

ÍNDICE INTERATIVO

[Lei de Proteção de Dados pode colaborar para saúde de mais qualidade](#)- Fonte: CQCS

[Brasília receberá primeiro Fórum de Autogestão em Saúde](#)- Fonte: Correio Brasiliense

[Você sabe o que é mutualismo e como ele funciona no seu plano de saúde?](#)- Fonte: IESS

[ANS lança iniciativa para estimular remuneração baseada em valor em saúde](#)- Fonte: ANS

[Programas de Promoção da Saúde e prevenção de Riscos de Doenças](#)- Fonte: IESS

[Monitoramento do Risco Assistencial: resultado final e Plano Periódico](#)- Fonte: ANS

[Promoprev alcança marca de 1.868 programas cadastrados na ANS](#)- Fonte: ANS

[Amil corta custos e demite funcionários](#)-Fonte: Valor Econômico

LEI DE PROTEÇÃO DE DADOS PODE COLABORAR PARA SAÚDE DE MAIS QUALIDADE

CQCS – 02/09/2019

As mudanças que a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) trará para o setor de saúde foram um dos assuntos debatidos durante a 4ª edição do Fórum Internacional de Lideranças da Saúde, que teve como tema “Medicina Diagnóstica: mais valor para um sistema de saúde em transformação”. Promovido pela Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), nesta sexta-feira (30/8) em São Paulo, o evento contou com a participação da Diretora-Executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, e de outras lideranças do setor.

“Com a LGPD, teremos uma excelente oportunidade de dispor de dados de saúde de mais qualidade, que permitam aplicação mais focada e assertiva, com impactos bastante positivos na gestão e nas possibilidades de assistência aos pacientes”, apontou Vera Valente.

Alguns exemplos de benefícios previstos são o maior uso da inovação e de novas tecnologias nos tratamentos, a melhoria de protocolos clínicos e de comparabilidade de casos, além da prevenção a fraudes. “A tendência é clara, e é uma tendência mundial: os tratamentos de saúde vão depender,

cada vez mais, do uso de dados, da inteligência artificial. Esperamos que a LGPD não se transforme num empecilho para estes avanços no Brasil”.

Para Vera Valente, o maior desafio para a melhor aplicação da LGPD é como ela será regulamentada, interpretada e fiscalizada e, por isso, será crucial a atuação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados em harmonia com órgãos reguladores já existentes, como é o caso da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A LGPD coloca o Brasil em um nível avançado na proteção de informações. Para a Diretora da FenaSaúde, a lei é bem-vinda, pois consolida práticas e procedimentos voltados à privacidade, ao respeito à intimidade e ao direito a sigilo que o setor de saúde já adota e com as quais já está acostumado. “Para as pessoas, representa mais segurança e transparência. E, para as empresas, segurança jurídica e previsibilidade, com padronização de processos e regras, definição de direitos e deveres, punições por descumprimento de regras.

BRASÍLIA RECEBERÁ PRIMEIRO FÓRUM DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE

Correio Brasiliense – 02/09/2019

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas/DF) irá promover o I Fórum de Autogestões em Saúde do DF. De acordo com o superintendente da Unidas/DF, Marcus Vinicius Willmann Saar de Carvalho, a ideia é mobilizar os diversos setores do mercado para pensar soluções para questões como o barateamento dos planos de saúde. “Este é o primeiro Fórum de vários que virão e será para discutirmos os novos modelos da saúde privada com as operadoras de autogestão. Será uma transferência de conhecimentos. Afinal, os custos estão cada vez mais altos e as pessoas estão indo para outros modelos de saúde”, explica.

O Fórum irá ocorrer nesta quarta-feira (4/9), das 9h às 18h, no auditório da Procuradoria Geral da Justiça Militar (PGJM) e são esperadas cerca de 350 pessoas. O evento receberá, como palestrantes, o CEO da Amil, Daniel Coudry. O

executivo integra os quadros da companhia desde 2016 e é médico com residência em patologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Também estará presente o juiz do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) da 10ª Região Rogério Neiva Pinheiro, que falará sobre os paradigmas da negociação em instituições de autogestão; o diretor de saúde do IAG Saúde, Mauro Oscar, que palestrará sobre a eficiência dos hospitais no Brasil e os novos modelos de remuneração; o economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais, para falar sobre as perspectivas para o setor de saúde suplementar; e o diretor do Hospital Sírio Libanês, Paulo Ishibashi, e o CEO da Rede Impar, Paulo Curi Savastano, que falarão sobre o aumento da competitividade no setor.

VOCÊ SABE O QUE É MUTUALISMO E COMO ELE FUNCIONA NO SEU PLANO DE SAÚDE?

IESS – 02/09/2019

Um dos conceitos mais fundamentais para possibilitar o correto funcionamento de todo tipo de seguro, seja

residencial, de automóveis, planos de saúde ou outro qualquer é o mutualismo. Conforme explicamos na [“Cartilha](#)

– **Reajuste de Planos de Saúde**”, o mutualismo implica uma solidariedade financeira entre segurados de um mesmo grupo. Para que ele seja efetivo, entretanto, é necessário que os perfis de risco dos beneficiários de uma mesma carteira sejam semelhantes.

A ideia é simples, minimizar o risco individual, pulverizando-o em um grupo. Para que o conceito funcione, entretanto, a seguradora ou operadora de plano de saúde precisa garantir que os perfis em uma mesma carteira sejam semelhantes entre si.

Apenas para exemplificar, imagine um grupo com 2 mil motos, sendo mil do modelo A e mil do modelo B. Estatisticamente – e hipoteticamente – 5 motos precisam de reparo a cada ano, sendo 3 do modelo A, ao custo de R\$ 15 mil cada, e 2 do modelo B, ao custo de R\$ 10 mil cada. No total, o custo anual de reparo das motos será de R\$ 65 mil. O que resultaria em um custo anual de R\$ 32,50 para cada segurado.

Contudo, este seguro não é interessante para os proprietários de moto tipo B, que teriam um custo de reparo anual de apenas R\$ 20 mil sem as motos do tipo A na mesma carteira. O que resultaria em um custo per capita de apenas R\$ 20. E sua saída seria negativa para os proprietários de moto do Tipo A, que teriam que arcar com um custo per capita de R\$ 45.

Como a lei que rege os planos de saúde estipula que as diferenças de mensalidade podem ser feitas apenas por idade, o mutualismo ocorre dentro de cada faixa etária. A ideia é que beneficiários em uma mesma faixa etária apresentem riscos semelhantes em relação à sua saúde e por isso pagam uma mensalidade igual.

Claro, também existe um mecanismo conhecido como pacto intergeracional, já analisado [aqui no Blog](#), que faz com que os beneficiários mais novos paguem um pouco a mais do que o custo médio de seu perfil para que os mais idosos possam pagar um pouco menos do que seu custo médio, tornando o benefício mais acessível para as últimas faixas etárias.

ANS LANÇA INICIATIVA PARA ESTIMULAR REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR EM SAÚDE

ANS – 30/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou nesta quinta-feira (29/08), durante o II Fórum sobre Qualidade da Atenção, o projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor. A iniciativa selecionará 10 projetos-pilotos de operadoras de planos de saúde fundamentados em experiências que levem em conta os resultados em saúde. Os selecionados serão acompanhados pela ANS e todas as operadoras com projetos aprovados receberão um bônus no resultado do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) a partir do ano-base 2019.

Os projetos deverão seguir as diretrizes apresentadas no Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, lançado no dia 20/03, durante o I Fórum. A participação no projeto poderá ser requisitada pelo formulário FormSUS, disponível no portal da ANS, de 29/08 a 30/10. As experiências inscritas serão analisadas pela equipe técnica da ANS, que priorizará a seleção de projetos com enfoque na melhoria da atenção à saúde e na sustentabilidade do sistema, com iniciativas vinculadas à atenção hospitalar e aos projetos de Melhoria da Qualidade da ANS, como o Programa de Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar (APS) e os Projetos Parto Adequado e OncoRede. Lembrando que valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados.

Na abertura do evento, o diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, destacou o papel da diretoria na promoção de melhorias no setor. “Todas as nossas ações contribuem para a harmonização entre os atores do setor e para a indução de qualidade na saúde suplementar. Nosso trabalho

se pauta na regulação indutora, conduzindo de forma amistosa, não forçada, as boas práticas no mercado”, disse. Aguiar detalhou, ainda, a importância do novo projeto. “Para a ANS, a principal diretriz para a adoção de modelo de remuneração baseado em valor é a que tem como foco alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos”, explicou o diretor.

[Confira aqui](#) mais detalhes sobre o projeto e faça a sua inscrição.

Debate sobre modelos de remuneração na ANS

A ANS iniciou as discussões sobre modelos de remuneração de prestadores em 2016, através da criação de um Grupo de Trabalho (GT) específico sobre o tema, no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial. Na Fase 1 do GT, o papel da ANS foi principalmente compartilhar estudos sobre os principais modelos de remuneração, com foco nas experiências internacionais, estabelecendo comparativo com os modelos em andamento no Brasil, em especial na saúde suplementar. Já na Fase 2, foram criados subgrupos com o objetivo de aprofundar temas específicos.

“Agora, com o lançamento do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor, o Grupo Técnico que discute esse tema entra em sua Fase 3, avançando ainda mais na implementação de iniciativas que contribuam para testar modelos de remuneração mais adequados e resolutivos para a saúde da população”, destacou o diretor.

A gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, discutiu com os participantes as premissas para modelos de remuneração bem-sucedidos. "Temos hoje um ciclo vicioso onde o cuidado em saúde é descoordenado e fragmentado, com duplicação de esforços e sem previsão dos desfechos clínicos para a remuneração de prestadores. A qualidade do que está sendo entregue e a satisfação do beneficiário precisam ser consideradas", ponderou a gerente. Ana Paula frisou que o atendimento oportuno, seguro, efetivo e centrado no paciente são atributos da qualidade em saúde que devem ser considerados para a remuneração de prestadores.

Outros temas discutidos no Fórum

Além do lançamento do projeto sobre remuneração, ao longo do evento outros temas foram discutidos. Técnicos da ANS realizaram palestras sobre o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, cuja primeira iniciativa é a Certificação em Atenção Primária em Saúde. O coordenador de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial, Eduardo Neto, falou sobre a atual fase do Projeto OncoRede: a criação da certificação em oncologia. O especialista em Regulação Felipe Riani apresentou as conquistas do Projeto Parto Adequado e destacou as prioridades atuais: intensificação do apoio às operadoras participantes, atenção aos fatores ligados à mortalidade materna e a criação da certificação em Parto Adequado. A coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualificação e Acreditação de

Operadoras, Rosana Neves, apresentou os indicadores do Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) ano-base 2019, que passa a integrar os programas de indução da qualidade da ANS e a utilizar dados do Padrão TISS (Troca de Informação da Saúde Suplementar).

O Fórum contou também com convidados especiais apresentando suas experiências. Aline Medeiros, da Optum (empresa de serviços de saúde e inovação), compartilhou o seu conhecimento sobre análise de dados de saúde em prol da saúde baseada em valor. Elenara Oliveira Ribas falou sobre o uso de indicadores para melhoria da qualidade em saúde no Hospital Moinhos de Vento. E Ruchelli França de Lima apresentou o Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, uma parceria do Hospital Moinhos de Vento com a ANS.

"Apesar do custo elevado, as assistências médicas continuam sendo o benefício mais comum entre as empresas, incentivo que se manteve presente em 99% das companhias, mesma quantidade registrada no levantamento feito em 2017", afirma, em nota, Paulo Jorge Cardoso, Vice-Presidente Executivo de Saúde e Benefícios da Aon.

As opções de assistência saúde também vêm ficando mais escassas dentro das empresas. A pesquisa identificou que houve queda de 14% no número de empresas que apresenta opção de mais de um plano médico. Caiu em 11% as empregadoras que oferecem mais de um convênio.

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS DE DOENÇAS

IESS – 30/08/2019

Se você acompanha o setor de saúde suplementar há algum tempo, certamente já ouviu alguém afirmando que precisamos mudar o modelo do sistema de saúde atual, de forma que ele deixe de ser centrado na doença e o atendimento assistencial seja estruturado com foco no paciente e na prevenção. Nós, certamente, já destacamos essa necessidade algumas vezes em nosso blog e estudos.

Exatamente por isso, não poderíamos deixar de valorizar e destacar resultados como o do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (Promoprev), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Quando começou, em 2009, a iniciativa contava apenas com 38 projetos de promoção da saúde. O número, contudo, tem avançado a olhos vistos. Apenas nos últimos cinco anos, de 2014 até 13 agosto de 2019, o total de ações inscritas no Promoprev cresceu 65,6%, avançando de 1,1 mil, em 2014, para os 1,9 mil atuais.

No total, das 743 operadoras de planos médico-hospitalares ativas e com beneficiários, 53% ou 394, possuem iniciativas

nesse sentido. Além disso, o número de beneficiários que participam dessas ações também tem avançado. Hoje, 2,3 milhões de pessoas fazem parte de programas cadastrados no Promoprev, 50% a mais do que há cinco anos.

Para estimular a mudança de modelo de atenção assistencial no Brasil e a elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos, a ANS oferece incentivos regulatórios às Operadoras de Plano de Saúde (OPS) que inscreverem iniciativas nesse sentido no Promoprev. Já para ajudar a atrair beneficiários, a agência também autoriza as OPS a ofertarem desconto na mensalidade do plano para participantes de programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida. Além disso, para aqueles de gerenciamento de crônicos ou focados em uma população-alvo específica, também é possível conceder brindes, descontos em serviços e abono total de custos de coparticipação em procedimentos de saúde relacionados ao programa.

Para saber quais operadoras têm programas inscritos no Promoprev, basta [consultar o site da ANS](#).

MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: RESULTADO FINAL E PLANO PERIÓDICO

ANS – 29/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado final do Monitoramento do Risco Assistencial relativo ao 4º trimestre de 2018, conforme previsto no art. 11 da RN nº 416 de 22/12/2016. Sendo assim, não há a possibilidade de envio de novos questionamentos, já que o prazo foi encerrado no dia 11/06/2019.

Para conferir o resultado final a operadora deverá acessar a [Central de Relatórios](#) e depois Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

Também está disponível o Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial referente aos 2º, 3º e 4º trimestres de 2018.

Conforme estabelecido no artigo 7º da IN DIPRO nº 49 de 22/12/2016, alterado pela IN DIPRO nº 55 de 07/02/2018, o Plano Periódico de Monitoramento do Risco Assistencial define os critérios de priorização a serem adotados para o encaminhamento de operadoras às áreas responsáveis pela análise e execução das medidas administrativas cabíveis, tomando por base os resultados obtidos no Monitoramento do Risco Assistencial em três trimestres de avaliação consecutivos.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial, [clique aqui](#).

PROMOPREV ALCANÇA MARCA DE 1.868 PROGRAMAS CADASTRADOS NA ANS

ANS - 28/08/2019

O Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (Promoprev) alcançou em agosto a marca de 1.868 iniciativas cadastradas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Trata-se do maior número desde 2009, ano em que a ANS lançou uma nova estratégia de estímulo ao desenvolvimento de programas desse tipo e os projetos começaram a ser registrados na reguladora. Ao todo, as iniciativas contemplam, hoje, aproximadamente 2,3 milhões de beneficiários de planos de saúde.

Os programas atendem às mais diversas áreas de atenção, como Saúde do Adulto e Idoso – que contempla a maioria dos projetos, totalizando 1.357 -, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde do Adolescente, Saúde do Homem e Saúde da Pessoa com Deficiência Física. Os problemas que mais recebem atenção nos programas de Promoprev cadastrados pelas operadoras são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e câncer, em detrimento aos fatores de risco para essas doenças.

As ações de promoção e prevenção são fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, sendo uma estratégia que objetiva a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde da população. Por esse motivo, a ANS tem buscado cada vez mais estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a organização do sistema de saúde e implementar um modelo de atenção mais eficiente e resolutivo.

“Temos que sair do modelo historicamente centrado na doença e estruturar ações voltadas ao cuidado integral e centrado na pessoa. Somente dessa forma conseguiremos evoluir em relação à obtenção de valor e de melhores resultados em saúde”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. “Nessa perspectiva, todos os atores do setor possuem papel relevante: as operadoras devem ser as gestoras de saúde e as empresas contratantes, co-gestoras; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; e os beneficiários, usuários com consciência e autonomia. À ANS, cabe o papel de ser uma agência reguladora cada vez mais qualificada e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde”, complementa o diretor.

As operadoras que têm programas aprovados na ANS recebem incentivos regulatórios e os beneficiários de planos de saúde que participam das iniciativas têm a possibilidade de receber bonificação e premiações. A bonificação consiste em vantagem monetária, representada pela aplicação de desconto na mensalidade do plano – sendo ofertada apenas aos participantes de programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida. Já a premiação pode ser oferecida por meio de distribuição de brindes, descontos em serviços ou até pelo não pagamento de coparticipação para procedimentos de saúde relacionados ao programa.

Confira na tabela abaixo a evolução do número de programas cadastrados na ANS:

PROMOPREV	
Ano	Total de Programas
2009	38
2010	65
2011	338
2012	759
2013	985
2014	1.128
2015	1.278
2016	1.414
2017	1.559
2018	1.734
2019*	1.868

Fonte: ANS/Sistema Promoprev

** Dados coletados até 13/08*

Para saber se sua operadora desenvolve algum programa Promoprev, acesse o site da ANS e faça a pesquisa. [Clique aqui para acessar a área.](#)

Desenvolvimento de iniciativas

Para que um programa seja desenvolvido de forma adequada, a ANS orienta as operadoras a delinear as diretrizes, definindo os objetivos, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados. Os programas podem se basear em três tipos de modelagens: programa para gerenciamento de crônicos;

programa para população-alvo específica; ou programa para a promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde que quiserem implementar programas Promoprev ou que já desenvolvem e quiserem cadastrar junto à ANS podem obter todas as informações pelo site. Clique aqui.

Atualmente, das 743 operadoras médico hospitalares ativas com beneficiários, 394 delas (53%) têm programas desse tipo cadastrados na ANS.

AMIL CORTA CUSTOS E DEMITE FUNCIONÁRIOS

Valor Econômico – 28/08/2019

Dona da Amil, a empresa americana UnitedHealthcare está cortando custos e pessoal a fim de melhorar os resultados da operadora brasileira. Desde sua aquisição, por R\$ 10 bilhões em 2012, a Amil não apresenta bom desempenho financeiro. A orientação é que cada departamento da companhia faça uma redução de 30% entre orçamento e salários. Até agora, pelo menos 300 pessoas, inclusive do alto escalão, foram demitidas. Esse número deve aumentar porque o processo ainda está em andamento, segundo o Valor apurou.

Ainda de acordo com fontes, a reestruturação da unidade brasileira – que contava com 38 mil funcionários em 2018 –

está sendo liderada pessoalmente pela CEO global da UnitedHealthcare, Molly Joseph. A executiva passou a maior parte deste mês no Brasil promovendo mudanças, liderando reuniões e esteve também na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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.