Alagoas	377.134	371.697	263.398	274.108
Amapá	69.060	69.304	44.131	43.812
Amazonas	520.448	512.524	385.510	409.430
Bahia	1.577.635	1.580.685	1.431.585	1.464.220
Ceará	1.274.614	1.266.473	889.093	961.182
Distrito Federal	869.925	896.676	541.081	574.288
Espírito Santo	1.093.480	1.113.603	419.408	495.171
Goiás	1.092.139	1.135.519	608.676	632.665
Maranhão	460.420	472.757	185.890	191.376
Mato Grosso	556.190	576.275	188.539	209.258
Mato Grosso do Sul	581.486	585.220	138.261	145.409
Minas Gerais	5.046.204	5.033.470	1.982.234	2.122.145
Pará	794.506	800.549	400.118	426.287
Paraíba	411.524	419.392	310.147	354.371
Paraná	2.828.099	2.854.595	1.204.220	1.284.523
Pernambuco	1.315.317	1.315.168	891.014	951.556
Piauí	313.155	318.399	79.162	82.346
Rio de Janeiro	5.417.786	5.376.279	2.851.005	3.207.541
Rio Grande do Norte	513.058	515.177	320.065	333.356
Rio Grande do Sul	2.616.780	2.579.033	752.633	781.293
Rondônia	156.579	151.938	112.023	105.994
Roraima	29.682	28.637	9.064	10.031

UF	Beneficiários de assistência médica		Beneficiários de exclusivamente odontológicos	
	mai/18	mai/19	mai/18	mai/19
Santa Catarina	1.502.353	1.504.258	484.244	513.021
São Paulo	17.173.433	17.205.391	8.282.238	8.746.344
Sergipe	315.211	318.619	196.280	191.791
Tocantins	106.591	109.414	46.362	51.050
Não Identificado	30.127	32.467	87.227	51.809

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO INFLUENCIA VCMH

IESS – 04/07/2019

A alta de 17,3% no custos médico-hospitalares, constatada na última edição do índice VCMH/IESS e já comentada [aqui no Blog](#), foi especialmente influenciada pelo [aumento dos gastos com terapia](#), mas também há outros fatores que pesam nessa conta. O avanço da [judicialização da saúde](#) e o envelhecimento da população são alguns exemplos de itens que não entram diretamente no cálculo do indicador, mas influenciam diretamente os custos do setor.

Com a mudança de perfil demográfico, é natural que certos serviços de saúde passem a ser acessados com mais frequência, como as internações e os tratamentos em decorrência de doenças crônicas. Segundo o Ministério da Saúde, 69,3% dos idosos brasileiros sofrem de pelo menos uma doença crônica e 29,8%, tem duas ou mais doenças crônicas. Na ordem, os cinco diagnósticos mais frequentes são hipertensão, dores na coluna, artrite, depressão e diabetes - [saiba mais](#).

Além disso, o total de beneficiários de planos médico-hospitalares com 59 anos ou mais é o que mais tem crescido. Como [já falamos aqui no Blog](#), de acordo com a [última edição da NAB](#), 171,9 mil vínculos foram firmados entre as operadoras de planos de saúde e os beneficiários nessa faixa etária entre abril de 2019 e o mesmo mês do ano anterior. Alta de 2,5%.

Projetamos que as operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência de seus beneficiários em 2030 em função da mudança demográfica. O valor, que consta na [“Projeção das despesas assistenciais da saúde suplementar”](#), representa um incremento de 157,3% em relação ao registrado em 2017. A análise considera o estabelecimento de 4,3 milhões de novos vínculos no período e a mudança na composição etária da sociedade brasileira para chegar a este resultado – entenda.

O assunto também já foi abordado o trabalho [“Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira”](#), de Samara Lauer Santos, 2º colocado na categoria Economia do VII Prêmio IESS.

Continue acompanhando nosso blog para saber mais sobre os outros fatores que levaram à alta registrada na última edição da VCMH.

Ah, e se você tem um trabalho de pós-graduação com esse (ou outro tema focado na saúde suplementar, não deixe de conferir o [regulamento](#) do IX Prêmio IESS e se inscrever!

ANS REDUZ CUSTOS VISANDO À EFICIÊNCIA DE GASTOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANS – 04/07/2019

Na administração pública, assim como na gestão do orçamento doméstico, as regras são as mesmas: não se deve gastar mais do que se ganha. Por essa razão, a redução de custos deve estar sempre presente no dia a dia das organizações e na cultura institucional. Pensando no

fortalecimento da governança, na melhor utilização dos recursos públicos e na promoção da sustentabilidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na diretriz de fazer mais com menos, incluiu em seu Acordo de Resultados 2019-2020 um conjunto de projetos e ações

voltados para a eficiência de despesa pública, tais como a revisão dos contratos administrativos e o Projeto de Otimização dos Gastos Públicos.

“Tivemos importantes resultados aliando o planejamento com a execução de ações em prol da utilização racional dos recursos. Essa agenda deve ser permanente para uma gestão eficiente”, enfatiza o diretor-presidente, Leandro Fonseca.

As ações de redução dos gastos têm sido crescentes nos últimos anos. Em 2018, as novas contratações concluídas somaram um total de R\$ 17,8 milhões, representando uma expressiva redução do valor contratado em relação aos dois anos anteriores – em 2016 foram totalizados R\$ 41,9 milhões e em 2017, R\$ 84 milhões. Portanto, em 2018, comparando-se com o ano anterior, houve uma redução de 79% do valor das novas contratações, demonstrando a busca da ANS pela otimização dos seus recursos orçamentários.

“Conscientes de suas responsabilidades, os gestores de contratos, em todas as unidades, têm desempenhado papel fundamental para a redução de gastos”, salientou o gerente de Administração e Serviços de Infraestrutura, André Fiúza. Ele destacou dois casos que resultaram em importante economia para a ANS: a adesão à ata do contrato de telefonia fixa e móvel, que gerou redução de R\$ 1,8 milhão na previsão de gastos para o período de 24 meses; e a negociação, pelos gestores dos Núcleos, dos contratos de locação das unidades descentralizadas.

Em 2018, comparado com o ano anterior, mais da metade do gasto das contratações foi reduzido, decorrência da renegociação de valores contratados e da implementação de novas tecnologias, como o Teams, plataforma de comunicações para uso profissional que reúne ferramentas

de bate-papo, reuniões por videoconferência e armazenamento de arquivos.

Outro esforço a ser destacado é a redução das despesas de locação de imóveis, com economia anual de mais de 800 mil reais. Já o trabalho desenvolvido com importante atuação dos gestores de contratos dos Núcleos, além da economicidade das locações, viabilizou a redução nos contratos de apoio administrativo e outsourcing de impressão.

A ANS, se antecipando ao modelo de contratação de taxi do então Ministério do Planejamento (TáxiGov), foi pioneira no Rio de Janeiro ao implantar transporte por plataforma de gestão de taxi para atender em todas as capitais e regiões metropolitanas do país. No final de 2019, será possível computar a economia alcançada com o serviço de taxi, em substituição ao modelo de locação de veículo por franquia, além da redução, já ocorrida, em 75% na quantidade de veículos locados para as demandas da sede da ANS.

Para a gerente de Contratos e Licitações, Lara Brainer, as boas práticas precisam ser compartilhadas: “É importante que todos saibam das ações e dos resultados que vêm sendo atingidos pela Agência. Dessa forma, vamos firmar uma nova visão de gestão, com reflexo positivo para a toda a sociedade”, frisou.

O processo é contínuo. Para este ano, entre outras ações, estão sendo programadas mudanças no fluxo de trabalho e redução de contratos de terceirização de mão-de-obra, com uma economia estimada em mais de R\$ 950 mil. No dia 07 de junho também foi liberado o edital de chamamento para cooperativas de reciclagem, o que reforça o compromisso da ANS com a sustentabilidade e o desenvolvimento local.

Os dados informados podem ser consultados no Relatório Anual de Gestão 2018 da ANS [clicando aqui](#).

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.