

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

20 de março de 2024



EVENTO RECOMENDADO

VII ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS

Tema: A preocupação com o aumento dos custos da saúde e a sinistralidade das operadoras

Nossa diretora, **Andréa Cardoso**, será palestrante nesse evento.

O encontro ocorrerá nos dias 11 e 12 de abril de 2024 e tem como objetivos:

Abordar o aumento dos custos dos serviços de saúde sob os vieses de causas e consequências, bem como as estratégias de administração necessárias para equalizar forças e viabilizar o negócio;

Debater sobre o Rol de procedimentos - É taxativo ou exemplificativo?

Discutir a interferência do Congresso Nacional e o STF na Saúde Suplementar

As inscrições deverão ser realizadas por e-mail:

julcemarragnini@hotmail.com

ou pelos telefones: (49) 9 99891603, com o valor de R\$ 250,00 por pessoa.

ÍNDICE INTERATIVO

[Evolução da cirurgia robótica e seu impacto na saúde brasileira](#) - Fonte: Saúde Business

[Burocracia hospitalar: como a IA pode transformar o atendimento?](#) - Fonte: Saúde Business

[Com o temor de fraudes e negativas de cobertura, setor de planos de saúde precisa passar por revisão](#) -
Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde têm 51 milhões de beneficiários](#) – Fonte: Fenacor

[ANS realiza evento sobre linhas de cuidado e jornada do paciente](#) - Fonte: Fenacor

[ANS diz que vai mandar recomendação para planos de saúde 'facilitarem' atendimento de pacientes com dengue no DF](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Reclamações contra planos de saúde atingem o maior índice](#) - Fonte: Medicina SA

[De olho em 2024, quem determinará o futuro da saúde suplementar?](#) - Fonte: Fenacor

[ANS abre inscrições para programa de monitoramento da qualidade hospitalar](#) - Fonte: GOV (ANS)

EVOLUÇÃO DA CIRURGIA ROBÓTICA E SEU IMPACTO NA SAÚDE BRASILEIRA

Saúde Business – 19/03/2024

Cirurgia robótica está ganhando terreno no Brasil, com um aumento significativo no número de procedimentos e equipamentos nos últimos cinco anos. A tecnologia oferece mais segurança, precisão e uma recuperação mais rápida para os pacientes.

A cirurgia robótica, iniciada há cerca de 15 anos no Brasil e regulamentada pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) em 2022, está crescendo de maneira significativa no país. Em cinco anos (2018 a 2023), o número de aparelhos saltou de 51 para 111, enquanto o número de procedimentos passou de 17 mil para 88 mil. O crescente avanço da tecnologia, além de incentivar instituições a adquirirem robôs, está estimulando os cirurgiões a se capacitarem para este tipo de técnica.

Campinas, a primeira cidade do interior de São Paulo a realizar cirurgias robóticas em 2018, ganhou mais dois robôs no ano passado e agora conta com três hospitais disponibilizando a tecnologia. “Este é o futuro da cirurgia como um todo. Embora ainda seja restrita a serviços privados, com o tempo, a cirurgia robótica deve ficar mais acessível, a exemplo do que aconteceu com a videolaparoscopia”, avalia Prof. Dr. Bruno Pereira, cirurgião do aparelho digestivo e oncológicas.

Segundo ele, a cirurgia robótica possui diversas vantagens em relação à cirurgia feita por videolaparoscopia, aquela realizada por meio de pequenas incisões, com auxílio de uma câmera, sem a necessidade de grandes cortes.

“A cirurgia robótica se assemelha à cirurgia videolaparoscópica em sua essência, contudo tem se mostrado mais segura, mais detalhada, com menor risco de infecção e oferece uma recuperação melhor, já que o

paciente tem menos dor no pós-cirúrgico. No caso das cirurgias oncológicas do aparelho digestivo, há, ainda, o benefício da retirada dos tumores em microdetalhes. Para a urologia, é também muito vantajosa, por exemplo, para cirurgia de próstata, em que a inervação é poupada, diminuindo as chances de impotência no pós-operatório”, explica o médico.

Pereira é o primeiro médico do Grupo Surgical, que atua em cirurgias eletivas, de urgência e emergência de diversos hospitais de Campinas e região, a terminar a capacitação para cirurgia robótica. “Para realizar a cirurgia robótica, é necessário fazer um treinamento complexo. Temos teoria, aulas práticas com simulador e cirurgias monitoradas até estarmos prontos para operar o robô sozinho”, comenta o cirurgião, que já realizou seus primeiros procedimentos em Campinas, no Hospital São Luiz.

Além dele, que é CEO o Grupo, outros três cirurgiões da equipe – composta por 16 profissionais de diversas especialidades – já estão fazendo a capacitação. “Nosso objetivo é que, em pouco tempo, toda a equipe esteja treinada para realizar cirurgias robóticas”, destaca.

Diferentemente do que algumas pessoas pensam, o robô não faz nada sozinho. Todos os seus movimentos são realizados sob comando do cirurgião, que é auxiliado por outro cirurgião que fica em sala ao lado do paciente. “Se o cirurgião faz tudo, por que então essa tecnologia é tão vantajosa? Porque ela permite que nós, médicos, possamos movimentar os braços do robô em 360°, ampliando a visibilidade e os movimentos feitos pelo pulso humano. Outro ponto importante é que o robô proporciona maior estabilidade à nossa mão, removendo pequenos tremores. Para cirurgias de alta complexidade, este é um grande diferencial”, finaliza.

BUROCRACIA HOSPITALAR: COMO A IA PODE TRANSFORMAR O ATENDIMENTO?

Saúde Business – 19/03/2024

A burocracia hospitalar consome tempo e recursos preciosos, mas a Inteligência Artificial oferece uma saída ao automatizar processos, permitindo que profissionais se concentrem no cuidado com os pacientes.

A burocracia é uma realidade comum em diversos hospitais brasileiros, concentrando processos internos complexos que consomem tempo e recursos preciosos. No lugar de um trabalho manual intenso, os algoritmos da Inteligência Artificial (IA) vêm como uma saída para maximizar essas atividades, permitindo que os profissionais de saúde se concentrem no que realmente importa: o cuidado com os pacientes.

Um estudo publicado pela Annals of Internal Medicine aponta que a cada uma hora dedicada ao paciente, duas são dedicadas à entrada de dados nos sistemas, tornando a burocracia o fator que mais consome tempo num atendimento. Perde o paciente e perde os profissionais da saúde, que se veem obrigados a lidar com uma demanda dobrada e exaustiva no dia a dia.

Trazendo a IA como uma solução para desburocratizar as demandas hospitalares em função da sua capacidade de automatizar tarefas repetitivas e demoradas, é possível utilizar este recurso tanto nas áreas de gestão e qualidade, até mesmo na facilidade de interpretar grandes volumes de dados para promover um atendimento mais preciso.

Por exemplo, o uso desta tecnologia pode facilitar na otimização da gestão dos milhares de itens do estoque, prever a demanda por suprimentos médicos e até mesmo agendar consultas de forma mais eficiente. Isso reduz a carga de trabalho administrativo sobre os funcionários e permite que eles se concentrem em atividades mais estratégicas, como elevar o nível de personalização no atendimento aos pacientes.

Outra área em que a IA pode desburocratizar os processos hospitalares é na gestão de escala dos funcionários, garantindo que haja cobertura adequada em todos os turnos.

Grandes redes podem fazer uso deste recurso no processo de alocação de profissionais, permitindo uma comunicação

mais eficaz entre as equipes e uma resposta mais ágil às demandas dos pacientes, além de somar aos benefícios o controle de horas extras, que acabam sendo reduzidas, o que impacta nos custos da operação.

Indo além, a IA pode facilitar a interpretação de grandes volumes de dados clínicos e administrativos, fornecendo insights valiosos para a tomada de decisões. Por exemplo, algoritmos de IA podem analisar registros de saúde eletrônicos para identificar padrões de doenças, prever readmissões hospitalares e personalizar tratamentos com base no histórico médico do paciente. Isso não só melhora a qualidade do atendimento, mas também pode reduzir custos e evitar erros médicos.

Na área de saúde, vemos um grande movimento de novas aplicações de Inteligência Artificial para apoiar e desburocratizar os processos hospitalares, além de trazer na

esteira benefícios em áreas que lidam diretamente com o paciente. Enquanto as Big Techs se voltam para ampliar o uso dos grandes modelos de linguagem, como o ChatGPT e o Gemini, há muitas novidades em aplicações específicas sendo desenvolvidas por empresas especialistas em saúde, promovendo uma atuação 'cirúrgica' neste setor.

A Inteligência Artificial tem um imenso potencial para revolucionar os processos internos dos hospitais, tornando-os mais eficientes e ágeis para benefício do paciente. E, ao eliminar a burocracia e automatizar tarefas, a IA permitirá aos profissionais da saúde uma dedicação maior de seu tempo e energia para o que realmente importa: cuidados de alta qualidade e salvar vidas.

COM O TEMOR DE FRAUDES E NEGATIVAS DE COBERTURA, SETOR DE PLANOS DE SAÚDE PRECISA PASSAR POR REVISÃO

Valor Econômico – 18/03/2024

Empresas tentam transferir pacientes para clínicas e laboratórios próprios a fim de baixar custo.

Hoje aposentada devido à doença renal crônica, a ex-administradora de empresas Renata Santos faz diálise desde 2016, mas no fim de 2023 foi surpreendida pelo cancelamento do seu plano de saúde sem explicação da operadora. Meses antes, vinha recebendo telefonemas que tentavam convencê-la a realizar o tratamento em uma clínica da própria operadora, em vez de seguir em uma particular de sua preferência que presta o serviço mediante pagamentos de reembolso.

“Cancelaram o meu plano sem avisar e sem dar motivo. Consegui a reativação após abrir processo e ganhar a causa. Mas continuam ligando frequentemente querendo que eu mude o tratamento para outra clínica e outro hospital”, conta Renata. “Dão canseira para pagar [os reembolsos]. Pedem até extrato do banco para verificar se sou eu quem está pagando. São bem invasivos. Gera revolta e bastante preocupação porque é um tratamento fundamental para a minha vida”, acrescenta.

Apesar da sensação de estar sendo acusada de fraude nos contatos que recebe da operadora, no processo em que obteve decisão favorável e o restabelecimento do plano de saúde, Santos recebeu a justificativa de que o cancelamento unilateral do contrato era permitido por se tratar de um “plano coletivo empresarial”, e não individual. Mas o argumento foi rejeitado pelo juiz, que entendeu que o fato de haver somente três pessoas cobertas no plano se assemelha a uma dinâmica de plano familiar ou individual. Além disso, o magistrado considerou que a paciente está em tratamento e que a operadora não tem o direito de rescindir o contrato enquanto não houver inadimplência.

O caso é um exemplo entre milhares que têm sobrecarregado a Justiça devido a ações de clientes que tiveram negativas de tratamento por parte das operadoras de planos de saúde. Segundo um levantamento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, entre 2019 e 2020, foram iniciadas 40,6 mil ações contra as empresas do setor de saúde suplementar, sendo que 82% tiveram como causa principal a negativa de tratamentos. Dos 16 mil processos em que foi possível

identificar a condição citada na petição inicial, a mais comum é “transtornos globais do desenvolvimento”, conceito no qual está relacionado o transtorno do espectro autista (TEA).

Tanto a terapia para o TEA quando a diálise para cuidar de doença renal crônica têm em comum o preço elevado - uma única sessão pode chegar a milhares de reais nas melhores clínicas. Embora o levantamento do Idec seja mais quantitativo e não tenha conseguido captar as justificativas mais comuns das operadoras para negar tratamentos, análises do próprio Idec a partir do acompanhamento de casos individuais apontam um descomedimento das empresas na tentativa de coibir fraudes.

“É um movimento que vem justamente quando as empresas estão com ações midiáticas contundentes contra as fraudes. Combater fraudes é correto. Por outro lado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atingiu níveis históricos de reclamações por negativas de cobertura e a narrativa das fraudes tem sido usada excessivamente [pelas operadoras], inclusive em casos de desligamentos de pacientes”, afirma a pesquisadora do programa de saúde do Idec Marina Magalhães.

Enquanto médicos apontam preocupações de que as negativas de tratamento na saúde suplementar possam agravar questões de saúde pública, como morbidade (piora das condições dos pacientes) e mortalidade, advogados que atuam na área de direito à saúde têm questionado a conduta das operadoras e as acusam de adotar uma estratégia de usar o combate às fraudes como pano de fundo para se livrar de clientes caros ou induzi-los a mudarem os seus tratamentos para clínicas ou hospitais próprios, onde as empresas conseguem controlar toda a jornada do paciente e eventualmente reduzir custos, segundo eles.

“Embora as fraudes existam e precisem ser combatidas, as operadoras de saúde têm utilizado a alegação da fraude no reembolso dos contratos de livre escolha com o intuito único de colocar os prestadores de serviços médicos não credenciados no lugar de fraudadores, mesmo quando se tratam de clínicas que se destacam por prestar um atendimento de excelência. Isso impede ou dificulta o consumidor de exercer seu direito à livre escolha previsto

contratualmente e por lei”, afirma Luiz Donelli, sócio do Donelli, Abreu Sodré e Nicolai Advogados (DSA).

Segundo o advogado especialista em direito à saúde e sócio do escritório Vilhena Silva, Rafael Robba, a ocorrência de práticas abusivas por parte de operadoras está cada vez mais comum. “A partir do momento que o beneficiário contrata um plano com direito a acessar determinado serviço, a escolha do hospital e da clínica compete ao cliente”, diz.

Ele explica que, embora contratos de planos coletivos normalmente tenham cláusulas que permitiriam rescisões unilaterais, cancelamentos feitos quando pacientes estão em tratamento ou internados tendem a ser revertidos na Justiça.

“O setor de saúde, tanto no público como no privado, está precisando ser repensado” — Walter Cintra

No entanto, o especialista estima que, mesmo que o número de processos por negativa de tratamentos seja alto, somente uma minoria acaba buscando o sistema judiciário. “Quando uma operadora cancela um contrato ou recusa tratamento, muitas vezes o paciente acaba se socorrendo no SUS. E o SUS não pode funcionar como um resseguro das operadoras”, critica Robba.

“A partir do momento que uma operadora entrou no mercado e vendeu o plano de saúde, precisa atender a todos os princípios constitucionais garantindo o acesso e a dignidade dos beneficiários. Quando expulsa um paciente e direciona o ônus do tratamento para o SUS, a operadora não está atendendo a função social que deveria atender”, diz o advogado.

O tema já está sendo observado no Congresso Nacional, embora o senador Rogério Carvalho (PT-SE) reclame da lentidão dos colegas da casa para avaliar o seu Projeto de Lei 3.590/2021, atualmente paralisado na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado. O texto sugere estabelecer mecanismos para “coibir a interferência das operadoras de plano de assistência à saúde nos tratamentos oferecidos aos pacientes”. O projeto tem 12 artigos, sendo um deles a inclusão da Lei de Defesa da Concorrência. O objetivo é caracterizar o movimento como “infração à ordem econômica e abuso de posição dominante mediante integração vertical em saúde suplementar”.

Porém, o senador explica que a motivação principal do projeto, criado durante a pandemia, é a preocupação com a saúde pública. “O problema dessa questão não é econômico. É de saúde pública. É bom que as operadoras encontrem outras formas de prestação de serviço que as pessoas podem pagar, mas não deve viabilizar o modelo em detrimento da qualidade do atendimento”, diz.

Carvalho acredita que a verticalização dos planos de saúde - movimento em que operadoras cada vez mais têm clínicas, hospitais e laboratórios próprios - não é um problema em si, mas teme que gestores privados priorizem a redução de custos e agravem a saúde dos pacientes. “O objetivo de reduzir o custo da assistência gera risco direto de um paciente ter um diagnóstico de câncer atrasado, por exemplo, ou tratamentos sem a correta eficácia. Causa restrição que impacta na saúde pública, agravando a morbidade, com complicações e internações, e na mortalidade, pois tende a diminuir a sobrevida dos pacientes.

A tese do senador, porém, é refutada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que diz não haver

lógica na ideia de que o modelo de operadoras com clínicas e hospitais próprios tende a negar exames e tratamentos para reduzir custos. “Não faz sentido uma operadora permitir que a morbidade dos pacientes aumente porque isso leva a empresa à falência no longo prazo. Compensa muito mais fazer diagnósticos precoces e tratamentos preventivos. Fica mais barato”, argumenta Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abramge.

Alves, que é ginecologista e obstetra, explica que a prática racional de uma operadora verticalizada é trazer o paciente justamente para diagnósticos rápidos e acompanhamento primário para gastar menos no processo de cuidado do paciente. “O modelo não combina com essa ideia de redução de custos em detrimento da saúde das pessoas. Diagnosticar um câncer de mama, por exemplo, no estágio 1, gastará um quinto do que se identificar no estágio 3. O escopo do negócio é justamente trazer os pacientes para a atenção primária em saúde, para medicina preventiva e para a gestão de pacientes crônicos”, afirma.

Em relação ao grande número de negativas de tratamento observado pelo Idec e alegações de cancelamentos unilaterais de contratos de clientes, o superintendente médico da Abramge reconhece que há práticas erradas por parte de algumas operadoras do mercado, mas afirma que são casos mais isolados e reforça o argumento de que esses abusos não têm relação com o modelo de verticalização dos planos de saúde.

“Modelo não combina com essa ideia de redução de custos em detrimento da saúde das pessoas” — Cassio Ide Alves

“Se o cancelamento de contrato ou a negativa do tratamento forem feitos de forma abusiva, fora do que está regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, é multa. Não vou dizer que não existem casos, porque tem um monte de multas mesmo. Mas não é uma ferramenta de gestão do setor. Se fosse uma estratégia coordenada, seria naufragar o Titanic [de propósito] porque a regulamentação é severa. E se tem um instrumento que funciona bem é a NIP [sistema de reclamações de consumidores da ANS]. O cancelamento que não está na regra também é punido. E, se estiver fora das regras contratuais, o cancelamento é revertido”, comenta Alves.

Ele ainda reitera que a Abramge, que representa 140 das quase mais de 700 operadoras do mercado brasileiro, não apoia esse tipo de prática abusiva. “Operadores que eventualmente estiverem usando essas práticas como instrumento de gestão estão fadadas ao fracasso, pois não é sustentável. Assim como a proporção de clínicas e pacientes fraudadores é pequena, do outro lado também tem alguém agindo errado. Mas é por isso que o órgão regulador está aí, para punir. É o equilíbrio do mercado”, conclui.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 13 grandes grupos de operadoras e seguros privados de assistência à saúde, foi procurada pelo Valor e informou que não iria se manifestar.

Para o Idec, existe um vazio regulatório no setor de saúde suplementar que abre espaço para práticas abusivas. A pesquisadora da entidade ressalta que um dos problemas é a diferenciação das regras entre planos empresariais e individuais. Como os contratos empresariais permitem cancelamentos unilaterais, ao contrário dos individuais em que isso não é permitido sob nenhuma hipótese - desde que não haja fraude comprovada ou inadimplência -, não são

raros os casos em que representantes dos clientes - advogados e o próprio Idec - identificam que as empresas se aproveitam para desligar pacientes com tratamentos caros.

“O problema é que muitos clientes que têm uma empresa pequena, um MEI, acabam contratando os planos pelo CNPJ porque é difícil achar plano individual com preço acessível no mercado. É uma prática que as operadoras incentivam indiretamente. É uma prática muito comum entre os corretores de saúde na hora da venda”, diz Magalhães, do Idec.

Em simulações de contratações via CPF e via CNPJ, a reportagem observou que contratos empresariais, mesmo para coberturas das vidas de uma única família, custam a metade do preço em comparação a um plano individual, no mínimo. Além disso, mesmo que seja um plano empresarial, as operadoras não podem cancelar contratos de um cliente que está com tratamento em andamento.

“É difícil dimensionar o quanto pode gerar um problema de saúde pública, mas é um problema de política de saúde, com certeza. O setor de saúde, tanto no público como no privado, está precisando ser repensado do ponto de vista da organização e da regulação. A judicialização, que está em um nível insuportável, é um sintoma grave disso”, diz o professor de gestão de saúde da FGV Eaesp Walter Cintra. “Além disso, se por alguma razão as pessoas não conseguem manter o seu plano privado porque não podem pagar ou porque não são atendidas adequadamente mesmo pagando, só resta a elas recorrer ao SUS”, acrescenta o especialista, que foi secretário municipal de Saúde de São Paulo.

A ANS, por sua vez, refuta a percepção de falhas regulatórias e alega que a Resolução Consu 8/1998 diz que a escolha do sistema de gerenciamento das ações dos serviços de saúde cabe à operadora, “o que deve ser informado de maneira clara e prévia ao consumidor em material publicitário do plano, no contrato e em instrumento que indique a rede assistencial vinculada”, não sendo permitido qualquer prática

vedada pela norma, entre elas a que reduz o acesso e a utilização dos serviços pelos beneficiários.

“Não há que se falar em ausência de norma clara. Para a ANS, a redução da assimetria de informação é uma estratégia fundamental para o empoderamento dos beneficiários no exercício dos direitos garantidos na regulamentação do setor. E a agência tem atuado na disseminação da informação, por meio de amplo material disponibilizado em seu portal e nas redes sociais, e na disponibilização de uma central de atendimento capacitada para que os consumidores possam esclarecer dúvidas e apresentar reclamações”, argumenta a ANS em nota enviada ao Valor.

No dia a dia, porém, médicos de clínicas especializadas relatam situações continuamente desfavoráveis para os tratamentos de seus pacientes.

No caso de doentes renais crônicos, por exemplo, a nefrologista Gabriela Rosa afirma que qualquer interrupção no processo pode levar ao óbito em pouco tempo.

“Existe uma onda das operadoras tentando controlar onde os pacientes devem ser tratados e vejo que muitas vezes fazem isso de maneira que se sentem coagidos. São pessoas já fragilizadas pela condição da doença e ficam recebendo ligações com questionamentos sobre por que estão indo aqui ou ali. Compromete diretamente o tratamento deles, tanto pelo aspecto psicológico quanto pelo fato de que muitas vezes encaminham os pacientes para centros defasados tecnologicamente. Não é raro que diminua a sobrevida dessas pessoas”, diz a nefrologista da rede de clínicas Nefrostar.

A médica diz que entende a necessidade das operadoras de combater as fraudes feitas em muitas clínicas, mas sugere que façam um trabalho mais cuidadoso de separar o “joio do trigo”. “É crucial diferenciar quais são os provedores de alto desempenho para não criar barreiras de mercado que beneficiam grandes empresas em detrimento do cuidado dos pacientes”.

PLANOS DE SAÚDE TÊM 51 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

Fenacor – 15/03/2024

Videolaparoscopia tem ganhado destaque como principal abordagem cirúrgica para pacientes com tumores no cólon (intestino grosso) e reto.

Neste início de ano, o setor de planos de saúde como um todo registrou um crescimento expressivo nos segmentos médico-hospitalar e odontológico, conforme dados da ANS, alcançando 51 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares e 33 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Na comparação com janeiro de 2023 são 903 mil beneficiários nos planos médico-hospitalares.

Outro destaque foram os estados do Ceará, Goiás e Minas Gerais, que bateram recorde de beneficiários de planos de assistência médica. Minas Gerais alcançou a marca de 5,7 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, um crescimento de 163 mil, em comparação a janeiro de 2023.

Ceará e Goiás, por sua vez, alcançaram a marca de 1,4 milhão de beneficiários.

Para a FenaSaúde, os planos de saúde desempenham um papel crucial no acesso à saúde, proporcionando aos beneficiários uma cobertura abrangente e serviços médicos essenciais. “Essa notável conquista demonstra o compromisso da saúde suplementar em atender às demandas crescentes por cuidados de qualidade e ainda há espaço significativo para crescimento, garantindo que mais pessoas tenham acesso a serviços de qualidade, fortalecendo o papel vital desempenhado pelos planos de saúde na promoção do bem-estar e na mitigação dos desafios do sistema de saúde”, destaca a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

ANS REALIZA EVENTO SOBRE LINHAS DE CUIDADO E JORNADA DO PACIENTE

Fenacor – 15/03/2024

Evento transmitido pelo canal da ANS no Youtube teve mais de 1.100 visualizações.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 7/3, um evento virtual sobre a Tomada Pública de Subsídios para as Linhas de Cuidado Prioritárias na Saúde Suplementar, tendo como foco a jornada do paciente. O encontro teve como objetivo ampliar a discussão sobre o desenvolvimento das ações voltadas aos fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos em diferentes níveis de atenção aos beneficiários do setor.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes, abriu o encontro agradecendo a participação e o interesse de todos. “Nosso objetivo é trazer informação e esclarecer as dúvidas sobre as linhas de cuidado prioritárias na saúde suplementar. Tivemos mais de 800 inscritos nesse evento, entre representantes de operadoras, prestadores de serviços, sociedades médicas, associações de especialistas em saúde e da sociedade civil, entre outros. Isso demonstra a relevância do tema”, ressaltou.

Ele ainda registrou a presença do vice-presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Marco Túlio Aguiar, e do coordenador do projeto Cuidado Integral pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Eno Dias de Castro Filho, que compartilharam suas experiências e participaram de um amplo debate sobre o tema do encontro virtual.

A diretora-adjunta Angélica Carvalho destacou em sua apresentação que o contexto pós-pandemia reforçou a

necessidade de harmonizar as demandas do paciente, a prescrição médica e a sustentabilidade do setor. “Pelo desenho das linhas de cuidado prioritárias na saúde suplementar, com foco no beneficiário, adquire-se maior previsibilidade no atendimento, confiança nas relações comerciais e reduz-se o risco setorial”, afirmou.

Envio de propostas até 30/6

A Tomada Pública de Subsídios (TPS) das Linhas de Cuidado Prioritárias na Saúde Suplementar tem o objetivo de reunir contribuições para a reorganização do cuidado em saúde para a melhoria da qualidade assistencial no setor.

Para participar e enviar uma proposta é necessário preencher o formulário que está disponível na página da [TPS 2 no site da ANS](#), seguindo os critérios estabelecidos pela [Nota Técnica 4/2023/DIRAD-DIDES/DIDES](#), além dos documentos descritivos das linhas de cuidado, que devem ser enviados em formatos de texto, planilha e PDF, até 30/6/2024.

O desenho da linha de cuidados deve ser orientado de acordo com os diferentes níveis de atenção (primária, ambulatorial especializada, hospitalar e domiciliar), preferencialmente, incluindo: promoção da saúde; prevenção de riscos; agravos e doenças; rastreamento e diagnóstico precoce; diagnóstico; tratamento; reabilitação; cuidados paliativos e cuidados de final de vida, abrangendo toda a jornada do paciente.

Para assistir ao evento na íntegra, basta clicar no link a seguir: [TPS das Linhas de Cuidado Prioritárias na Saúde Suplementar](#)

ANS DIZ QUE VAI MANDAR RECOMENDAÇÃO PARA PLANOS DE SAÚDE 'FACILITAREM' ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DENGUE NO DF

GOV (ANS) – 15/03/2024

Pedido foi pelo governo do Distrito Federal durante reunião na tarde desta sexta-feira (15). Medida faz parte do protocolo desenvolvido pelo Ministério da Saúde e adotado na Secretaria de Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disse que vai recomendar que os planos de saúde “facilitem” o atendimento a pacientes com dengue no Distrito Federal, após um pedido feito pelo governo do Distrito Federal. A informação foi dada durante reunião, na tarde desta sexta-feira (15), entre a ANS e a vice-governadora do DF, Celina Leão (PP).

A preocupação, segundo o governo do DF, é que os planos de saúde restrinjam consultas, exames e até hidratação venosa, mais frequente nos hospitais particulares por causa do aumento no número de casos de dengue. A medida ocorre após a vice-governadora recomendar que a rede privada de saúde adote o protocolo de atendimento para pacientes com dengue, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e adotado na Secretaria de Saúde do DF, que classifica os pacientes por grau de gravidade da doença (saiba mais abaixo).


Segundo a ANS, até esta sexta-feira não houve nenhuma reclamação formal dos hospital particulares sobre restrições dos planos de saúde. Por isso, a agência vai fazer apenas recomendações aos planos.

“Na segunda-feira (18), tem uma reunião nossa, diretoria, colegiada, e depois iremos notificar cada uma das operadoras, associações sobre essa decisão e recomendação presidente da ANS”, disse o presidente da ANS, Paulo Rebello.

Segundo a superintendente do Sindicato Brasiliense de Hospitais, Danielle Feitosa, as novas medidas fogem protocolo inclusive contratual dos hospitais privados. “A gente está tendo que alinhar aqui, já prevendo que se eu seguir 100% desse protocolo, possivelmente, teríamos algum tipo de dificuldade”, disse.

“A gente está falando de uma medida que pode salvar milhares de vidas no Brasil como um todo”, diz Celina Leão.

Padronização do protocolo para atendimento da dengue

Grupo A	Grupo C	Grupo D
<p>Grupo B</p> <p>Sem sinais de alarme; Presença de condições clínicas especiais e/ou risco social e/ou comorbidades: Lactentes < 2 anos; Gestantes; Adultos > 65 anos; Hipertensão arterial; Doenças cardiovasculares graves; Diabetes; DPOC; Asma; Obesidade; Doenças hemorrágicas crônicas principalmente anemia falciforme e púrpura; Doença renal crônica; Doença ácido péptica; Hepatopatia; Doenças autoimunes.</p>	<p>Grupo C</p> <p>Ausência de sinais de gravidade Presença de sinais de alarme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua - Vômitos persistentes - Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico) - Hipotensão postural e/ou lipotímia - Hepatomegalia > 2 cm baixo do rebordo costal direito - Sangramento de mucosa - Letargia e/ou irritabilidade - Aumento progressivo do hematócrito 	<p>Grupo D</p> <p>Presença de sinais de gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Extremidades frias - Pulso fraco e filiforme - Enchimento capilar lento (>2 seg) - PA convergente (< 20 mmHg) - Taquipnéia - Oligúria (< 1,5 ml/Kg/h) - Hipotensão arterial (fase tardia do choque) - Cianose (fase tardia do choque) - Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória - Sangramento grave - Comprometimento grave de órgãos

Protocolo usado pelo SUS em pacientes com dengue — Foto: Divulgação/Secretaria de Saúde do DF

De acordo com Celina Leão, um dos objetivos da reunião é unificar o protocolo de atendimento para casos de dengue realizados no SUS também na rede privada de saúde.

Para classificação dos pacientes, o protocolo adota um sistema de letras que define o grau da doença — do mais leve

para o mais grave. Para cada grau, há um manejo específico do paciente, com a possibilidade de retorno para a unidade de saúde se houver um agravamento dos sintomas (veja ilustração acima).

RECLAMAÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE ATINGEM O MAIOR ÍNDICE

Medicina SA – 15/03/2024

O Idec (Instituto de Defesa de Consumidores) divulgou durante a semana do consumidor, o seu tradicional levantamento com números de queixas e reclamações registrados no ano passado. E, para manter uma triste tradição, o setor de planos de saúde segue na ponta do ranking de 2023, atingindo o maior percentual em relação aos outros temas deste 2018.

As reclamações contra as empresas de planos de saúde tiveram a maior porcentagem entre os associados da Instituição, com 29,3% do total. Serviços financeiros (19,4%), demais serviços (13,7%), problemas com produtos (9,5%), e telecomunicações (8,2%) completam o topo do levantamento.

Esses cinco primeiros temas somam mais de 80% das demandas de consumo do ano. As demais reclamações concentram 19,9%, divididas entre água, energia e gás,

transportes, turismo/viagens, alimentos, educação, entre outros.

No tema líder do ranking, as principais queixas apontadas pelos associados da instituição são dúvidas e reclamações a respeito de contratos (envolvendo, principalmente, descredenciamentos e problemas com reembolsos), e reajustes de planos de saúde, ambos com 29,7%, seguido por negativa de cobertura com 8,74%. Essas três questões estão entre os principais pontos de atuação da entidade de defesa de consumidores, como por exemplo a campanha pela regulamentação dos planos coletivos, a pesquisa sobre as diferenças entre os reajustes do setor, a cobrança por regras mais justas de descredenciamento, e a defesa pelo entendimento mais amplo do rol de procedimentos da ANS



No segundo lugar do ranking, a categoria de Serviços Financeiros foi responsável por 19,4% dos registros. Dentro desse segmento, o maior número de reclamações se deve novamente a problemas relacionados à segurança das transações bancárias e golpes, que ficaram disparados em primeiro lugar (21,6%), seguido de cobranças indevidas (14,7%) e renegociação de dívidas (14,2%). Só esses três primeiros grupos de problemas representam mais de 50% das demandas de serviços financeiros no ano e também estiveram no radar do Idec, que cobrou mais segurança dos bancos contra golpes, entrou na Justiça contra o bloqueio de celulares em contratos de pessoas endividadas e cobrou a efetiva implementação da lei do superendividamento no país.

Subindo uma colocação em relação ao ano passado, o setor de serviços em geral ficou com 13,7% dos atendimentos, sendo que na primeira posição do tema ficaram as reclamações sobre vício de qualidade (18,7%), seguido de perto por problemas com contrato (17,2%), e com prática abusivas (11,9%) na terceira colocação. Na quarta colocação, ficaram as dúvidas e queixas relacionadas a problemas com

produtos em geral. As reclamações mais apontadas foram descumprimento de oferta, com 33,3%, seguido vício de qualidade (23,7%), que tinha ficado em primeiro lugar no ano passado. Em terceiro lugar apareceram as queixas sobre cláusulas contratuais (10,7%). Na área de Dicas e Direitos do site do Idec, há diversos conteúdos que ajudam os consumidores a se protegerem contra essas reclamações.

Na quinta posição, a mesma do ano passado, ficaram as dúvidas e queixas sobre o setor de telecomunicações, com 8,2%. Dentro deste segmento, foi registrada a manutenção dos problemas de cobrança indevida (23,7%) na liderança, mas, diferentemente de outros anos, em que vício de qualidade aparecia em segundo, agora temos problemas com cláusulas contratuais (20%) na segunda posição e prática abusiva (13,7%) aparecendo em terceiro. Como integrante do Conselho Consultivo da Agência Nacional de Telecomunicação (Anatel), esses são temas que o Idec leva às autoridades para que medidas de proteção aos consumidores sejam tomadas.

DE OLHO EM 2024, QUEM DETERMINARÁ O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR?

Fenacor – 15/03/2024

Descubra os desafios e perspectivas para o futuro da saúde suplementar em 2024 neste artigo de Italoema Sanglard, Gerente Atuarial da Funcional Health Tech.

O sistema de saúde suplementar brasileiro enfrenta a pior crise desde o início de sua regulação. Apesar do número de clientes observado em 2023 ser o maior já registrado nos últimos 10 anos, com cerca de 50,55 milhões, e ultrapassando a marca de 50,53 milhões de beneficiários registrados em 2014, as operadoras médicas seguem acumulando prejuízo operacional.

Nos 6 primeiros meses de 2023, as operadoras somaram quase R\$135 bilhões em receitas e R\$116,4 bilhões em custos assistenciais, resultando numa sinistralidade de mais de 86%. Em 2014, com a mesma quantidade de clientes, a

receita acumulada em 12 meses não chegou a R\$128 bilhões e o custo assistencial ficou em R\$106 bilhões, com sinistralidade de 83%. Ou seja, o custo mensal da assistência prestada a um beneficiário em 2014 era em torno de R\$176 enquanto em 2023 é de R\$384, o que representa um aumento de 119%. No mesmo período, o IPCA acumulado não chegou a 65%.

Esse aumento de custo, que chamamos de inflação nos planos de saúde, é decorrente de uma combinação entre o aumento do preço dos serviços e o aumento da taxa de utilização dos planos de saúde, que ocorre também em razão do envelhecimento da população e pela incorporação de novos procedimentos, medicamentos e novas tecnologias ao rol de serviços cobertos pelos planos de saúde.

Como consequência, o preço médio dos planos de saúde também saiu de R\$211 em 2014 para R\$445 em 2023, que representa um aumento de 111%. Interessante destacar que 2014 também foi o pior resultado das operadoras na última década até o ano de 2022, e marcou o ponto de decréscimo do número de beneficiários de planos de saúde, que se estendeu até 2020, quando o número voltou a crescer. A redução do número de vidas pode ser explicada pela crise econômica no Brasil iniciada em 2014, e mais fortemente percebida nos anos seguintes.

Embora o número de clientes tenha voltado a crescer, e alcançado seu recorde em 2023, as operadoras médicas tiveram prejuízo operacional acumulado em R\$4,3 bilhões no primeiro semestre de 2023. Importante destacar que todas as modalidades de operadoras médicas registraram resultado operacional negativo nesse mesmo período, embora o resultado líquido tenha voltado a ficar positivo, ainda que muito baixo.

O sistema de saúde suplementar brasileiro enfrenta a pior crise desde o início de sua regulação. Apesar do número de clientes observado em 2023 ser o maior já registrado nos últimos 10 anos, com cerca de 50,55 milhões, e ultrapassando a marca de 50,53 milhões de beneficiários registrados em 2014, as operadoras médicas seguem acumulando prejuízo operacional.

Nos 6 primeiros meses de 2023, as operadoras somaram quase R\$135 bilhões em receitas e R\$116,4 bilhões em custos assistenciais, resultando numa sinistralidade de mais de 86%. Em 2014, com a mesma quantidade de clientes, a receita acumulada em 12 meses não chegou a R\$128 bilhões e o custo assistencial ficou em R\$106 bilhões, com sinistralidade de 83%. Ou seja, o custo mensal da assistência prestada a um beneficiário em 2014 era em torno de R\$176 enquanto em 2023 é de R\$384, o que representa um aumento de 119%. No mesmo período, o IPCA acumulado não chegou a 65%.

Esse aumento de custo, que chamamos de inflação nos planos de saúde, é decorrente de uma combinação entre o aumento do preço dos serviços e o aumento da taxa de utilização dos planos de saúde, que ocorre também em razão do envelhecimento da população e pela incorporação de novos procedimentos, medicamentos e novas tecnologias ao rol de serviços cobertos pelos planos de saúde.

Como consequência, o preço médio dos planos de saúde também saiu de R\$211 em 2014 para R\$445 em 2023, que representa um aumento de 111%. Interessante destacar que 2014 também foi o pior resultado das operadoras na última década até o ano de 2022, e marcou o ponto de decréscimo do número de beneficiários de planos de saúde, que se estendeu até 2020, quando o número voltou a crescer. A redução do número de vidas pode ser explicada pela crise econômica no Brasil iniciada em 2014, e mais fortemente percebida nos anos seguintes.

Embora o número de clientes tenha voltado a crescer, e alcançado seu recorde em 2023, as operadoras médicas tiveram prejuízo operacional acumulado em R\$4,3 bilhões no primeiro semestre de 2023. Importante destacar que todas as modalidades de operadoras médicas registraram resultado operacional negativo nesse mesmo período, embora o resultado líquido tenha voltado a ficar positivo, ainda que muito baixo.

Isto ocorre porque sobre o resultado operacional, que é a diferença entre receita e a soma de custo operacional, despesas comerciais e administrativas, é acrescido o resultado financeiro e patrimonial das operadoras, e então são deduzidos os impostos para chegar ao resultado líquido. O que “segurou” o mercado foi o resultado financeiro positivo, proveniente de aplicações financeiras no montante de R\$105,7 bilhões, que geraram rendimento de quase R\$6 bilhões no período de janeiro a junho de 2023.

Do total de aplicações mantidas, pouco mais de 55% são ativos garantidores de provisões técnicas, e esses dados confirmam que a manutenção de ativos garantidores exigida pela ANS tem sustentado o setor nesse período de crise. A elevação do volume de receitas e despesas gera uma necessidade cada vez de maior de provisionamento técnico, porém é preciso considerar que o prejuízo operacional inviabiliza que as operadoras aportem novos recursos provenientes da operação em suas reservas financeiras, e é muito provável que as reservas sejam consumidas em médio prazo, reduzindo seus rendimentos, especialmente nas reservas livres.

Com cada vez mais beneficiários e menor margem operacional, muitas operadoras não serão capazes de honrar seus compromissos financeiros no próximo ano, e as operadoras que conseguirem administrar o maior volume de beneficiários sem grande impacto no custo marginal tenderão a absorver esses contratos das operadoras que encerrarem suas operações. Mas isso não significa que somente as pequenas e médias operadoras estejam em risco. Aliás, foi o resultado das operadoras de pequeno e médio porte que “seguraram” o resultado líquido positivo do setor no primeiro semestre de 2023.

Frente ao aumento desenfreado de custos, as operadoras buscam aumentar suas receitas para equilibrar o prejuízo, e o acesso aos planos de saúde fica cada vez mais difícil para a população. E as empresas, que são as maiores contratantes, concentrando mais de 70% dos beneficiários, já não podem absorver os reajustes.

É preciso dialogar com todos os participantes do setor para buscarmos soluções que viabilizem a sustentabilidade da saúde suplementar, mas o que vemos mais frequentemente são integrantes dos mesmos grupos se reunindo sem a participação dos outros grupos. Operadoras, hospitais, empresários, laboratórios, indústria farmacêutica e demais fornecedores precisam se reunir e assumir a direção do sistema, que ainda é muito reativo à regulamentação e pouco colaborativo, apesar de muito resiliente.

ANS ABRE INSCRIÇÕES PARA PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

GOV (ANS) – 12/03/2024

Hospitais interessados têm até 30/6 para enviarem sua inscrição para o ciclo 2024.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está com inscrições abertas para novos hospitais participarem do terceiro ciclo avaliativo do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM Qualiss Hospitalar). O programa avalia a qualidade da atenção hospitalar por meio de indicadores de saúde e visa induzir melhorias na qualidade dos serviços prestados no setor. As unidades interessadas em fazer parte da iniciativa têm até 30 de junho para fazerem sua inscrição no edital para o ano-base 2024. [Clique aqui para acessar o edital.](#)

O ciclo avaliativo de 2024 se destina aos hospitais gerais acreditados que atuam na saúde suplementar, podendo ser de rede própria, contratada ou referenciada das operadoras. Lembrando que instituições acreditadas são aquelas que passaram por método de avaliação de serviço em saúde, por meio de padrões e requisitos previamente definidos. Para este ciclo, estão sendo convidados os hospitais elegíveis que ainda não haviam ingressado nos ciclos

anteriores. “Aqueles que já participam e que continuam cumprindo os critérios de participação do Programa, conforme previsto no edital, não precisam se inscrever novamente”, explica o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes.

Para participar, os hospitais deverão informar os dados dos indicadores desde janeiro de 2024 por meio do Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp), que conta com uma interface que possibilita a cada hospital participante visualizar seus resultados e compará-los com os resultados da média dos demais e com a média do grupo de hospitais de excelência.

“Na visão da ANS, o PM Qualiss Hospitalar é fundamental para o aprimoramento da gestão interna das unidades, possibilitando a identificação de oportunidades de melhoria contínua”, destaca Maurício.

Para mais informações do programa, clique [aqui](#)

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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](https://www.milliman.com)

© 2023 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.