

ÍNDICE INTERATIVO

[Atenção primária potente e tecnológica](#) - Fonte: IESS

[Ressarcimento: ANS Disponibiliza nova edição do mapa de utilização do SUS](#) - Fonte: ANS

[Mais de 250 mil beneficiários deixam planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[Planos odontológicos perdem 573 mil usuários na pandemia](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[ANS apresenta oportunidade de contratação de resseguros por operadoras de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Suspensão de reajustes 2020](#) - Fonte: ANS

[Após aquisição bilionária, a Notredame Intermédica quer mais](#) - Fonte: Exame

[Saúde suplementar precisa se manter forte em cenário de crise](#) - Fonte: Fenasaúde

ATENÇÃO PRIMÁRIA POTENTE E TECNOLÓGICA

IESS – 01/09/2020

“Nenhum sistema de saúde no mundo estava preparado para a pandemia e todos foram se adaptando no andamento da crise. Precisamos de um novo modelo de assistência para o amanhã. E o amanhã já chegou”, apontou Erno Harzheim durante o webinar “Protagonismo da Atenção Primária à Saúde - Um novo olhar sobre os cuidados integrados em tempos de pandemia”

Além de Harzheim, professor de Medicina de Família e Epidemiologia da UFRGS, o encontro reuniu Thais Jorge, Diretora de Serviços ao Segurado e Gestão Médica da Bradesco Saúde e da Mediservice e Vanessa Assalim, Diretora Médica no Grupo NotreDame Intermédica, com mediação de José Cechin, superintendente do IESS.

Cechin lembrou que, no atual momento, as pessoas deixaram de procurar os hospitais por demandas não relacionadas à Covid-19. “Isso traz uma nova dinâmica ao setor, com avanço da Telessaúde, por exemplo, mas que deve vir acompanhada de uma nova mentalidade para o paciente e os gestores do segmento, como de procurar sempre práticas de atenção primária no primeiro ponto de contato com os serviços em saúde”, comentou o executivo.

Nesse contexto, as experiências das operadoras de saúde no encontro fortalecem essa mudança de paradigma. “Temos avançado, mas não é do dia para a noite. A mudança de cultura vem acontecendo juntamente das questões tecnológicas com oportunidades infinitas. Temos modelos de tecnologia que nos permitem fazer a gestão e monitoramento dos pacientes, por exemplo. O desafio agora é no

compartilhamento de informações e interoperabilidade, já que todos os sistemas são fragmentados, tanto no setor privado quanto público”, apontou Thais Jorge, da Bradesco Saúde e Mediservice.

Além da questão cultural, Vanessa Assalim, do Grupo NotreDame Intermédica, completou reforçando os aspectos sociais e econômicos com maior utilização desse modelo. “Sabemos que esse viés do cuidado torna a atenção mais resolutiva e acolhedora. Estamos monitorando os indicadores que temos sobre a APS quanto ao desfecho clínico, custo-efetividade e experiência do paciente. E muito animados com essa imersão na coordenação do cuidado”, comemora.

Erno resumiu bem importantes pontos tratados no encontro. Para ele, a tecnologia é uma forte aliada na criação de ferramentas e resolução de problemas. “A construção de um modelo contemporâneo de Atenção Primária está na saúde suplementar e espero que esse possa ser um passo para reduzir a segmentação entre os setores público e privado. Precisamos de uma APS potente e tecnológica, com informação integrada, uso de telemedicina, prontuário unificado e prescrição eletrônica”, conclui.

A íntegra do webinar pode ser vista abaixo. A série de encontros continuará apresentando importantes questões para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar nacional com transmissão ao vivo nas redes sociais do IESS e no canal do YouTube.

RESSARCIMENTO: ANS DISPONIBILIZA NOVA EDIÇÃO DO MAPA DE UTILIZAÇÃO DO SUS

ANS – 31/08/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou nesta segunda-feira a 4ª edição do Mapa de Utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) por Beneficiários de Planos Privados de Saúde. A publicação traz informações sobre atendimentos – internações e procedimentos ambulatoriais - realizados por usuários de planos de saúde na rede pública entre os anos de 2014 e 2018.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, explica que o objetivo do material é dar transparência ao processo de ressarcimento ao SUS. “Desde sua primeira edição, o Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos de Saúde busca apresentar informações regionalizadas sobre o ressarcimento, mostrando peculiaridades e a evolução desse importante mecanismo regulatório do setor ao longo dos últimos anos. É também uma forma de prestar contas à sociedade no que se refere ao

sistema suplementar de saúde e fornecer subsídios para estudos sobre o tema”, destaca o diretor.

A publicação tem como base os dados nacionais, por região e por Unidade Federativa dos atendimentos a beneficiários de planos de saúde registrados na rede pública por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Além de informações relativas à quantidade de procedimentos identificados, são informados os atendimentos efetivamente cobrados pela autarquia federal, bem como os procedimentos médicos mais frequentemente prestados a consumidores de planos de saúde na rede pública.

Cabe esclarecer que não são todos os atendimentos a beneficiários de operadoras que ensejam o ressarcimento, mas apenas os serviços médicos que estejam previstos no rol de cobertura estabelecido pela Agência e que não sejam submetidos a nenhuma exclusão contratual legalmente

permitida. Por isso há diferença em relação aos valores identificados e cobrados. Ainda em relação a essa diferença, considerando os prazos do processo administrativo, quanto mais recente a informação maior a chance de ainda haver discussão em aberto sobre os valores devidos. [Clique aqui](#) e saiba mais sobre o processo de identificação e cobrança do ressarcimento ao SUS.

Principais dados do Mapa

Em 2018, ocorreram 178.417 internações de beneficiários de planos de saúde na rede pública. Isso representa 1,5% do total de internações no SUS realizadas no ano (11,8 milhões). A maior parte dos procedimentos foi para a realização de cirurgia (36,85%), seguido de clínica médica (28,72%) e obstetrícia (15,71%). O procedimento mais frequente dentro de internações foi o parto normal; em segundo, tratamentos para pneumonias e gripe. O número de internações identificadas totalizou R\$ 376,7 milhões, sendo que, destes, R\$ 129,5 milhões resultaram em cobrança para devolução ao SUS.

Nos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, em 2018 foram realizados 351.178 procedimentos. Desse total, 78,57% foram relativos a procedimentos clínicos, 13,95%

foram transplantes de órgãos, tecidos e células e 3,68% procedimentos de finalidade diagnóstica. A hemodiálise (máximo de 3 sessões semanais) foi o procedimento mais frequente nesse tipo de atendimento, seguido por Acompanhamento de Paciente Pós- Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas. Os atendimentos ambulatoriais identificados nesse ano corresponderam a R\$ 436,2 milhões, sendo que, desse total, R\$ 116,3 milhões resultaram em valores cobrados das operadoras para devolução ao SUS.

No período apresentado nessa publicação, observa-se redução dos casos em que cabe o ressarcimento ao SUS, o que resulta da melhoria do processo de identificação de pacientes, mas que também pode indicar menor utilização do SUS por beneficiários. Os procedimentos mais frequentes e mais caros no país mantêm padrão semelhante entre as regiões, com pequenas variações que possivelmente se relacionam à oferta local dos serviços. Essas e outras questões podem ser investigadas com mais detalhes a partir dos dados do ressarcimento ao SUS disponibilizados em nosso [portal](#).

[Clique e acesse](#) a 4ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde

MAIS DE 250 MIL BENEFICIÁRIOS DEIXAM PLANOS DE SAÚDE

IESS – 30/08/2020

Setor começa a registrar estabilidade após sucessivas quedas em função da pandemia de Covid-19

Em três meses, o mercado brasileiro de planos de saúde médico-hospitalares registrou perda de mais de 250 mil beneficiários, o que equivale a uma queda de 0,5%, constata a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). No total, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o segmento conta, agora, com 46,8 milhões de beneficiários.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, a leve queda de 0,2% em relação a julho do ano passado pode representar uma tendência de estabilidade para os próximos meses. “No início da pandemia pelo novo Coronavírus, em fevereiro e março, houve mais adesões do que cancelamentos aos planos médico-hospitalares. A partir de abril, o setor passou a registrar sucessivas baixas, particularmente intensa em maio e menos intensa em junho, resultado do elevado número de demissões, interrupção de atividades, fechamentos de empresas ou ainda da perda de poder aquisitivo”, aponta. “Claro que alguns números podem ser alterados pela Agência em função das revisões por parte das operadoras, mas o leve saldo positivo no mês de julho pode indicar que o mercado brasileiro começa a se estabilizar após o forte impacto da crise sanitária”, destaca.

O setor ainda deve ficar alerta nos próximos meses, já que não é possível saber como todo o mercado brasileiro irá se

comportar. “O que depende diretamente dos rumos que a Covid-19 irá tomar no Brasil, do comportamento das pessoas e das ações dos poderes público e privado”, completa o especialista. Apenas no Estado de São Paulo, 50 mil beneficiários deixaram de contar com o plano de saúde médico-hospitalar em 12 meses, o que equivale a quase metade de todos os vínculos rompidos no período.

Cechin explica que o comportamento do mercado de planos de saúde médico-hospitalares está intimamente ligado ao saldo de empregos formais no País. O executivo destaca que isso se deve ao fato de a maior parte ser de planos coletivos empresariais, ou seja, aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores. Além do vínculo rompido, a redução da massa de rendimento das famílias também acaba por influenciar sua capacidade de manter planos individuais e familiares ou mesmo coletivos por adesão.

O pequeno saldo de crescimento em julho aponta para a atenuação do aprofundamento da crise econômica. “Vale lembrar, no entanto, que a economia brasileira fechou 1,19 milhão de vagas de trabalho com carteira assinada no primeiro semestre de 2020, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). Julho já mostrou certo alívio, com o crescimento do emprego, mas a retomada intensa da atividade econômica só virá após sanada a crise sanitária. Esperamos ter entrado em um momento de estabilidade para que o setor volte a crescer no futuro”, conclui José Cechin.

A NAB consolida os mais recentes números de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos, divididos por estados, regiões, faixas etárias, tipo de contratação e modalidade de operadoras. Acesse o boletim na íntegra.

Planos exclusivamente odontológicos

Entre 2016 e início de 2020, o setor de exclusivamente odontológicos sempre se manteve à parte da instabilidade nacional, com elevado ritmo de crescimento, ao contrário dos médico-hospitalares. No entanto, esse segmento também sente os impactos do atual momento.

PLANOS ODONTOLÓGICOS PERDEM 573 MIL USUÁRIOS NA PANDEMIA

Folha de São Paulo - 29/08/2020

A perda em maio, 341 mil, é a maior redução em um só mês desde 2014

Praticamente blindados em momentos anteriores de crise econômica, planos exclusivamente odontológicos não ficaram imunes aos impactos da pandemia da Covid-19.

Dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) mostram que, de março a julho, esses planos perderam 573.847 usuários. Atualmente, 25,3 milhões de pessoas têm planos odontológicos no país.

Assim como nos planos de assistência médica, a queda foi maior em abril e maio. A perda em maio, 341 mil, é a maior redução em um só mês desde 2014.

A queda é maior do que a registrada no setor de planos de saúde, que teve perda de 327 mil usuários. Os dados são da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que regula o mercado. Para especialistas, a situação está ligada ao aumento do desemprego e perda de renda da população.

O setor de seguro odontológico viu aumento em julho, o que pode indicar o início de uma estabilidade e possível recuperação.

José Cechin, superintendente do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), diz ser possível que, com perda de renda, usuários tenham aberto mão primeiro desses planos para ter salvaguardas se contraíssem coronavírus.

“É possível que, num esforço de preservar o plano de assistência médica, as pessoas abriram mão do plano odontológico.”

Diferentemente dos planos de assistência médica, que tiveram redução quase concentrada em planos empresariais, a queda nos odontológicos também atingiu planos individuais. Marcos Novais, superintendente do Sinog (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo), que representa as

Apesar de continuar em alta no período de 12 meses encerrado em julho deste ano, com crescimento de 2,7% (675 mil novos beneficiários), a modalidade registrou sucessivas quedas mensais a partir de março. Só entre abril e julho, o segmento perdeu aproximadamente 320 mil vínculos, ou seja, baixa de 1,2%.

No período de três meses, a maior queda foi registrada entre os planos coletivos. Essa categoria registrou diminuição de 1,3%, o que equivale a 275 mil beneficiários.

operadoras, diz que, apesar de variações, a queda não tem paralelo em outros momentos.

Segundo ele, esse tipo de plano têm características diferente dos convênios médicos, com preços menores (de R\$ 18 a R\$ 25), o que os preservou em momentos anteriores.

“Esses planos não sentiram tanto aquela crise de 2015, 2017 [quando os planos de assistência médica perderam 3 milhões de usuários]. Ele até cresceu”, afirma. “Mas agora sofremos um efeito diferente.”

Ele atribui a queda a um fechamento de pontos de venda. “As vendas não aconteceram”, diz, afirmando ser comum usuários deixarem os planos após tratamentos ou entrarem por período determinado. “Por isso foi uma crise diferente, em que só víamos saída e não víamos entrada.”

Ele vê possibilidade de recuperação com a retomada de atividades. O cenário, no entanto, ainda pode mudar por causa da possibilidade de repique da Covid-19.

Carlos Machado, presidente da Associação Brasileira de Odontologia de Minas Gerais, diz esperar aumento na busca por atendimentos odontológicos pela população nos próximos meses em razão da demanda reprimida na pandemia.

“Já vemos maior demanda na parte curativa do que na parte preventiva”, afirma.

Segundo Novais, o setor tem como desafio implementar uma cultura de prevenção para reter usuários.

Questionada sobre a redução de usuários de planos, a ANS diz estar atenta ao cenário e que “tomará todas as medidas necessárias para preservar a assistência aos beneficiários, a sustentabilidade e o equilíbrio do setor, sempre precedida de estudos técnicos que garantam a viabilidade das ações e baseada em informações precisas”.

ANS APRESENTA OPORTUNIDADE DE CONTRATAÇÃO DE RESSEGUROS POR OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 28/08/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 25/08 um webinar para prestar informações e apresentar a nova oportunidade de contratação de resseguros diretamente por operadoras de planos de saúde, e esclarecer dúvidas quanto ao novo marco jurídico, visto que a possibilidade de contratação foi recentemente regulamentada pela [Resolução CNSP 380/20](#). Participaram do evento, representantes da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE), Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e Federação Nacional das Empresas de Resseguros (FENABER). O evento, transmitido pela Plataforma Teams e pelo YouTube, teve aproximadamente 400 participantes.

O diretor de Normas e Habilitação de Operadoras Paulo Rebello abriu o evento destacando a importância sobre o tema e os efeitos favoráveis que o resseguro pode suscitar no setor. “Em um ano marcado por notícias não desejadas na área da saúde, a possibilidade de transferência de parte dos riscos ao ressegurador traz efeito positivo para o mercado de saúde suplementar, pois sempre que há repasse de riscos, há suavização das regras de garantia de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, representadas pelo capital regulatório e ativos garantidores para lastro das provisões técnicas. O mercado de seguros gerais já usufrui dessa possibilidade de gestão há décadas e, em razão desse entendimento, é justo que os planos de saúde também o possam” ponderou.

Na sequência, o diretor de Gestão substituto Bruno Rodrigues enfatizou as oportunidades que a ferramenta pode trazer para o mercado de saúde suplementar e o desenvolvimento de melhores práticas de governança e gestão de risco.

O diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras Cesar Serra enfatizou que o ressegurador é um “parceiro” das cedentes (no caso, operadoras) para estabilizar o risco assumido. Contextualizou fatores essenciais como a estabilização financeira, a suavização dos picos de sinistralidade e a expertise técnica dos resseguradores. Por fim, esclareceu a possibilidades de suavização da necessidade de capital regulatório e de ativos garantidores.

A seguir, o procurador-chefe Daniel Tostes apresentou a perspectiva legal do tema, ressaltando a segurança jurídica da contratação direta por operadoras de resseguros desde a entrada em vigor da Resolução CNSP 380/20, dispensando-se assim, a necessidade de intermediação de seguradoras.

Dando continuidade ao webinar, Diogo Ornellas, Coordenador-Geral de Grandes Riscos e Resseguros da SUSEP, explicou o papel da Superintendência na regulação e fiscalização dos contratos de resseguro. Apresentou dados

atualizados sobre o mercado, além de uma contextualização sobre o rápido crescimento do setor, taxas e legislação aplicável. [Clique aqui](#). Além disso, esclareceu que o repasse de riscos via contrato de resseguros é essencialmente de natureza econômica (e não de responsabilidade jurídica).

Frederico Knapp e Arthur Mascarenhas, da Fenaber, federação que tem entre seus objetivos a promoção do desenvolvimento do mercado de resseguros brasileiro, apresentaram o que está sendo realizado atualmente no mercado norte-americano e as alternativas que poderiam ser utilizadas no mercado nacional. [Clique aqui](#). Explicaram os principais produtos que podem ser oportunizados às operadoras e por fim, afirmaram o caráter de longo prazo das relações de resseguro, bem como o papel do ressegurador na melhoria da governança.

Ao final das apresentações, foi realizado um proveitoso debate entre os participantes inscritos. O gerente-geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado substituto, Washington Alves, e os assessores Thiago Barata e Tatiana Aranovich puderam esclarecer dúvidas e compartilhar conhecimento sobre o tema.

[Veja aqui a gravação do evento.](#)

Saiba mais:

O que é o resseguro?

O resseguro é instrumento que possibilita às operadoras de planos de saúde o repasse econômico do risco assumido, garantindo, assim, uma maior proteção financeira de suas operações. Essa modalidade é particularmente importante em períodos atípicos, como quando ocorrem surtos de doenças como a Covid-19, crises econômicas ou outro tipo de situação excepcional (desastres naturais, por exemplo), bem como para agentes e setores sujeitos a significativas flutuações, como o setor de planos de saúde. O resseguro é um instrumento importante de gestão de riscos com foco em diversificação, suavizando o fluxo de pagamentos e aumentando a previsibilidade. Ademais, a contratação de resseguro pode reduzir a necessidade de constituição de ativos garantidores por parte das operadoras (§1º, IV, art. 2º, RN 392/15) , além de deduções para cálculo de capital regulatório, (§3º, art. 5º e 2.2 do Anexo III da RN 451/20) .

As operações de resseguro são supervisionadas pela SUSEP. Em março de 2020, foi editada Resolução [CNSP 380](#) regulamentando a possibilidade de contratação direta de resseguros pelas operadoras. Com a mudança, a expectativa é de melhoria da governança e concorrência no setor, com consequente ganho para os beneficiários.

SUSPENSÃO DE REAJUSTES 2020

ANS – 28/08/2020

Confira as Perguntas & Respostas disponibilizadas pela ANS

perguntas & respostas sobre a suspensão de reajustes de planos de saúde

1 – Quais são os tipos de planos de saúde atingidos pela medida de suspensão da aplicação dos reajustes de planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020?

A medida de suspensão de aplicação dos reajustes no período de setembro a dezembro de 2020 é válida para os planos médico-hospitalares contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

2 – Quais são os tipos de planos de saúde não atingidos pela medida de suspensão da aplicação dos reajustes de planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020?

- A medida de suspensão de aplicação dos reajustes não é válida para os planos contratados antes de 31/12/1998 (não regulamentados) e não adaptados, exceto os planos individuais/familiares que tiveram Termo de Compromisso celebrado, cujos reajustes dependem de expressa autorização da ANS, além daqueles cujos contratos prevejam o reajuste autorizado pela ANS.

- A medida não contempla os planos exclusivamente odontológicos.

- A medida não se aplica aos contratos coletivos empresariais com 30 ou mais vidas que já tenham negociado e aplicado seu reajuste até 31/08/2020.

3 – Quais são os tipos de reajuste que serão suspensos no período de setembro a dezembro de 2020?

A suspensão se dará para os reajustes por variação de custos (anual) referentes a 2020 e para os reajustes por mudanças de faixa etária ocorridas em 2020 em planos de saúde de assistência médico-hospitalar.

4 – Como se dará a suspensão dos reajustes por variação de custo (anual) para os tipos de contratação individual/familiar, coletiva por adesão e coletiva empresarial nos meses de setembro a dezembro de 2020?

Para os planos individuais/familiares, o período de aplicação do reajuste 2020 é de maio/2020 a abril de 2021. Como a ANS ainda não divulgou o percentual máximo para esse período, não haverá qualquer cobrança em 2020. Os contratos reajustados entre janeiro e abril de 2020 referem-se ao ciclo de reajustes de 2019 e, portanto, não são alcançados por essa medida.

Para os planos coletivos por adesão:

• Com até 29 vidas (agrupamento de contatos): o período de aplicação do reajuste 2020 é de maio/2020 a abril/2021 e a operadora deve aplicar um único percentual para todos os contratos que tenham até 29 vidas. Para os contratos que já tiverem sido reajustados entre maio e agosto de 2020, a parcela referente ao percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020. Nesses meses, a mensalidade voltará a ter o valor cobrado pela operadora antes do reajuste 2020. Os contratos que ainda não tiverem sido reajustados não poderão ter o percentual de reajuste aplicado em 2020. Os contratos reajustados entre janeiro e abril de 2020 referem-se ao ciclo de reajustes de 2019 e, portanto, não são alcançados por essa medida.

• Com 30 vidas ou mais: não existe data-base para aplicação de reajuste anual e o percentual é negociado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora/administradora. Para os contratos que já tiverem sido reajustados entre janeiro e agosto de 2020, a mensalidade acrescida do percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020. Nesses meses, a mensalidade voltará a ter o valor cobrado pela operadora antes do reajuste 2020. Os contratos que ainda não tiverem sido reajustados não poderão ter o percentual de reajuste aplicado em 2020.

Para os planos coletivos empresariais:

• Com até 29 vidas (agrupamento de contatos): o período de aplicação do reajuste 2020 é de maio/2020 a abril/2021 e a operadora deve aplicar um único percentual para todos os contratos que tenham até 29 vidas. Para os contratos que já foram reajustados entre maio e agosto de 2020, a parcela referente ao percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020. Nesses meses, a mensalidade voltará a ter o valor cobrado pela operadora antes do reajuste 2020. Os contratos que ainda não tiverem sido reajustados não poderão ter o percentual de reajuste aplicado em 2020.

• Com 30 vidas ou mais: não existe data-base para aplicação de reajuste anual e o percentual é negociado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora/administradora. Nos casos em que os percentuais já tiverem sido negociados até 31 de agosto de 2020, as mensalidades serão mantidas da forma acordada entre as partes e NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO de cobrança de mensalidade reajustada nos meses de setembro a dezembro de 2020. Para os casos em que os percentuais não tiverem sido definidos, o percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER APLICADO nos meses de setembro a dezembro de 2020. É importante ressaltar que, no caso dos planos com 30 ou mais vidas, a pessoa jurídica contratante poderá optar por não ter o reajuste suspenso, se for do seu interesse, desde que a operadora faça uma consulta formal

junto ao contratante. Caso contrário, o reajuste não poderá ser aplicado nos meses de setembro a dezembro de 2020.

5 – Como se dará a suspensão dos reajustes por variação de faixa etária para os tipos de contratação individual/familiar, coletiva por adesão e coletiva empresarial nos meses de setembro a dezembro de 2020?

Para os planos individuais/familiares, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais (independentemente do número de vidas): Não haverá cobrança de reajuste por faixa etária para os consumidores que mudarem de faixa etária no período de setembro a dezembro de 2020. Para os contratos que já foram reajustados por mudança de faixa etária entre janeiro e agosto de 2020, a parcela referente ao percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020. Nesses meses, a mensalidade voltará a ter o valor cobrado pela operadora antes do reajuste de faixa etária ocorrido em 2020.

6 – O que acontecerá com as mensalidades de setembro a dezembro deste ano para o beneficiário que recebeu reajuste por faixa etária em 2020?

Nos casos de reajuste por faixa etária, os consumidores que tiveram seus contratos reajustados em 2020 voltarão a pagar as mensalidades com os valores anteriores a este reajuste nos próximos 4 meses. Ou seja, a parcela relativa ao reajuste por faixa etária aplicado de janeiro a agosto de 2020 NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020.

A medida alcança todos os beneficiários com mudança de faixa etária entre janeiro e dezembro de 2020.

7 – Quando ocorre reajuste por mudança de faixa etária?

O reajuste por mudança de faixa etária ocorre de acordo com a variação da idade do beneficiário e somente pode ser aplicado nas faixas autorizadas em contrato.

As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

Data da contratação do plano de saúde	Faixas etárias para aplicação de reajuste
Até 2 de janeiro de 1999	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004	• 0 a 17 anos • 18 a 29 anos • 30 a 39 anos • 40 a 49 anos • 50 a 59 anos • 60 a 69 anos • 70 anos ou mais
Após 1 de janeiro de 2004 (vigência do Estatuto do Idoso)	• 0 a 18 anos • 19 a 23 anos • 24 a 28 anos • 29 a 33 anos • 34 a 38 anos • 39 a 43 anos • 44 a 48 anos • 49 a 53 anos • 54 a 58 anos • 59 anos ou mais

8 – O que acontecerá com os contratantes que receberem reajuste financeiro negativo em 2020?

Esta medida não alcança os reajustes financeiros de 2020 que apresentem percentual negativo.

9 – Os valores cobrados a título de reajuste por variação de custos (anual) ou mudança de faixa etária deverão ser devolvidos pelas operadoras?

A medida trata de suspensão e não haverá devolução de valores já cobrados a título de reajuste por variação de custos (anual) ou por mudança de faixa etária.

10 – Haverá recomposição dos reajustes suspensos?

Sim, a partir de janeiro 2021, as cobranças voltarão a ser feitas considerando os percentuais de reajuste anual e de mudança de faixa etária para todos os contratos que já tiveram a suspensão dos reajustes. A recomposição dos efeitos da suspensão dos reajustes em 2020 será realizada ao longo de 2021.

11 - A suspensão da aplicação de reajuste valerá apenas para o período de setembro a dezembro ou poderá ser ampliada para além dos 120 dias?

A medida por ora aprovada prevê a suspensão da aplicação do reajuste anual e por faixa etária apenas nos meses de setembro a dezembro de 2020.

12 – A data-base de reajuste financeiro dos contratos será alterada?

Esta medida não impacta a data-base para fins de aplicação do reajuste por variação de custo (anual) nos contratos.

13 – Caso a operadora já tenha emitido os boletos/faturas com vencimentos de setembro a dezembro ou as mensalidades de setembro a dezembro já tenham sido pagas como deverá ocorrer a suspensão dos reajustes?

No caso de boletos/faturas já emitidos ou caso as mensalidades já tenham sido pagas, os valores relativos aos reajustes deverão ser deduzidos das mensalidades com vencimentos nos meses seguintes. A operadora deve manter o beneficiário informado por meio de seus canais de comunicação.

14 – A medida de suspensão atinge os reajustes aplicados nos valores de coparticipação e franquia?

Não. A medida de suspensão de reajuste se refere aos reajustes por variação de custo (anual) e por mudança de faixa etária aplicados na mensalidade dos planos de saúde.

Aqueles reajustes aplicados nos valores de coparticipação e franquia não estão suspensos.

15 – A suspensão se aplica aos planos de autogestões quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração e eventual aumento decorre exclusivamente do aumento da remuneração?

Não. Aumento decorrente exclusivamente de aumento da remuneração não é considerado reajuste.

16 – Poderá a operadora de plano de saúde que não tenha aplicado os reajustes devidos nos meses de maio, junho e julho de 2020 por liberalidade, aplicar a cobrança retroativa nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020?

Não, no período de setembro a dezembro de 2020 estão suspensas as cobranças de reajuste. A recomposição dos efeitos da suspensão dos reajustes em 2020 será realizada ao longo de 2021, conforme mencionado no item 10.

17 – Dada a impossibilidade de aplicar o valor reajustado para a massa atual de beneficiários, tal valor poderá ser aplicado para os novos beneficiários, que ingressaram durante o período de pandemia?

Sim. O valor aplicado para novos beneficiários se configura preço de entrada no plano e não reajuste.

18 – As negociações para definição de percentuais de reajuste dos planos coletivos com 30 ou mais beneficiários devem ser mantidas nos meses de setembro a dezembro, mesmo que os planos não possam ser reajustados nesse período?

Sim, é importante que as negociações para definição do percentual de reajuste entre as pessoas jurídicas contratantes e as operadoras sejam mantidas normalmente durante os períodos de aniversário dos contratos para cobrança a partir de janeiro de 2021. Ressalta-se novamente que a parcela referente ao percentual de reajuste NÃO PODERÁ SER COBRADA nos meses de setembro a dezembro de 2020. Nesses meses, a mensalidade deverá permanecer com o valor cobrado pela operadora antes do reajuste 2020 acordado.

Confira aqui o texto Esclarecimentos sobre a suspensão do reajuste de planos de saúde, divulgado recentemente pela ANS.

APÓS AQUISIÇÃO BILIONÁRIA, A NOTREDAME INTERMÉDICA QUER MAIS

Exame - 27/08/2020

A compra do Medisanitas é a quinta do grupo neste ano; a companhia continua em busca de oportunidades e deve crescer principalmente em Minas Gerais.

A operadora de planos de saúde Notredame Intermédica anunciou ontem um acordo para a compra do Grupo Medisanitas Brasil, com o valor da transação fixado em 1 bilhão de reais. A transação ainda precisa ser aprovada pelo Cade e pela ANS, mas, se concretizada, consolida a companhia como a maior operadora de planos de saúde do país, com 4,1 milhões de beneficiários.

A transação foi bem recebida pelo mercado, que ainda espera novas movimentações da Notredame, em especial em Minas Gerais. A compra do Medisanitas é a quinta do grupo neste ano. E a Notredame Intermédica quer mais.

Em relatório, o banco BTG Pactual destacou a estratégia robusta de consolidação da companhia. “A empresa parece pronta para continuar fazendo seu dever de casa, reforçando sua rede, ao mesmo tempo, aprimorando sua vantagem competitiva no mercado de saúde brasileiro”, disseram os analistas.

O banco destaca que a Notredame Intermédica ainda vê oportunidades de fusão e aquisição em Minas Gerais e planeja expandir a rede verticalizada da Medisanitas. No radar da companhia estão em especial operadoras de saúde com cerca de 100.000 membros e aquelas com estrutura hospitalar robusta, diz o BTG.

O Bradesco BBI pontuou que, com a compra, a expansão do grupo para Minas Gerais torna-se mais relevante, já que o Medisanitas tem cerca de 7% do mercado de beneficiários no

estado. Com isso, a Notredame chega a 8% de participação de mercado em Minas. A operadora ganha assim mais musculatura para concorrer com a Unimed BH, que tem 25% do mercado no estado, destacam os analistas do banco.

O banco lembra que a sinistralidade da Medisanitas é de 82,5%, bem acima da taxa da Notredame Intermédica, de 70%, “o que dá ao GNDI bastante espaço para trabalhar”. Na avaliação dos analistas do banco, o GNDI pagou um bom preço pela Medisanitas, considerando uma média de 3.000 reais por vida.

“Junto com as recentes aquisições do grupo, que comprou a Climepe e o Grupo Santa Mônica, acreditamos que o negócio reforça a estratégia de expansão do GNDI em Minas Gerais, que se torna outro polo de expansão para a companhia”, disseram os analistas.

A aquisição consolida a GNDI como a maior operadora de saúde do país em número de beneficiários. Dados de julho mostram que a operadora chegou a 3,7 milhões de beneficiários no plano de saúde, ante 3,5 milhões da Bradesco e 3,4 milhões da Hapvida. Com a aquisição, o GNDI chega a 4,1 milhões de vidas.

Isso em um cenário ainda incerto, devido ao desemprego. Os dados de julho também mostram que as grandes operadoras perderam beneficiários. O grupo Hapvida perdeu 20.800 vidas em julho, o grupo GNDI perdeu 6.900 vidas e a SulAmérica teve perda de 300 vidas.

SAÚDE SUPLEMENTAR PRECISA SE MANTER FORTE EM CENÁRIO DE CRISE

FenaSaúde - 28/08/2020

Em entrevista, a diretora da FenaSaúde, Vera Valente, discorreu sobre os desafios atuais e futuros do setor

A saúde suplementar tem lidado com uma série de tarefas no período da pandemia de covid-19. Passam não só pelo enfrentamento da doença, mas pela crise econômica, avanços tecnológicos, cobranças da sociedade, dos legisladores e mesmo do judiciário. Ao mesmo tempo precisa cuidar de seus 47 milhões de beneficiários. O futuro trará novas demandas para o setor que também precisarão ser olhadas com cuidado.

“O nosso desafio para o pós-pandemia é manter a cadeia funcionando bem mesmo em um cenário de maior demanda por saúde, queda de renda, queda no emprego formal, e menor capacidade do Estado de atender a população por meio do SUS”, afirmou a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente, na entrevista “Lições da Pandemia”, conduzida pela CEO do Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e presidente do comitê científico do Masterclass de Saúde Suplementar da SAHE '21 (South America Health Education), Denise Eloi.

Para lidar com esse novo contexto, o setor tem proposto aperfeiçoamentos regulatórios de maneira a adequar o mercado às condições econômicas do país e à capacidade financeira das famílias e das empresas. Esse novo modelo inclui maior segmentação, com mais modalidades de cobertura além dos planos referência, hospitalar e ambulatorial; novos modelos de franquias e coparticipação; e mais liberdade para a comercialização de planos individuais, com regras mais competitivas para preços e reajustes. “Temos de deixar o mercado funcionar, tornar os planos mais competitivos”, disse Vera.

O caminho tem apresentado alguns percalços, como uma série de projetos de lei que interferem no setor. Um deles, o PL 6.330, que está na Câmara, prevê a incorporação automática de quimioterápicos orais sem passar pela indispensável Avaliação da Tecnologia em Saúde (ATS) conduzida pela ANS. “Em qualquer país do mundo esses produtos passam por essa avaliação. Outro ponto grave do projeto é que o SUS não é alcançado. Se uma tecnologia for

boa que ela seja para todos. O PL tem em seu escopo o aumento da desigualdade”, afirmou a diretora executiva.

Outra dificuldade tem sido a constante judicialização. Tem sido comum ao setor lidar com decisões judiciais obrigando-o a oferecer tratamentos e serviços fora dos contratos ou do rol de procedimentos da ANS. A consequência é que como o setor funciona sob os princípios do mutualismo, os custos são repartidos, as mensalidades ficam mais caras para todos.

“As pessoas entram na justiça para pedir o que não têm direito, que não está nos seus contratos. O que parece justo é injusto. O conjunto dos beneficiários só tem a ganhar com a previsibilidade, com o respeito às leis e aos contratos, com a segurança jurídica”, disse Vera.

Mas a pandemia trouxe alguns ganhos expressivos para a sociedade. Um dos mais evidentes é o crescimento exponencial da telemedicina. Segundo uma reportagem da revista Exame foram um 1,7 milhões de consultas no período. O fundamental agora é manter a conquista, já que ficou definido que a regulamentação definitiva caberá ao Conselho Federal de Medicina (CFM), após o período de crise causado pelo coronavírus. “Que o CFM tenha consciência do papel dele no momento e não impossibilite essa evolução tão importante num país do tamanho do nosso”, defendeu Vera Valente.

Veja a íntegra da entrevista em: grupomidia.com/sahe/13504-2/

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.