

ÍNDICE INTERATIVO

[Fusões e aquisições na saúde após o Cisne Negro. O que devemos esperar?](#) - Fonte: Medicina S/A

[Telemedicina: Diante de crise, setor é impulsionado](#) - Fonte: Terra

[Planos de saúde mudam para atender usuário regional](#) - Fonte: A tribuna

[Desafios da saúde suplementar na pandemia](#) - Fonte: IESS

[Empresa da década, rede D'Or enfrenta desafio da pandemia](#) - Fonte: Jornal Contábil

[Plano de saúde diz que usuário terá que pagar reajuste retroativo mesmo se cancelar contrato](#) - Fonte: O Globo

[Cresce o número de beneficiários com 59 anos ou mais](#) - Fonte: IESS

[Qualicorp compra carteira de 4,3 mil vidas da Health](#) - Fonte: Forbes

[Novos prazos para demandas com erro sistêmico no âmbito da NIP](#) - Fonte: ANS

FUSÕES E AQUISIÇÕES NA SAÚDE APÓS O CISNE NEGRO. O QUE DEVEMOS ESPERAR?

Medicina S/A – 04/11/2020

Fusões e Aquisições, ou em inglês Merger and Acquisitions (M&A), são operações societárias, devido a união de duas ou mais empresas para formar uma nova sociedade, fusão, ou pela compra de participação ou total de uma empresa por outra, aquisição. Estas operações são compostas por diversos atores, os principais são o Sell Side (vendedores), o Buy Side (compradores) e seus assessores. O Buy Side podem ser grupos estratégicos (players do setor), ou grupos financeiros, que são os fundos de investimentos, **Private Equity** (ou Venture Capital). Estes últimos normalmente fazem aquisições de participação, com intuito de investimento em empresas com grande potencial de crescimento, e normalmente exigem a permanência do fundador da empresa a frente dos negócios, enquanto durar o período de investimento.

As motivações no setor de saúde para operações de M&A, são desde consolidações de mercado; criação de barreiras de entrada a novos competidores; expansão territorial; acesso a inovações e/ou aquisição de novas tecnologias e produtos, afinal vivemos na era da transformação digital; melhoria de desempenho operacional/financeiro e por fim eliminar a concorrência. Em recente relatório a Global Healthcare Outlook demonstrou que que essa é uma tendência global neste setor.

Para os vendedores, as motivações principais são falta de sucessão, a concorrência acirrada no mercado ou mesmo uma oportunidade.

No setor de saúde, estas operações em M&A, vieram bem aquecidas e em constante crescimento nos últimos anos. Foram 31 operações em 2016, 50 em 2017, 52 em 2018 e em 2019 houve um crescimento de 67% no setor, chegando a 87 operações, segundo dados de empresas de consultoria. As operações envolveram desde venda de hospitais, laboratórios de análises clínicas, distribuidoras de materiais médico-hospitalares até grandes operações de operadoras de planos de saúde.

Para 2020, a expectativa dos principais players do setor, especializados em M&A, seria de um ano com número recorde de operações, pois se verificava sinais de recuperação econômica, tivemos a aprovação da reforma da previdência e teríamos a expectativa de encaminhamento das reformas Tributária e Administrativa. Além disto outro fator que contribuiu foi da baixa na taxa de juros.

Entretanto, no início de 2020 o mundo foi surpreendido por um “Cisne Negro”, que foi a epidemia do **Covid-19**. Várias operações, foram interrompidas ou mesmo canceladas, devido ao aumento das incertezas, causada pela volatilidade dos mercados e por previsões um tanto catastróficas. Outros grupos, necessitaram interromper as aquisições para “apagar

o fogo” interno das suas próprias operações, que sofriam com os efeitos da Covid-19.

Contudo, passando “o pior”, e se as reformas continuarem na pauta do governo, bem como o programa de privatizações, a expectativa é que grandes grupos voltem a buscar boas oportunidades em M&A, e principalmente no setor de saúde, onde se espera grandes consolidações e acirramento por disputas de mercado.

Diante deste contexto, as empresas precisam se preparar. Nos últimos anos temos acompanhado várias operações fracassarem, devido a pontos que poderiam ter sido evitados ou ter uma atuação mais contundente por parte dos vendedores. E as estatísticas comprovam. Para cada 10 operações que se iniciam, no máximo 3 obtém sucesso. Já no 2º censo da **ABDI/FGV**, as estatísticas são piores, pois para cada 100 oportunidades apresentadas aos fundos de Private Equity, apenas uma (ou 1%) obteve sucesso nos aportes de capitais.

Assim, dentre os diversos motivos para tais estatísticas não animadoras, citamos alguns que merecem atenção antes da decisão de vender a empresa:

1. Valor líquido da empresa. Com o resultado da due diligence, e antes do fechamento da operação, o valor da empresa deverá ser descontado das dívidas líquidas, haverá renegociações por reavaliação da empresa devido aos ajustes contábeis, haverá apresentação de valores de possíveis parcelas retidas por quantificação de passivos, e além disto o vendedor deverá calcular o montante para pagamento dos ganhos de capitais. Assim o valor líquido a receber pelos sócios, poderá não atingir as expectativas dos mesmos, o que levará a desistência da operação.

2. Preparar a empresa. A falta de uma preparação criteriosa e de um planejamento cuidadoso poderá trazer insucesso na operação. Pois haverá inúmeras exigências relacionadas a divulgação das informações e, portanto, se houver falta de capacidade para atender a essas exigências, a confiança do comprador será impactada o que pode levá-lo a desistir do negócio ou mesmo afetar o preço já ofertado.

3. Problemas como contingências e passivos surgidos na due diligence não revelados anteriormente, bem como assimetria das informações, principalmente nas demonstrações financeiras/contábeis, afetaram a credibilidade e consequentemente a continuação da operação;

4. Mudanças bruscas na condução da operação da empresa durante o processo, ou má condução das negociações entre os diversos atores também podem levar ao deal breaker;

5. Atenção redobrada a negociações com compradores "errados" ou sem liquidez.

6. Outros pontos de atenção, e externos a empresa, são os aspectos regulatórios e/ou concorrenciais (ex. Cade) e as mudanças no ambiente macroeconômico.

Com exceção do item 6, os demais pontos de advertência, devem ter um plano de ação corretiva ou devem ser mitigados pelo vendedor para aumentar as chances de sucesso. Assim um vendedor bem suportado pelos seus assessores

financeiros, contábeis e jurídicos, terá a chance de obter uma operação bem-sucedida, conseguir um valor apropriado pela sua empresa, deixar menos dinheiro na mesa de negociação e assim evitar a frustração tanto para os sócios da empresa (e família) quanto para o grupo comprador.

Portanto, os benefícios da preparação e do planejamento cuidadosos são uma forma clara de aumentar as chances de uma venda de negócios bem-sucedida e de agregar valor ao negócio.

TELEMEDICINA: DIANTE DE CRISE, SETOR É IMPULSIONADO

Terra – 03/11/2020

Não é novidade que a revolução digital modificou todos os processos conhecidos até então. E engana-se aquele que pensa que os setores impactados são restritos: na verdade, não existem ressalvas quando o assunto é o poder da tecnologia.

Prova disso foi dada pela telemedicina. Definida pela OMS, Organização Mundial da Saúde, como "oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde em casos em que a distância é um fator crítico", a telemedicina foi ferramenta fundamental para enfrentar o novo Coronavírus.

A pandemia impulsionou a prática no País, mas, ainda assim, foi possível concluir que antes disso a telemedicina já começava a mostrar sua importância: na década de 90 já foram realizadas as primeiras consultas no formato.

Entretanto, nada se compara à realidade de hoje: segundo dados disponibilizados pela CNN, em determinados planos de saúde a procura por teleconsultas cresceu mais de quinze vezes. No recorte do SUS, foram mais de 5,7 milhões de pessoas em busca de atendimento on-line.

Cuidado a distância

Diante de uma pandemia que traz o isolamento social como principal forma de conter contaminações, a telemedicina mostra sua força. Assim, o aplicativo GeoLife, HealthTech, aproveitou o momento para expandir os negócios e se solidificar no mercado.

Incubados com apoio do Grupo AngelLira, o GeoLife recebeu aporte de dois milhões de reais para desenvolver uma nova plataforma. "Queremos que os nossos clientes tenham a melhor experiência possível neste 'novo normal'", diz Walter Schliemann, Diretor Comercial.

Além disso, são diversas as expectativas com os próximos passos: "estamos muito confiantes com a nova etapa, com a sensação de poder levar a Telemedicina para um novo

patamar através de uma ferramenta leve, prontuários digitais 100% seguros, telas administrativas para gerenciamento de todo fluxo e médicos treinados para atender no formato digital. Dessa forma, podemos cuidar das empresas, clínicas, planos de saúde, de uma única pessoa ou de toda a sua família, entre outros tipos de negócios no segmento da saúde", comenta Walter.

Com objetivo de inovar, o Geolife se compara a um plano de saúde que possui apenas unidades de hospitais virtuais. "Os nossos médicos são próprios e ficam online 24 horas à disposição dos pacientes. Além disso, possuem formação ilibada por renomadas instituições americanas em Telemedicina", comenta Walter.

Outro ponto é a reciclagem de conhecimento: a equipe médica nunca deixa o conhecimento para depois. Todos são continuamente treinados para que possam manter o mesmo padrão de excelência diariamente, sempre prezando pelo atendimento humanizado dos pacientes, mesmo a distância.

Tradição

Com vasta de experiência na área de tecnologia, o GeoLife se apresenta como um sistema de telemedicina único: bastam alguns cliques e, em poucos segundos, o atendimento já é iniciado. "Seja do sofá de casa ou em uma pausa no trabalho: é possível agendar exames, receber resultados e até mesmo ser avaliado: tudo isso sem necessidade de deslocamentos, despesas com combustível ou perda de tempo", comenta Walter. Outros diferenciais do GeoLife são a adesão à LGPD desde sua primeira versão e a baixa necessidade de dados para navegação.

"Nesse momento em que a saúde é um ponto extremamente delicado na vida de todos nós, trazer facilidades a pessoas dos mais variados níveis sociais e distâncias geográficas, com um custo extremamente barato e sem limites de consultas ou carência para começar a usar os nossos planos é o que nos motiva", finaliza o Diretor.

PLANOS DE SAÚDE MUDAM PARA ATENDER USUÁRIO REGIONAL

A tribuna – 03/11/2020

O futuro dos planos de saúde deve ser, cada vez mais, desenvolver produtos regionais que se ajustem à população de cada local. A aposta é de Paulo César Prado, superintendente da Bradesco Saúde.

Entre março e junho deste ano, os planos de saúde perderam 364 mil clientes, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A tímida recuperação aconteceu em agosto, com a primeira alta de beneficiários ativos para 46.911 milhões. Em julho, eram 46.833 milhões de pessoas com plano de saúde em todo o País.

Ainda assim, os números são piores que o ano passado. Em agosto de 2019 o País tinha 46.967 milhões de beneficiários ativos.

Para Prado, ainda há baixa oferta de planos no Brasil. “É uma oferta pequena em relação à demanda. Esses produtos regionais estão em franco crescimento pela previsibilidade”.

No mês passado, a empresa lançou uma linha voltada à população da Baixada Santista e ABC Paulista, chamada São Paulo+, que cobre 28 municípios.

O superintendente acredita que o mercado está se adaptando e entendendo esse perfil de clientes, que busca uma previsão maior de quanto gastará, mas não abrindo mão da qualidade do serviço.

De acordo com ele, a solução por produtos regionalizados faz com que a mensalidade seja 20% mais barata que planos normais. Estudos que orientem onde o beneficiário mais circule ajudam a regionalizar esse atendimento e buscar parcerias mais específicas.

“Essa disputa deve se dar com produtos regionais, mas que continuem tendo assistência nacional”, finaliza ele, defendendo que a telemedicina seja um produto já incluído em novos planos.

DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA PANDEMIA

IESS - 30/10/2020

No início da pandemia do novo Coronavírus no Brasil, o cenário era de grande incerteza não só para a saúde suplementar. As operadoras estavam preocupadas com um possível aumento de procedimentos e os custos de operação gerados por esse cenário, o que poderia causar um enorme aumento de custos ao sistema como um todo.

Por um lado, o que se viu foi uma diminuição do número de procedimentos por um certo período – aqueles eletivos, que não são considerados de urgência e emergência – por decisão dos indivíduos, temerosos quanto à sua segurança durante a pandemia. De outro, o setor foi profundamente afetado pela crise sanitária em diferentes aspectos, como da estrutura e adaptação de rede, processos e protocolos, ou ainda com a falta de insumos e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e com queda do número de beneficiários – que você pode [acessar aqui](#).

Para tratar dos impactos da pandemia no setor, o Summit Saúde 2020, realizado pelo Estadão, reuniu José Cechin, superintendente executivo do IESS; Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde); Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab); Tatiana Aranovich, assessora da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde (ANS); e Georgia Antony, especialista em desenvolvimento industrial do SESI Nacional. A mediação foi de Fabiana Cambricoli, jornalista do Estadão.

O encontro abordou os desafios da saúde suplementar, como a sustentabilidade financeira das operadoras, a suspensão e os possíveis reajustes, bem como a utilização da telemedicina e a importância da eficiência no setor.

Segundo José Cechin, parece fora de propósito falar de incentivo ao crescimento dos planos de saúde neste momento de grande dificuldade fiscal do setor público. No entanto, há um incentivo, que não tem custo financeiro ou fiscal, que é a promoção de hábitos saudáveis, com impactos positivos na saúde de cada pessoa, e com potencial de conter a escalada das despesas. Como medidas desse tipo afetam toda a sociedade, cabe ao governo a liderança desse processo, mas também exige o envolvimento decidido das empresas contratantes de planos. “É importante também que as empresas, em conjunto com as operadoras de planos de saúde, estejam atentas para a criação de hábitos adequados de seus colaboradores e beneficiários”, aponta.

Cechin ainda lembrou o desafio de manter o setor justo, sustentável e acessível para todos, com ajustes na regulação, como no caso dos planos individuais, por exemplo. Além disso, reforçou a importância de o consumidor poder contar com novos produtos na hora de escolher seus planos. “Não podemos diminuir as possibilidades de escolha das empresas e das pessoas contratantes, mas capacitá-los, colocar informações à disposição para que façam a escolha mais correta de acordo com o seu perfil de uso”, pontua o especialista. Reforçou ainda a necessidade de aumentar a eficiência e a produtividade no setor de saúde, que são notoriamente baixas.

Os participantes do painel concordam que o setor deve buscar uma maior eficiência para alcançar a sustentabilidade.

O objetivo pode ser alcançado com outros modelos de negócio utilização de novas tecnologias, como a telemedicina, que facilita o acesso aos serviços de saúde.

EMPRESA DA DÉCADA, REDE D'OR ENFRENTA DESAFIO DA PANDEMIA

Valor Econômico – 30/10/2020

Rede D'Or traça estratégia para expansão nacional no setor de saúde.

Maior grupo hospitalar do país, a Rede D'Or foi eleita a Empresa da Década – nova categoria da premiação do ranking Valor 1000, que completa 20 anos. Nos últimos dez anos, a empresa carioca viu sua receita saltar de R\$ 1 bilhão para mais de R\$ 10 bilhões graças a uma estratégia de expansão nacional e diversificação de atividades dentro do setor de saúde.

A última década trouxe desafios de diferentes grandezas, mas o maior deles foi enfrentado neste ano com a pandemia da covid-19. A pandemia provocou a lotação de leitos nas redes privada e pública, falta de respiradores e itens de proteção como máscaras e álcool gel. Em paralelo, outros procedimentos médicos despencaram gerando queda de receita.

Dentro desse cenário, a Rede D'Or foi uma das empresas que mais fez doações para construção de hospitais de campanha, leitos, aquisição de equipamentos de proteção, entre outras frentes para ajudar a rede pública de saúde a enfrentar a pandemia. O grupo doou R\$ 170 milhões e arrecadou mais R\$ 100 milhões com parceiros.

“A covid-19 foi, sem dúvida, o nosso maior desafio nesta última década. Me lembro que, no começo, fiquei impressionado pela China ter conseguido construir um hospital em dez dias, depois soube que não era uma unidade de complexidade. Conseguimos construir hospitais de campanha de complexidade em 15 dias. Isso nos deu muito orgulho”, disse Jorge Moll, fundador e presidente do conselho da Rede D'Or.

Moll lembrou que todas essas ações ocorreram em paralelo à capacitação dos profissionais e adoção de protocolos de segurança dos médicos, enfermeiros e funcionários para evitar a contaminação de uma nova doença, caracterizada pelo seu alto índice de contaminação.

O ano de 2020 começou com a pandemia e está terminando com outro grande desafio. A Rede D'Or deve realizar sua oferta inicial de ações (IPO, na sigla em inglês) neste mês de

dezembro. A expectativa é que a companhia capte na sua oferta primária entre R\$ 7,5 bilhões e R\$ 10 bilhões levando o grupo ser avaliado na casa dos R\$ 100 bilhões. Se concretizado, será um dos maiores IPOs do ano para uma transação esperada há anos pelos investidores.

Esse interesse do mercado financeiro não é à toa. A população brasileira está envelhecendo, o que demandará cada vez mais cuidados de saúde. Ao mesmo tempo esse é um setor com custos elevados que demanda escala. No Brasil, o processo de consolidação de hospitais é recente e há poucos grupos com um volume relevante de leitos hospitalares. Construir um hospital do zero leva cerca de três anos e uma aquisição de uma unidade pronta que tenha credibilidade médica em sua praça de atuação demanda recursos elevados. As últimas quatro aquisições fechadas pela Rede D'Or reuniam essas características e demandaram investimentos de mais de R\$ 2 bilhões.

Além de ter a maior rede de hospitais do país, o grupo vem diversificando o seu negócio tendo em vista as tendências que se desenham na área da saúde. Entre elas estão, por exemplo, o crescimento dos casos de câncer e outras doenças relacionadas ao envelhecimento, demanda por serviços de cuidados e prevenção da saúde e modelos de remuneração baseados em performance médica. A prática da telemedicina é outra ferramenta que está recebendo atenção da rede.

Atualmente, o grupo conta com mais de 50 hospitais, 45 clínicas oncológicas, laboratórios de medicina diagnóstica, empresas de banco de sangue, corretora de planos de saúde e área de pesquisa científica.

Na epidemia da zika vírus, os estudiosos do Instituto D'Or Pesquisa e Ensino (Idor) revelaram a relação deste vírus com os casos de bebês nascidos com microcefalia, a prevalência no Nordeste e a presença de toxinas na água consumida pela população nordestina que contribuía para um maior número de ocorrências nessa região do país.

Atualmente, o Idor está trabalhando em parceria com a Universidade de Oxford, do Reino Unido, nos estudos e testagem da vacina da covid-19 no Brasil.

PLANO DE SAÚDE DIZ QUE USUÁRIO TERÁ QUE PAGAR REAJUSTE RETROATIVO MESMO SE CANCELAR CONTRATO

O Globo – 30/10/2020

Beneficiários serão cobrados pela diferença na mensalidade, entre setembro e dezembro, período de suspensão do aumento

RIO — Depois de a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinar a [suspensão provisória dos reajustes](#) de planos de saúde em 2020, as operadoras passaram a enviar cartas aos clientes alertando que, mesmo se o contrato for rescindido, cancelado ou não renovado, o usuário terá uma dívida para pagar.

Segundo as empresas, eles serão cobrados pela diferença na mensalidade por quatro meses, entre setembro e dezembro, quando não houve aplicação do aumento este ano, ainda que não estejam mais usando o benefício.

Para evitar que o consumidor pague de uma vez só o aumento retroativo, a ANS [medida para o parcelamento da cobrança](#) no ano que vem. A preocupação de entidades de defesa do consumidor é que a cobrança onere excessivamente o consumidor e dificulte o pagamento das mensalidades.

O jornal Extra teve acesso ao [comunicado da Omint](#) que informa que a "recomposição de todos os valores não cobrados em 2020 será realizada ao longo de 2021", tanto nos aumentos anuais previstos entre outubro e dezembro, quanto nos ajustes por faixa etária a partir de setembro.

O documento alerta ainda que "em caso de rescisão imotivada ou não renovação do contrato, será devido o pagamento integral dos reajustes relativos aos meses anteriores ao término do contrato, sem prejuízo da cobrança de outros valores eventualmente devidos".

A empresa não detalha, porém, como seria feita a cobrança de ex-clientes e se eles poderiam parcelar os valores, e também não trata de como pretende demonstrar os cálculos sobre o percentuais de reajuste que serão aplicados no ano que vem.

Para a ANS, "os valores suspensos poderão ser cobrados, por uma questão de respeito ao contrato estabelecido". A agência destacou que o cancelamento do plano não isenta o beneficiário do pagamento de contraprestações ou coparticipações já devidas também no caso dos planos coletivos.

A agência ressalta ainda que está em discussão interna no momento é a forma como será feita a recomposição dos valores não cobrados aos contratantes de setembro a dezembro.

Para o advogado Matheus Falcão, analista de Saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), no entanto, as operadoras não deveriam fazer comunicados nesse sentido:

— A ANS ainda não definiu nenhuma medida adicional à suspensão de reajustes e a permissão de cobrança de recomposição em contrato rescindido seria uma violação da segurança jurídica e oneraria desproporcionalmente o consumidor. O Idec também defende que não deva existir qualquer tipo de recomposição de reajustes suspensos. As operadoras triplicaram seus lucros durante a pandemia, enquanto a maior parte da sociedade sofreu com redução de rendas — afirma o advogado.

O advogado Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva Advogados, defende que a ANS cobre das operadoras a demonstração de necessidade dessa cobrança:

— Em tese, as operadoras poderiam fazer essa cobrança. A discussão deve ficar em torno do percentual de reajuste e o valor dessa cobrança. Como a maioria dos consumidores está vinculada a planos coletivos, e estes contratos não têm o aumento regulamentado pela ANS, vai ficar muito difícil para o consumidor saber se essa cobrança retroativa é ou não é justa. Eu acho que a ANS deveria exigir das operadoras a demonstração de necessidade dessa cobrança retroativa e do percentual de aumento que elas vão aplicar que vai ser bem acima do índice da ANS, que orienta aumentos de planos individuais — ressalta Robba.

Em nota, a Omint informou que "preza pelo relacionamento com seus clientes e, dessa forma, cumpriu estritamente a determinação da ANS em relação a suspensão dos reajustes de planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020, conforme informado nas legislações contidas no Comunicado Nº 85, de 31 de agosto de 2020".

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirmou, por meio de nota que entende que o beneficiário que pede a rescisão do contrato e deixa a cobertura do plano terá os eventuais débitos pendentes devidamente contabilizados e cobrados, em respeito até mesmo aos beneficiários que continuarão pagando por aquele plano de saúde.

Para a entidade que representa planos de saúde, o beneficiário continua coberto pelo plano de saúde até o momento em que solicita a rescisão do contrato. "Quem deixa de comunicar o desejo ou necessidade de rescindir o contrato de plano de saúde à operadora, seja pessoa física ou jurídica, por um período de tempo ainda está assegurado de todos os serviços inclusos na cobertura médica, mesmo que não sejam efetuados os pagamentos em dia — assim preconizam as normas, Leis vigentes e cláusulas contratuais", diz a Abramge

CRESCER O NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS COM 59 ANOS OU MAIS

IESS - 28/10/2020

Nós já mostramos que o setor de saúde suplementar registrou alta de beneficiários pelo segundo mês consecutivo após sucessivas quedas em função da pandemia do novo Coronavírus por meio dos dados da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB). Em agosto deste ano, o segmento passou a contar com 46,911 milhões de pessoas, ainda inferior ao registrado no mês de março deste ano, quando ultrapassou a marca dos 47 milhões. Acesse aqui.

Mesmo com a leve retomada nos últimos meses, os planos médico-hospitalares registraram leve queda de 0,1% no período de 12 meses encerrado em agosto. No entanto, um dado chama a atenção: o crescimento do número de beneficiários com 59 anos ou mais. No período, o grupo passou de 7,01 milhões para 7,15 milhões vínculos. O aumento de 144,6 mil vidas representa alta de 2,1%.

A faixa etária tem registrado seguidos crescimentos desde outubro de 2019, movimento diferente do observado no total de beneficiários. Para se ter ideia, a faixa etária 0 a 18 anos registrou queda de 96,7 mil vínculos entre agosto desse ano e o mesmo mês do ano passado. Já a entre aqueles entre 19 e 58 anos a redução foi de 103,7 mil.

Olhando o tipo de contratação no período de 12 meses encerrado em agosto deste ano, o número de beneficiários com 59 anos ou mais teve a maior alta em números absolutos entre os planos individuais/familiares, com aumento de 73,0 mil vínculos, ou 2,9%. A aumento de 4,2% entre os coletivos por adesão representam 33,2 mil novas vidas.

Esse crescimento de beneficiários entre as faixas etárias mais avançadas, mesmo em um período de instabilidade em função da pandemia do novo Coronavírus, demonstra a importância deste benefício para esta população. Entretanto, traz um alerta: esse fator, em conjunto com a queda do número de beneficiários mais novos, pode gerar descompasso financeiro no longo prazo – especialmente em função do mutualismo – critério utilizado para os cálculos atuariais de formação de preço e sustentabilidade financeiro-econômica dos planos de saúde. Falamos um pouco aqui sobre o que é o Pacto Intergeracional. Acesse.

A Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários também mostra o crescimento entre os Estados brasileiros. Acesse e veja os números.

QUALICORP COMPRA CARTEIRA DE 4,3 MIL VIDAS DA HEALTH

Forbes - 28/10/2020

A Qualicorp anunciou hoje (28) a compra de uma carteira de cerca de 4,3 mil vidas no segmento coletivo por adesão da Health Administradora de Benefícios, sem mencionar valores.

A carteira, no Estado de São Paulo, envolve pessoas atendidas pela Notre Dame Intermédica.

“A transação, que envolve somente os direitos e obrigações sobre a carteira, está alinhada à estratégia de crescimento da companhia

nas suas frentes de negócio e ao seu objetivo de diversificação do portfólio de vidas em diferentes operadoras”, afirmou a Qualicorp, adicionando que a carteira será adicionada à sua unidade que atende os públicos C, D e E. (Com Reuters).

NOVOS PRAZOS PARA DEMANDAS COM ERRO SISTÊMICO NO ÂMBITO DA NIP

ANS - 27/10/2020

Em razão de um erro sistêmico no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), algumas demandas ficaram represadas e não seguiram o fluxo de envio automático às operadoras de planos de saúde responsáveis. Ao tomar conhecimento da situação, a ANS identificou e resolveu o problema, liberando as demandas que haviam ficado represadas para que seguissem o fluxo normal.

Considerando o impacto que a liberação das demandas poderia causar nas rotinas operacionais das operadoras, a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) informa que, excepcionalmente, foi concedido prazo de 20 (vinte) dias úteis para anexação das respostas às NIPs destas demandas, a contar de 16/10/2020.

Além da ratificação da presente medida, em complemento, os prazos para reconhecimento da Reparação Voluntária e

Eficaz (RVE) também serão devolvidos para o dia 16/10/2020 e serão contados em dobro: 10 (dez) dias úteis para demandas assistenciais e 20 (vinte) dias úteis para demandas não assistenciais. As operadoras que tiveram o problema identificado receberão o Comunicado aprovado pela Diretoria Colegiada via PTA.

A presente matéria foi deliberada na 18ª Reunião Extraordinária, em 27/10/2020, tendo sido aprovada por unanimidade.

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