

## ÍNDICE INTERATIVO

[Busca pela redução do desperdício](#) - Fonte: IESS

[Soluções tecnológicas ajudam a telemedicina a se consolidar no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: cresce o interesse pela portabilidade de carências](#) - Fonte: SEGS

[Consulta de usuários à ANS sobre como trocar de plano de saúde bate recorde](#) - Fonte: Jornal O Globo

[Reclamações contra aumentos nos planos de saúde disparam em 2021](#) - Fonte: UOL

[ANS abre Consulta Pública](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS e OPAS divulgam livro sobre capital baseado em risco](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Perspectivas globais do setor da saúde em 2021](#) - Fonte: IESS

[Rede D'Or \(RDOR3\) precifica follow-on e movimenta R\\$ 1,7 bilhão](#) - Fonte: Suno

[Atendimento por teleconsulta deve continuar crescendo mesmo após a pandemia](#) - Fonte: Yahoo Finanças

[Lucro das operadoras de planos de saúde tem alta de 49,5% em 2020, aponta ANS](#) - Fonte: Valor Econômico

# BUSCA PELA REDUÇÃO DO DESPERDÍCIO

IESS – 01/06/2021

Em meio a restrições orçamentárias cada vez mais severas, esse período de pandemia reforça a necessidade de mudanças no sistema assistencial que permitam ampliar acesso e da atuação conjunta de todos os agentes da cadeia de prestação de serviços em saúde para conter custos crescentes, avançar em uma agenda de transparência e melhor gestão em toda a cadeia.

O momento é de tentar enxergar possibilidades de uma importante transição nos modelos de assistência à saúde, tanto no Brasil como em todo o mundo. Com mais ênfase em prevenção e atenção primária, menos hospitalização, novos modelos de remuneração dos prestadores e uso adequado, regulado e disseminado da Telessaúde.

É bom ver que diferentes envolvidos no setor estão buscando novas alternativas. É o que mostra o artigo “Saúde suplementar: a busca pela redução do desperdício”, de autoria de Amanda Bassan Alves, Diretora técnica da Unidas-SP, e Júlio César de Souza, coordenador na Comissão de Modelos de Remuneração e Gestão de Rede pela Unidas.

A publicação reforça – como apontamos em diferentes momentos – que o atual modelo de remuneração, fee-for-service, que incentiva a produtividade, precisa ser repensado por todos da cadeia, de forma que os interesses estejam alinhados em apenas um propósito: entrega de valor para a saúde do paciente. “A mudança no modelo de remuneração é iminente para que não se remunere o erro, a falta de

pertinência e sobreposição na indicação de exames e procedimentos, as fraudes e abusos que ainda acontecem, apesar das auditorias contratadas por operadoras de planos de saúde”, apontam.

Para tanto, eles apresentam os dados do nosso estudo [“Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar”](#) – que você também pode ver mais detalhes [aqui](#). A nossa pesquisa mostra que em 2017, quase R\$ 28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do país com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios em procedimentos desnecessários.

Os autores reforçam que esse caminho está sendo construído para que haja o reconhecimento da importância e da parte que cabe a cada player em obter o melhor valor em saúde, que é a relação entre o desfecho clínico e seus custos. “Essa delimitação e até mesmo integração entre os níveis de atenção à saúde também é inerente à nova dinâmica do mercado, que, apesar de complexa, é necessária e urgente, ao considerarmos a velocidade da chegada de novas tecnologias e o envelhecimento da população”, concluem.

[Acesse aqui](#) o artigo publicado no jornal Correio Braziliense.

Você também pode acessar nossa área temática sobre [Fraude, abuso e desperdício](#) ou ainda sobre [modelos de remuneração](#).

---

## SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS AJUDAM A TELEMEDICINA A SE CONSOLIDAR NO BRASIL

Saúde Business – 01/06/2021

Para um atendimento de qualidade, profissionais da saúde precisam estar equipados com dispositivos que não apenas permitem a comunicação com o paciente, mas também scaneiam exames.

A aprovação da telemedicina pelo Ministério da Saúde completou um ano em abril de 2021, após liberação em caráter emergencial por conta da pandemia de COVID-19. Apenas entre abril e agosto de 2020, mais de 1,7 milhão de consultas remotas foram realizadas no país[1], o que mostra que a modalidade deverá continuar após a pandemia em um país onde 74% da população com mais de dez anos tem acesso à internet[2].

O modelo já era estudado há décadas pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) por ser uma ferramenta poderosa para garantir serviços de saúde quando a distância é um obstáculo, o que é comum em um país do tamanho do Brasil. Segundo dados da FIFARMA, a América Latina concentra 25% dos hospitais do mundo, porém, estes são insuficientes e concentram-se apenas nas grandes cidades.

Durante o combate à COVID-19, para evitar a ida a hospitais e consultórios, a telemedicina é a melhor opção para que pacientes crônicos acompanhem seu quadro de maneira segura. Ela também incentiva que diagnósticos possam ser efetuados mesmo sem uma presença física com um médico. No entanto, a longo prazo, a medicina remota não apenas é uma opção para quem vive longe de hospitais, mas também para quem tem dificuldades de locomoção.

“Há tecnologias que possibilitam um atendimento de qualidade e com precisão mesmo a distância”, afirma o Vice-Presidente de Vendas da Zebra Technologies no Brasil, Vanderlei Ferreira. Segundo ele, a telemedicina pode se consolidar no Brasil se os prestadores de serviços de saúde garantirem qualidade de conexão e dispositivos tecnológicos adequados aos profissionais. Existem no mercado aparelhos simples que podem ajudar muito os médicos que estão atendendo a distância. É o caso de smartphones corporativos, que lembram os de uso pessoal – com videochamadas e acesso à internet - mas contam também com características como scanners que otimizam a leitura de exames, telas que respondem ao toque mesmo com luvas,

limpeza com material próprio para uma correta assepsia e baterias que duram um plantão inteiro.

“Esse tipo de ferramenta ajuda pacientes e médicos a se sentirem próximos, o que é essencial na telemedicina. Os

doentes precisam sentir que os profissionais estão presentes e comprometidos da mesma maneira que estariam em uma consulta presencial”, reflete o executivo.

## PLANOS DE SAÚDE: CRESCE O INTERESSE PELA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

SEGS – 31/05/2021

Principal motivo das pesquisas no Guia ANS foi busca por plano mais barato

O interesse pela portabilidade de carências - que é a possibilidade de trocar de planos de saúde levando consigo os períodos de carência e de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes já cumpridos - aumentou quase 50% nos primeiros quatro meses deste ano em relação ao mesmo período do ano passado. É o que

mostra o relatório de acompanhamento de protocolos de portabilidade emitidos pelo Guia ANS, ferramenta de consulta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a contratação e troca de planos de saúde. De janeiro a abril de 2021, foram gerados 122.678 protocolos de consultas sobre portabilidade de carências, quase 40 mil a mais que os gerados no mesmo período em 2020 (83.081). O principal motivo informado pelos usuários do Guia ANS é a busca por planos de saúde mais baratos.



Conforme mostra o gráfico, a partir de janeiro de 2021, pode-se observar um aumento na emissão de protocolos, o qual pode estar relacionado à volta da cobrança dos reajustes que foram suspensos de setembro a dezembro de 2020. Em abril de 2021, assim como no mesmo mês do ano anterior, observa-se uma queda na emissão de protocolos.

No caso do período entre abril e maio de 2020, a redução de protocolos emitidos pode ser decorrente do receio das pessoas trocarem de plano durante o período de incertezas do início da pandemia, além da dificuldade em conseguir atendimento presencial nas operadoras de destino, para efetivação da portabilidade.

Já em abril de 2021, pode ter havido uma queda na emissão de protocolos por conta da normalização da procura pela portabilidade de carências, já que entre janeiro e março do

mesmo ano observou-se um aumento na emissão de protocolos, que pode estar relacionado à aplicação do reajuste anual de 2020, que estava suspenso, aumentando a busca por planos mais baratos.

É importante esclarecer que o número de protocolos emitidos representa o total de consultas finalizadas no Guia ANS e não o número de portabilidades efetivadas. No gráfico abaixo, referente ao período pandêmico de Covid-19 (de mar/2020 a abr/2021), é possível perceber que as maiores motivações para a troca de plano são, respectivamente nessa ordem, a busca por um plano mais barato (43%), cancelamento de contrato (18%) e a procura por uma melhor qualidade da rede prestadora (16%).

PERÍODO ESPECÍFICO DA PANDEMIA - MAR/2020 à ABR/2021.



### Como fazer a portabilidade de carências

A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos seguintes requisitos gerais:

O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)

O plano de destino deve ter faixa de preço compatível com o plano atual

O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado

O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades

O beneficiário deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano:

1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

A ANS disponibiliza aos beneficiários uma cartilha com informações completas sobre o tema para orientar sobre prazos e critérios para realização da portabilidade. Clique e confira aqui.

### Guia ANS

Para consultar os planos disponíveis no mercado e compatíveis para fins de portabilidade, o beneficiário deve consultar o Guia ANS de Planos de Saúde. Depois de preencher as informações requisitadas sobre o plano de origem e sobre os critérios desejados na contratação do novo plano, ao final da consulta serão retornados os planos disponíveis para portabilidade.

O beneficiário deve escolher o plano que mais lhe convier e emitir o protocolo de Relatório de Compatibilidade. Depois de escolher o novo plano ao qual deseja aderir, deve procurar a operadora munido da documentação exigida e solicitar a proposta de adesão. A operadora do plano de destino tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

Há ainda situações específicas, em que não é exigida a compatibilidade de preço ou o cumprimento do prazo de permanência no plano (veja situações específicas de portabilidade), são os casos em que o beneficiário tem que mudar de plano por motivos alheios à sua vontade, como, por exemplo, morte do titular, cancelamento do contrato e falência da operadora.

### Situações em que há carência no novo plano contratado:

Caso o beneficiário exerça portabilidade para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, estará sujeito ao cumprimento de carências, mas somente para as novas coberturas. Por exemplo: um beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar cumprindo carências apenas para a cobertura hospitalar.

Com isso, a ANS ampliou as opções de escolha do beneficiário, permitindo que ele encontre um plano de saúde que atenda suas necessidades, sem cumprir carências para as coberturas que já tenha cumprido, preservando, por outro lado, o equilíbrio do setor, ao manter a lógica prevista em Lei de exigência de carências para as novas coberturas.

Clique aqui e saiba mais sobre portabilidade: <https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Fans%2Fpt-br%2Fassuntos%2Fcontratacao-e-troca-de-plano%2Forientacoes-sobre-troca-ou-ingresso-em-planos-de-saude-sem-cumprimento-de-carencias&data=04%7C01%7Cjose.gonzalez%40ans.gov.br%7C4df092d2c4cf4b6a79cb08d92440b1ea%7C9dba480c4fa742f4bba30fb1375f5e5f%7C1%7C0%7C637580682543009819%7CUnknown%7CTW/FpbGZsb3d8eyJW/ljoiMC4wLjAwMDAilCJQljoiv2luMzliLjBTiil6lk1haWwiLjXVCi6Mn0%3D%7C1000&sdata=eTTlkn8dYC9pyE7u9kpREGoR7aCoOvDQz%2BwVGwe0aNm%3D&reserved=0>

# CONSULTA DE USUÁRIOS À ANS SOBRE COMO TROCAR DE PLANO DE SAÚDE BATE RECORDE

Jornal O Globo – 30/05/2021

De janeiro a abril, foram feitas 122.678 pesquisas, 43% procurando por contratos mais baratos. Esforço é para manter benefício

RIO — De janeiro a abril deste ano foram registradas 122.678 consultas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para realização de portabilidade do plano de saúde. Ou seja, troca de contrato por outro aproveitando todas as carências já cumpridas.

O número é 1.591% maior que os contabilizados no primeiro quadrimestre de 2019 (7.256) e 47,7% mais alto do que o registrado no mesmo período de 2020, quando foram feitas 83.031 consultas à agência.

Entendendo o setor: Tudo que precisa saber sobre reajuste e cobertura na pandemia

A ampliação do período para realizar a mudança de contrato e dos tipos de planos aptos a fazer a portabilidade, que entrou em vigor em junho de 2019, sem dúvida teve efeito sobre o aumento de consultas.

A mudança de patamar para a casa dos 30 mil registros mensais, no entanto, coincide com o início da cobrança dos

percentuais de reajustes suspensos em 2020 e do pagamento da recomposição dos valores que deixaram de ser pagos em janeiro.

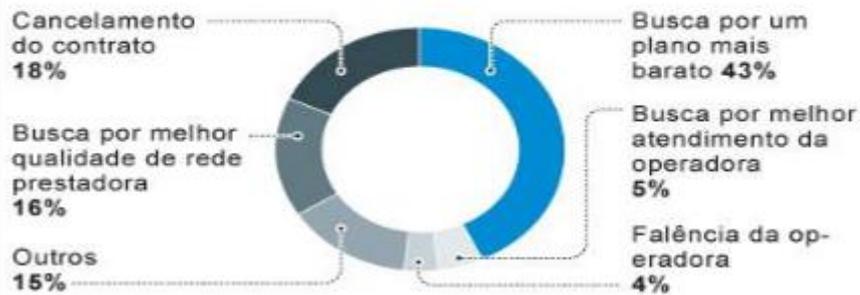
Para especialistas, os números deixam claro o esforço dos consumidores para manter o plano de saúde na pandemia. De março de 2020 a abril de 2021, 43% das pesquisas foram por planos mais baratos.

Em segundo lugar, a motivação é o cancelamento do contrato (18%) — o que pode incluir casos de demissão, já que contratos empresariais representam cerca de 70% do mercado e há 14,7 milhões de desempregados. Na terceira colocação, está a procura de rede assistencial melhor (16%).

— O setor que costuma crescer em sintonia com expansão de emprego e renda vive um momento atípico, com o maior número de usuários em cinco anos. O recorde de consultas de portabilidade reforça o esforço do consumidor para manter seu plano de saúde durante a pandemia, mesmo diante de perda da assistência fornecida pela empresa ou de redução da renda — diz Rodrigo Araújo, advogado especializado em saúde.



## PRINCIPAIS MOTIVOS PARA EXERCÍCIO DE PORTABILIDADE DE MARÇO DE 2020 A ABRIL DE 2021



Fonte: ANS. \*Mudança de regra de portabilidade

Rogério Scarabel, presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, ressalta que a portabilidade é uma ferramenta que amplia a capacidade de escolha do consumidor e promove maior concorrência entre as empresas do setor. E acrescenta:

— É possível conseguir mensalidades mais baratas, sem fazer o downgrade (o rebaixamento) do plano. Na mesma faixa de cobertura há variação de preços de 30%. Ao estudar a troca no Guia de Planos da ANS, deve-se ficar atento, além do valor, à rede para ver se ela atende suas necessidades.

Maria Lucia Campos, de 48 anos, supervisora de logística, mudou o plano de saúde dela e da filha, em dezembro de 2020, e conseguiu uma economia de 40%, com uma cobertura maior para as especialidades que mais usa.

— Tive um pouco de medo da mudança na pandemia. Mas achei um bom custo-benefício — conta.

O aumento das queixas sobre reajustes e a dificuldade de manter o plano de saúde levaram o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) a organizar um evento para explicar aos associados como usar a portabilidade para reduzir custos e manter o plano de saúde, sem perder as carências já cumpridas:

— Muita gente ainda não conhece a portabilidade e sequer sabe como se faz. E esse é um instrumento importante para o consumidor — diz Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do instituto.

Araújo diz que, assim como fazem com pacotes de telefonia, os consumidores deveriam avaliar anualmente os serviços e os valores praticados pelas operadoras de planos de saúde:

— É claro que não é tão simples quanto uma troca de pacote de telecom. Mas eu, por exemplo, costumo mudar de contrato a cada dois anos. Como tenho um plano coletivo, com reajustes elevados, observo que periodicamente as empresas lançam produtos similares com mensalidades mais baixas, mais atraentes para venda. Este ano, mudei de

contrato, sem mudar de operadora, e tive uma economia de mais de R\$ 500.

Segundo Ana Carolina, os consumidores que tentam a portabilidade costumam se queixar da demora na resposta da operadora de destino. Ela lembra que, ultrapassados os dez dias regulamentados pela ANS após a entrega da documentação, se não houver retorno a portabilidade é automática.

No site da ANS, um tutorial ensina o passo a passo para fazer a portabilidade, como os prazos e a forma para verificar a compatibilidade entre os contratos.

Confira as regras para a mudança

**O que é ?** Portabilidade é a possibilidade de mudar de plano de saúde sem precisar cumprir novamente o período de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

**Quais contratos podem ser portados?** Para que isso aconteça, a atual operadora do beneficiário precisa ter sido contratada após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptada à Lei dos Planos de Saúde vigente nos dias de hoje. A portabilidade é válida para todos os tipos de contratações (individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão).

**Quais as condições?** O contrato deve estar ativo e as mensalidades em dia. O novo, para o qual se deseja trocar, deve ter preço compatível com o atual. O [Guia de planos de saúde da ANS \(bit.ly/3yJp9s\)](https://bit.ly/3yJp9s), lista os planos compatíveis para troca.

**Prazos.** Para realizar a primeira portabilidade é preciso ter dois anos no contrato de origem ou três se estiver cumprindo Cobertura Parcial Temporária, caso de quem tem doença ou lesão preexistente. Para as seguintes, o prazo entre elas deve ser de um ano ou dois, caso tenha migrado para plano com coberturas não previstas pelo anterior.

**O que apresentar.** Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou declaração da operadora ou do contratante de que o beneficiário está quite; comprovante de prazo de permanência e relatório de compatibilidade entre plano de origem e destino ou protocolo, ambos emitidos pela ANS.

Além disso, se o plano de destino for coletivo, deve-se apresentar um comprovante de que o beneficiário está apto a ingressar. Para os empresários individuais, é preciso comprovar a sua atuação.

**Plano de destino.** A operadora do plano de destino (novo plano) tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade após envio da documentação. Caso a operadora não

responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

**Cancelamento.** Após ingresso no plano novo, o consumidor tem que solicitar o cancelamento do anterior em até cinco dias e guardar o comprovante, pois a nova operadora poderá solicitá-lo.

Se não solicitar o cancelamento no prazo, o usuário estará sujeito ao cumprimento de carências no novo plano por descumprimento de regras.

**Consulte:** Na ANS há um tutorial sobre portabilidade no link [Guia de Planos \(ans.gov.br\)](https://ans.gov.br/guia-de-planos)

## RECLAMAÇÕES CONTRA AUMENTOS NOS PLANOS DE SAÚDE DISPARAM EM 2021

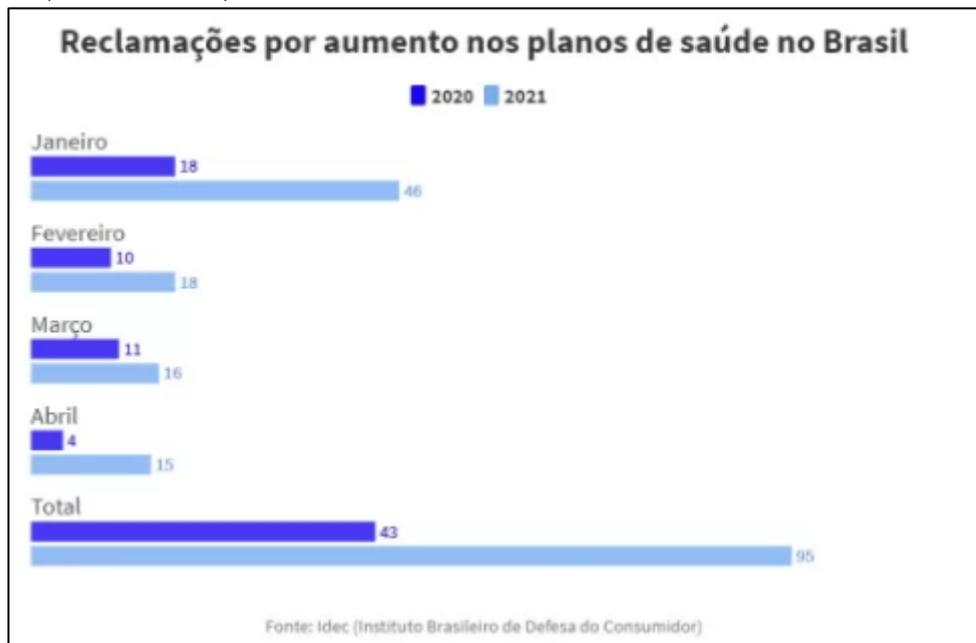
UOL – 29/05/2021

Mesmo acostumados a reajustes acima da inflação, os clientes de planos de saúde não resistiram aos repasses em 2021 e decidiram reclamar. Dados a que o UOL teve acesso com exclusividade indicam que as reclamações a institutos de defesa do consumidor dispararam este ano.

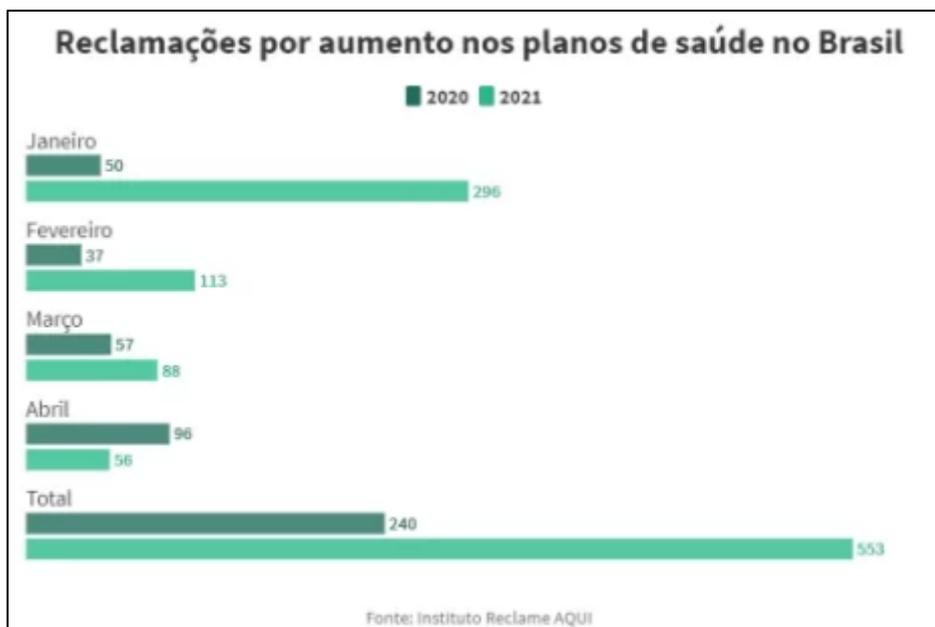
O principal motivo, apontam as entidades, foi a aplicação em 2021 dos reajustes que ocorreriam no ano passado, mas que foram suspensos em razão da pandemia de covid-19. As operadoras discordam (leia mais abaixo).

A pedido do UOL, o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), o Procon (Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor) São Paulo e o Instituto Reclame Aqui contabilizaram as reclamações recebidas nos quatro primeiros meses deste ano e as compararam com as queixas registradas no mesmo período do ano passado.

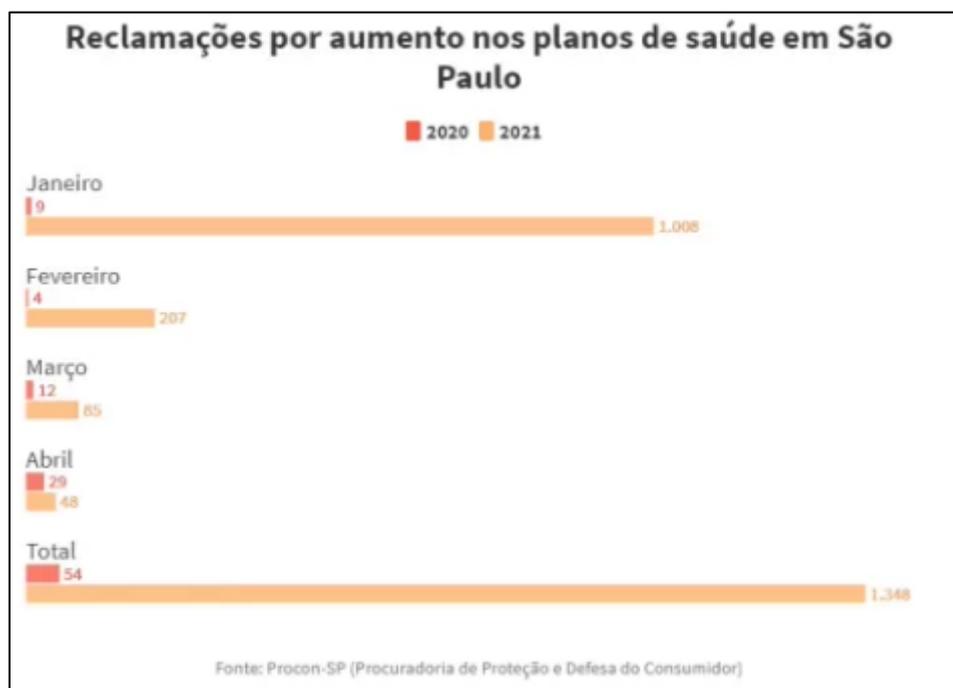
O levantamento do Idec aponta para aumento de 120% nas reclamações.



A mesma tendência foi notada pelo Reclame Aqui, que, no mesmo período, viu o número de reclamações saltar 130%.



Em São Paulo, o número de queixas subiu muito. O Procon informa aumento de 2.396% nesse intervalo de tempo.



Na ANS (Agência Nacional de Saúde), foram registradas 1.905 reclamações sobre reajuste entre janeiro e março de 2021, contra 876 no mesmo período do ano passado.

Advogado especializado em direito à saúde, Rafael Robba diz que seu escritório registrou 88% mais reclamações sobre o assunto no mesmo período analisado pelas entidades, “o maior volume de processos em quatro anos”, diz.

Segundo Fernando Capez, diretor do Procon-SP, a entidade recebeu “questionamentos de consumidores com planos reajustados em mais de 100%, isso em meio à pandemia, quando houve uma acentuada perda de poder aquisitivo da população”.

Em todos os casos, o volume de reclamações foi maior em janeiro, mas por quê?

Em razão da pandemia do novo coronavírus, a ANS suspendeu no ano passado o reajuste de 8,14% sobre os planos individuais e de 15% sobre os planos coletivos (que abarcam 81% dos usuários).

Ficou decidido que esse aumento —que valeria para setembro, outubro, novembro e dezembro— seria cobrado em 12 parcelas a partir de janeiro de 2021, mês em que o reajuste de 8,14% (planos individuais) e 15% (coletivos) também passou a valer.

Graças a isso, os clientes de planos de saúde devem se preparar para um aumento de até 35% nas mensalidades ao longo deste ano, segundo uma estimativa do UOL (entenda o cálculo abaixo).

“Esse parcelamento foi o motivo para o aumento de reclamações neste ano”, diz Ana Carolina Navarrete, coordenadora de saúde do Idec. “A gente pediu na Justiça que essa recomposição só fosse autorizada depois que as operadoras demonstrassem os motivos, mas a Justiça negou.”

A agência reguladora justifica em nota que o aumento autorizado por ela entre maio de 2020 a abril de 2021 bancaram “as despesas assistenciais de 2018 e 2019, período anterior à pandemia”.

Diz ainda que não cabe a ela regular o reajuste dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários, cujo preço é “definido em contrato e estabelecido a partir da relação comercial entre a empresa contratante e a operadora”.

“Em todos os casos, a ANS monitora o cumprimento dos requisitos de transparência e fiscaliza os reajustes considerados indevidos mediante denúncia”, diz.

Para a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), que reúne os 16 maiores planos do país, “o número de ocorrências reportado representa parcela bastante diminuta do universo de 48 milhões de beneficiários da saúde suplementar no país”.

São prematuras as conclusões que relacionam eventuais oscilações na quantidade de reclamações e insatisfações de beneficiários diante da recomposição dos preços das mensalidades dos planos de saúde, suspensa no ano passado, e aplicada no início deste ano.

FenaSaúde, em nota

Já a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) afirma que o reajuste em janeiro foi importante para o “equilíbrio” do setor, que teria enfrentado “os custos mais altos da sua história” nos quatro primeiros meses deste ano.

“Esse fato naturalmente gerou um aumento considerável nas reclamações nesse período”, diz em nota que atribui o aumento das reclamações em São Paulo “à campanha realizada nas mídias sociais pelo Procon-SP”.

Entenda o cálculo para os planos coletivos

Expectativa de aumento total em 2021: 35%

Por quê? A partir de janeiro, o usuário teve de pagar os 15% do reajuste médio suspenso em 2020. Também a partir de janeiro, ele começou a pagar a primeira das 12 parcelas do aumento que deixou de ser cobrado entre setembro e

dezembro, um acréscimo equivalente a 5% ao mês sobre o valor pago em dezembro.

Acontece que os planos também estão reajustando a mensalidade neste ano, aumento que costuma ser acrescido ao boleto na data de aniversário de contratação do plano. O UOL considerou a repetição do reajuste médio de 2020 (15%), o mesmo de anos anteriores, segundo o Idec.

Um usuário de 34 anos —que pagava cerca de R\$ 393 de plano em 2020, segundo tabela da ANS— chegará ao final de 2021 desembolsando aproximadamente R\$ 530, acréscimo de R\$ 137, ou 35%.

Entenda o cálculo para os planos individuais

Expectativa de aumento em 2021: 18,9%

Por quê? A partir de janeiro, o usuário teve de pagar os 8,14% do reajuste suspenso em 2020. Também a partir de janeiro, ele começou a pagar a primeira das 12 parcelas do aumento que deixou de ser cobrado entre setembro e dezembro, um acréscimo equivalente a 2,71% sobre o valor pago no ano passado.

Como os planos também reajustam a mensalidade de 2021 no aniversário de contratação do plano, o UOL considerou a repetição do reajuste de 2020 (8,14%), embora a média de aumento tenha sido de 9,9% nos últimos dez anos.

Um usuário de 34 anos —que pagava em média R\$ 458 de plano no ano passado, segundo a ANS— chegará ao final de 2021 desembolsando aproximadamente R\$ 544, acréscimo de R\$ 86, ou 18,9%.

Procon quer cancelar aumento

Diante da alta nos primeiros meses, em março o Procon paulista se uniu à Procuradoria-Geral do Estado em uma Ação Civil Pública contra a ANS para que as operadoras de planos coletivos “não apliquem reajustes anuais abusivos”.

O mérito da ação ainda não foi julgado, mas a ANS já apresentou sua contestação e o processo foi enviado pelo juiz ao Ministério Público Federal para manifestação, ainda sem data para acontecer.

“As operadoras estão agindo como se estivessem num território sem lei, como se pudessem fixar o reajuste que bem entendessem sem dar satisfação ao consumidor e sem demonstrar com transparência quais foram as despesas que justificaram tais aumentos”, diz Capez, do Procon.

A Abramge rebate dizendo que a definição do índice de reajuste “é baseada em uma metodologia transparente, com critérios previamente definidos, justamente para manter o sistema de saúde sustentável e hígido, para a utilização do beneficiário hoje e futuramente”.

## ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA

GOV (ANS) – 28/05/2021

Classificação de Operadoras para fins de Simplificação da Regulação Prudencial é o tema da consulta aberta até 12/07.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza uma Consulta Pública para receber contribuições para a proposta de Resolução Normativa sobre Classificação de Operadoras para fins de Aplicação Proporcional de Regulação Prudencial. A abertura da Consulta foi publicada no Diário Oficial da União no dia 20/05 e o período para envio das sugestões teve início ontem, 27/05, se estendendo até 12/07/2021.

A classificação proposta visa diminuir a carga regulatória para as operadoras de menor risco prudencial. A iniciativa se inspira nas melhores práticas de reguladores internacionais e, no Brasil, do Banco Central e da Superintendência de Seguros Privados (Susep). Desta forma, busca-se adotar medidas proporcionais de acordo com o porte econômico-financeiro e risco de cada operadora e suas participações em

mercado relevante, incentivando o aumento da concorrência e da inovação no setor.

Na proposta de normativa encaminhada para Consulta Pública, as operadoras são divididas em quatro segmentos, seguindo ordem decrescente de risco. Importante destacar que a classificação atinge somente as normativas prudenciais aplicáveis às operadoras, ou seja, a regulamentação econômico-financeira.

A intenção da ANS é que a classificação sirva como norte a guiar as Análises de Resultado Regulatório e Análises de Impacto Regulatório a serem desenvolvidas pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), visando intensificar, sempre que possível, as ações de simplificação normativa, redução de custos e melhoria de ambiente concorrencial e de negócios.

[Confira aqui os materiais relativos ao tema e participe.](#)

## ANS E OPAS DIVULGAM LIVRO SOBRE CAPITAL BASEADO EM RISCO

GOV (ANS) –27/05/2021

Publicação é fruto de parceria entre as duas instituições e pode ser baixada gratuitamente.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) lançaram na terça-feira (25/05) o livro “Risco de Subscrição no Mercado de Saúde Suplementar Brasileiro – Uma Nova Regulamentação”. Na publicação, são apresentados os fundamentos e as motivações que levaram às mudanças nas regras de solvência para a adoção do capital baseado em risco no setor de planos de saúde.

O livro apresenta, em cinco capítulos, a evolução da regulação econômico-financeira na saúde suplementar brasileira; aspectos qualitativos da regulação prudencial, mais especificamente regras que visam estimular o aperfeiçoamento da gestão de riscos e da governança; a metodologia para determinação do capital baseado no risco de subscrição; e a nova regra sobre capital regulatório, com os fundamentos das escolhas concretizadas nos normativos referentes ao tema (RN nº 451/2020 e RN nº 443/2019).

A publicação é resultado de cooperação técnica firmada entre a ANS e a OPAS/OMS, cujo objetivo é apoiar o fortalecimento e o aprimoramento da ação regulatória, visando à garantia de acesso, à qualidade assistencial, à sustentabilidade do setor, ao desenvolvimento de mecanismos de integração com o SUS e ao desenvolvimento de capacidades institucionais.

A organização do livro é de Tatiana Lima, Tainá Leandro e Fernando Leles, que juntamente com César da Rocha Neves, Eduardo Fraga L. de Melo, Silvio Ghelman, Tatiana de Campos Aranovich, e Thiago Barata Duarte completam a

equipe técnica responsável. A publicação já está disponível em versão digital e pode ser acessada e baixada gratuitamente pelo site da OPAS (clique aqui).

Saiba mais sobre as regras de capital regulatório.

Lançamento do livro

O lançamento do livro, realizado de forma online e transmitido pelo canal da ANS no Youtube, contou com a participação dos autores, de diretores da ANS e de representantes da OPAS/OMS. A abertura do evento foi feita pelo diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel e pela coordenadora de Capacidades Humanas para a Saúde da OPAS/OMS no Brasil, Mônica Padilla.

“Em um setor tão importante como o de planos de saúde, a discussão sobre solvência, governança corporativa e evolução da regulação econômico-financeira, aliadas às boas práticas internacionais, fortalecem o aprimoramento da ação regulatória da ANS e promovem um ambiente de alta qualificação e melhoria de performance dos entes regulados”, destacou o diretor Rogério. “O processo de adaptação da regulação de capital do setor foi um importante estímulo para que as operadoras comesçassem a avaliar os riscos de suas atividades, com impacto direto no seu equilíbrio econômico-financeiro”, disse. “Esperamos que essa leitura amplie o debate para além dos servidores e gestores diretamente responsáveis pelo tema na Agência, chegando aos demais atores do mercado regulado e aos diversos interessados. Esperamos ainda que contribua promovendo a disseminação de boas práticas e a construção de soluções regulatórias cada vez mais adequadas às necessidades dos beneficiários,

das operadoras e da sociedade como um todo”, complementou o diretor.

“Esta publicação é resultado de parceria, através de termo de cooperação celebrado entre a OPAS e a ANS, que durante cinco anos nos permitiu realizar diversas iniciativas de apoio ao desenvolvimento à saúde suplementar brasileira”, destacou Mónica Padilla, mencionando outros projetos importantes que foram realizados com apoio e parceria entre as duas instituições, como o Projeto Parto Adequado, Laboratórios de Inovação em Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e de Atenção Primária em Saúde, entre outros. “O objetivo do livro é tornar público o resultado dos estudos que buscaram responder desafios de situações econômicas que podem gerar riscos de sustentabilidade das operadoras, cuja insolvência ou inviabilidade de prestação de serviços é contrária aos interesses e expectativas dos beneficiários”, disse a representante da OPAS/OMS.

Após a abertura, o gerente-geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro da ANS, Washington Alves, fez uma breve retrospectiva sobre o caminho percorrido pela Agência em direção ao amadurecimento e aprimoramento das regras que dizem respeito à regulação prudencial do setor. “Esse projeto tem uma participação muito importante dos servidores e dos pesquisadores e é um legado para a saúde suplementar, para a regra prudencial e para a forma de alocação de capital no setor. Só isso já vale a contribuição e o trabalho que culmina nessa publicação”, afirmou.

Em seguida, o professor do IME-Uerj, Thiago Barata, em conjunto com os demais autores e organizadores do livro, apresentou de forma mais detalhada a publicação. “É um livro feito a muitas mãos e que visa deixar de forma bem clara, transparente e difundido de forma irrestrita todo o

conhecimento sobre o tema”, destacou, apresentando em seguida cada um dos capítulos.

Na sequência, a pesquisadora do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), Raquel Marimon, falou sobre a colaboração dada pela instituição às discussões sobre a as mudanças na regulação prudencial do setor de planos de saúde. “Foram oportunidades muito interessantes e enriquecedoras de contribuir nessa jornada, de trazer o debate e construir novas pontes e relacionamentos com o órgão regulador”, disse, ressaltando a participação da sociedade nesse processo e saudando a forma como a ANS vem conduzindo esse trabalho.

O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência, Paulo Rebello, encerrou o evento, reforçando os agradecimentos aos autores do livro, aos representantes da OPAS e a todos os que contribuíram direta e indiretamente para o trabalho. “O lançamento desse livro é uma conquista muito importante para todos nós. É um trabalho realizado com alto nível técnico, parcerias, visões distintas, contribuindo enormemente para a melhoria da qualificação do setor de saúde suplementar e até mesmo para outros setores da economia”, ressaltou.

“Um setor com operadoras com compliance, sustentabilidade, bem geridas, equilibradas econômico e financeiramente reflete diretamente para melhor atender aos beneficiários de planos de saúde. Claro que somente isso não basta, mas sem esses parâmetros, a entrega dos serviços contratados, com tempestividade e qualidade, fica comprometida. E a regulação do capital baseado em risco, em concomitância com os requisitos mínimos de governança e gestão de risco e o aperfeiçoamento das regras de provisionamento, são fundamentais para que possamos alcançar um setor seguro, estável e que entregue saúde”, completou o diretor.

## PERSPECTIVAS GLOBAIS DO SETOR DA SAÚDE EM 2021

IESS – 27/05/2021

Por meio da telemedicina é possível levar a saúde mais longe, aumentar a qualidade e a eficiência para salvar vidas – ainda mais em tempos de pandemia. E isso fica claro pela quantidade de consultas realizadas ao longo do último ano. Desde o início da crise do novo coronavírus, diversas instituições públicas e privadas de saúde passaram a oferecer atendimento a distância para seus pacientes.

Se considerarmos o potencial deste recurso para levar atendimento assistencial de qualidade para brasileiros em regiões afastadas, como áreas rurais, por exemplo, a iniciativa se torna ainda mais importante não apenas para a Saúde Suplementar, mas também para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, a força de trabalho, a infraestrutura e a cadeia de abastecimento do setor da saúde enfrentam os mesmos desafios de outros segmentos quando o assunto é inovação durante esse período.

Apesar do cenário ser desafiador, a pesquisa “Perspectivas globais do setor de saúde 2021” da Deloitte mostra que este é o momento de todo o ecossistema entender como conseguir avançar nessa jornada de transformação. A publicação destaca algumas questões setoriais urgentes que toda a cadeia deve ficar de olho para este ano como:

Consumidores e experiências humanas;

Inovação do modelo de assistência;

Transformação digital e dados interoperáveis;

Desigualdade (no acesso ao sistema de saúde)

Cooperação em todo ecossistema;

Futuro do trabalho e reserva de talentos.

São pontos que desafiam governos, profissionais, investidores e outros stakeholders para se adaptarem e inovarem rapidamente. Olhando para um período pós-pandêmico, alguns fatores vão impactar a retomada dos gastos no setor, como o envelhecimento da população, aumento da demanda por cuidado, recuperação econômica gradual dos países, avanços clínicos e tecnológicos, custos trabalhistas, expansão do público e dos sistemas de saúde para a população.

São fatores que, ao lado das questões setoriais mais específicas, irão comandar a transformação do setor — mais tecnológica, centrada no paciente e inclusiva.

Iremos apresentar mais detalhes da pesquisa ao longo dos próximos dias, mas você pode acessar por meio do [link](#).

---

## REDE D'OR (RDOR3) PRECIFICA FOLLOW-ON E MOVIMENTA R\$ 1,7 BILHÃO

Suno – 27/05/2021

A [Rede D'Or São Luiz \(RDOR3\)](#) precificou a sua [oferta subsequente de ações \(follow-on\)](#) a R\$ 71 cada, levantando R\$ 1,78 bilhão. Portanto, agora o capital social da companhia é de R\$ 7,57 bilhões.

Segundo o fato relevante da companhia, cerca de R\$ 888,9 milhões do montante total serão destinados ao capital social e os outros R\$ 888,9 milhões serão destinados à reserva de capital.

A oferta foi restrita, ou seja, disponível apenas para investidores profissionais, e liderada pelo Bank of America.

[BTG Pactual \(BPAC11\)](#), Bradesco BBI, Itaú BBA, JP Morgan, UBS Brasil e XP Investimentos fecham o sindicato de bancos responsável pela operação e pelo bookbuilding, a coleta de intenções de investimento.

A Rede D'Or faz o follow-on cinco meses e meio depois da sua estreia na bolsa, em dezembro do ano passado. No IPO, a empresa vendeu seus papéis a R\$ 57,92.

A Rede D'Or registrou lucro líquido recorde de R\$ 402,4 milhões no primeiro trimestre de 2021. Esse valor representa um avanço de 254,6% na comparação com o mesmo período

no ano passado, quando havia apresentado R\$ 113,5 milhões.

Segundo o documento, o lucro líquido foi impactado positivamente pelo resultado operacional da companhia.

A receita líquida consolidada nos primeiros três meses do ano atingiu R\$ 4,7 bilhões, representando um crescimento de 43% sobre a receita do mesmo período do ano anterior. Por sua vez, a receita bruta alcançou R\$ 5,3 bilhões — o maior faturamento trimestral da história da companhia — crescimento de 42,2%.

A empresa registrou [Ebitda \(lucro antes de juros, impostos, amortização e depreciação\)](#) recorde de R\$ 1,1 bilhão, avanço de 86,0% na comparação com o mesmo período no ano passado.

“O resultado evidencia a recuperação operacional da companhia em meio aos efeitos da pandemia do covid-19, com forte expansão da receita impulsionada pelo aumento do volume de atendimentos de procedimentos cirúrgicos eletivos, que levaram a uma maior taxa de ocupação, a despeito do aumento de 798 leitos operacionais no primeiro trimestre”, informou a Rede D'Or.

---

## ATENDIMENTO POR TELECONSULTA DEVE CONTINUAR CRESCENDO MESMO APÓS A PANDEMIA

Yahoo Finanças – 27/05/2021

Um levantamento realizado pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) aponta que a procura por teleconsultas atingirá seu ápice até o final de junho.

Em entrevista ao jornal Valor Econômico, o coordenador do grupo de trabalho de telemedicina da Anahp e gerente médico do Hospital Israelita Albert Einstein, Eduardo Cordioli, afirmou que “após a pandemia, a expectativa é que a procura pelos atendimentos on-line caia cerca de 50%, mas depois a expectativa é que volte a crescer entre 10% a 15% por ano”. A pesquisa mostrou ainda que, no primeiro semestre de 2021, 60% dos hospitais que responderam às perguntas afirmam

que cerca de 25% de suas consultas estão sendo realizadas por teleatendimento. Em 20%, o percentual de consultas remotas chega a 75%.

Segundo dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), entre os meses de abril de 2020 e março de 2021, foram realizadas mais de 2,5 milhões de teleconsultas. O levantamento considerou algumas operadoras de saúde que, somadas, atendem pelo menos 8,7 milhões de beneficiários em todo o Brasil.

# LUCRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE TEM ALTA DE 49,5% EM 2020, APONTA ANS

Valor Econômico – 26/05/2021

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o lucro das operadoras somou R\$ 17,5 bilhões, no ano passado.

O lucro líquido das operadoras de planos de saúde cresceu 49,5%, para R\$ 17,5 bilhões, em 2020, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse mercado encerrou o ano com 47,6 milhões de usuários, o que representa uma alta de 650 mil pessoas.

A receita do setor atingiu R\$ 217 bilhões no ano passado, alta de 4,7%. A taxa de sinistralidade de 2020 ficou em 75,4%, uma queda de sete pontos percentuais. Foi uma redução histórica o que fará o reajuste do plano individual deste ano ser negativo, segundo fontes.

As cooperativas médicas foram as que mais registraram aumento na última linha do balanço, com uma alta de 144%, para R\$ 6,1 bilhões. A receita aumentou 6,7% para R\$ 74,4 bilhões.

Na sequência estão as empresas de medicina de grupos, ou seja, as operadoras que podem ter rede própria como Amil, Hapvida e NotreDame Intermédica. O lucro desse grupo teve alta de 114,2% para R\$ 4,5 bilhões. A receita somou R\$ 67,7 bilhões, um crescimento de 4,6%.

Já as seguradoras de saúde, que não podem ter rede própria, tiveram queda de 13,7% no resultado líquido, que ficou em R\$ 2,5 bilhões no ano passado. A receita desse grupo subiu 4,6%, para R\$ 47,8 bilhões no ano passado.

Já as operadoras de planos odontológicos terminaram o ano passado com alta de 74% no lucro líquido que somou R\$ 489 milhões. A receita deste setor caiu 2,7% para R\$ 3,6 bilhões. Em dezembro, havia 27 milhões de pessoas com plano dental, ganho de 1,2 milhão de usuários quando comparado um ano antes.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)