

ÍNDICE INTERATIVO

[Lucro da Unitedhealth, dona da Amil, cresce 11% no 3º trimestre](#) - Fonte: Valor Econômico

[Inscrições abertas para o 5º fórum FenaSaúde](#) - Fonte: FenaSaúde

[Empresas do Rio ficam obrigadas a informar regras para manutenção de planos de saúde após demissão](#) -
Fonte: O Globo

[Outubro Rosa](#) - Fonte: ANS

[Diferenças na realização de exames médicos no Brasil](#) - Fonte: IESS

[ANS atualiza cadastro de profissionais para atuação junto às operadoras](#) - Fonte: ANS

[Planos exclusivamente odontológicos ultrapassam os 25 milhões de beneficiários](#) - Fonte: IESS

LUCRO DA UNITEDHEALTH, DONA DA AMIL, CRESCE 11% NO 3º TRIMESTRE

Valor Econômico - 15/10/2019

Com o resultado, controladora da operadora de planos de saúde revisou para cima as projeções de ganhos para o ano

A UnitedHealth, que no Brasil controla a operadora de planos de saúde Amil, teve lucro de US\$ 3,54 bilhões no terceiro

trimestre de 2019, o que representa alta de 11% ante o mesmo período do ano anterior. O resultado foi bem recebido pelos investidores da companhia. Há pouco, as ações da UnitedHealth tinham alta de 2,68% no pré-mercado da Bolsa de Nova York, negociadas a US\$ 226,50.

INSCRIÇÕES ABERTAS PARA O 5º FÓRUM FENASAÚDE

FenaSaúde - 14/10/2019

Estão abertas as inscrições para o 5º Fórum FenaSaúde que acontece no próximo dia 24 de outubro, em Brasília. O cadastro gratuito é dirigido à toda a sociedade e pode ser feito pelo site www.5forumfenasaude.com.br.

Com o tema “Novos Rumos da Saúde Suplementar”, o fórum propõe o debate de propostas de mudanças para garantir que mais brasileiros tenham acesso aos planos de saúde e que o setor alcance a sustentabilidade. O Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, fará a abertura do evento com a palestra magna “O desafio da saúde suplementar na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde”.

A mediação será feita por André Médici, economista sênior em Saúde do Banco Mundial, em Washington, e que participou do planejamento, desenvolvimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O evento também reunirá palestrantes com diferentes perspectivas sobre o tema, como Rogério Marinho, secretário especial da Previdência Social do Ministério da Economia e ex-relator do PL 7.419/06 e Armínio Fraga, fundador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e ex-Presidente do Banco Central, entre outros nomes.

Análise e propostas

Para Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde, o diagnóstico sobre os problemas da saúde no Brasil é

praticamente consensual entre operadoras, prestadores de serviço, contratantes, reguladores e legisladores. “Sabemos o que é preciso mudar para que mais brasileiros tenham acesso à saúde de qualidade e a agenda das operadoras inclui, por exemplo, a volta da oferta dos planos individuais, maior segmentação de coberturas e o incentivo à atenção primária”, destaca Vera.

A diretora executiva da FenaSaúde explica que o fórum será centrado na discussão da legislação que regulamenta o setor, a Lei 9656/98, que completou 20 anos de vigência. “Dividimos o fórum em dois momentos. O primeiro irá avaliar essa legislação após duas décadas, o que trouxe de benefícios e o que precisa ser aprimorado e modernizado. No segundo momento, apresentaremos as sugestões para manter a sustentabilidade da saúde suplementar e atrair novos beneficiários, garantindo não apenas o crescimento do setor, mas também o desafogamento do SUS”, diz.

As sugestões de mudanças são boas para o Estado, para as empresas e, principalmente para a população, que percebe no setor um atendimento de qualidade, diz Vera Valente. “Temos muitas coisas para fazermos juntos e nós da FenaSaúde queremos incentivar um grande debate em torno desses aperfeiçoamentos, envolvendo toda a sociedade brasileira. Por isso, convido a todos para que venham debater conosco os novos rumos da saúde suplementar no Brasil”, ressalta.

EMPRESAS DO RIO FICAM OBRIGADAS A INFORMAR REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE APÓS DEMISSÃO

O Globo – 14/10/2019

Nova lei foi sancionada nesta segunda-feira pelo governo do Rio

O governador Wilson Witzel sancionou, nesta segunda-feira (dia 14), uma lei que obriga as empresas públicas e privadas do Estado do Rio que forneçam o benefício do plano de saúde empresarial aos funcionários a divulgarem as regras para a manutenção do benefício após a demissão ou a aposentadoria.

A norma foi aprovada na Assembleia Legislativa do Rio (Alerj) e prevê a publicidade da Resolução Normativa (RN)279/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em vigor desde junho de 2012, que define as normas de cobertura para trabalhadores demitidos e aposentados.

Empregados demitidos sem justa causa e aposentados têm direito a manter o plano desde que tenham contribuído com o pagamento do plano empresarial. Neste caso, eles deverão assumir integralmente a mensalidade após o desligamento.

A resolução assegura a continuidade da cobertura do plano de saúde em casos de desligamento da empresa, como demissão, exoneração ou aposentadoria. Segundo o texto, o tempo mínimo para manter o direito ao benefício é de seis meses, e o máximo, de dois anos .

Já os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria.

Ainda de acordo com a norma, todos os trabalhadores demitidos ou aposentados têm direito à portabilidade especial sem ter que cumprir uma nova carência .

OUTUBRO ROSA

ANS – 11/10/2019

No Outubro Rosa, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reforça às beneficiárias de planos de saúde os procedimentos que constam no [Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#) relacionados à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama e do câncer de colo do útero, bem como os procedimentos reparadores e de reabilitação. O Rol estabelece a cobertura mínima obrigatória a que beneficiários de planos de saúde têm direito.

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma. Segundo dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama responde, atualmente, por cerca de 28% dos casos novos de câncer em mulheres. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos.

Estima-se que em 2018 foram registrados 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil. Por isso se faz tão relevante a campanha de conscientização Outubro Rosa, que

A empresa poderá manter os aposentados e os demitidos no mesmo plano dos ativos ou fazer uma contratação exclusiva para eles. Segundo a ANS, se a companhia preferir incluir todos no mesmo plano, o reajuste será o mesmo para empregados ativos, demitidos e aposentados. Caso contrário, os aumentos poderão ser diferentes.

No caso de planos específicos em separado para aposentados e demitidos, o cálculo do percentual de reajuste tomará como base todos os planos de ex-empregados na carteira da operadora.

tem como objetivo principal alertar as mulheres e a sociedade sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama e, mais recentemente, sobre o câncer de colo do útero.

Atualmente, 286 Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - Promoprev cadastrados na ANS são voltados para a saúde da mulher. Desses, 79 possuem ações para a linha de cuidado de câncer de mama e 46 para câncer de colo de útero. Através do Promoprev, a ANS estimula as operadoras de planos de saúde a desenvolverem ações de atenção à saúde que visem a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde da população.

Confira abaixo alguns dos principais procedimentos para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama e de colo de útero listados no Rol da ANS, atualmente regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 428/2017, em vigor desde janeiro de 2018.

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS NO ROL DA ANS

 PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS E DE DIAGNÓSTICO PRECOCE MAMOGRAFIA, EXAMES LABORATORIAIS, PESQUISAS GENÉTICAS, TESTE DE PAPANICOLAOU E CONSULTAS MÉDICAS.	 EXAMES DIAGNÓSTICOS EXAMES DE IMAGEM COMO ULTRASSONOGRÁFIAS (TRANSVAGINAL E MAMÁRIA), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E PET-CT.
 TRATAMENTOS CIRURGIAS CONVENCIONAIS E MINIMAMENTE INVASIVAS, RADIOTERAPIAS E QUIMIOTERAPIAS.	 PROCEDIMENTOS REPARADORES E DE REABILITAÇÃO RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS MASTECTOMIA. ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL QUANDO INDICADA (PSICOTERAPIA, FISIOTERAPIA E NUTRIÇÃO).

DIFERENÇAS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS NO BRASIL

IESS – 11/10/2019

Recentemente, mostramos dados da pesquisa [IESS/Ibope](#) que indicam diferenças relevantes entre o comportamento de beneficiários e não beneficiários com relação ao uso de serviços de saúde – [relembre](#). Mas a pesquisa também apontou hábitos distintos na realização de exames entre os dois grupos, que vamos analisar hoje.

De modo geral, a quantia de beneficiários que realizam exames de rotina é proporcionalmente maior do que a da população de não beneficiários. Contudo, em média, os não beneficiários realizam exames de triglicérides, colesterol, glicemia e aferição de pressão mais vezes por ano do que as pessoas que têm plano de saúde.

Entre aqueles que têm vínculos com planos de saúde, por exemplo, 71% realizaram exames de glicemia. 20 pontos percentuais (p.p.) acima do total de não beneficiários que realizaram o exame. Por outro lado, a população geral realizou, em média, 2,1 exames, enquanto a população com plano realizou 1,9 exame.

O fato de termos proporcionalmente menos pessoas fazendo os exames mais vezes por ano pode indicar uma ineficiência do sistema, especialmente porque esses exames têm uma

validade longa, que não justificariam sua repetição, em condições normais, dentro de tão pouco tempo. No entanto, é bem possível que a maior taxa de realização de exames entre não beneficiários se deva ao fato de estes realizarem exames já em situação de necessidade, ou seja, com uma condição clínica já instalada, requerendo portanto acompanhamento mais regular, o que exige a repetição mais frequente dos exames.

Claro, esse comportamento também pode ser visto dentro da saúde suplementar, ainda que, aparentemente, em menor escala. Segundo a pesquisa IESS/Ibope, 93% dos beneficiários que realizam exames os retiram e retornam ao médico. Os outros 6% só retornam ao médico se o exame apontar algo negativo. Mas essa taxa de 99% dos exames retirados não significa que não há desperdício.

Afinal, [como já apontamos aqui](#), o uso de antibiótico é bom quando precisamos combater uma bactéria, mas se tomado sem necessidade, causa males à saúde. Do mesmo modo, realizar exames desnecessários é o mesmo que expor nosso corpo à radiação e outras substâncias que podem nos fazer mal.

Confira a tabela de realização de exames segundo a última edição da pesquisa IESS/Ibope:

Beneficiário		Não Beneficiário	
Papanicolau 73% 1,2	Pressão arterial 83% 4,9	Pressão arterial 73% 5,8	Papanicolau 51% 1,3
Autoexame da mama 63% 2,0	Glicemia 71% 1,9	Glicemia 51% 2,1	Autoexame da mama 44% 5,6
Mamografia 52% 1,1	Colesterol 71% 1,7	Colesterol 48% 1,9	Mamografia 29% 1,1
Próstata 31% 1,3	Triglicérides 67% 1,8	Triglicérides 43% 1,9	Próstata 19% 1,3
Realizou exames Média (vezes/ano)		Realizou exames Média (vezes/ano)	

ANS ATUALIZA CADASTRO DE PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO JUNTO ÀS OPERADORAS

ANS – 10/10/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está atualizando, nos estados destacados abaixo, o banco de profissionais que poderão ser chamados para atuar junto às operadoras de planos de saúde nos casos de instauração de regime especial de Direção Técnica.

De forma a exercer a competência prevista na Lei nº 9.656/98, para instauração e acompanhamento do regime especial de Direção Técnica, a ANS ampliará seu cadastro de profissionais capacitados para desempenhar tais funções, de

acordo com a necessidade da Agência, nos seguintes estados:

- Acre
- Amapá
- Amazonas
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso

- Mato Grosso do Sul
- Pará
- Paraná
- Piauí
- Rio Grande do Norte
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- Sergipe
- Tocantins

O regime especial de Direção Técnica é instaurado quando a ANS detecta anormalidades administrativas graves de natureza assistencial em uma operadora de plano de saúde, colocando em risco a continuidade e a qualidade da assistência prestada a seus beneficiários.

O Diretor Técnico é o agente público nomeado pela Agência para atuar dentro da operadora e acompanhar a rotina da empresa. Após a análise da situação real, ele poderá orientar a operadora a adotar medidas para solucionar os problemas, ou poderá constatar a impossibilidade de sua permanência no mercado, por incapacidade de atendimento às exigências previstas na Lei nº 9.656/98 e na legislação específica, do ponto de vista administrativo e assistencial.

Os profissionais selecionados poderão ser chamados quando houver necessidade de instauração do regime especial de Direção Técnica, em uma ou mais operadoras de planos de saúde, preferencialmente, mas não necessariamente, em região próxima ao seu domicílio.

Perfil do Diretor Técnico

1. Nível superior completo em qualquer área de formação;
2. Experiência profissional no setor de saúde, sendo desejável que tenha experiência em gestão, ou planejamento, ou em saúde suplementar e regulação em saúde;
3. Habilidades: capacidade de negociação, de administração de conflitos, de identificação e resolução de problemas, de cumprimento de metas e de administração do tempo, com foco em resultados;
4. Conhecimentos desejáveis: gestão de planos e serviços de saúde; legislação do setor de saúde suplementar; planejamento em saúde; auditoria em saúde; gestão de rede de serviços em saúde; sistemas de saúde; conceitos básicos de epidemiologia.

Para integrar o cadastro, os candidatos, residentes nos estados mencionados, deverão encaminhar, no período de **14 de outubro a 13 de dezembro de 2019**, currículo em PDF, destacando sua formação, experiência profissional, as habilidades e os conhecimentos mencionados acima, para o endereço eletrônico: gedit.dipro@ans.gov.br.

A seleção dos profissionais para o banco de diretores técnicos será feita mediante a análise de currículo e entrevistas, que serão agendadas a critério da Gerência de Direção Técnica.

Atenção!

1. O profissional indicado para nomeação como Diretor Técnico deverá preencher todos os requisitos previstos na Resolução Normativa nº 300/2012;
2. Ao ser designado para a função de Diretor Técnico, e durante o exercício da função, o candidato não poderá ter qualquer espécie de vínculo profissional, direto ou indireto, com operadoras de planos de saúde;
3. O candidato não poderá ser beneficiário da operadora para a qual foi designado como Diretor Técnico;
4. A designação de um Diretor Técnico não configura concurso público e não gera vínculo empregatício com a Agência Nacional de Saúde Suplementar ou com a operadora que está sob o regime especial;
5. A inclusão do profissional no banco de candidatos não estabelece classificação entre os integrantes do banco;
6. O trabalho realizado pelo Diretor Técnico é função pública de caráter eventual;
7. O candidato é responsável pela veracidade das informações prestadas.

Mais informações

Obtenha mais detalhes sobre o regime especial de Direção Técnica e o papel do Diretor Técnico na legislação vigente:

Lei nº 9.656/1998 - Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (atualizada pela MP nº. 2177-44);

Lei nº 9.961/2000 - Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, receita, a vinculação ao Ministério da Saúde, e a sua natureza;

Resolução Normativa nº 300/2012 - Dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial;

Resolução Normativa nº 417/2016 - Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do mercado de saúde suplementar;

Instrução Normativa/DIPRO nº 50/2016 - Regulamenta a RN nº 417, de 22 de dezembro de 2016, e dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial, sobre o regime especial de Direção Técnica e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica.

PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS ULTRAPASSAM OS 25 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

IESS – 09/10/2019

O mercado de planos exclusivamente odontológicos segue como destaque positivo na saúde suplementar brasileira. A nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), aponta que, entre agosto deste ano e o mesmo mês do ano passado, houve crescimento de 5,7% no total de beneficiários exclusivamente odontológicos, correspondendo a 1,3 milhão de novos contratos.

Com isso, o segmento ultrapassou a marca de 25 milhões de vínculos, o maior número já registrado, o que representa 12% da população nacional. O total de vidas nessa modalidade tem crescido de forma contínua desde o momento que passaram a ser mensurados.

Considerando toda a série histórica, que se inicia em 2000, foram adicionados 22,5 milhões de vínculos neste período, equivalente à população do Estado de Minas Gerais, por exemplo.

Conforme já mostramos na pesquisa IESS/Ibope, o crescimento do setor está sendo impulsionado pela satisfação dos beneficiários e pela propaganda boca a boca,

já que 91% dos entrevistados têm intenção de continuar com o plano que possuem e 93% o recomendariam para amigos e parentes.

Vale lembrar que o segmento tem se beneficiado de custos mais acessíveis em relação aos planos médico-hospitalares. Claro que a marca de mais de 25 milhões de vidas representa um avanço, mas o mercado ainda está longe de alcançar seu potencial. Isso porque a taxa de cobertura dessa modalidade de planos de saúde está em 11,9%.

O bom desempenho no período é justificado pelo aumento no número de beneficiários em todas as regiões do País. Se em porcentual a região Norte impressiona, com variação de 12,8%, com mais de 131 mil novos vínculos, em números absolutos o destaque fica para a região Sudeste. O expressivo resultado de mais de 838 mil novos beneficiários na região foi puxado pelo bom desempenho do Estado de São Paulo, com cerca de 550 mil novas vidas.

A análise completa será apresentada na 39ª edição da NAB. Continue acompanhando aqui nos próximos dias.

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.