

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS intervém e BB cogita vender plano de saúde](#) - Fonte: Estadão

[Saúde suplementar registra 176 milhões de procedimentos odontológicos, aponta IESS](#) - Fonte: IESS

[ANS limita em 7,35% o reajuste de planos de saúde individuais ou familiares](#) - Fonte: ANS

[ANS passará a receber dados do cadastro de atividade econômica da pessoa física](#) - Fonte: ANS

[Proposta dos planos é duramente criticada](#) - Fonte: Valor Econômico

[Hapvida compra RN Saúde, operadora mineira, por R\\$ 53 milhões](#) - Fonte: O Globo

[Entenda a taxa de cobertura](#) - Fonte: IESS

[Flexibilizar planos de saúde pode gerar desmonte do SUS](#) - Fonte: O Tempo

[Consultas médicas a distância começam no Brasil, mas há resistências](#) - Fonte: Veja

[Qualicorp reduz capital](#) - Fonte: Valor Econômico

[Indústria impulsiona contratação de planos em Goiás](#) - Fonte: IESS

[Operadoras de planos de saúde querem voltar a vender planos individuais, mas com serviço reduzido](#) -
Fonte: O Globo

ANS INTERVÉM E BB COGITA VENDER PLANO DE SAÚDE

Estadão - 24/07/2019

A venda da carteira da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) para a iniciativa privada pode ser a saída para resolver a situação deficitária da empresa após a intervenção da Agência Nacional de Saúde (ANS), nesta segunda-feira, dia 22. No ano passado, a empresa, considerada a maior instituição de autogestão de saúde do País, viu seu prejuízo saltar mais de 83%, para R\$ 377,7 milhões frente o resultado apurado em 2017. Os déficits se arrastam desde 2012 e, como consequência, têm consumido as reservas da Cassi. Vendê-la é uma opção considerada internamente no BB. Mas, ao menos até aqui, é tida como o último passo a ser dado caso o plano de saneamento da empresa não saia a contento.

Como fica. Com a intervenção da ANS, a diretora fiscal nomeada, Maria Socorro de Oliveira Barbosa, terá 90 dias para reportar a situação da Cassi à reguladora. A partir daí, a entidade tem 30 dias para apresentar seu plano de resgate. A direção fiscal da ANS deve durar 24 meses, prorrogáveis por mais 12.

Conta não fecha. Por ora, as medidas adotadas, que incluem renegociação dos contratos com prestadores de serviços, têm dado resultado. Desde novembro, a Cassi apresenta superávits mensais. De janeiro a abril, o resultado é positivo em quase R\$ 94 milhões ante déficit de R\$ 288,6 milhões no mesmo período de 2018. A cifra, contudo, é insuficiente para a Cassi recompor seu patrimônio líquido e as reservas exigidas pela ANS. Mensalmente, seus gastos com assistência são da ordem de R\$ 400 milhões.

Não é fácil. Vender a Cassi, entretanto, não será uma tarefa fácil. Antes, o BB, patrocinador do plano, tem de negociar com os funcionários do banco e os sindicatos e associações que os representam. Não para por aí. A Cassi também presta serviços a outros órgãos além do BB. O Banco Central é um deles. Utiliza a Cassi por meio de um convênio de reciprocidade. Procurados, BB e Cassi não comentaram.

SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA 176 MILHÕES DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, APONTA IESS

IESS - 23/07/2019

Nota do IESS demonstra importância da Odontologia Suplementar para o País

Passou de 176 milhões a quantidade de procedimentos odontológicos contabilizada pelas operadoras de planos de saúde (OPS) em 2018, de acordo com a Nota do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) a partir do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse mesmo ano, segundo dados mais recentes do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS), a despesa assistencial paga pelas operadoras de planos exclusivamente odontológicos aos prestadores totalizou R\$ 1,7 bilhão. Valor 10% superior ao registrado em 2017.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, destaca que do total de procedimentos realizados em 2018, 71,8 milhões (40,8%) foram ações preventivas, seguido de 29,2 milhões (16,6%) de raspagem supra-gengival por hemi-arcada em maiores de 12 anos, 15,3 milhões (8,7%) de consultas odontológicas iniciais e 15 milhões (8,5%) de exames radiográficos. “Esses números demonstram a relevância dos procedimentos preventivos na odontologia suplementar”, aponta o executivo.

Além de apresentar grandes números, o setor de planos e seguros odontológicos têm avançando em inovações. “Operadoras odontológicas têm investido cada vez mais em mecanismos de Inteligência Artificial para auxiliar a identificar lesões em radiografias, diagnosticar antecipadamente doenças bucais, melhorar o conhecimento do perfil dos beneficiários e, com isso, aprimorar a qualidade do atendimento”, comenta Cechin. O executivo aponta também que esse setor tem investido pesadamente em instrumentos para detectar e apurar fraudes, desperdícios e abusos, como tratamentos excessivos e desnecessários ou com baixa qualidade no atendimento.

O executivo pondera que é por conta desses investimentos em aprimorar a qualidade do atendimento assistencial que o setor tem um elevado grau de satisfação de seus beneficiários. Segundo a Pesquisa IESS/Ibope de 2017, 79% dos beneficiários de planos odontológicos estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com seus planos, 87% afirmaram pretender “com certeza” ou “provavelmente” permanecer com o plano já contratado e 81% recomendariam “com certeza” ou “provavelmente” o plano odontológico que possuem para um parente ou amigo.

ANS LIMITA EM 7,35% O REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

ANS – 23/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta terça-feira (23/07) o percentual máximo de reajuste que poderá ser aplicado nas mensalidades dos planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2019 a abril de 2020. O índice foi estabelecido em 7,35%. A decisão será publicada no Diário Oficial da União em 24/07.

Para chegar a esse percentual, a ANS utilizou, pela primeira vez, uma metodologia de cálculo que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) - retirando-se deste último o item Plano de Saúde. Esse modelo baseia-se diretamente no segmento de planos individuais e tem um componente que transfere a eficiência média das operadoras para os beneficiários, resultando na redução do índice de reajuste. Os dados enviados pelas operadoras são auditados e a base é pública, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

“Este ano, trouxemos para o cálculo do reajuste um elemento muito importante, que é o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE). Além de ser um incentivo para que as operadoras melhorem a gestão de seus negócios, o FGE evita que haja um repasse automático dos custos das empresas aos consumidores”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel.

[Veja aqui](#) como ficará sua mensalidade caso seja aplicado o percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS.

O percentual divulgado pela ANS é o máximo que pode ser aplicado pelas operadoras: elas podem aplicar percentuais mais baixos, mas são impedidas de aplicar percentuais mais altos. O reajuste é válido para os planos de saúde individuais ou familiares médico-hospitalares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Atualmente, compreende cerca de 17% do total de beneficiários em planos de assistência médica, ou seja, aproximadamente 8 milhões de usuários, de acordo com dados referentes a maio de 2019.

Os beneficiários de planos individuais devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar:

- Se o percentual de reajuste aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS;
- Se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Somente as operadoras autorizadas pela ANS podem aplicar reajustes, conforme determina a Resolução Normativa nº 171/2008.

Entenda a nova metodologia de cálculo

Este ano, a ANS está utilizando uma nova metodologia para calcular o percentual máximo de reajuste dos planos individuais ou familiares. Fruto de estudos efetuados pela Agência ao longo dos últimos oito anos e amplamente discutido com o setor e a sociedade, o novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.

[Assista ao vídeo sobre a metodologia de planos individuais ou familiares](#)

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE). A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

Confira na imagem abaixo:



Portal mais amigável

Com a implementação da nova metodologia de cálculo, a ANS atualizou e reformulou a área do portal que contém as informações sobre o reajuste. Agora, a página está mais clara e atrativa para o consumidor, explicando de forma objetiva os diferentes tipos de reajuste que podem ser aplicados nas mensalidades dos planos de saúde e os reajustes por tipo de contratação.

Na área dedicada ao reajuste dos planos individuais, a reguladora disponibilizou também uma ferramenta que poderá ser utilizada pelo beneficiário para calcular o valor da mensalidade a partir do percentual máximo de reajuste autorizado.

[Clique aqui para acessar a página.](#)

Procedimentos realizados em 2018

É importante destacar que a natureza dos custos do setor não é vinculada a um índice de preços, mas de valor. Ou seja, o custo final do plano de saúde é impactado por fatores como o aumento da frequência de uso do plano de saúde e a inclusão de novas tecnologias, que não são aferíveis previamente.

Ao longo de todo o ano passado, os beneficiários de planos de saúde realizaram quase 1,4 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações, um crescimento de 5,4% em relação ao número realizado em 2017. Os dados estão disponíveis no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, publicação divulgada anualmente pela ANS.

Confira na tabela abaixo o número de procedimentos* realizados nos dois anos, segundo tipo:

Procedimentos*	2017	2018	Varição 2018/2017
Consultas	270.304.926	274.354.711	1,50%
Outros atendimentos	156.998.329	164.237.557	4,61%
Exames complementares	816.903.529	861.460.048	5,45%
Terapias	77.216.239	93.412.601	20,98%
Internações	7.977.131	8.110.557	1,67%
Total	1.329.400.154	1.401.575.474	5,43%

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2018
 (*) Não inclui procedimentos odontológicos

Vale destacar que no mesmo período, a quantidade de beneficiários de planos de assistência médica permaneceu praticamente estável (de 47,15 milhões para 47,26 milhões (ANS Tabnet – 12/07/2019), evidenciando um crescimento na média de procedimentos por indivíduo.

Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato.

Se o mês de aniversário do contrato é maio, será permitida cobrança retroativa, conforme a RN 171/2008.

Deverão constar claramente no boleto de pagamento o índice de reajuste autorizado pela ANS, o número do ofício de autorização da ANS, nome, código e número de registro do plano, bem como o mês previsto para aplicação do próximo reajuste anual.

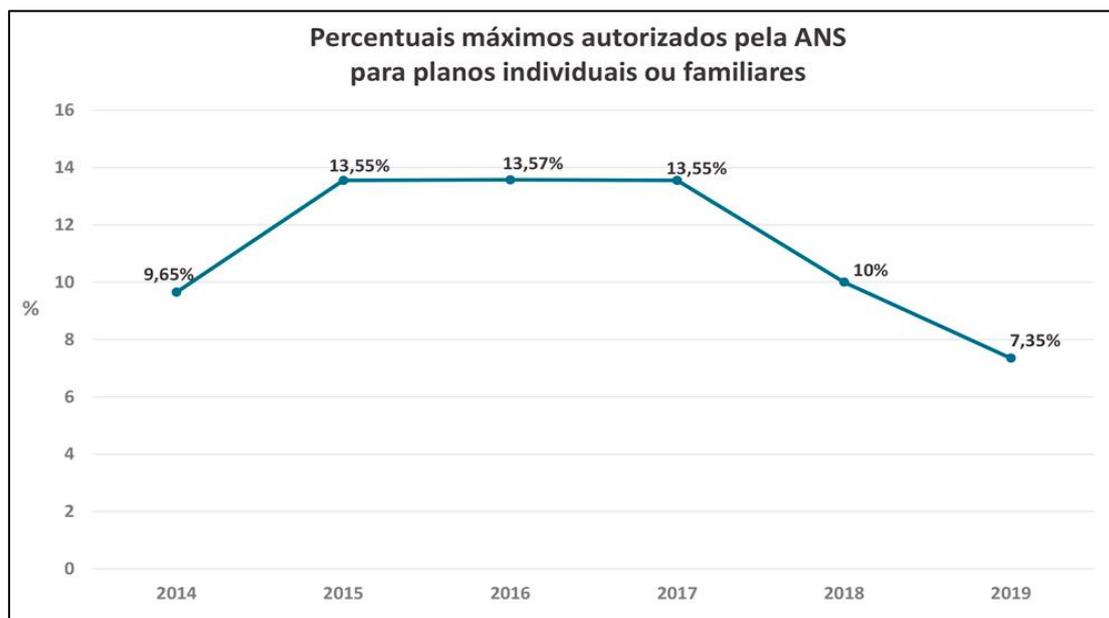
Confira nos exemplos abaixo como é aplicado o reajuste:

Entenda como é aplicado o reajuste nos planos individuais ou familiares

Exemplo: contrato com aniversário no mês de maio

Mês de aniversário do contrato. Consumidor recebeu o boleto sem reajuste	MAI	R\$ 100,00
Consumidor recebeu/receberá o boleto ainda sem reajuste	JUN JUL AGO	R\$ 100,00
Consumidor receberá a nova mensalidade acrescida do valor retroativo referente a maio	SET	R\$ 114,70 (R\$ 107,35 referentes a agosto + R\$ 7,35 referentes a maio)
Consumidor receberá a nova mensalidade acrescida do valor retroativo referente a junho	OUT	R\$ 114,70
Consumidor receberá a nova mensalidade acrescida do valor retroativo referente a julho	NOV	R\$ 114,70
Consumidor receberá a nova mensalidade acrescida do valor retroativo referente a agosto	DEZ	R\$ 114,70
Consumidor receberá a nova mensalidade com reajuste (sem cobrança retroativa)	JAN	R\$ 107,35

Histórico dos índices máximos autorizados pela ANS para reajuste de planos individuais ou familiares



Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Guia ANS](#), no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas novas regras que entraram em vigor em junho, [confira aqui](#).

[Confira mais informações sobre o percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares.](#)

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS (0800 701 9656);
- Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico www.ans.gov.br;
- Central de atendimento para deficientes auditivos (0800 021 2105)
- Pessoalmente, em um dos 12 Núcleos de Atendimento existentes nas cinco regiões do país.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1 – Por que a ANS estabeleceu nova metodologia de cálculo para o reajuste dos planos individuais?

A ANS vinha estudando melhorias na formulação do percentual de reajuste e, após amadurecimento do setor e diversos debates realizados com toda a sociedade, foi possível evoluir para uma nova metodologia. O modelo de cálculo usado anteriormente se baseava no reajuste dos contratos de planos coletivos com 30 ou mais beneficiários, após o tratamento estatístico feito na base de dados. Agora, o cálculo leva em conta indicadores aplicados à realidade dos planos individuais, sem vinculação direta com os planos coletivos. É uma fórmula que reflete mais diretamente a

variação das despesas das operadoras nos planos individuais. Além disso, uma vez que os dados utilizados para o novo cálculo são públicos e auditados, o modelo se torna mais transparente e previsível para beneficiários e operadoras.

2 – Como é calculado o reajuste dos planos individuais/familiares?

Em dezembro de 2018, a ANS aprovou uma nova fórmula de cálculo do percentual máximo de reajuste anual que pode ser aplicado pelas operadoras às mensalidades dos planos individuais ou familiares. O cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde. O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outras naturezas, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

O IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) - estes dois últimos componentes funcionam como redutores do índice, pois são descontados da VDA. A VFE deduz a parcela da variação das despesas das operadoras que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária e o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais.

3 – O que é VDA e como é calculada para entrar na fórmula de cálculo do reajuste?

A VDA representa a variação das despesas assistenciais médias por beneficiário de um ano para o seguinte. Após o cálculo da VDA dos planos individuais novos de cada operadora, é calculada uma VDA única para o mercado, através da média ponderada pelo número de beneficiários de cada operadora. Cabe destacar que, sobre a VDA, reduz-se a parcela da variação das despesas que já são corrigidas pelos reajustes de faixa etária e o índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais.

4 – Por que não usar somente o IPCA para definir o índice? Ao incluir no cálculo a variação das despesas assistenciais + IPCA, o índice não pode ser maior?

O IPCA, sozinho, não reflete a variação das despesas ocorridas na saúde suplementar. A inclusão do IVDA e do IPCA não deve aumentar o valor do índice como uma consequência direta, pois a medida visa estabelecer a atualização adequada dos preços de acordo com a natureza de cada despesa (assistencial - IVDA e não assistencial - IPCA). Deve-se ressaltar que a metodologia proposta traz o componente “Fator Ganhos de Eficiência”, para evitar que o reajuste apenas repasse a variação de despesas transcorrida, estimulando as operadoras a serem mais eficientes na gestão das despesas com assistência à saúde dos beneficiários.

5 – O que é e como é mensurado o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) no cálculo do reajuste de planos individuais/familiares?

O Fator de Ganhos de Eficiência é calculado com base na Variação das Despesas Assistenciais (VDA). Para o estabelecimento do FGE, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor. As operadoras que registram VDA acima da tendência do setor compõem o valor do FGE a ser deduzido da VDA. A implementação do fator de eficiência objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais.

6 – Onde encontro os dados que são utilizados no cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares?

Os dados para o cálculo são públicos e ficam disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos:

VDA e FGE

- Despesas assistenciais (<http://dados.gov.br/dataset/http-www-ans-gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3>);
- Média de beneficiários para o cálculo da VDA (<http://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda>);

VFE

- Média de beneficiários para o cálculo do VFE (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def);
- Estatísticas dos reajustes por mudança de faixa etária (http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4347&tipo_midia=2&iIndexSrv=1&iUsuario=0&obra=7005&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0)

IPCA

- Variações mensais e pesos dos grupos do IPCA (<https://sidra.ibge.gov.br/home/ipca>)

7 - É possível fazer simulações para antecipar o valor da mensalidade a partir do próximo reajuste de planos individuais/familiares?

Sim, a nova metodologia de cálculo implementada em dezembro de 2018 traz mais transparência e previsibilidade para o cálculo do reajuste, sendo possível realizar simulações através dos dados disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos (<http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>) e no site da Agência. A ANS também elaborou uma ferramenta que possibilita calcular o valor da mensalidade com o percentual máximo de reajuste autorizado. Confira aqui.

8 – Quem está sujeito ao reajuste de planos individuais/familiares?

O índice de reajuste autorizado pela ANS é aplicável aos planos de saúde médico-hospitalares individuais ou familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

9 – Quando o índice de reajuste é divulgado e aplicado pelas operadoras?

Não há mudança quanto à periodicidade e regras de aplicação do reajuste: após autorização da ANS, o percentual pode ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato (mês de contratação do plano). A base anual de incidência também permanece a mesma, ou seja, a partir de maio até abril do ano seguinte.

10 - Por que há cobrança retroativa?

A cobrança retroativa só é permitida caso a defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato seja de até dois meses, devendo esta ser diluída pelo mesmo número de meses da defasagem. Sempre que houver atraso na publicação do índice, as operadoras poderão retroagir a cobrança até o início do período de aplicação, desde que essa cobrança se inicie em até dois meses da publicação do índice. Em ambos os casos a operadora deverá diluir a cobrança pelo mesmo número de meses.

11 - As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido pela ANS?

Sim, elas devem observar o percentual definido pela ANS como teto para o reajuste. Ou seja, não podem aplicar um percentual mais alto do que o autorizado, mas são livres para adotar índices inferiores ao divulgado pela ANS, ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste. Caso a operadora não obtenha a autorização da ANS, não poderá reajustar tais contratos.

12 – Que informações a operadora deve prestar ao consumidor?

O boleto de pagamento deve informar o índice autorizado pela ANS, o nome, o código e o número de registro do plano, o mês previsto para o próximo reajuste e o número do ofício de autorização da ANS.

ANS PASSARÁ A RECEBER DADOS DO CADASTRO DE ATIVIDADE ECONÔMICA DA PESSOA FÍSICA

ANS – 22/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez adequações no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), ferramenta eletrônica que recebe os dados dos consumidores de planos de saúde enviados regularmente pelas operadoras, para passar a receber também as informações do Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física (CAEPF), dado da Receita Federal que substitui o Cadastro Específico do INSS (CEI). A mudança foi publicada no ano passado pelo órgão fiscal.

As operadoras terão um período de 6 meses de transição para atualização do dado junto ao SIB. O CAEPF é o cadastro da Receita Federal do Brasil (RFB) com informações das atividades econômicas exercidas pela pessoa física, quando dispensadas de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).

[Clique para saber mais](#)

PROPOSTA DOS PLANOS É DURAMENTE CRITICADA

Valor Econômico – 19/07/2019

A proposta de projeto de lei que pretende alterar a atual legislação dos planos de saúde – capitaneada, segundo fontes, pelas empresas do setor – está sendo duramente criticada por representantes do Ministério Público, Idec, indústria farmacêutica e especialistas ligados a universidades.

A Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor (MPCON) considera preocupante a possibilidade de enfraquecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A proposta de projeto de lei transfere o poder da agência reguladora ao Conselho de Saúde Suplementar (Consu) e faz mudanças com foco no resultado financeiro das operadoras. “Eventual reativação do Consu não poderá ultrapassar os limites do espectro de atribuições que lhe foram conferidas pelo artigo 35 da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.655/98), cabendo-lhe apenas a definição de diretrizes gerais sobre a política de planos de saúde”, diz o comunicado.

Uma análise assinada por Marilena Lazzarini, presidente do conselho do Idec, e pelos professores Ligia Bahia (UFRJ) e Mário Scheffer (USP), faz críticas duras à proposta de projeto de lei. “Ainda que nos últimos anos as empresas de planos de saúde, com apoio de governos, de parlamentares e da própria ANS, tenham obtido certas vantagens ao protagonizarem tentativas mal sucedidas de alterações mais substantivas na lei, não se tem notícia, na história recente da legislação da saúde no Brasil, de tamanho extremismo na defesa de interesses privados e empresariais”, dizem os três especialistas.

E seguem: “Tão grave quanto as mudanças pretendidas é a maneira como a projeto foi formulado e supostamente encaminhado ao Legislativo. Ao apresentar uma proposta pronta e acabada, uma iniciativa explicitamente autoritária, seus autores desprezam o debate e os processos democráticos de construção das normas sociais.”

Outro trecho da análise diz que “não há preocupação dos autores com os impactos negativos na vida das pessoas e famílias que têm planos de saúde e nas empresas que oferecem este benefício aos seus empregados. É um projeto arrogante que classifica médicos, hospitais, doentes crônicos e idosos como inimigos a serem combatidos. É um projeto predatório que vislumbra concentração de mercado, ao aprofundar a divisão e a disputa interna entre prestadores de serviços”. A análise assinado pelos três especialistas, traz ainda as possíveis consequências da proposta de projeto de lei.

A Interfarma, associação da indústria farmacêutica, informou que está preocupada com uma possível mudança no prazo de atualização do rol de procedimentos mínimos a serem cobertos pelos planos de saúde. Uma proposta de projeto de lei, que segundo fontes é capitaneada pelo setor, pretende mudar o prazo de dois para três anos. “O ideal seria justamente uma redução desse período, para um ano ou menos”, informa o comunicado da Interfarma.

HAPVIDA COMPRA RN SAÚDE, OPERADORA MINEIRA, POR R\$ 53 MILHÕES

O globo – 19/07/2019

Terceira no ranking do setor, empresa cearense vem aumentando a sua participação no mercado do Sudeste

O grupo Hapvida, terceiro no ranking de operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS), com 2,39 milhões de beneficiários — atrás apenas de Amil e Bradesco

— adquiriu por R\$ 53 milhões, 75% das cotas representativas do capital social da RN Saúde.

Com 50 mil usuários e receita líquida de R\$ 123 milhões, em 2018, a RN tem sede na cidade de Uberaba/MG e atua no setor de saúde suplementar na região do Triângulo Mineiro.

Hapvida, que nasceu em Fortaleza, no Ceará, e tem forte presença no Nordeste e no Norte do país, diz em seu comunicado que a aquisição corrobora com a sua "estratégia de expansão geográfica, por meio da utilização de plataforma de crescimento na região do Triângulo Mineiro, uma região com cerca de 620 mil beneficiários de planos de saúde privado e cerca de 2,4 milhões habitantes". A meta do grupo é consolidar sua atuação nacional e se tornar o primeiro no ranking nacional de operadoras de saúde. No comunicado, a empresa explica ainda que a compra será paga à vista. A concretização do negócio está sujeita à aprovação da ANS e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), além da de assembleia geral de acionistas da companhia.

Segundo o advogado Manuel Eduardo Borges, do escritório Peluso, Stupp e Guaritá Advogados, que assessorou a operação, essa já é a terceira aquisição da companhia na região Sudeste, todas empresas de assistência à saúde, a maior parte do perfil é corporativo, sem oferta de planos odontológicos.

Em maio, a Hapvida comprou, por R\$ 5 bilhões, o Grupo São Francisco, com sede em Ribeirão Preto, no interior de São Paulo, que tem oito hospitais próprios, além de operadoras de planos de saúde e odontológicos e empresas de resgate rodoviário e saúde ocupacional. Somados os usuários de planos odontológicos, o grupo contabiliza uma carteira de 4.042.269 de beneficiários, segundo dados mais atuais da ANS, referentes a maio.

Em abril do ano passado, a companhia fez sua abertura de capital em bolsa. Em 12 meses, as ações da companhia acumulam alta de 49%. Hoje, no entanto, os papéis encerraram o dia com queda de 2,2%, cotados a R\$ 42,73.

ENTENDA A TAXA DE COBERTURA

IESS – 22/07/2019

A taxa de cobertura, percentual da população que detém planos médico hospitalares, tem caído nos últimos anos. Um movimento esperado, já que mais de 3 milhões de vínculos foram rompidos desde dezembro de 2014 e a população brasileira, claro, não deixou de crescer.

Diferentemente do que acontece com o total de beneficiários que é atualizado todo mês, não há uma aferição mensal da população brasileira. Para termos uma noção precisa de como a taxa de

cobertura tem se comportado, utilizamos em nossas contas a projeção do crescimento da população mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que cobre até o ano de 2030 e teve sua atualização mais recente em 2018.

Mensalmente, publicamos a taxa de cobertura com base no total de beneficiários e na projeção para a população atual na [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#).

Confira, na tabela abaixo, como essa taxa avançou nos últimos anos.

Taxa de Cobertura	
Período	IESS
dez/14	24,8%
dez/15	24,0%
dez/16	23,0%
dez/17	22,6%
dez/18	22,5%
mai/19	22,4%

FLEXIBILIZAR PLANOS DE SAÚDE PODE GERAR DESMONTE DO SUS

O Tempo – 22/07/2019

Projeto que cria modalidades restritas de cobertura pressionaria hospitais públicos; para advogada, medida contraria Código de Defesa do Consumidor

Um projeto de flexibilização dos planos de saúde, que vem sendo costurado nos bastidores do governo federal, pode mudar radicalmente a forma como a saúde complementar atua no país. Revelado pelo jornalista Elio Gaspari, do jornal “O Globo”, a medida possibilitaria às operadoras oferecer módulos de atendimento restrito – ou seja, pacotes que cobrissem apenas exames ou certas complexidades. Além disso, o texto, que foi intitulado “Novo Mundo”, desregulamentaria os reajustes por faixa etária, acabaria com o tempo máximo de espera para atendimento, tiraria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a definição dos índices de reajuste e acabaria com as multas por falta de atendimento em caso de enfermidade.

Mesmo antes de ser divulgado oficialmente, o projeto acendeu o alerta de especialistas e entidades de defesa do consumidor. Para a advogada mineira Mariana Resende Batista, que é especializada em direito da saúde, a proposta de flexibilização dos planos de saúde se choca com o Código de Defesa do Consumidor (CDC). “Isso é quase rasgar o CDC. A partir do momento em que o plano te oferece saúde, ele deve oferecer saúde como um todo”, diz Mariana, que acredita que as mudanças podem acabar pressionando o Sistema Único de Saúde (SUS). “Se você não está bem de saúde, o tratamento não vai acabar nos exames. Se tiver que fazer um procedimento fora do plano, a maioria das pessoas não teria condição de pagar no particular, por isso iriam para a saúde pública.

O SUS não tem dado conta de suprir as necessidades do cidadão, e isso vai acabar sobrecarregando ainda mais o sistema”, explica a advogada.

O diretor de defesa profissional da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG), Juraci Gonçalves de Oliveira, também

critica a possível medida e, comparando com o plano frustrado do governo Temer de criar um plano de saúde “popular”, afirma que o governo está tentando criar uma nova classe de cidadãos que “só pode ter doenças básicas”. “Se o plano de saúde assegurar somente as enfermidades mais básicas, acaba que a iniciativa privada fica com o filão para que, quando apertar, o paciente vá para o SUS. O plano de saúde vai receber dinheiro enquanto o cidadão não dá despesa para ele, acaba que se cria um negócio sem risco nenhum para as operadoras”, comenta o médico.

Operadoras

Depois que alguns dos pontos dos 89 artigos do projeto foram vazados por Gaspari, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) publicou, na semana passada, um estudo crítico questionando algumas das medidas reveladas. A médica e professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Ligia Bahia, uma das autoras do estudo, diz que o vazamento e a divulgação do plano acabou por mitigar as chances de ele ser efetivado.

Ligia, no entanto, acredita que o problema principal continua – a pressão das empresas para que haja uma precarização do sistema público de saúde. “As empresas ficam o tempo todo espreitando, esperando qualquer oportunidade para atacar o sistema público, que é muito precário, mas é o que nós temos”, critica ela. “Acho que dessa vez conseguimos nos livrar momentaneamente de uma desregulamentação, o que não quer dizer que o lobby que gerou isso não continue ativo”, explica.

Em nota, a ANS informa que reconhece apenas os projetos de lei que estão em tramitação no Congresso, não cabendo comentar suposta proposta.

CONSULTAS MÉDICAS A DISTÂNCIA COMEÇAM NO BRASIL, MAS HÁ RESISTÊNCIAS

Veja – 19/07/2019

Por pressão das corporações, o Conselho Federal de Medicina ainda veta esse tipo de serviço

Há duas semanas, a **Amil** reacendeu um debate no universo médico. Em parceria com o **Hospital Albert Einstein**, de São Paulo, a operadora lançou um serviço de consultas a distância para os seus clientes. Pacientes com queixas comuns como gripe, tosse, dor de garganta e náuseas poderão ser atendidos por **teleconferência** em qualquer

momento do dia. Inicialmente, o atendimento médico virtual está disponível para os 180 000 clientes premium do plano de saúde. A expectativa é expandir o benefício.

O anúncio, que poderia ser celebrado como uma grande conquista, provocou reações das entidades médicas por todo o país. O **Conselho Federal de Medicina**(CFM), órgão que regula a atividade do setor, pediu explicações às empresas e pode recorrer a meios jurídicos para barrar o serviço. “Se toda

operadora e todo hospital quiserem lançar serviços por iniciativa própria, quem vai sofrer as consequências disso é a população brasileira”, diz Mauro Ribeiro, vice-presidente do CFM. A Associação Médica Brasileira (AMB) classificou o novo serviço de “utilização temerária, sem o devido amparo legal” e denunciou a Amil à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos. A Sociedade Brasileira de Pediatria, em documento enviado ao Ministério Público, pronunciou-se contra a telemedicina para o público infantil, cujo “desenvolvimento saudável” ganharia com “o contato com o médico pediatra”.

Os defensores da telemedicina ressaltam que toda essa gritaria desfavorável à iniciativa da Amil e do Einstein se deve mais a razões corporativas do que a legítimas cautelas médicas ou científicas. Além de proporcionar agilidade no atendimento, o que algumas vezes pode salvar vidas, a telemedicina praticada com critério é segura e, evidentemente, um avanço para os serviços de saúde.

Em fevereiro deste ano, o CFM chegou a publicar uma resolução de oito páginas que autorizava a telemedicina. Entre as modalidades de medicina a distância permitidas estavam o diagnóstico (com exames transmitidos pelo computador), a triagem (uma orientação para o próximo passo do cuidado) e a cirurgia (mediada pelos braços de um robô). Poucos dias depois, no entanto, o CFM recuou, por

pressão de conselhos regionais e entidades médicas. Com isso, voltaram a valer regras de 2002, que não permitiam nada disso. O órgão abriu então uma consulta pública para ouvir a opinião dos especialistas, que se encerra no fim do mês. Até agora, recebeu cerca de 1 500 contribuições.

O Einstein, no centro da polêmica, aplica a telemedicina de forma experimental desde 2012. Só neste ano, atendeu cerca de 80 000 pacientes a distância. O hospital acumulou resultados positivos, segundo seu presidente, Sidney Klajner: “Nesses sete anos, nenhum evento adverso ocorreu e várias vidas foram salvas. Toda essa experiência foi adquirida respeitando-se os códigos de ética e a liberdade do exercício profissional”.

Duas das preocupações alegadas pelos opositores do serviço referem-se à qualidade e à experiência do profissional que fará o atendimento em vídeo e ao risco de um diagnóstico errado — mas a mesma preocupação valeria para o médico que dá uma consulta presencial. Se Amil e Einstein adiantaram-se, é porque o CFM se mostra demasiado moroso. Na aparência democrática, a consulta pública serviu para atenuar os ânimos políticos dos conselhos regionais, mas atrasou a regulamentação de práticas já estabelecidas nos Estados Unidos e na maior parte da Europa. Seria salutar que empresas e órgãos reguladores trabalhassem juntos, e não em conflito.

QUALICORP REDUZ CAPITAL

Valor Econômico – 19/07/2019

Os R\$ 980 milhões que a Qualicorp colocará no bolso de seus acionistas, por causa da redução de capital anunciada ontem, equivale a pouco mais de 15% do valor de mercado total da empresa, que fechou o pregão desta quinta-feira em R\$ 6,5 bilhões. O fundador e presidente da Qualicorp, José Seripieri

Filho, ficará com R\$ 196 milhões. Atualmente, o executivo tem 20% da companhia. A XP Gestão de Recursos, dona atualmente de 9,7% da empresa, receberá R\$ 95,5 milhões. Com a restituição de recursos aos acionistas, o capital social da Qualicorp cairá de R\$ 1,87 bilhão para R\$ 886,5 milhões.

INDÚSTRIA IMPULSIONA CONTRATAÇÃO DE PLANOS EM GOIÁS

IESS – 19/07/2019

Já faz algum tempo, temos comentado que a recuperação do mercado de planos de saúde médico-hospitalares – que perdeu mais de 3 milhões de beneficiários desde 2014 – passa pelo reaquecimento da economia, especialmente pelo processo de criação de empregos em grandes centros urbanos nos setores de serviços e indústria, que tradicionalmente oferecem o benefício aos seus colaboradores.

A [análise especial](#) da última edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#) demonstra que foi exatamente esse movimento que levou o Estado de Goiás a ter o maior avanço proporcional de vínculos com este tipo de plano entre maio deste ano e o mesmo mês do ano passado. De acordo com o boletim, o Estado registrou aumento de 4%

no total de beneficiários, o que representa a entrada de 44 mil novos vínculos. Com a alta, o Estado passou a contar com 1,1 milhão de beneficiários de planos médico-hospitalares.

As novas contratações de planos estão diretamente relacionadas ao desempenho do mercado de trabalho formal no Estado, especialmente das indústrias de transformação que atuam na fabricação de coque, produtos derivados do petróleo e de biocombustíveis e fabricação de produtos alimentícios. Esse setor de atividade econômica é o principal responsável pela contratação de planos coletivos, respondendo por 23% do total. Em seguida, aparece o segmento de Comércio e Reparação, responsável por 14,4% dos vínculos com planos coletivos.

De acordo com números do Caged, do total de 2,8 mil novos empregos formais registrados em Goiás nos 12 meses analisados, 1,7 mil se concentram no setor de Indústria de transformação. Apesar da diferença entre o total de novos beneficiários e o saldo de emprego, a geração de renda pelos empregos adicionais também pode estar influenciando a

contratação de planos, já que este é um dos bens mais desejados pelos brasileiros. Afinal, este é um dos últimos bens que as famílias se desfazem em períodos de crise e um dos primeiros a serem readquiridos quando a situação melhora.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE QUEREM VOLTAR A VENDER PLANOS INDIVIDUAIS, MAS COM SERVIÇO REDUZIDO

O Globo – 18/07/2019

Empresas pretendem ampliar vendas neste segmento após a perda de três milhões de clientes

As operadoras de saúde querem voltar a vender planos individuais, mas num modelo mais segmentado, em que o acesso a serviços poderá ser bem mais restrito, de olho nos brasileiros hoje atendidos pelo SUS.

Num cenário de 13 milhões de desempregados e sem expectativas de crescimento rápido e massivo de vagas, as empresas do setor — que devem movimentar cerca de R\$ 200 bilhões este ano — veem os planos individuais como o caminho para ampliar o número de usuários da saúde suplementar, que encolheu em cerca de três milhões de beneficiários desde 2014.

Há muito tempo os planos individuais são um produto escasso — representam apenas 19% do mercado —, embora sejam uma demanda de muita gente. O excesso de regulação desses

contratos é o motivo alegado para a retirada do produto do portfólio das operadoras, que passaram a se concentrar nos últimos anos nos contratos coletivos empresariais, que saltaram de 7,5 milhões de beneficiários, no ano 2000, para 31,5 milhões, em março deste ano.

A retomada da oferta dos planos individuais, no entanto, foi atrelada a mudanças na regulação. Uma proposta de projeto de lei com 89 artigos foi elaborada pelo setor para ser entregue ao governo. Conforme revelado pelo colunista do GLOBO Elio Gaspari no último domingo, o documento sugere, por exemplo, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deixe de limitar os reajustes dos planos e os aumentos possam variar por região, tipo de plano e padrão de cobertura. O texto também prevê que o rol de procedimentos de cobertura obrigatória seja flexibilizado, que prazos máximos para atendimento sejam revistos e multas, limitadas.

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.