NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

06 de julho de 2022

ÍNDICE INTERATIVO

ANS: Planos de saúde registram 49,6 milhões de beneficiários no país - Fonte: Agência Brasil

Com disparada nos planos de saúde, inflação em BH aumenta em 1,45% em junho - Fonte: Estado de Minas

ANS abre consulta pública sobre cobertura obrigatória de planos de saúde - Fonte: CNN Brasil

Cerca de 60 internações por dia poderiam ser evitadas em um ano na saúde suplementar, aponta estudo - Fonte: Revista Cobertura

Ministro Barroso convoca audiência pública para debater rol taxativo da ANS - Fonte: Conjur

ANS atualiza o mapa assistencial da saúde suplementar - Fonte: GOV (ANS)

Rol taxativo deve baixar preço dos planos de saúde, defende diretor da ABRAMGE - Fonte: Blog ABRAMGE

ANS avalia incorporar 18 serviços de saúde no rol dos planos - Fonte: CNN Brasil

ANS disponibiliza nova edição do boletim do ressarcimento ao SUS - Fonte: GOV (ANS)

Fleury acerta compra do Hermes Pardini e ações disparam - Fonte: CNN Brasil

Planos de saúde odontológicos crescem 8,8% em um ano e contabilizam 29,4 milhões de vínculos no país - Fonte: Revista Cobertura

Hospitais privados aumentam preocupação com índice de glosas pelos planos de saúde - Fonte: Portal Hospitais Brasil

ANS: PLANOS DE SAÚDE REGISTRAM 49,6 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS NO PAÍS

Agência Brasil – 06/07/2022

Aumento foi de 3,14% em relação a maio do ano passado

O setor de saúde suplementar totalizou, em maio, 49,6 milhões de usuários em planos de assistência médica e 29,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Os dados foram divulgados hoje (6) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

“Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.557.174 beneficiários - o equivalente a 3,14% de aumento em relação a maio de 2021. No comparativo de maio de 2022 com abril de 2022, o crescimento foi de 240.096 usuários”, informou a agência.

Nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.464.567 beneficiários em um ano, o que representa 8,32% de crescimento no período e 252.592 na comparação de maio de 2022 com abril de 2022.

Nos estados, no comparativo com maio de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina os que tiveram o maior ganho em números absolutos.

Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina, os estados com maior crescimento em números absolutos.

COM DISPARADA NOS PLANOS DE SAÚDE, INFLAÇÃO EM BH AUMENTA EM 1,45% EM JUNHO

Estado de Minas – 05/07/2022

Planos tiveram alta de 15,40% no mês passado, elevando os custos com saúde e despesas pessoais. Gasolina tem queda de 1,19%, e etanol recua 8,93%

Por conta dos últimos reajustes nos planos de saúde individuais, o custo de vida em Belo Horizonte, com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), teve avanço de 1,45% em junho. Os dados foram divulgados nesta terça-feira (5/7) pela Fundação Ipead/UFMG e aborda a evolução dos gastos das famílias com rendimento de um a 40 salários mínimos.

A inflação já apresenta alta de 6,11% no ano e 11,64% nos últimos 12 meses. Apesar da variação negativa de itens que haviam tido maior peso em meses anteriores – casos da gasolina (queda de 1,19%) e do etanol (recuo de 8,93%) –, os custos com saúde e cuidados especiais apresentaram elevação de preços, com alta de 7,66% em junho e 10,97% em 2022.

Os planos de saúde foram os campeões na inflação de junho, com alta de 15,40% e contribuição de 0,52 ponto percentual (p.p.) na variação do IPCA.

"O plano de saúde veio recompor aquilo que ocorreu nos últimos dois anos. Em 2020, ele aumentou cerca de 8,5%, mas em 2021 houve queda de 8,17%, pela não utilização dos serviços, em função da pandemia. Agora, os custos com assistência de saúde aumentaram muito em relação a 2021, o que explica essa variação expressiva nos custos", ressalta o economista Eduardo Antunes, da Fundação Ipead/UFMG.

"Além dos planos de saúde, tivemos o automóvel novo, que subiu quase 3% e representa uma parcela significativa no mês. O leite também subiu bem e avançou 11% na inflação, o que interferiu na inflação de junho", complementa.

As passagens aéreas encareceram 30,53% no mês, mas têm peso de 0,10 pontos percentuais no cálculo da inflação. Também com o mesmo peso de 0,10 p.p., o leite apresentou alta de 10,71%.

Alimentos

Os alimentos de elaboração primária vêm logo a seguir, com variação de 4,16% no mês e 11,26% no ano. Os alimentos industrializados tiveram inflação de 1,23% em junho, com variação positiva de 9,33% desde janeiro.

Por fim os alimentos in natura tiveram efeito reverso e apresentaram retração 3,62% no mês. Em 2022, no entanto, o item segue com inflação de 18,47%.

Segundo a Fundação Ipead/UFMG, o item "encargos e manutenção nas residências" apresentou variação positiva de 2,37%, o que contribui para inflação de 5,93% no ano e 9,62% nos últimos 12 meses. Os artigos de residência tiveram alta de 2,06% em junho e 4,51% no ano.

As despesas com vestuário tiveram ligeira alta de 0,78% em junho. No ano, a inflação atingiu a faixa dos 7,80%, enquanto a variação nos últimos 12 meses foi de 12,91%.

Já as despesas pessoais tiveram aumento de 0,96% no mês passado, o que leva a uma variação de 6,09% em 2022 e 11,57% nos últimos 12 meses.

Gasolina

Com a redução do PIS/Cofins, impostos federais, a gasolina está abaixo dos R$ 7 em BH. E a tendência é que o preço tenha nova redução com a nova alíquota do ICMS, que baixou de 31% para 18% no estado. Nesse sentido, o produto deve jogar o índice para baixo a partir do levantamento de julho.

"A gasolina começou a cair nos últimos dias de junho com a redução dos tributos federais. Agora, vai haver redução dos tributos estaduais, no caso o ICMS. Esperamos que esses valores cheguem à população e que isso se reflita no índice", afirma Eduardo Antunes.

Cesta básica

A cesta básica em Belo Horizonte se manteve praticamente estável (recuo de 0,03%) e custou R$ 680,58. O valor equivale a 56,15% do salário mínimo, o que mantém a cesta da capital mineira como uma das mais caras do Brasil.

A pequena queda em comparação com maio se deve ao recuo do tomate (8,18%), da batata inglesa (5,79%) e do chã de dentro (0,43%). Produtos como óleo de soja (-1,68%), banana caturra (-1,11%), pão francês (-0,52%) e arroz (-0,99%) também tiveram retração de preços.

"Há um 'cabo de guerra' entre os produtos, o que acaba influenciando na inflação. No mês passado, houve uma queda mais expressiva, de quase 5%, mas em junho. Agora houve pequena queda. O tomate foi o que mais interferiu, já que era um dos grandes vilões e agora segura o preço da cesta básica", afirma Antunes.

Por sua vez, o feijão carioquinha foi o item com maior inflação em junho, com alta de 15,09%. Em 2022, a inflação do produto já chega a 39,81%, enquanto a variação nos últimos 12 meses foi de 28,20%.

Já o leite pasteurizado teve inflação de 6,60%, contribuindo para aumento de 38,57% em 2022 e de 43,40% nos últimos 12 meses.

A manteiga apresentou variação positiva de 1,54% em junho, enquanto o café moído teve inflação de 1,20%. A farinha de trigo aumentou 0,79%. "A farinha continua muito atrelada ao dólar e acaba sofrendo variação no mercado. No ano, houve aumento de 28%, o que acaba se revertendo nos produtos que são usados para a fabricação, como o pão", afirma o economista.

ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA SOBRE COBERTURA OBRIGATÓRIA DE PLANOS DE SAÚDE

CNN Brasil – 05/07/2022

É a partir dela que serão consideradas críticas e sugestões relativas à proposta de resolução normativa que atualiza o Rol de Procedimentos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abriu consulta pública para discutir a cobertura assistencial obrigatória de planos de saúde. Segundo publicação no Diário Oficial da União, a consulta terá duração de 20 dias, contados a partir desta terça-feira (5) até 24 de julho.

É a partir dela que serão consideradas “críticas e sugestões relativas à proposta de resolução normativa que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”. Os comentários devem ser encaminhados a partir de um formulário presente no site da ANS.

A ANS informa que a consulta não tem relação com decisão do mês passado do Superior Tribunal de Justiça. A agência diz que consultas como esta já estavam previstas.

O STJ entendeu que a lista de procedimentos de cobertura obrigatória para os planos de saúde, regidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é “taxativa”, ou seja, que obriga a cobertura somente dos itens da lista. Por meio dele, planos de saúde são obrigados a custear apenas o que é contemplado pela lista, atualmente composta por mais de 3.360 itens.

Antes, a lista era exemplificativa, ou seja, estabelecia procedimentos cobertos pelos planos, mas dava margem para que outros que tivessem as mesmas finalidades também fossem atendidos caso houvesse justificativa clínica do médico responsável. Assim, pacientes que tivessem procedimentos negados, de exames a cirurgias, poderiam recorrer à Justiça.

Com o rol taxativo, as operadoras já não são mais obrigadas a contemplar procedimentos que não constam na lista da ANS. A decisão do tribunal pode consolidar uma nova jurisprudência sobre o tema e servir para os tribunais inferiores, levando a poucas chances de reconhecimento pela via judicial.

Desde então, entidades do setor têm se movimentado para pedir a contemplação de outros procedimentos. A diretoria da ANS já aprovou a inclusão de tratamentos para transtornos globais do desenvolvimento, como o autismo, Asperger e Síndrome de Rett.

CERCA DE 60 INTERNAÇÕES POR DIA PODERIAM SER EVITADAS EM UM ANO NA SAÚDE SUPLEMENTAR, APONTA ESTUDO

Revista Cobertura – 05/07/2022

Análise do IESS considera quatro CIDs de doenças crônicas relacionados a fatores de risco modificáveis

O número de hospitalizações de beneficiários de planos de saúde foi de 5,2 milhões no País, em 2019, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicados na plataforma TISS. Do volume total, 21,4 mil estão relacionadas a internações potencialmente evitáveis – número correspondente a quase 60 internações por dia – que poderiam não ter acontecido em caso de medidas efetivas de prevenção, bem como mudanças nos estilos e hábitos de vida. As informações são do Texto de Discussão nº 87, desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estudo tem como objetivo descrever as características associadas a internações que poderiam ter sido evitadas, a partir de quatro CIDs específicos selecionados: diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca e doença cardíaca congestiva. Todos relacionados a doenças crônicas que possuem fatores de risco modificáveis, geralmente associados ao estilo de vida. Os principais fatores de risco modificáveis considerados foram hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e abuso de álcool por estarem, de acordo com a literatura científica, ligados aos CIDs selecionados.

De acordo com a análise, 83% das internações evitáveis foram de ordem clínica e as demais cirúrgicas com maior prevalência em mulheres (57%) e pessoas com 60 anos ou mais (68%). Os procedimentos, que geraram despesas assistenciais da ordem de R$ 433 milhões, ocorreram com mais frequência em caráter de urgência ou emergência (71%) com o paciente sendo beneficiário de operadora de grande porte (63%) e da modalidade cooperativa médica (48%).

Para o superintendente executivo do IESS, José Cechin, as estratégias preventivas são de extrema importância para evitar que pessoas tenham suas doenças agravadas e precisem ser internadas. “Os programas de promoção da saúde e prevenção a doenças e os estímulos a hábitos de vida saudáveis são fundamentais para a melhora da qualidade de vida dos beneficiários e têm influência direta na taxa de internação. Seguir hábitos saudáveis tem o poder de reduzir as internações e aumentar a qualidade de vida das pessoas”, afirma.

Das 21,4 mil internações evitáveis identificadas, 6,6 mil ocorreram no estado de São Paulo, seguido por Rio de janeiro e Minas Gerais, ambos com registros de 2,8 mil. A maior taxa a cada 100 mil habitantes, no entanto, foi observada em Santa Catarina (126), seguida por Rondônia (111)

MINISTRO BARROSO CONVOCA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DEBATER ROL TAXATIVO DA ANS

Conjur – 03/07/2022

O ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal, convocou para os dias 26 e 27 de setembro audiência pública para ouvir especialistas e representantes do poder público e da sociedade civil sobre a amplitude das coberturas de planos de saúde, a metodologia de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar e o seu caráter taxativo.

Ele é relator de cinco ações (ADIs 7.088, 7.183 e 7.193 e ADPFs 986 e 990) contra dispositivos da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.961/2000), da Lei 9.656/1998 e da Resolução Normativa ANS 465/2021, que estabelecem a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para definir a amplitude das coberturas de planos de saúde, regulam o procedimento de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar e afirmam o seu caráter taxativo.

Com a audiência, o ministro pretende que “se instaure um efetivo diálogo, aberto aos variados pontos de vista que a matéria suscita e que viabilize a obtenção de subsídios para o equacionamento da controvérsia constitucional”.

Conhecimento interdisciplinary

Em despacho, Barroso ressaltou que a matéria tratada nas ações extrapola os limites do estritamente jurídico e exige conhecimento interdisciplinar para desvelar questões técnicas, médico-científicas, atuariais e econômicas relativas ao tema e ao impacto financeiro de condenações judiciais ao fornecimento de terapias não incorporadas.

Ele destacou que, ao longo dos anos, a jurisprudência se firmou pela afirmação de que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar teria caráter meramente exemplificativo das prestações exigíveis das operadoras de planos de saúde, que também estariam obrigadas a custear outros tratamentos prescritos pelos profissionais médicos, a quem caberia a definição da terapia adequada.

Contudo, a controvérsia ganhou novo capítulo em recente julgamento da 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, em que prevaleceu a orientação de que, em regra, o rol da ANS tem caráter taxativo, ou seja, que a operadora de plano de saúde não está obrigada a custear procedimento não previsto no rol.

Na avaliação do ministro, por um lado, há uma preocupação legítima com o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de planos de saúde, a demandar uma definição prévia de sua cobertura. A desconsideração desse aspecto, a seu ver, tem o potencial de inviabilizar a oferta de planos de saúde, o que, em último grau, comprometeria os direitos dos consumidores e a proteção constitucional à saúde.

Do outro lado da controvérsia, pontuou o ministro, está a justa preocupação dos usuários de planos de saúde com as omissões existentes no rol e a consequente não abrangência de todos os procedimentos necessários ao tratamento de doenças cobertas, em especial, doenças raras.

Nesse sentido, para o relator, “é necessário dar voz à sociedade civil e aos agentes econômicos, cuja esfera de interesses será diretamente afetada pela decisão a ser proferida nestes feitos”.

Audiência pública

Os interessados em participar como expositores deverão se manifestar até dia 29 de julho exclusivamente pelo endereço eletrônico roltaxativo@stf.jus.br. A solicitação de participação deverá conter a qualificação do órgão, entidade ou especialista, conforme o caso; a indicação do expositor, acompanhada de breve currículo de até uma página; e o sumário das posições a serem defendidas na audiência.

Os participantes serão selecionados, entre outros, pelos critérios de representatividade, especialização técnica e expertise do expositor, e garantia da pluralidade da composição da audiência e da paridade dos diversos pontos de vista a serem defendidos. A relação dos inscritos habilitados a participar da audiência pública será divulgada no portal eletrônico do STF. Com informações da Assessoria de Imprensa do STF.

ANS ATUALIZA O MAPA ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

GOV (ANS) – 01/07/2022

Ferramenta traz conjunto de informações sobre procedimentos realizados pelos planos de saúde em 2021

Já está disponível para consulta, no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a nova edição do Mapa assistencial da Saúde Suplementar, que apresenta dados relativos à assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde aos seus beneficiários no ano de 2021. Na publicação é possível acessar um conjunto de informações sobre a assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde, como consultas, exames e outros procedimentos.

A ferramenta, em formato de painel dinâmico, agrega as informações de produção de serviços de saúde encaminhadas periodicamente pelas próprias operadoras à ANS e considera o total de procedimentos realizados e informados pelo Sistema de Informações dos Produtos (SIP) da Agência.

Clique aqui e acesse ao conteúdo do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2021.

ROL TAXATIVO DEVE BAIXAR PREÇO DOS PLANOS DE SAÚDE, DEFENDE DIRETOR DA ABRAMGE

Blog ABRAMGE – 01/07/2022

Com a decisão do STJ, os planos só passam cobrir cirurgias pré-estabelecidas pela ANS (Associação Nacional de Saúde Suplementar)

Em entrevista à Rádio Metropole nesta quinta-feira (30), Jorge Oliveira, membro da diretoria da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), defendeu a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabelecendo o rol taxativo como parâmetro para as operadoras dos planos de saúed. Com a decisão, os planos só passam cobrir cirurgias pré-estabelecidas pela ANS (Associação Nacional de Saúde Suplementar).

"Foi uma decisão técnica, após análise do tribunal. Em todos os sistemas do mundo, os mais evoluídos, o rol é taxativo. Não é exemplificativo. Porque isso protege que decisões judiciais não interfiram em cirurgias que o plano não consegue cobrir. Esse julgamento do rol taxativo pode reduzir a decisão judicial e até reduzir os planos de saúde".

Oliveira também rebateu que a o plano de saúde teve ajuste acima do mercado nos últimos dois anos. "Tivemos aumento da energia, combustível, habitação. Todos esses elementos precisam ser analisados para não citar apenas um aumento isolado dos planos de saúde. Fomos uma das áreas com menor reajuste, sendo que houve grande procura durante os anos da pandemia", disse.

O membro da Abramge também negou que exista um lobby das operadoras de plano de saúde no Congresso, que ajudem na decisão. "É justamente o contrário. No dia seguinte à decisão do STJ, já tinham vários projetos de lei para mudar o rol taxativo. Isso dificulta o funcionamento dos planos, porque muitas vezes uma decisão judicial obriga a cobrar cirurgias plásticas, a manter todos os custos da operação. Isso encarece tudo", diz.

ANS AVALIA INCORPORAR 18 SERVIÇOS DE SAÚDE NO ROL DOS PLANOS

CNN Brasil – 30/06/2022

Decisão do STJ que considerou rol taxativo dificultou o acesso a tratamentos não incluídos na lista

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) avalia a autorização para 18 pedidos de itens como exames, tratamentos e medicamentos que ainda não constam na lista coberta pelos planos de saúde.

A análise se dá após a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), neste mês de junho, que considerou o rol taxativo. Ou seja, obriga o custeio apenas dos itens que constam nele e consolida uma nova jurisprudência sobre o tema. Desde então, entidades se movimentam para pedir a ampliação da lista de procedimentos cobertos pelos planos.

Após a decisão do STJ, a Diretoria da ANS já aprovou a inclusão de tratamentos para transtornos globais do desenvolvimento, como o autismo, Asperger e Síndrome de Rett, de medicamentos para doenças degenerativas e aplicação de contraceptivo injetável, por exemplo. Atualmente, o rol conta com mais de 3.360 itens.

Na avaliação da conselheira nacional de Saúde e coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (Ciss) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Shirley Morales, a inclusão dos itens após a decisão do STJ deve ser avaliada de forma ampla.

“A gente sabia que teriam movimentos nesse sentido. Mas isso pode prejudicar a compreensão da sociedade como um todo sobre a gravidade da decisão do STJ. Essa restrição impossibilita tratamentos para doenças novas que podem surgir, como foi com a Covid-19, que você precisava de exame para diagnóstico, por exemplo.”, pontua.

“Por mais que tenha essa ampliação, que é muito importante para esses grupos que estão se mobilizando, temos pessoas com doenças raras que não conseguem se mobilizar da mesma forma”.

Um dos grupos que mostra preocupação com o rol taxativo é a Aliança Nacional LGBTI+. À CNN, a entidade afirmou que a decisão do STJ tem “potencial de lesar pessoas trans que precisam de procedimentos que a cada dia estão mais complexos e modernos”. Em nota, a instituição destacou que se preocupa com a demora da ANS para incluir essas técnicas.

A Aliança também ressaltou que cirurgias para pessoas trans não devem ser encaradas como estéticas e que esperam que a abrangência do rol seja revertida pelo STF ou por lei aprovada no Congresso. Atualmente, cirurgias como a neovagina, neofaloplastia, histerectomia, mastectomia, já estão previstas no rol.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) ingressou com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF) contra a resolução que prevê o rol de procedimentos de planos de saúde como taxativo. Ele também participa de outras ações como parte interessada ou amigo da corte, mas que ainda precisam ir a julgamento.

O Idec recomenda que um paciente com indicação médica, que tenha um tratamento negado, deve buscar o direito ao atendimento na Justiça. Além disso, recomenda que seja averiguado se o caso atende a alguma das condições colocadas pelo STF como:

– Inclusão do serviço no rol não tenha sido negada expressamente pela ANS;

– Tratamento/medicamento seja eficaz e tenha resultados comprovados;

– Seja recomendado por órgãos técnicos de renome nacionais, como CONITEC e NATJUS, ou estrangeiros;

– Judiciário busque, quando possível, informações junto a órgãos técnicos, sem que isso represente a mudança do andamento do processo para a Justiça Federal.

A CNN buscou a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) para pedir um posicionamento sobre como vê a movimentação contra o rol taxativo e a possibilidade de clientes se sentirem lesados pela negativa de tratamentos. Nossa reportagem aguarda um retorno.

Desde a decisão do STJ, a ANS aprovou a incorporação dos seguintes itens no rol:

– Cobertura de qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos globais de desenvolvimento, como autismo e síndrome de Asperger.

– Medicamento alfacerliponase, para tratamento de pacientes com lipofuscinose ceroide neuronal (grupo de doenças neurodegenerativas) tipo 2.

– Procedimento para implante do dispositivo necessário para a administração do medicamento alfacerliponase (implante intracerebroventricular de bomba de infusão de fármacos).

– Aplicação de contraceptivo hormonal injetável (acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol e algestrona acetofenida + enantato de estradiol), para mulheres em idade fértil.

ANS DISPONIBILIZA NOVA EDIÇÃO DO BOLETIM DO RESSARCIMENTO AO SUS

GOV (ANS) – 30/06/2022

Publicação traz informações compiladas até o encerramento de 2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou no último dia 29/06 a 13ª edição do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, com informações compiladas até o encerramento de 2021.

A novidade nesta edição é o detalhamento das reduções de valor decorrentes dos ajustes concedidos sobre os valores notificados, após análise de petições que comprovam eventuais motivos de alteração do que foi cobrado, principalmente devido à aplicação de coparticipações. Em relação à fase de cobrança, são pormenorizados os procedimentos com os maiores valores cobrados e a distribuição por unidades federativas. Também constam informações a respeito do parcelamento e pagamento dos valores cobrados, bem como sobre o repasse para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o encaminhamento de débitos para o Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e Dívida Ativa.

Outro ponto a se destacar neste Boletim é a inclusão dos dados de beneficiários de planos de saúde atendidos no SUS para tratamento de Covid-19 durante 2020, o primeiro ano da pandemia. Vale ressaltar que o processo de ressarcimento ao SUS tem início cerca de 12 meses depois da ocorrência do evento, tempo necessário para o faturamento do atendimento no SUS, seu envio e processamento na base de dados da ANS, até a notificação da ocorrência junto às operadoras a partir do envio dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs), quando se inaugura o processo administrativo. Com isso, os eventos ocorridos na pandemia e elegíveis para o processo passaram a ser conhecidos a partir das notificações lançadas em 2021, com base nos atendimentos realizados em 2020.

Para conferir o Boletim na íntegra, clique aqui.

Para mais informações sobre o funcionamento do ressarcimento ao SUS, clique aqui.

FLEURY ACERTA COMPRA DO HERMES PARDINI E AÇÕES DISPARAM

CNN Brasil – 30/06/2022

Companhias estimam que o negócio gere um incremento de Ebitda anual da companhia combinada entre R$ 160 milhões e R$ 190 milhões

A empresa de diagnósticos médicos Fleury acertou a aquisição do Instituto Hermes Pardini, disseram as empresas nesta quinta-feira (30), no mais novo passo da consolidação vista no setor de saúde brasileiro.

De acordo com os termos da operação, o acionista do Pardini receberá por cada ação ordinária que detém da companhia cerca de 1,21 ação ordinária da Fleury mais aproximadamente R$ 2,15.

Por volta de 11:30, as ações do Fleury disparavam 13,89%, sendo a maior alta do Ibovespa, que cedia 1,68% com cenário externo negativo. Os papéis de Hermes Pardini, que não compõem o principal índice da bolsa brasileira, saltavam 20%.

O negócio é positivo, na visão do analista do Credit Suisse Mauricio Cepeda, citando potenciais sinergias. Ele calcula prêmio de cerca de 14% no acordo, com a parcela em dinheiro a ser desembolsada pelo Fleury somando R$ 273 milhões.

As companhias esperam que a transação traga aumento de competitividade no setor de saúde e medicina diagnóstica "com complementaridade geográfica e presença nacional…e reforço do crescimento orgânico e inorgânico".

O Pardini tem operações consolidadas em praças como Minas Gerais, Estado de sua sede, Goiás e Pará, locais onde o Fleury não está ou possui estruturas menores.

A marca Hermes Pardini será mantida por pelo menos 10 anos, com possibilidade de expansão a novas unidades, segundo o comunicado.

A estimativa das partes é que o negócio gere um incremento de Ebitda anual da companhia combinada entre R$ 160 milhões e R$ 190 milhões.

O Fleury disse ainda que até a consumação da operação poderá realizar um aumento de capital de até 70,6 milhões de ações, via subscrição privada ou oferta pública, "para manutenção da sua estratégia de crescimento".

A transação está sujeita à obtenção de aprovações, incluindo dos acionistas de ambas as empresas e do órgão antitruste Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

Caso os acionistas de alguma das companhias não aprovem o negócio, atendidas determinadas condições previstas nos documentos assinados, haverá o pagamento de multa de R$ 250 milhões pela empresa em questão.

PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS CRESCEM 8,8% EM UM ANO E CONTABILIZAM 29,4 MILHÕES DE VÍNCULOS NO PAÍS

Revista Cobertura – 30/06/2022

Estudo desenvolvido pelo IESS mostra que segmento apresentou alta em todos os tipos de contratações

Os planos de saúde exclusivamente odontológicos seguem com forte tendência de alta em volume de novos beneficiários no País. No período de 12 meses, encerrados em abril de 2022, houve acréscimo de 2,3 milhões de vínculos (alta de 8,8%) – eram 27 milhões em abril do ano passado e atingiu o patamar atual de 29,4 milhões. Os dados são da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 70, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Os registros com esse tipo de plano são de progressões consecutivas, desde o terceiro trimestre de 2020, quando havia 25,9 milhões de beneficiários. De lá pra cá os números não pararam de subir: 27,1 milhões em abril de 2021, 29 milhões em janeiro deste ano, até atingir 29,4 milhões em abril.

De acordo com o estudo, houve crescimento em todos os tipos de contratações no período de um ano. A maior alta, no entanto, em termos percentuais, ocorreu com o individual ou familiar (11%) com acréscimo de 511 mil vínculos. O tipo coletivo empresarial registrou 1,7 milhão de novos beneficiários (alta de 9,1%) e o coletivo por adesão 74,7 mil (2,7%).

Vale frisar que, em abril deste ano, 24,2 milhões – correspondente a 82,4% de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos – possuíam um plano coletivo. Do volume total, 87,6% pertenciam ao tipo coletivo empresarial e 12,4% ao coletivo por adesão.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o comportamento observado nas principais regiões do País, com registros de alta, especialmente nos planos empresariais, está diretamente ligado a disponibilidade e oferta de empregos formais. “Observamos que, no período avaliado, houve melhoria nas oportunidades de trabalho em todas as regiões do Brasil. Considerando que o plano odontológico tem um preço bem acessível, é natural que haja reflexo no volume de novas adesões a planos de saúde, fato que mantém o segmento aquecido”, ressalta

Em números absolutos, a maior alta referente a novas adesões a planos odontológicos ocorreu no estado de São Paulo (7%), que representa 691,8 vínculos entre abril do ano passado e o mesmo mês de 2022. Na sequência, aparece o estado de Minas Gerais com 349,4 mil vínculos a mais no mesmo período (alta de 15,2%).

Clique aqui para ver a NAB 70 na íntegra.

HOSPITAIS PRIVADOS AUMENTAM PREOCUPAÇÃO COM ÍNDICE DE GLOSAS PELOS PLANOS DE SAÚDE

Portal Hospitais Brasil – 29/06/2022

O volume de glosas aplicadas nas faturas hospitalares, com consequente aumento no prazo para pagamento, é o principal problema hoje na relação entre os planos de saúde e os hospitais privados. A conclusão é de pesquisa realizada pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) entre seus membros.

A glosa – suspensão temporária do pagamento da fatura hospitalar pelos planos de saúde para verificação de conformidade das despesas – é uma atividade normal na relação comercial entre ambos. Os hospitais encaminham rotineiramente às operadoras relatório apresentando as despesas ocorridas no tratamento de cada paciente e, havendo dúvidas por parte dos planos, estas retêm o pagamento da parte glosada à espera de esclarecimentos.

Segundo a pesquisa da Anahp, porém, tem havido um importante acréscimo no volume de glosas, sem uma explicação devida por parte dos planos. Pelo levantamento, está ocorrendo um percentual médio de glosa inicial de 11%, um recorde histórico. Em consequência, o prazo médio para que os hospitais recebam o que é devido aumentou para 93 dias após a apresentação das faturas.

“Nossos hospitais não contestam a existência da glosa, instrumento tradicional, previsto na legislação. O que chama a atenção, porém, é o aumento significativo no volume delas, sem qualquer razão clara. A consequente demora no recebimento dos pagamentos por um serviço já realizado prejudica e muito o fluxo de caixa dos hospitais em benefício da situação financeira dos planos”, esclarece o diretor-executivo da Anahp, Antônio Britto.

Segundo a pesquisa, a situação é agravada pelo fato de os planos de saúde estarem retendo não apenas a parcela glosada, mas o total de cada fatura, o que amplia o impacto negativo da decisão tomada pelos planos de saúde já que o hospital permanece sem receber sequer a parte não glosada. Outro fator apontado pela pesquisa é a falta de clareza mínima na justificativa das glosas. Em 76% dos casos, a glosa é apresentada como sendo por “questões administrativas” o que, entre outras consequências, impede até que os hospitais aperfeiçoem seus mecanismos de gestão e controle.

“As relações de parceria e transparência, que devem presidir tanto os hospitais quanto os planos de saúde, estão sendo prejudicadas por esse volume inexplicado de glosas. Os hospitais, como qualquer prestador de serviço, devem estar submetidos à revisão das despesas que apresentam para

pagamento. Em contrapartida, cada glosa precisa ser clara e expressamente determinada por fato previsto na legislação ou no contrato, sob pena de deturpação dos seus objetivos e rotinas", afirma Britto.

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.