

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde apostam em apoio do governo para mudar regras](#) - Fonte: Valor Econômico

[R\\$ 160 bilhões](#) - Fonte: IESS

[Informação é a chave para evitar suspensão de planos de saúde pela ANS](#) - Fonte: Apólice

[Hospital Care cria rede com remuneração variável](#) - Fonte: Valor Econômico

[Hapvida fará follow on](#) - Fonte: Estadão

[Mapa assistencial: números para avançar](#) - Fonte: IESS

[Em 2018, beneficiários de planos de saúde realizaram 1,57 bilhão de procedimentos](#) - Fonte: ANS

[Planos empresariais registram mais de 260 mil novos beneficiários](#) - Fonte: IESS

[Após Amil anunciar consulta virtual, associação médica faz denúncia à ANS](#) - Fonte: Estadão

[ANS faz ressarcimento recorde de R\\$ 600 mi ao SUS](#) - Fonte: Estadão

[Operadoras querem preço variável por perfil](#) - Fonte: Valor Econômico

PLANOS DE SAÚDE APOSTAM EM APOIO DO GOVERNO PARA MUDAR REGRAS

Valor Econômico – 17/07/2019

O setor de planos de saúde se movimenta para aproveitar o momento político favorável e tentar reativar um conselho governamental que poderá se sobrepor à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade responsável pela regulação desse mercado. O objetivo é que o conselho possa deliberar sobre reajustes dos convênios, regular e fiscalizar operadoras, entre outras atividades que hoje são de responsabilidade da agência.

O Valor teve acesso à proposta de projeto de lei que pretende alterar a atual legislação do setor, publicada em primeira mão pelo jornalista Elio Gaspari nos jornais "O Globo" e "Folha de S. Paulo".

A iniciativa das operadoras parte da constatação de que o governo de Jair Bolsonaro tem se mostrado simpático à desburocratização e desregulação de setores importantes para a economia. Neste sentido, a ideia das operadoras é que o Conselho de Saúde Suplementar (Consu) exerça um poder superior ao da ANS.

A iniciativa não é nova. Essa possibilidade começou a ser gestada durante o governo Michel Temer, mas acabou se perdendo pelo caminho em meio aos escândalos que atingiram a gestão emedebista. Na ocasião, o governo ressuscitou o conselho, criado partir de uma Medida Provisória e esquecido desde 2001. A gestão emedebista conduziu, então, o então ministro-chefe da Casa Civil, Eliseu Padilha (MDB-RS), para a presidência do Consu, aprovou uma atualização do regimento interno e definiu que a ANS seria apenas uma parte desse colegiado. Os esforços, no entanto, pararam por aí.

Segundo fontes, a ideia é patrocinada pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que reúnem as empresas do setor, mas depende da boa vontade do Palácio do Planalto.

Após seis meses de gestão, o governo ainda não designou um nome para comandar o Consu e iniciar as reuniões que poderiam deliberar sobre as demandas represadas. A reportagem apurou que, por enquanto, o assunto não tem sido tratado como prioridade nem na Casa Civil e nem no Ministério da Saúde.

Uma fonte explicou que o assunto é visto como uma pauta do ex-ministro Ricardo Barros (PP-PR), hoje deputado na Câmara Federal, e não está entre as prioridades do atual mandário, Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS). Apesar disso, o tema conta com o entusiasmo do presidente da Câmara, Rodrigo Maia (DEM-RJ).

No mês passado, na estreia de seu podcast, Maia disse considerar "importante que a gente tenha um novo marco legal da saúde privada no Brasil. Nós sabemos que

Municípios e Estados estão falidos (...). Se a gente criar uma regulamentação ou até uma desregulamentação do setor privado, nós poderemos ampliar a base de brasileiros segurados de 40 milhões para 70 milhões, o que reduz a pressão sobre o SUS."

O presidente da Câmara afirmou ainda que a atual legislação dos planos de saúde tem muitas amarrações. "Uma empresa precisa ter centenas de procedimentos mínimos ambulatoriais. Acaba que o custo é muito alto. Às vezes se você tiver uma desregulamentação, e o brasileiro que tem uma renda menor possa ter assegurado em parte daquilo que ele gostaria, já reduz a pressão sobre o SUS", disse Maia, no post de estreia do podcast.

A proposta do projeto de lei, que pretende alterar as regras atuais do setor, privilegia o interesse financeiro das operadoras em detrimento dos direitos dos consumidores. A FenaSaúde nega a autoria da proposta, mas disse ontem ao Valor que o setor deve priorizar produtos economicamente viáveis.

Uma das mudanças propostas é que os usuários de planos individuais poderão ter reajustes diferenciados conforme seu perfil, região e histórico de uso. Hoje, a ANS aplica um reajuste único, cujo percentual é menor em relação ao praticado nos planos coletivos.

As operadoras querem que os reajustes dos planos passem a ser calculados também com base na nota técnica do usuário trata-se de um indicador que leva em consideração o perfil de cada beneficiário e calculado com base numa complexa conta atuarial. Trocando em miúdos: como a nota técnica leva em consideração as características de cada pessoa, o reajuste passa ser diferenciado. Atualmente, os convênios têm aumentos anuais com base na inflação médica e frequência de uso do plano e por faixa etária.

A proposta do projeto de lei também possibilita às operadoras revisarem, a cada quatro anos, os critérios de reajuste por faixa etária. Nas regras atuais, o último reajuste por idade acontece aos 59 anos ao levar em consideração o estatuto do idoso.

Nos convênios médicos coletivos, que representam cerca de 80% do setor, um dos dispositivos destaca que "é facultado às operadoras não ofertar ou ainda negar a contratação de planos privados de assistência à saúde que se enquadrem em perfis de risco previamente definidos".

O Consu também passaria a ser responsável pela definição do rol de procedimentos mínimos obrigatórios a serem cobertos pelos planos. Além disso, um dos pleitos é aumentar de dois para três anos o prazo de revisão do rol.

Questionada sobre a proposta do projeto de lei, Vera Valente, diretora executiva da Fenasaúde, negou que o setor seja o patrocinador da proposta que tem quase 90 artigos. "Desconheço esse documento, nunca vi. É papel do Congresso fazer um projeto de lei", disse Vera, destacando que as operadoras não estão fazendo nada na surdina.

A diretora executiva afirmou ainda que é legítimo por parte da Fenasaúde defender os interesses do setor e buscar produtos financeiramente viáveis. "Precisamos ter responsabilidade financeira, é relevante criar produtos que analisam a sinistralidade. A população só se preocupa com a questão financeira quando a operadora quebra", disse.

R\$ 160 BILHÕES

IESS – 16/07/2019

As despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde (OPS) médico-hospitalares em 2018 somaram R\$ 160,1 bilhões. O valor representa um aumento de 10,5% em relação às despesas para atender aos pacientes registradas no ano anterior, de acordo com a [análise especial](#) que fizemos do [Mapa Assistencial da Saúde Suplementar](#), apresentada [aqui no blog](#), na última sexta-feira (12/07).

Foram realizados 1,4 bilhão de procedimentos para atender aos beneficiários de planos médico-hospitalares em 2018, 5,4% a mais do que em 2017. O total de terapias foi o que mais avançou, saltando de 77,2 milhões em 2017 para 93,4 milhões em 2018. Alta de 21%. Além disso, foram realizados 274,4 milhões de consultas, 164,2 milhões de outros atendimentos ambulatoriais (por exemplo, consultas e sessões com nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e outros procedimentos ambulatoriais), 861,5 milhões de exames e 8,1 milhões de internações.

Apesar de o volume de terapias ter sido o que mais cresceu na comparação anual, quando olhamos para os valores com as despesas assistenciais, o maior incremento aconteceu em outros atendimentos ambulatoriais. Em 2018, foram R\$ 13,3 bilhões ante R\$ 10,6 bilhões do ano anterior, alta de 24,9%. Já as despesas com terapias avançaram 23,1%, passando de R\$ 10,4 bilhões para R\$ 12,8 bilhões.

As internações são o tipo de procedimento responsável pela maior parcela das despesas assistenciais com beneficiários

Sobre a intenção de desidratar a ANS e colocar o Consu acima dessa agência, Vera disse que não iria se pronunciar sobre o conteúdo do documento que afirma desconhecer. O artigo 85 da proposta sugere que o conselho passe a ter as seguintes funções: estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, aprovar o contrato de gestão da ANS, além de fixar diretrizes sobre aspectos econômico-financeiros, normas de contabilidade, parâmetros sobre capital e patrimônio líquido mínimos, reajuste de preço e modelos de remuneração, entre outros.

de planos médico-hospitalares. Foram R\$ 68,2 bilhões investidos em 8,1 milhões de internações em 2018. No período de 2017 e 2018, houve crescimento na quantidade de internação, mesmo com a queda do número de beneficiários, e a tendência observada nestes dois anos é de que o movimento deve continuar a crescer, dado o rápido envelhecimento da sociedade brasileira, especialmente se não avançarmos em agendas de Promoção de Saúde, Prevenção de doenças, Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde (APS).

Também vale notar que as despesas assistenciais das OPS com os beneficiários de planos médico-hospitalares complementam o total executado pelo Governo Federal com o Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de 2018. De acordo com o [Portal da Transparência](#), mantido pela Controladoria Geral da União (CGU), o Governo Federal contava, em 2018, com um orçamento total de R\$ 121,9 bilhões para a saúde como um todo e executou R\$ 108,2 bilhões. Nesse mesmo ano, a saúde suplementar somou mais R\$ 160,1 bilhões com as despesas assistenciais para atender cerca de 47,20 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares (isso sem contar despesas administrativas e tributos).

Todo esse investimento tem um importante fator social também para os não beneficiários da saúde suplementar. Uma vez que, ao atender um quarto da população brasileira, o sistema de saúde privado colabora para a saúde dos Brasileiros.

HOSPITAL CARE CRIA REDE COM REMUNERAÇÃO VARIÁVEL

Valor Econômico – 15/07/2019

A Hospital Care, holding do fundo Crescera (ex-Bozano) e dos empresários Elie Horn e Julio Bozano, está diversificando seu negócio. O grupo acaba de criar uma empresa para reunir prestadores de serviços que trabalham com modelos de

remuneração variável, calculada de acordo com os resultados médicos obtidos com o procedimento ou tratamento.

Inicialmente, os prestadores de serviços serão da rede própria da Hospital Care, que é dona de hospitais, clínicas e

laboratórios de medicina diagnóstica nas cidades de Campinas e Ribeirão Preto, ambas em São Paulo, e Florianópolis. Mas, futuramente, prestadores de serviços independentes poderão compor esse grupo.

Um dos papéis da nova empresa é mostrar e convencer os prestadores de serviço e médicos a adotarem determinados protocolos clínicos considerados mais eficazes.

“É um modelo em que o prestador assume o risco, porque se ele não atingir as metas prometidas não terá incremento na remuneração. Essa meta é baseada em desfecho médico, não é somente uma métrica financeira”, disse o médico Fábio Nanci Gonçalves, diretor de valor e acesso da Hospital Care.

Gonçalves fez um piloto desse projeto dentro de casa, com o plano de saúde Vera Cruz, que possui 30 mil usuários em Campinas. A taxa de sinistralidade, que em 2016 era de 91%, caiu para 87% no ano passado. É com esses resultados em mãos que o médico tem apresentado a nova empresa para as operadoras de planos de saúde. A ideia é que as operadoras e seguradoras criem modalidades de planos com uma rede fechada, no caso, da Hospital Care.

Iniciativas semelhantes surgiram no mercado nos últimos meses. A Rede D'Or firmou, recentemente, parcerias com as seguradoras de saúde Bradesco e SulAmérica para criação de planos em que a maior parte dos prestadores de serviços são do grupo hospitalar.

Questionado sobre os motivos da Hospital Care não oferecer esse tipo de parceria diretamente para as operadoras e seguradoras, Rogério Melzi, presidente da holding, explica que “hoje a relação entre as partes está envolta de muita desconfiança”. Numa relação comercial nos moldes atuais, operadoras e hospitais não informam detalhadamente como

são calculados os custos. A nova empresa vai ter que abrir no detalhe custos e estratégias dos dois lados para que os ganhos sejam compartilhados, segundo Gonçalves.

Melzi explica ainda que os hospitais já têm toda uma estrutura montada para atender o sistema no moldes atuais e que não é possível fazer uma virada radical.

“Por isso, preferimos criar uma empresa independente para tocar esse projeto, que está pensando na sustentabilidade do setor”. Nos Estados Unidos, esse modelo é muito comum. Tais empresas são conhecidas como “Accountable Care Organization (ACO)”, sendo que várias prestam serviços para o Medicare, programa de saúde do governo para idosos. A ACO mais famosa é ligada à Cleveland Clinic, tradicional centro médico americano, que atende a mais de 100 mil pessoas. “Estamos com assessoria da ACO da Cleveland, que nos ajuda muito a não repetir os erros que eles cometeram lá”, disse Gonçalves, que fez MBA na Duke University, na Inglaterra, sobre risco compartilhado na saúde.

Um dos desafios das “ACOs” é integrar os médicos que cuidam dos procedimentos de baixa, média e alta complexidades para que o desfecho clínico do paciente seja bem sucedido. O ideal é que o paciente seja bem acompanhado constantemente para evitar internações. Nos casos em que houver, por exemplo, uma cirurgia, é preciso que o paciente volte a ser tratado pelo médico de atenção primária a fim de evitar que ele seja reinternado. Se isso ocorrer, o modelo de remuneração baseado em valor não consegue atingir seus objetivos. “Implementamos dentro da Hospital Care um modelo de gestão em que corpo clínico, investidores, paciente e operadoras têm seus representantes dentro da empresa para que os interesses não se sobreponham”, disse Melzi. “Eu represento os investidores, mas tenho sorte porque são investidores.

INFORMAÇÃO É A CHAVE PARA EVITAR SUSPENSÃO DE PLANOS DE SAÚDE PELA ANS

Apólice – 15/07/2019

A compreensão do cliente é essencial para oferecer um serviço com foco nas reais necessidades de cada indivíduo e a análise de dados ajuda nessa jornada, podendo evitar suspensões

O mercado de seguros é extremamente dinâmico, principalmente com a movimentação de apólices adaptáveis às necessidades dos contratantes, sinistros nas horas mais indevidas ou prêmios que podem variar de centenas a milhões de reais. Quando falamos no seguro saúde, os movimentos de mercado são ainda mais rápidos e intensos, com a incidência de variáveis a exemplo de inflação médica, consultas, exames, internações, entre outras.

Nesse cenário, órgãos regulatórios como a ANS, tornam-se essenciais no auxílio do controle de iniciativas dos planos de saúde, bem como nos serviços prestados aos segurados no país. Desde 2000, a instituição é responsável por promover a

defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulamentar as operadoras setoriais, fomentar a relação entre prestadoras e consumidores, além de contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Porém, um dos principais desafios da entidade bem como dos segurados, se encontra no relacionamento junto às operadoras. É comum ouvirmos reclamações referente ao atendimento realizado pelas empresas de planos de saúde. Nesse contexto, uma vez que o objetivo da agência é defender o interesse dos segurados, as operadoras que apresentam maior número de reclamação e rejeição do público podem sofrer com suspensão dos serviços.

Todas as operadoras são avaliadas por meio do Monitoramento da Garantia de Atendimento, levando em consideração as reclamações registradas pelos beneficiários nos canais da entidade. Muitas delas envolvem autorização

para realização de procedimentos, franquia e coparticipação, suspensão ou rescisão de contratos e cobertura assistencial.

Tendo isso em mente, agora vamos imaginar um cenário que uma operadora de plano de saúde consegue compreender as reais necessidades de seus clientes, consegue dar andamento às solicitações previamente para solucionar quaisquer reclamações e, ciente das dificuldades passadas pelos consumidores, consegue entrar em contato com eles para solucioná-las antes de chegarem à ANS. É dessa forma que identificamos a relação direta entre a qualidade cadastral da operadora e a suspensão de planos de saúde.

Nenhuma empresa tem a intenção de falhar no atendimento e receber reclamações de seus clientes, muito menos sofrer a suspensão de seus planos. Porém, com o volume de atividades complexas acumuladas na rotina dos negócios, o relacionamento com os beneficiários pode ser prejudicado, abrindo espaço para insatisfações.

Soluções com foco em qualificação e validação de dados cadastrais permitem que as taxas de contato entre as seguradoras e operadoras com seus beneficiários sejam ampliadas significativamente. Em alguns casos elas aumentam em mais de duas vezes, impactando positivamente a resolução de reclamações.

HAPVIDA FARÁ FOLLOW ON

Estadão – 13/07/2019

Depois da oferta da Notredame Intermédica, a operadora de planos de saúde Hapvida lançará sua oferta subsequente (follow on), aproveitando o momento do otimismo do mercado. A operação deve somar R\$ 4 bilhões, superando, inclusive, sua oferta inicial de ações (IPO, na sigla em inglês), feita há um pouco mais de um ano e que movimentou R\$ 3,4 bilhões. A Hapvida já contratou os bancos BTG Pactual, Bank of America Merrill Lynch, Santander e Goldman Sachs para capitanearem o follow on. A oferta foi noticiada ontem pela coluna.

Essas ofertas possibilitam, inclusive, a antecipação de descontentamentos, pois promovem a aproximação entre operadoras e seguradoras junto aos consumidores. Dentre os resultados, podemos destacar uma visão mais completa dos benefícios, do ponto de vista do consumidor, assim como uma melhor gestão desses serviços, se considerarmos a perspectiva da companhia que os oferece.

A compreensão do cliente é essencial para oferecer um serviço com foco nas reais necessidades de cada indivíduo e a análise de dados ajuda nessa jornada. Em diversos momentos, as seguradoras e operadoras de planos trabalham com base em informações genéricas e limitado entendimento do mercado e de seus segurados, a consequência é um contingente enorme de clientes invisíveis às lentes usadas pelos modelos tradicionais de prospecção e relacionamento no mercado.

Ainda há o desafio de educar empresas sobre a possibilidade de adotar a tecnologia como aliada em todas as etapas da jornada dos seus clientes. Dessa maneira, é possível aperfeiçoar o conhecimento sobre esses consumidores e concentrar seus esforços de maneira estratégica para promover resultados; ou mesmo para obter um melhor posicionamento no Monitoramento da Garantia de Atendimento da ANS, responsável pelo monitoramento e acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas.

Acabou. A nova captação ocorre após a operadora cearense consumir todos os recursos restantes de sua abertura de capital em aquisições para dar sequência ao seu projeto de expansão para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A maior dela foi o Grupo São Francisco, que tinha o Gávea como sócio, por R\$ 5 bilhões. Em seu IPO, a ação da Hapvida foi precificada em R\$ 23,50. Hoje, o papel está em quase R\$ 42. Neste mês, as ações da operadora acumulam alta de 7%. Procurada, a Hapvida não comentou.

MAPA ASSISTENCIAL: NÚMEROS PARA AVANÇAR

IESS – 12/07/2019

Ter números e informações precisas são a base para poder detectar erros e acertos, possibilitando a evolução. Seja do atendimento, da qualidade assistencial, do tratamento de doenças etc. Sem saber exatamente onde estamos, é muito difícil – talvez impossível – definir o melhor caminho para seguir em frente.

Precisamos de exames para um diagnóstico preciso. Acompanhamento para determinar se o tratamento está alcançando os resultados esperados. E mesmo quando tudo dá errado, é necessário apuração para conhecer os problemas e evitar que eles voltem a acontecer. Resumindo, precisamos de indicadores.

Por tudo isso, não podíamos deixar de reconhecer quando entidades do setor fornecem indicadores importantes para fundamentar análises e apoiar decisões dos gestores e pesquisadores do setor de saúde suplementar. Exatamente o que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de fazer com a publicação do [Mapa Assistencial 2018](#).

Com as informações divulgadas no dia de ontem (11/07), produzimos um [Sumário Executivo](#) analisando a publicação e comparando com os dados do ano passado. Foi possível destacar a realização de 1,4 bilhão de procedimentos de assistência médico-hospitalar pelos beneficiários de planos de saúde em 2018 (aumento de 5,4% em relação a 2017). Observamos que nesse último ano, foram 274,4 milhões de consultas, 164,2 milhões de outros atendimentos ambulatoriais (o que inclui consultas e sessões com

nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e outros procedimentos ambulatoriais), 861,5 milhões de exames, 93,4 milhões de terapias e 8,1 milhões de internações. Na comparação com o ano de 2017, houve aumento na quantidade de todos esses grandes grupos de assistência, principalmente no número de Terapias (crescimento de 21%).

Ao dividir os grupos de assistência pelo número de beneficiários, verificou-se que em 2018 cada beneficiário realizou, em média, 4,6 consultas ambulatoriais, 1,2 consulta em pronto-socorro, 3,5 consultas de outros atendimento ambulatoriais, 18,2 exames e 2 terapias. De cada 100 beneficiários 17,2 foram internados nesse período, taxa de 17,2%. Em relação ao ano anterior, houve aumento no número médio de procedimentos por beneficiário de todos esses grandes grupos de assistência, exceto de consultas médicas em pronto-socorro que se manteve constante.

Além disso, em 2018, as despesas assistenciais de planos médico-hospitalares somaram R\$ 160,1 bilhões (valores nominais), valor 10,5% maior em relação ao ano anterior. De 2017 a 2018, todos os grupos de procedimentos assistenciais

apresentaram aumento de despesas - o maior crescimento ocorreu em atendimentos ambulatoriais realizados com profissionais não médicos (24,9%), seguido de terapias (23,1%) e consultas médicas em pronto-socorro (19,1%).

Esse Sumário Executivo ofertou um panorama do que virá da Série de Análises Especiais que realizaremos nos próximos meses, detalhando esses números, com informações sobre doenças crônicas, causas de internação, saúde da mulher e muitos outros indicadores.

Trabalhamos continuamente no intuito de divulgar dados do setor. Seja por meio de nossas publicações periódicas como a [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), o [Relatório de Emprego](#) ou o [VCMH](#); seja por meio de análises pontuais como as apresentadas no [Boletim Científico](#), nos [Textos para Discussão](#) ou nos [Estudos Especiais](#). Além, é claro, de iniciativas como o [Prêmio IESS](#) e o [IESSdata](#), entre tantas outras.

Continue nos acompanhando para saber de tudo.

EM 2018, BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE REALIZARAM 1,57 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS

ANS - 11/07/2019

Os beneficiários de planos de saúde realizaram 1,57 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações no ano de 2018. O número representa um aumento de 4,1% em relação ao total de procedimentos realizados em 2017 (1,51 bilhão). Os dados fazem parte do Mapa Assistencial, publicação anual divulgada nesta quinta-feira (11/07) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na segmentação de assistência médica, a realização de exames complementares somou o maior número de procedimentos no ano, totalizando 861,4 milhões (aumento de 5,45% em relação a 2017). Na sequência, vêm consultas, com 274,3 milhões (aumento de 1,49% em relação a 2017); outros atendimentos ambulatoriais, como consultas e sessões com psicólogo e fisioterapeuta, com 164,2 milhões (aumento de 4,61 em relação a 2017); terapias, com 93,4 milhões (aumento de 20,97% em relação a 2017); e internações, com 8,1 milhões de ocorrências no ano (aumento de 1,67% em relação a 2017). O número de procedimentos odontológicos somou 176,1 milhões ao longo de 2018, sendo o único tipo de procedimento em que foi registrada redução (5,34%) em relação ao ano anterior.

O Mapa Assistencial também informa o número de procedimentos realizados por beneficiário ou por grupos de beneficiários, possibilitando, assim, comparação mais fidedigna sobre o uso do sistema de um ano para outro. De acordo com essa análise, o número de consultas e de internações apresentou redução em relação ao ano anterior: em 2018, foram realizadas 5,8 consultas por beneficiário (em 2017 foram 5,9) e 179 internações por grupo de mil beneficiários (em 2017 foram 180 por mil beneficiários).

Por outro lado, houve aumento no quantitativo de outros atendimentos ambulatoriais realizados por beneficiários – foram 3,5 procedimentos por beneficiários em 2018 (em 2017 foram 3,4); e no número de terapias, que registrou 2 procedimentos por beneficiário em 2018 (no ano anterior foram 1,7). O número total de exames e de procedimentos odontológicos não contempla análise por beneficiário.

O diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, destaca que o Mapa Assistencial contribui para dar maior transparência aos dados e informações da saúde suplementar. Ele aponta, ainda, outros aspectos importantes da publicação: “A informação de boa qualidade sobre os procedimentos e eventos realizados pelos beneficiários de planos de saúde é fundamental para a promoção da coordenação das ações em saúde e para a sustentabilidade do setor”, avalia. “Com o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, o envelhecimento da população e mudanças nos hábitos de vida, há uma necessidade de melhor acompanhar a condição de saúde dos beneficiários. Para que ações reestruturantes sejam implementadas, é imprescindível o conhecimento epidemiológico e demográfico da população que utiliza plano de saúde. Dessa forma, o Mapa Assistencial possibilita que as operadoras analisem sua própria atuação de forma comparada e tracem metas capazes de melhorar a saúde da população e o funcionamento do sistema suplementar como um todo”, ressalta o diretor.

Confira na tabela abaixo o número de procedimentos realizados em 2018 pelos planos de saúde:

Procedimentos	Número de ocorrências
Consultas	274.354.711
Outros atendimentos	164.237.557
Exames complementares	861.460.048
Terapias	93.412.601
Internações	8.110.557
Procedimentos odontológicos	176.170.746
TOTAL	1.577.746.220

Doenças crônicas

Esta edição do Mapa Assistencial destaca alguns procedimentos para diagnóstico e cuidado de condições crônicas que são bastante prevalentes na população brasileira: as doenças cardiovasculares, o diabetes e a hipertensão arterial. O tema vai além da relevância em saúde e abrange também o aspecto financeiro: segundo o Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, representando cerca de 70% dos gastos com saúde no Brasil.

Nos último cinco anos (2014 a 2018), o número de exames de hemoglobina glicada (para detecção de diabetes) apresentou um significativo aumento, tendo passado de 0,17 para 0,29 exames por ano, o que corresponde a um incremento anual de cerca de 13%.

Outro destaque é o Holter 24 horas, um dos exames de informação obrigatória pelas operadoras relacionados ao diagnóstico e acompanhamento de doenças do aparelho circulatório – segunda maior causa de internação dentre tipos selecionados. De 2014 e 2018, houve um aumento de aproximadamente 6% ao ano no número de exames desse tipo realizados por mil beneficiários.

Confira alguns dados extraídos do Mapa Assistencial 2018

- **Consultas:** Em consultas médicas ambulatoriais, a especialidade **clínica médica** liderou o número de ocorrências dentre as especialidades detalhadas pelas operadoras, totalizando 27.062.874 procedimentos em 2018. Em seguida, vêm as especialidades **ginecologia e obstetrícia**, com 19.737.282 ocorrências, e pediatria, com 16.665.256 ocorrências.
- **Outros atendimentos ambulatoriais:** O maior número de ocorrências nessa segmentação (dentre os tipos detalhados pelas operadoras) foi **consulta com fisioterapeuta**, que totalizou 47.133.272 atendimentos, seguido por **consulta com psicólogo**, que totalizou 6.703.304 atendimentos.
- **Terapias: Hemodiálise crônica** liderou o número de procedimentos entre os tipos que são obrigatoriamente detalhados pelas operadoras, totalizando 2.281.463 ocorrências.
- **Exames:** O exame mais realizado em 2018 (na lista dos que devem ser detalhados pelas operadoras) foi **radiografia**, com 31.823.039 ocorrências, seguido por **hemoglobina glicada** (13.490.622 ocorrências) e **ressonância magnética** (7.904.467 ocorrências). Destaca-se também o expressivo número de exames de **tomografia computadorizada** (7.386.876) realizados em 2018.
- **Tipo de internações:** Dentre os diferentes tipos de internações (clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica), o maior número foi **cirúrgica** (3.492.750 ocorrências, sendo que, dessas, 49.521 foram para bariátrica).
- **Causas de internações:** Dentre as causas selecionadas de internações (neoplasias, diabetes mellitus, **doenças do aparelho circulatório**, doenças do aparelho respiratório e causas externas), o maior número foi relacionado a doenças do aparelho respiratório, com 506,6 mil ocorrências, seguido por **doenças do aparelho circulatório** (465.845 ocorrências).

[Clique aqui e confira a íntegra da publicação.](#)

PLANOS EMPRESARIAIS REGISTRAM MAIS DE 260 MIL NOVOS BENEFICIÁRIOS

IESS – 11/07/2019

Mais de 263 mil novos vínculos empresariais foram firmados com planos de saúde médico-hospitalares entre maio deste ano e o mesmo mês de 2018. Alta de 0,84% segundo a [última edição da NAB](#), que acabamos de publicar.

O resultado está diretamente ligado ao aquecimento do mercado de trabalho, já que esse tipo de plano é oferecido pelo contratante aos colaboradores, seja para atrair e reter talentos, seja por força de acordos coletivos entre os sindicatos patronais e os dos trabalhadores.

No geral, 100,3 mil novos beneficiários passaram a contar com um plano médico-hospitalar nos 12 meses encerrados em maio de 2019. O resultado é inferior ao aumento dos planos empresariais porque houve uma redução de 1,18% no total de vínculos individuais/familiares, aqueles contratados diretamente pelo beneficiário. No período analisado, foram rompidos 107,8 mil vínculos deste tipo.

Além disso, os planos coletivos por adesão, aqueles contratados e mantidos pelos trabalhadores por meio de vínculo com sindicatos, também tiveram um ligeiro recuo, de 0,21%. O que equivale a 13,1 mil beneficiários deixando de contar com o plano em maio deste ano ante maio passado.

Goiás, São Paulo e o Distrito Federal foram as unidades da Federação com o maior número de novos vínculos. Já o Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul foram os Estados em que mais beneficiários deixaram de contar com os planos.

Não deixe de acompanhar, aqui no Blog, mais detalhes sobre o total de planos médico-hospitalares e o resultado dos planos odontológicos nos próximos dias. Você também pode conferir os números no [IESSdata](#).

APÓS AMIL ANUNCIAR CONSULTA VIRTUAL, ASSOCIAÇÃO MÉDICA FAZ DENÚNCIA À ANS

Estadão – 11/07/2019

AMB diz que realização de consultas a distância pode ser temerária e não tem o devido amparo legal. Questão está sob discussão no CFM

SÃO PAULO - A Associação Médica Brasileira (AMB) informou nesta quinta-feira, 11, ter feito uma denúncia à [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#) sobre o que chamou de "utilização temerária e sem o devido amparo legal" de aplicativos de comunicação para a realização de consultas a distância. A medida ocorre após a Amil, maior operadora de planos de saúde do País, ter [começado a oferecer a consulta médica virtual](#).

Em nota à imprensa, a associação se disse preocupada com a saúde dos pacientes e com a segurança jurídica dos médicos brasileiros. "Isso abre perigosas possibilidades de burlas à Lei do Ato Médico, que tem por principal objetivo zelar e garantir um atendimento eficiente e digno ao cidadão brasileiro", declarou.

Para a entidade, a incorporação de novas tecnologias é "um caminho sem volta e que pode ser muito positivo, desde que disciplinado por diretrizes responsáveis com foco no fortalecimento da relação médico/paciente e para auxiliar a vencer os desafios atuais da medicina".

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".

A AMB se disse "totalmente contrária" à utilização de ineficientes mecanismos artificiais, principalmente nas fases iniciais de diagnóstico. "Isso não é telemedicina. Isso não

representa melhorias reais na qualidade da medicina. E, pior, coloca os pacientes em situação de vulnerabilidade, pois sacrifica o exame clínico presencial, parte fundamental de uma consulta médica."

Para a entidade, consultas a distância pode enganar o paciente, "induzindo-os a acreditar que se trata de um benefício, quando, na verdade, trata-se de um movimento de redução de custos das operadoras com atendimento presencial, escamoteando todos os riscos envolvidos".

A associação pede que a ANS tome providências imediatas contra o que chama de irregularidades e pede que tais práticas sejam coibidas, à luz da regulação vigente.

Plano inicial deve permitir consulta virtual a 180 mil clientes

A [Amil](#) havia informado que 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", explicou ao [Estado](#) Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, que controla a Amil.

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.

ANS FAZ RESSARCIMENTO RECORDE DE R\$ 600 MI AO SUS

Estadão – 10/07/2019

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu ressarcimento recorde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na primeira metade deste ano, de quase R\$ 600 milhões. O valor, o maior anotado desde 2000, quando a ANS foi criada, refere-se a atendimentos prestados na rede pública a clientes de planos de saúde. Em 2018, a Agência repassou ao SUS R\$ 783 milhões, recorde que deverá ser superado este ano.

Serviços prestados. Nos últimos 19 anos, a ANS ressarciu cerca de R\$ 3,4 bilhões ao Fundo Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde responsável por administrar a quantia. O ressarcimento ao SUS é uma obrigação legal das operadoras de planos de saúde e deve ocorrer sempre que um beneficiário faz uso no sistema público de um serviço que deveria ser oferecido pela empresa.

OPERADORAS QUEREM PREÇO VARIÁVEL POR PERFIL

Valor Econômico – 10/07/2019

A Abramge, associação das operadoras de planos de saúde, está pleiteando à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a criação de novos modelos de convênio médico.

Entre esses formatos, estão planos em que a precificação é calculada conforme o risco do usuário. Um fumante,

sedentário ou que pratica atividade de alto risco pagariam um valor maior pelo plano. “No modelo atual, o risco é compartilhado entre todos. O usuário que não fuma, pratica esportes e tem uma vida saudável paga pelos demais. O seguro de carro é precificado de acordo com o risco do contratante”, disse Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge.

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.