

ÍNDICE INTERATIVO

[25º VCMH/IESS](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde deverá ter reajuste acima de 15%, o maior em 21 anos](#) - Fonte: Portal R7

[Saúde Suplementar responde por 130 mil demandas judiciais anualmente](#) - Fonte: Conjur

[Número de beneficiários de planos odontológicos aumentou 9,61%](#) - Fonte: Diário do Comércio

[ANS determina que Amil continue com a carteira de beneficiários individuais](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Hapvida \(HAPV3\), Fleury \(FLRY3\), Qualicorp \(QUAL3\), Odontoprev \(ODPV3\): quem da saúde se dará melhor no 1t22, segundo a Genial](#) - Fonte: Money Times

[Câmara aprova projeto que regulamenta telemedicina no Brasil](#) - Fonte: Folha UOL

[Setor de planos de saúde tem prejuízo de quase R\\$ 1 bilhão em 2021, diz ANS](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS propõe novas normas para notificar clientes de planos de saúde inadimplentes](#) - Fonte: Jota Info

A Variação do Custo Médico Hospitalar - VCMH/IESS – para um conjunto de 688,9 mil beneficiários de planos individuais atingiu 27,7% nos 12 meses terminados em setembro de 2021 relativamente aos 12 meses terminados em setembro de 2020. A VCMH alta reflete a retomada dos procedimentos,

serviços e atendimentos impactados durante a pandemia de Covid-19, que constitui o período de comparação. Baixe a íntegra agora.

PLANO DE SAÚDE DEVERÁ TER REAJUSTE ACIMA DE 15%, O MAIOR EM 21 ANOS

Portal R7 – 03/05/2022

Projeção é da FenaSaúde, que considera a variação das despesas por faixa etária e o impacto da alta da inflação

Após dois anos de congelamento e decréscimo nas mensalidades dos planos de saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) deve indicar o reajuste para 2022 neste mês. A estimativa é de um aumento de 15,7%, o maior percentual desde 2000.

A projeção é da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), com base na metodologia de reajuste adotada pela ANS e com informações das operadoras. O IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) e a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) também estimam aumento de dois dígitos nos planos de saúde individuais.

"O cálculo considera a variação das despesas assistenciais com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, a variação por faixa etária e a eficiência da operadora", explica a federação.

A alta da inflação impacta diretamente o reajuste, de acordo com a FenaSaúde, como o preço de medicamentos e insumos médicos, a forte retomada dos procedimentos eletivos, o impacto de tratamentos de Covid longa e a incorporação de novas coberturas obrigatórias aos planos de saúde, como medicamentos e procedimentos.

"Ainda assim, no acumulado dos últimos dois anos, o IPCA passou de 16% e o reajuste de medicamentos, 22%, frente a 6,22% dos planos de saúde individuais, se confirmadas as projeções de reajuste para 2022, e considerando o reajuste negativo de 8,19%, em 2021", afirmou a federação em nota.

A ANS também informou em nota que o percentual máximo de reajuste a ser autorizado para os planos individuais ou familiares está sendo calculado e será divulgado pela agência após conclusão dos cálculos e manifestação do Ministério da Economia. "Ainda não há, portanto, uma data definida para divulgação do índice", afirma.

Em 2020, os planos ficaram congelados por causa da pandemia de Covid-19. Já em 2021, pela primeira vez, a ANS definiu redução de 8,19% nos valores das mensalidades. A decisão foi motivada pela queda da demanda decorrente do período de isolamento na pandemia; por causa de distanciamento social, muitos brasileiros adiaram a procura por serviços médicos não emergenciais.

Para Alessandro Acayaba de Toledo, advogado especialista em direito na saúde e presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), a pandemia provocou o contraste de alta na demanda por atendimentos emergenciais e redução na procura pelos eletivos.

"O setor absorveu o impacto dos custos médicos e da inflação nesse período. O reajuste negativo de 2021 refletiu uma utilização anormalmente baixa dos planos de saúde em 2020, quando muitos procedimentos eletivos foram adiados na primeira onda da Covid-19 no Brasil. Por outro lado, como as despesas médicas dispararam em 2021, o que reflete no aumento de preço para o ciclo de 2022, já existem estudos financeiros que preveem um aumento de até 15%, que pode ultrapassar o maior percentual já aplicado de 13,57%, em 2017", afirma Toledo.

SAÚDE SUPLEMENTAR RESPONDE POR 130 MIL DEMANDAS JUDICIAIS ANUALMENTE

Conjur – 30/04/2022

No período compreendido entre 2015 e 2021, foi registrada, por ano, uma média de 400 mil novos processos ligados à temática da saúde no país. Desses, 130 mil foram relativos a planos e seguros saúde. Os dados foram apresentados pelo conselheiro Richard Pae Kim na abertura do seminário "Judicialização da Saúde Suplementar", promovido pelo Conselho Nacional de Justiça em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na quarta-feira (27/4).

De acordo com o conselheiro, que integra o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), somente em 2020, foram 149.047 demandas contra planos e seguros saúde. Pae Kim ressaltou que, em cerca de 80% das ações propostas contra o Sistema Único de Saúde são concedidas liminares, número que cai para 70,7% quando se trata de saúde privada.

"Quanto ao resultado dessas demandas, 77,7% das ações são julgadas procedentes contra os órgãos da saúde pública, enquanto 10% consideradas improcedentes e 12,1%, parcialmente procedentes", afirmou.

O conselheiro detalhou que, na saúde suplementar, os dados mostram que 42,9% dos casos são julgados procedentes, 36,8%, improcedentes e 20,3%, parcialmente procedentes. Ele ainda enfatizou que o Judiciário, embora diante do número crescente de ações, seja na área da saúde pública ou da privada, tem conseguido decidir dentro de prazos razoáveis.

"Paralelamente a todas as ações que estamos implantando para superar a judicialização do setor, temos que continuar nossos investimentos na mediação e na conciliação para evitar o ingresso de novas ações judiciais, trabalhando na fase pré-processual", explicou Pae Kim.

Nesse sentido, destacou ações desenvolvidas pelo Fonajus, como a expansão do Banco Nacional de Pareceres (e-NatJus) para casos envolvendo saúde suplementar e a cooperação firmada entre o CNJ e a ANS no ano passado.

De acordo com ele, essas medidas promovem o conhecimento e o intercâmbio de informações relacionadas à saúde entre a administração pública e os planos de saúde, que terão elementos para fazer ajustes dos seus respectivos atos administrativos.

O conselheiro afirmou também que "o direito à vida com qualidade e o direito à saúde como consequência são os mais fundamentais de todos os direitos na medida que constituem pré-requisitos ao exercício de todos os demais direitos, em especial os direitos fundamentais".

Segurança jurídica

Ao tratar do tema, o conselheiro Mauro Martins defendeu o estrito respeito ao que está estabelecido nos contratos entre usuários e empresas de saúde suplementar. "Aquilo que foi estabelecido entre as partes deve ser cumprido. E não há como conceder benefícios que não estão acordados porque, se fizermos de outra forma, podemos comprometer a segurança jurídica e provocar repercussões que podem afetar a coletividade", afirmou.

O estrito respeito ao que está estabelecido nos contratos entre usuários e empresas de saúde suplementar foi defendido por Martins durante evento voltado a aprimorar o conhecimento técnico sobre o setor, discutir e buscar soluções para o problema da crescente judicialização no segmento.

Martins destacou que os contratos de planos de saúde têm base atuarial e apontou que, quando há desequilíbrio, ocorrem repercussões no plano coletivo. "Quando o juiz decide um caso individual, evidentemente ele está solucionado um caso concreto, mas precisa ter em mente a repercussão da sua decisão no todo."

Ele ressaltou que o tema desafia a magistratura brasileira diariamente, razão pela qual acredita que as soluções devem ser construídas a partir do intercâmbio, da troca de informações e construção de pontes entre as instituições envolvidas na questão. Segundo Martins, em muitas situações, o magistrado se vê obrigado a deferir uma liminar que pode se basear em premissas equivocadas. "Premidos pela necessidade de um cidadão que está com a vida em risco e recorre à Justiça em busca de uma medida liminar, o juiz não tem outra alternativa senão conceder aquela liminar."

Também presente ao evento, que contou com a participação de mais de mil pessoas, o conselheiro Mário Maia falou sobre a relevância do trabalho desenvolvido pelo CNJ na área e, como pai de uma criança autista, destacou que muitos serviços que deveriam ser oferecidas a essas pessoas são negados ou negligenciados pelo Estado. "Não é possível limitarmos a ciência em um rol."

Consequências

Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e integrante do Comitê Executivo do Fonajus, Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho destacou a importância dos debates sobre saúde suplementar e lembrou que um em cada quatro brasileiros possui plano de saúde. "Como bem mencionou o conselheiro, ao abordar o consequencialismo das decisões que são adotadas pelo Poder Judiciário, é

importante que se entenda os efeitos e as consequências desses atos."

De acordo com Rebello Filho, o seminário proporciona o momento propício para que se possa divulgar as informações e o trabalho desenvolvido pela agência. "A ANS está procurando o Poder Judiciário e os órgãos de defesa do consumidor para estabelecer acordos e cooperações para a promoção de intercâmbio de conhecimento e, conseqüentemente, de ganhos para toda sociedade", afirmou.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS AUMENTOU 9,61%

Diário do Comércio – 30/04/2022

Muito menos populares que os planos médico-hospitalares, os planos odontológicos seguiram crescendo durante a pandemia baseados nos clientes individuais. Um aumento de 2,56 milhões de pessoas se tornaram beneficiárias da modalidade em 2021, que passaram do patamar de 26,7 milhões para 29,3 milhões de pessoas. Tal expansão representa um percentual de 9,61% de crescimento.

Os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram um crescimento em todas as regiões do País. O destaque fica para a região Sul, com evolução de 18,11% (2.736.467 em dezembro de 2020 para 3.231.972 em dezembro de 2021). A região Norte vem logo a seguir, com crescimento de 11,98% (1.119.226 para 1.336.183); Sudeste aumentou sua base em 8,77% (15.876.417 para 17.268.972); já o Nordeste do Brasil ampliou seu universo de beneficiários em 8,74% (5.132.674 para 5.581.095) e a Centro-Oeste, com 5,01% (1.722.431 para 1.808.658). Não custa lembrar que o crescimento do PIB em 2021 foi de 4,5%.

De acordo com o presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (Sinog), Roberto Cury, esse é um mercado pujante e que cresce constantemente, inclusive durante a pandemia.

"Chegamos a temer por um decréscimo de beneficiários, que chegou a acontecer logo no início, mas foi recuperado em 2020 mesmo. As pessoas buscaram maior qualidade de vida, cuidar mais da saúde nesse período. O modelo que cresceu muito foi o de planos individuais. Isso acontece porque diferentemente dos planos médicos, que têm tíquetes médios

Já o advogado Luiz Felipe Conde, representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), apontou a importância da participação dos advogados no debate envolvendo a saúde suplementar. "O advogado participa dessa relação envolvendo a saúde, uma vez que ele está presente representando a sociedade, como neste encontro, como representa o cidadão consumidor dos serviços e também as empresas prestadoras de serviço", argumentou. Com informações da Assessoria de Imprensa do CNJ.

maiores, trabalhamos com valores bem menores, que cabem no bolso do brasileiro mesmo com a crise econômica", explica Cury.

Segundo o mesmo balanço, o perfil de contratação que puxou esse crescimento foi o de planos individuais ou familiares, com expansão de 13,31% (eram 4.540.053 em dezembro de 2020 e 5.144.499 em dezembro de 2021).

A expectativa do setor é continuar crescendo, especialmente rumo ao interior do País e atingir a marca de 30 milhões de clientes até o fim deste semestre. E a principal demanda é a retomada do Projeto de Lei nº 7419, de 2006, que pretende revisar toda a legislação dos planos de saúde. A reivindicação é pela diferenciação entre os modelos médico-hospitalar e odontológico.

"A odontologia brasileira é considerada muito boa, com quase 20% dos dentistas do mundo, contra apenas 3% da população mundial. Temos um cabedal de regulação a ser cumprido com o rigor da ANS. O nosso modelo busca que a pessoa tenha o acompanhamento e a saúde a vida toda. Minas Gerais tem uma pujança grande e tem uma odontologia fortíssima, com uma das melhores remunerações para os dentistas do País. O Estado tem um vasto território e ainda há muito a conquistar. Buscamos um olhar especial do regulador. Hoje, por exemplo, queremos dar descontos à medida que a pessoa vai ficando no plano, mas isso é proibido. Foi criado um grupo de trabalho da Sinog e estamos acompanhando essa revisão regulatória", completa o presidente da Sinog.

ANS DETERMINA QUE AMIL CONTINUE COM A CARTEIRA DE BENEFICIÁRIOS INDIVIDUAIS

GOV (ANS) – 29/04/2022

Decisão foi tomada pela Diretoria Colegiada da Agência nesta sexta-feira (29/04)

Em reunião reservada realizada nesta sexta-feira (29/04), a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) decidiu anular a decisão que autorizou a transferência de carteira da Amil para a APS, determinando que a APS transfira de volta para a Amil a carteira dela recebida, e declarou nulo o contrato de compra e venda de quotas ("share purchase agreement") celebrado entre a Amil

e Fiord Capital A, Seferin & Coelho e Henning Von Koss. Enquanto isso, todas as medidas cautelares administrativas já adotadas pela ANS continuam em vigor.

Com a declaração de nulidade da decisão que autorizou a transferência da carteira da Amil para a APS, a transferência de carteira não possui mais o respaldo legal e necessário da ANS, e, por isso, a APS deve devolver imediatamente a carteira para a Amil.

A devolução da carteira da APS para a Amil seguirá um rigoroso cronograma estabelecido pela ANS, com todas as formalidades e etapas que são normalmente seguidas nos processos de transferência de carteira, de modo que ocorra de maneira transparente e ordenada.

A Amil e APS, devem, no prazo de cinco dias úteis, contados a partir da ciência desta decisão, proceder com a anulação do "contrato de cessão parcial de carteira e outras avenças" que foi registrado no dia 27 de dezembro de 2021.

As operadoras têm agora vinte dias úteis para comunicarem a reintegração da carteira transferida a todos os beneficiários, por meio de comunicação individual e também mediante publicação em jornal de grande circulação.

A decisão foi tomada após a constatação de que a APS, diante da requisição de informações, não seria capaz de administrar de maneira autônoma a carteira adquirida colocando em risco a continuidade e qualidade da assistência à saúde dos consumidores vinculados. A ANS continuará acompanhando de perto o cumprimento de sua decisão.

Em caso de dúvidas ou registro de reclamações, os consumidores deverão entrar em contato com os canais de atendimento da ANS, informando na reclamação que são beneficiários vinculados à carteira transferida pela Amil para a APS:

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Formulário eletrônico Fale Conosco na [Central de Atendimento ao Consumidor](#).

ENTENDA O CASO:

22/12/2021 - ANS anuncia autorização para transferência de carteira parcial de planos individuais e familiares da operadora Amil (Registro ANS nº 326305) para a operadora APS (Registro ANS nº 406708).

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-autoriza-transferencia-parcial-de-carteira-da-amil>

01/01/2022 - Os mais de 300 mil beneficiários de planos individuais e familiares da operadora Amil, residentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, passaram a ser atendidos pela operadora APS. Os beneficiários de planos individuais e familiares residentes em outros estados não foram transferidos, permanecendo na Amil.

07/02/2022 - Diante de informações publicadas na imprensa e especulações sobre a mudança de controle societário da APS, a ANS esclareceu publicamente que, até o momento, não havia recebido pedido de mudança de controle societário para que qualquer pessoa ou grupo de pessoas assumisse o controle societário da APS. A Agência reforçou, na ocasião, que a operadora deveria garantir assistência aos seus beneficiários.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/esclarecimento-para-os-beneficiarios-da-aps>

08/02/2022 - Após reunião extraordinária realizada 08/02, a diretoria colegiada da ANS decidiu pela indisponibilidade das quotas do capital social da APS e das ações de emissão da Amil, impedindo que os atuais sócios da APS - Amil e Santa Helena, todas operadoras do Grupo Amil – se retirem do quadro social da APS, bem como impedindo que a atual controladora da Amil se retire do quadro social da Amil no momento. A medida foi adotada em razão da ausência de informações à reguladora sobre a suposta aquisição do controle societário da APS.

14/02/2022 - A ANS convocou representantes das operadoras Amil e APS para apresentar um plano de ação em prol dos clientes de planos individuais e familiares da Amil que foram transferidos para a APS no dia 02 de janeiro de 2022.

16/02/2022 - As operadoras Amil e APS apresentaram o plano de ação solicitado e firmaram compromissos com a Agência para garantir o atendimento e a comunicação aos clientes transferidos em 01/02/2022.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-realiza-reuniao-com-amil-e-aps-sobre-plano-de-acao-para-beneficiarios>

04/04/2022 - Diretoria Colegiada da ANS acolheu as propostas técnicas e adotou as medidas cautelares indicadas.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-determina-que-amil-reassuma-carteira-transferida-para-a-aps>

18/04/2022 - Amil apresentou sua defesa.

HAPVIDA(HAPV3), FLEURY (FLRY3), QUALICORP (QUAL3), ODONTOPREV (ODPV3): QUEM DA SAÚDE SE DARÁ MELHOR NO 1T22, SEGUNDO A GENIAL

Money Times – 28/04/2022

A Genial Investimentos divulgou nesta quinta (28), as suas expectativas para o setor de saúde na esteira de resultados do 1T22, analisando as empresas Hapvida (HAPV3), Fleury (FLRY3), Qualicorp (QUAL3), Odontoprev (ODPV3).

A instituição prevê que o arrefecimento da pandemia continue a aliviar a vida das operadoras de plano de saúde, mas a alta da inflação continua a pressionar custos e a promover um lento repasse aos clientes finais das empresas.

O panorama, para a instituição, é “morno”, com operadoras de planos com dificuldade no crescimento das receitas graças a tímidas adições líquidas de vidas.

Hapvida/Intermédica (HAPV3)

O 1T22 é o primeiro semestre desde a fusão da Hapvida (HAPV3) com a GNDI (GNDI3) e, segundo Genial, sinergias decorrentes da operação ainda não devem aparecer.

A instituição espera que frutos poderão ser colhidos nos próximos anos a partir do conhecimento conjunto das duas companhias, como, por exemplo, um plano nacional coletivo, a disponibilização de serviços hospitalares para terceiros na rede Hapvida e novos planos individuais na GNDI.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) divulgou dados desanimadores de adições líquidas de beneficiários para as empresas, sendo o número negativo para a Hapvida e pouco positivo para a GNDI, o que deve resultar um consolidado próximo a zero.

A Genial espera para 2022 um crescimento orgânico moderado, com menos aquisições e ritmo diminuído de crescimento em comparação aos últimos 3 anos da companhia.

A sinistralidade da Hapvida deve se manter em patamares elevados em relação ao pré-pandemia, mas com alguma melhora em relação a 2021 devido ao arrefecimento da pandemia.

A expectativa é que o novo nível normalizado de sinistros para a companhia consolidada ficará acima da Hapvida e abaixo da GNDI.

Fleury (FLRY3)

A Genial espera que a Fleury (FLRY3) mantenha seu patamar de receitas atual, apesar da diminuição do número de exames de Covid vendidos pela companhia.

A expansão orgânica e inorgânica deve se manter, com sinergias de novas operações sendo aproveitadas e o

número de unidades de atendimentos e exames dentro de outros hospitais (B2B) continuando fortes.

A margem Ebitda deve melhorar no t/t, atingindo 27,5%.

A Genial tem visão positiva quanto às receitas líquidas da empresa, esperando crescimento tanto no t/t quanto no a/a, com R\$ 1,06 bi no 1T22.

Qualicorp (QUAL3)

A Qualicorp (QUAL3) está passando por uma mudança estratégica, buscando se tornar uma plataforma multicanal e multiproduto e com foco em seu crescimento orgânico, mas, com a pandemia, tais planos sofreram obstáculos.

Com reajustes nos planos proibidos em 2020 e com valores fortemente compensados em 2021, a empresa perdeu beneficiários em número recorde.

Para o 1T22, a Genial prevê uma melhora na dinâmica de cancelamentos, com crescimento da receita e nas adições líquidas.

O lucro também deve ser melhor no t/t e no a/a, enquanto custos também devem ter leve adição.

A receita líquida é estimada em R\$ 543 milhões, uma melhora de 4,1% no t/t.

Já a margem Ebitda deve crescer 2,6 p.p. no t/t e atingir 45,9%.

A expectativa para com a administradora é otimista, mas com olhares atentos ao 3T22, trimestre em que serão feitos novos ajustes e a estratégia da empresa será colocada a prova.

Odontoprev (ODPV3)

A Odontoprev (ODPV3) teve sinistralidade historicamente baixa durante a pandemia, com poucas pessoas indo ao dentista durante o período.

Com a queda dos números da Covid no país, a taxa voltou a aumentar, mas ainda se mantém abaixo de níveis pré-pandêmicos. A expectativa da Genial é que os números se normalizem ao longo do ano de 2022.

A empresa deve ter aumento moderado na receita t/t e a/a, atingindo R\$ 475 milhões, e despesas serão puxadas pelo aumento esperado na sinistralidade.

Além disso, o foco no canal de vendas bancário deve trazer ganhos ao longo do ano e certa melhora no mix.

O Ebitda deve rondar os R\$ 142 milhões.

A expectativa geral com a operadora é positiva, apesar de incerteza quando à capacidade de crescimento contínuo da receita e do lucro.

inda assim, há espaço, segundo a Genial, de crescimento na onda dos planos corporativos e do aumento do número de beneficiários de planos odontológicos no Brasil, o qual, comparado ao número de planos assistenciais de saúde, ainda é baixo.

CÂMARA APROVA PROJETO QUE REGULAMENTA TELEMEDICINA NO BRASIL

Folha UOL – 27/04/2022

Texto estabelece princípios de atendimento remoto também para enfermagem, fisioterapia e psicologia

A Câmara dos Deputados aprovou na noite desta quarta-feira (27) o projeto que regulamenta a telessaúde no país, modalidade de prestação remota de serviços na área defendida pelo ministro Marcelo Queiroga (Saúde).

A telessaúde engloba, além de telemedicina, atendimento remoto em enfermagem, fisioterapia e psicologia, por exemplo.

O texto-base do projeto, da deputada Adriana Ventura (Novo-SP), foi aprovado por 300 votos favoráveis e 83 contrários. Os deputados rejeitaram sugestões de modificação ao texto, que, agora, segue ao Senado.

O texto estabelece princípios para a prática, como autonomia do profissional de saúde, consentimento do paciente e direito de recusa a esse atendimento remoto. Segundo o projeto, atos do profissional que usou telessaúde teriam abrangência nacional.

Os conselhos federais ficarão responsáveis pela normatização ética da prestação dos serviços remotos. Além disso, norma que pretenda restringir a telemedicina deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes.

O relator, deputado Pedro Vilela (PSDB-AL), disse em seu voto que essa será uma forma de ampliar a assistência médica no Brasil.

"A telemedicina vem revolucionando a prática médica, tanto do ponto de vista do cuidado individual quanto do da implementação de ações e serviços de saúde pública, vencendo as distâncias tanto geográficas quanto sociais para difundir o acesso à saúde", disse.

O Ministério da Saúde é a favor da regulamentação do tema no país. O ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, disse à Folha que sua eficácia ficou comprovada durante a epidemia da Covid-19.

Em coletiva de imprensa sobre o fim da emergência sanitária, o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Rodrigo Cruz, também defendeu o fortalecimento da telessaúde.

Em 2018, o CFM (Conselho Federal de Medicina) chegou a baixar uma resolução para regulamentar o atendimento à distância.

A norma foi revogada após críticas, atribuindo a decisão ao alto número de propostas encaminhadas para alteração na resolução e "ao clamor de inúmeras entidades médicas, que pedem mais tempo para analisar o documento e enviar também suas sugestões".

O assunto ficou parado, até que a Covid-19 exigiu medidas extremas de isolamento —e a adaptação da área médica, que recorreu à tecnologia para fazer teleconsultas e seguir com tratamentos para os quais a presença física do paciente não era imprescindível.

SETOR DE PLANOS DE SAÚDE TEM PREJUÍZO DE QUASE R\$ 1 BILHÃO EM 2021, DIZ ANS

Valor Econômico – 27/04/2022

As operadoras viram suas despesas médicas aumentarem em 2021 devido à segunda onda da covid-19 e à retomada de procedimentos médicos não realizados durante o primeiro ano de pandemia

O mercado de planos de saúde encerrou o ano passado com um prejuízo operacional de R\$ 919,7 milhões, o que representa um recuo relevante em relação ao desempenho de 2020, quando o setor apurou um resultado positivo de R\$

18,7 bilhões, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Considerando a última linha do balanço, o mercado teve um lucro líquido de R\$ 2,6 bilhões contra R\$ 17,5 bilhões registrados em 2020.

As operadoras de planos de saúde viram suas despesas médicas aumentarem em 2021 devido à segunda onda da covid-19 e à retomada de procedimentos médicos não

realizados durante o primeiro ano de pandemia. Essa linha registrou alta de 24,3% na comparação entre 2020 e 2021.

A receita do setor subiu 10% para R\$ 239,4 bilhões.

As operadoras de planos de saúde, aquelas que podem ter rede própria, foram as que registraram as maiores perdas. Esse segmento teve perdas de R\$ 863 milhões em 2021. Em 2020, o ganho foi de quase R\$ 6,5 bilhões. Na sequência, vieram as seguradoras de saúde, com prejuízo de R\$ 1 bilhão

contra um lucro operacional de R\$ 1,7 bilhão em 2020. Nas cooperativas médicas, o lucro operacional despencou de R\$ 6,6 bilhões para R\$ 760 milhões. As operadoras de autogestão fecharam com lucro de R\$ 322 milhões contra R\$ 3,6 bilhões de 2020.

Já o mercado dental viu seu resultado operacional cair 15% para R\$ 658,5 milhões. O resultado líquido cedeu 6,8% para R\$ 456 milhões. A receita das operadoras de plano odontológico subiu 2,7% para R\$ 3,7 bilhões no ano passado.

ANS PROPÕE NOVAS NORMAS PARA NOTIFICAR CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE INADIMPLENTES

Jota Info – 27/04/2022

Texto ainda será avaliado pela procuradoria da agência antes de ser votado

A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou na última segunda-feira (25/4) uma nova minuta com regras para notificação de clientes de planos de saúde inadimplentes.

De acordo com a proposta, os planos poderão notificar os beneficiários sobre as dívidas até o 50º dia de inadimplência por e-mail com certificado digital e confirmação de leitura, mensagens de SMS, Whatsapp, Telegram, ligação telefônica gravada, carta com aviso de recebimento (AR), preposto da operadora ou edital.

O texto ainda será avaliado pela procuradoria da agência antes de ser colocado em votação. Além disso, os diretores Maurício Nunes e Eliane Medeiros informaram que vão apresentar sugestões para aprimorar a minuta.

Atualmente, as operadoras têm apenas três opções para notificar os clientes: via postal com Aviso de Recebimento (AR), meios próprios ou edital. Elas afirmam, no entanto, que essas formas ficaram onerosas e deixaram de ser eficazes com avanços de novas tecnologias. Um entendimento da Diretoria de Fiscalização da agência já autoriza as empresas a notificarem por meio eletrônico até que a resolução seja aprovada.

Caso a versão atual da proposta seja aprovada, os planos deverão garantir um prazo de dez dias ininterruptos, após a notificação, para que os usuários quitem os débitos.

Não havendo pagamento após esse período, o contrato poderá ser rescindido, desde que fique comprovado que houve a notificação. Porém, se a operadora continuar a cobrar mensalidades nos meses subsequentes ao aviso, os serviços deverão ser mantidos.

A sugestão de norma traz também a definição de inadimplência, que é o não pagamento da mensalidade. Nessa conceituação, atraso não é considerado inadimplência. Os atrasos serão cobrados com correção monetária.

A minuta ainda estabelece que as notificações via SMS e aplicativos de mensagem só serão válidas se o destinatário confirmar o recebimento. Os editais deverão ser usados apenas quando não houver outras possibilidades de se comunicar com o cliente.

As operadoras ainda poderão usar formas próprias de notificação, como site e aplicativos, de forma complementar e respeitando as regras da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A proposta passou por consulta pública em junho de 2021 e recebeu 577 contribuições, das quais 149 foram acatadas e 36 acatadas parcialmente. O mercado regulado, as instituições de saúde, os órgãos de defesa do consumidor e consultorias contribuíram com sugestões.

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