

ÍNDICE INTERATIVO

[Monitoramento do Risco Assistencial: ANS disponibiliza resultado final referente ao 2º trimestre de 2019](#) - Fonte: ANS

[Ressarcimento: no primeiro semestre, ANS repassou R\\$ 491 milhões ao SUS](#) - Fonte: ANS

[ANS recebe até o dia 23/10 sugestões para aprimorar normativa sobre movimentação de ativos garantidores](#) - Fonte: ANS

[Nova metodologia da ANS não garante redução dos aumentos de planos de saúde individuais, diz Ipea](#) - Fonte: O Globo

[Rol de Procedimentos: ANS inicia consulta pública para revisão da lista de coberturas dos planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[BofA retoma cobertura de setor de saúde, recomendando compra de Qualicorp e Hapvida](#) - Fonte: Seu Dinheiro

[Suspensão do reajuste: Veja como dever ser feito o tratamento contábil do reajuste suspenso das contraprestações](#) - Fonte: ANS

[Coparticipação é tendência nos planos de saúde empresariais](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Coronavírus: conheça as tecnologias que estão ajudando no combate à pandemia](#) - Fonte: Portal Saúde Business

[Quebra dos contratos em saúde encarece planos e prejudica os pacientes](#) - Fonte: IESS

MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: ANS DISPONIBILIZA RESULTADO FINAL REFERENTE AO 2º TRIMESTRE DE 2019

ANS – 13/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado final do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 2º trimestre de 2019, conforme previsto no art. 11 da RN nº 416 de 22/12/2016.

Para conferir o resultado final, a operadora deverá acessar a [Central de Relatórios](#), mediante login e senha, clicar em Monitoramento do Risco Assistencial e acessar o Prontuário do Monitoramento Assistencial. Nessa área estão os resultados da operadora nos dois programas de acompanhamento realizados pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro) para o referido ciclo (2º trimestre/2019).

A Agência esclarece que o atraso na divulgação final do 2º trimestre de 2019 ocorreu por problemas técnicos identificados a partir dos questionamentos recepcionados após divulgação dos resultados preliminares, quando foi identificada necessidade de reprocessamento dos indicadores.

As questões foram devidamente corrigidas, e por segurança, foi realizada uma varredura minuciosa em todas as bases de

dados utilizadas no cálculo dos indicadores do Mapeamento do Risco Assistencial, com efeito para todas as operadoras. Isso foi feito para garantir que os problemas detectados por algumas operadoras não ocorreram com as demais, isto é, mesmo para aquelas que não enviaram questionamentos, conforme sempre é feito quando identificada alguma necessidade de ajuste.

Por este motivo, algumas operadoras poderão constatar variações em seus resultados finais em relação aos resultados preliminares, o que é esperado nesses casos.

Por fim, a ANS informa que, em consequência desse atraso, o processamento e a divulgação do 3º trimestre de 2019 -- que ocorreria simultaneamente, conforme anteriormente informado -- será realizado em breve.

Nesta fase, não são recepcionados questionamentos, conforme previsto na RN nº 416 de 22/12/2016.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial, [clique aqui](#).

RESSARCIMENTO: NO PRIMEIRO SEMESTRE, ANS REPASSOU R\$ 491 MILHÕES AO SUS

ANS – 09/10/2020

No primeiro semestre de 2020, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez o repasse de R\$ 491 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS). As informações completas estão na 10ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, divulgado pela ANS nesta sexta-feira (09/10).

A publicação periódica tem informações sobre a identificação dos beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feitos pelas operadoras.

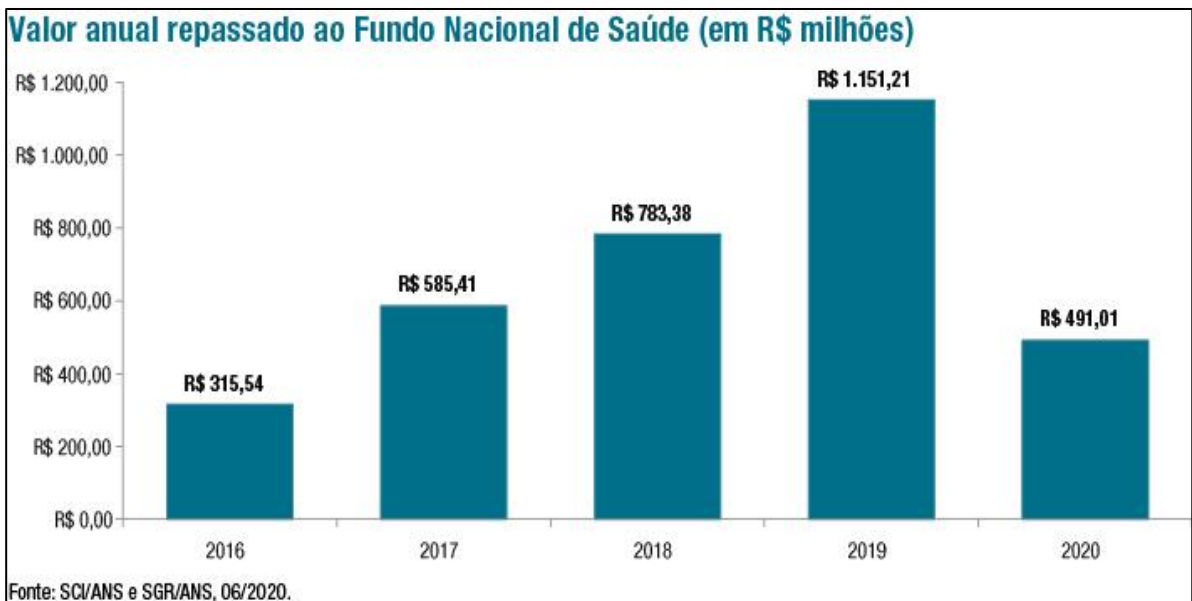
Em razão da pandemia do novo Coronavírus e devido à alteração de prazos processuais administrativos vigente desde a publicação da Medida Provisória nº 928, o processo de ressarcimento ao SUS foi afetado no que diz respeito à recepção de impugnações e recursos e, conseqüentemente à sua análise, cobrança e repasse. No entanto, com a retomada dos prazos processuais, a partir de julho, os padrões verificados antes da pandemia devem gradualmente ser retomados.

É importante destacar ainda que ao longo do período da pandemia, em que os atendimentos por síndromes respiratórias e pela Covid-19 tiveram destaque, a ANS acompanhou as mudanças assistenciais e os padrões adotados em sistemas para registro dos atendimentos realizados, de modo que possam ser revertidos em notificações de ressarcimento ao SUS, quando couber. Foram criados leitos específicos, código próprio para a doença na lista de Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como procedimentos especiais para assistência hospitalar e ambulatorial relacionados à Covid-19, informações que já fazem parte do conjunto de dados que identificam e qualificam os casos envolvidos no processo de ressarcimento ao SUS.

A assistência hospitalar em caso de internação pela Covid-19 já era de cobertura obrigatória pelos planos de saúde desde o início da pandemia, quando os registros de casos no SUS enquadravam-se em procedimentos não específicos, notadamente no tratamento de pneumonias ou influenza (gripe). Em anos anteriores, esse procedimento tinha participação importante no conjunto de internações SUS que se revertiam em notificações no processo de ressarcimento realizado pela ANS. Contudo, considerando os cronogramas e prazos do ressarcimento ao SUS, os eventos relacionados à pandemia e elegíveis para esse processo somente serão

conhecidos a partir do primeiro trimestre de 2021, sendo encaminhados às operadoras e divulgados publicamente a

partir da notificação do ABI nº 85, previsto para lançamento em 29 de março de 2021.



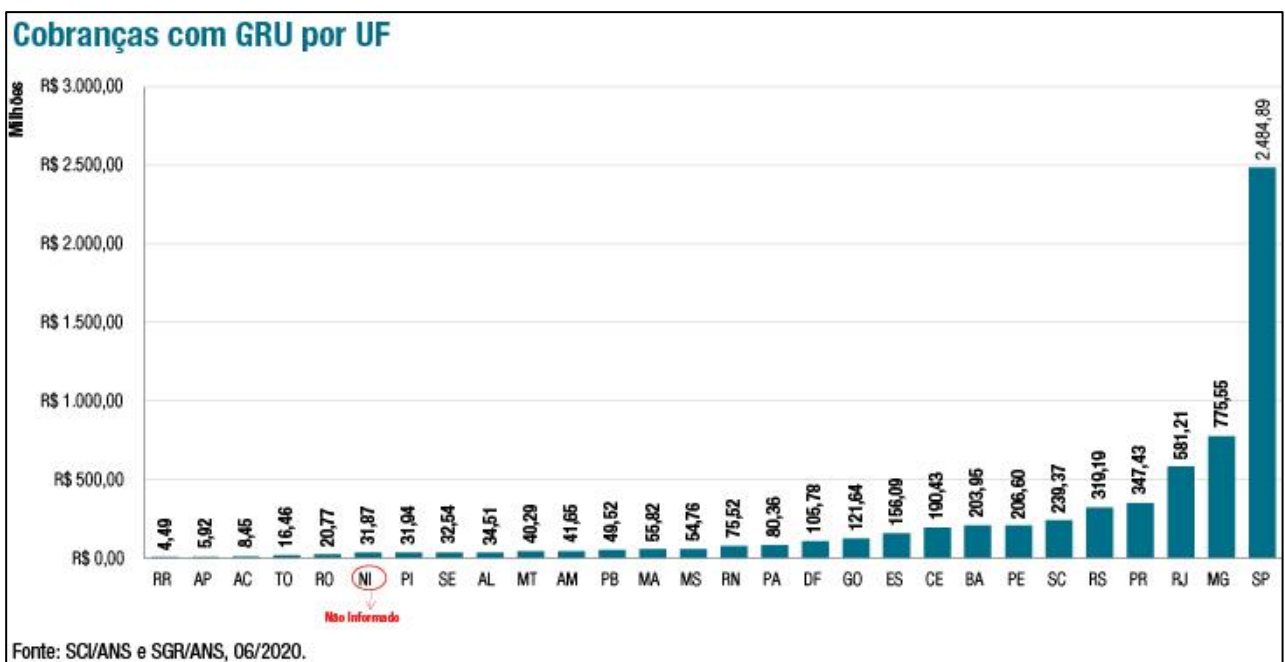
Balanco da cobrança e repasse

Desde o início do ressarcimento ao SUS, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 6,32 bilhões, que equivalem a mais de 4,09 milhões de atendimentos realizados. Desse montante, 69% foram pagos ou parcelados, e um total de R\$ 4,49 bilhões foi repassado ao Fundo Nacional de Saúde (valores ajustados com juros e multa).

Dos atendimentos realizados entre os anos de 2015 e 2019, transplantes de rim, tratamentos de doenças bacterianas e

cirurgias múltiplas destacam-se pelos maiores valores cobrados no grupo das internações, enquanto hemodiálise, radioterapia, acompanhamento de pacientes pós-transplante e hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata destacam-se pelos maiores valores cobrados entre os atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Em relação ao local de ocorrência, São Paulo registrou número de atendimentos cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU) muito superior aos demais estados, cerca de três vezes aquele observado para o estado de Minas Gerais, segundo colocado na ordenação por casos.

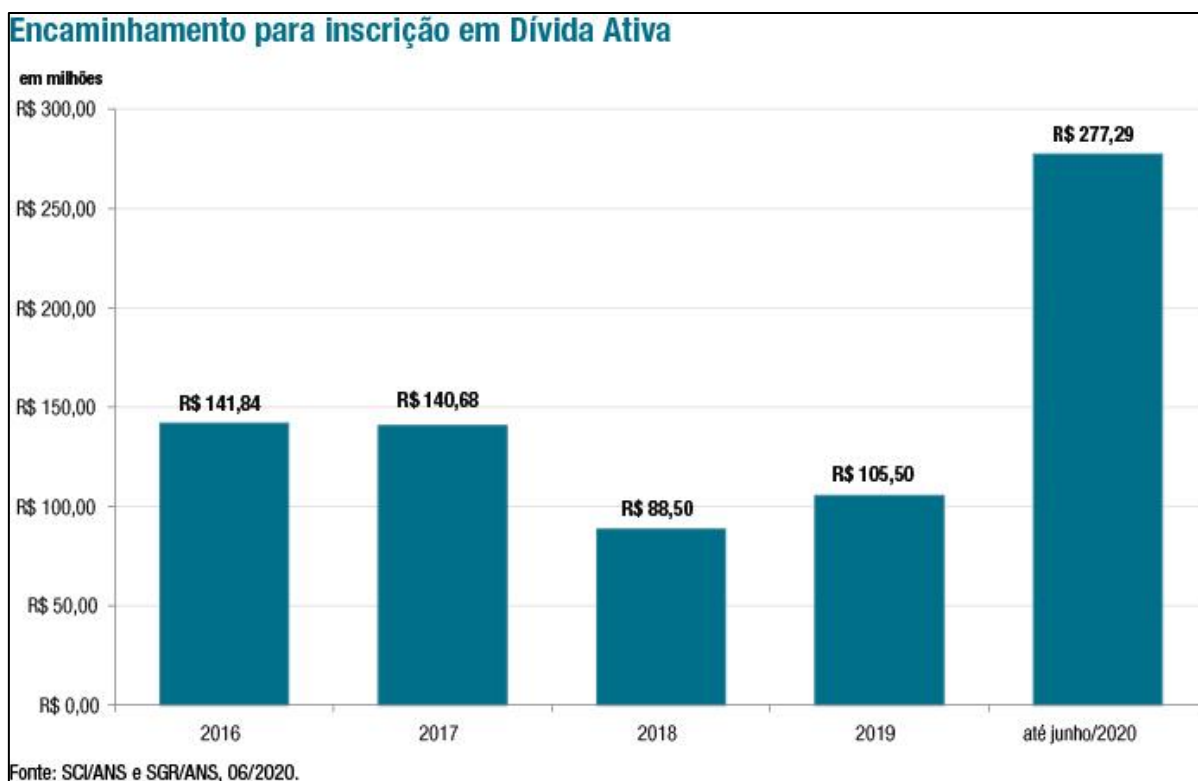


Dívida ativa

Quando a operadora de plano de saúde não efetua voluntariamente o pagamento dos valores apurados, ela é inscrita na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como fica sujeita à cobrança judicial.

Desde 2000, o ressarcimento ao SUS já encaminhou para inscrição em Dívida Ativa R\$ 1,36 bilhão, dos quais R\$ 753,81

milhões ocorreram no período de 2016 a 2020. No primeiro semestre de 2020, o valor encaminhado chegou a R\$ 277,29 milhões, reflexo do foco dado pela área técnica da ANS no saneamento de processos físicos. Com a maior assertividade dos casos notificados, a qualificação das análises de impugnações e recursos, bem como a atuação da Agência Reguladora sobre o relacionamento e orientação das operadoras, espera-se reduzir progressivamente a necessidade desse encaminhamento.



[Confira aqui a 10ª edição do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS](#)

ANS RECEBE ATÉ O DIA 23/10 SUGESTÕES PARA APRIMORAR NORMATIVA SOBRE MOVIMENTAÇÃO DE ATIVOS GARANTIDORES

ANS – 09/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) receberá até o dia 23/10 contribuições para a Consulta Pública sobre proposta de alteração da Instrução Normativa (IN) nº 54, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE). A IN dispõe sobre autorização prévia anual (APA) para livre movimentação dos ativos garantidores no rol de ativos financeiros permitidos pela Agência. O objetivo da Consulta Pública é recolher contribuições para melhoria da norma, simplificando o procedimento para que as operadoras possam movimentar os ativos garantidores de forma mais ágil, porém com a segurança necessária para tal tipo de operação.

A Consulta Pública teve início em 09/09, para ampla participação de toda a sociedade. [Clique aqui e confira os materiais para consulta sobre o tema.](#)

O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello, explica que, com o aprimoramento da Instrução Normativa, a ANS pretende chegar a um conceito de autorização anual para movimentação de ativos garantidores mais moderno, com modelo similar ao que a Superintendência de Seguros Privados (Susep) já utiliza, mas apenas para as operadoras com regularidade econômico-financeira. “É uma medida que moderniza o arcabouço de

regras prudenciais da ANS e busca a convergência com o que é praticado no país. Entendemos que o mercado de planos de saúde já apresenta maturidade, tanto do ponto de vista de robustez econômico-financeira, como em termos de governança, e o aprimoramento que estamos propondo vai nesse sentido, sem, no entanto, abrir mão da segurança das operações”, avalia o diretor.

“Toda vez que a operadora precisa trocar de um investimento para outro, precisa requisitar autorização à ANS para fazer o resgate e aplicar em uma alternativa. Isso acaba demandando tempo e esforço, tanto das operadoras como da ANS, e dificulta a gestão desses recursos. A agilização desse fluxo de trabalho, com a concessão de autorização prévia anual, dá maior autonomia, agilidade e eficiência na gestão de recursos financeiros destinados à cobertura das provisões técnicas, o que pode propiciar uma melhoria do resultado financeiro e fortalecimento do mercado”, complementa o diretor.

A IN DIOPE nº 54 entrou em vigor em maio de 2017 e estabelece as hipóteses para APA para livre movimentação dos ativos garantidores no rol de ativos financeiros permitidos pela Agência. Conforme a regra geral que trata do tema (RN nº 392/2015), a movimentação dos ativos garantidores de uma aplicação financeira para outra depende de autorização caso a caso. Com a IN nº 54, o processo se tornou mais célere ao estabelecer que os ativos podem ser geridos e trocados entre as diversas opções do mercado financeiro aceitas pela ANS mediante uma única autorização prévia anual. A IN enumera as condições e os critérios de elegibilidade para que a operadora receba a autorização

prévia anual, bem como as condições para a sua manutenção, e prevê o cancelamento da autorização diante de descumprimento de requisitos.

Com a proposta de alteração da normativa, a ideia é simplificar procedimentos e requisitos para a obtenção da APA. A proposição é fruto de Análise de Resultado Regulatório (ARR), iniciada em dezembro de 2019, e de pesquisa realizada com o mercado. Com a desburocratização, estima-se economia potencial em termos de carga administrativa para as operadoras. A carga administrativa é o custo que o setor regulado tem com o cumprimento de obrigações de informação previstas na legislação – como coleta, preenchimento de planilhas e formulários e produção de dados, exigências de notificações, envio de informações ao setor público ou a terceiros -, podendo ser definida também como o “custo da burocracia”. Internacionalmente, é considerado um indicador da qualidade e eficiência da regulação, elemento importante da análise de impacto regulatório.

A ANS esclarece, ainda, que não se deve confundir a autorização para movimentação com a liberação de ativos garantidores. A liberação significa o resgate e o não retorno do ativo para compor o lastro das provisões técnicas exigidas pela ANS. Já a autorização para movimentação mantém a necessidade de vínculo desse ativo garantidor à Agência, e a operadora deve sempre manter a regra de suficiência exigida para lastrear as provisões técnicas.

[Clique aqui e saiba mais sobre a autorização prévia anual.](#)

NOVA METODOLOGIA DA ANS NÃO GARANTE REDUÇÃO DOS AUMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS, DIZ IPEA

O Globo – 09/10/2020

A nova metodologia de reajuste de planos de saúde individuais ou familiares, que seria aplicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela segunda vez este ano, não fosse a suspensão por conta da pandemia, pode não ter o efeito esperado de reduzir os percentuais de aumentos anuais a partir do repasse dos ganhos de eficiência das operadoras e a redução da assimetria de informações entre empresas e consumidores.

É o que conclui nota técnica publicada, nesta sexta-feira, pelo Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (Ipea).

Segundo o estudo, a agência não utilizou a melhor variável para medir o índice de eficiência das operadoras. Ou seja, a capacidade das empresas de oferecerem o serviço de assistência à saúde com qualidade, menor custo e sem desperdício.

Na avaliação dos pesquisadores Eduardo Fiúza, Alexandre Marinho e Carlos Octávio Ocké-Reis, da maneira como foi desenhada, a metodologia não cria os incentivos corretos para

que as empresas que têm um maior nível de eficiência em suas operações continuem melhorando, pelo contrário.

Segundo o documento, a ANS, em certo sentido, deturpou o conceito de eficiência a ser aplicado nos planos individuais ao optar por calculá-lo a partir dos custos dos contratos coletivos. A regra, destaca o texto, baseia-se numa comparação de preços e não de desempenho.

Além disso, os pesquisadores lembram que os planos de saúde coletivos – que representam 80% do mercado e servem como parâmetro para o reajuste dos planos individuais – não têm aumento regulado pela ANS.

Do jeito que está desenhado, para parte das empresas, há um incentivo a ineficiência. Seria preciso calcular o fator de eficiência pelas empresas de melhor desempenho ou por grupo de companhias. Na verdade para tornar o setor mais eficiente seria preciso olhar toda a cadeia – ressalta Fiúza.

Para Ocké-Reis, os custos do setor são uma questão de Estado. Ele reforça que seria necessário olhar para os valores praticados por prestadores de serviços, como hospitais e clínicas:

– Isso não necessariamente deveria ser visto pela ANS, mas parametrizado pelo Ministério da Saúde, de forma que a agência tivesse informações de custos e pudesse acompanhar essa evolução. A visão da cadeia ajudaria a estabelecer melhor parâmetros de eficiência.

Na avaliação de Ocké-Reis, para ver o efeito da aplicação do modelo seria necessário fazer um exercício a partir dos dados dos últimos cinco anos:

– Na econometria é assim que construímos cenários. Seria preciso calibrar melhor o fator de eficiência de forma a não prejudicar as empresas de menor estrutura por um lado, mas por outro garantir que os ganhos de eficiência sejam de fato repassados por preços o que poderia reduzir os índices de reajuste – diz o economista.

A ANS, por sua vez, lembra que, em 2019, primeiro ano de aplicação da metodologia, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) foi reduzido de 8,13% para 7,35% “em razão exclusivamente da adoção do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) em sua fórmula do reajuste”.

Ainda segundo a reguladora, na nova metodologia, definida em dezembro de 2018, o FGE é calculado a partir de um parâmetro da Variações de Despesas Assistenciais (VDA) das operadoras com o objetivo de incentivá-las a apresentar ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais, o

que os pesquisadores consideram que não é a alternativa mais adequada para medir eficiência do setor.

A agência pondera, no entanto, que o FGE estabelece como parâmetro de eficiência uma medida de afastamento em relação à tendência central da variação das despesas assistenciais. Segundo a ANS, quanto maior a VDA das operadoras acima da tendência central do setor maior é o FGE.

A ANS explica que a VDA é uma média ponderada, e portanto o FGE limita a influência das variações mais afastadas do comportamento médio do setor no resultado do índice de reajuste. A reguladora destaca ainda que até a definição dessa metodologia, houve amplo debate com a sociedade, e que foram analisadas alternativas, inclusive citadas pelos autores na nota técnica.

A ANS explica que diante “da complexidade e da falta de consenso na definição da função de produção de uma operadora de plano de saúde suscitariam a definição de outra alternativa para o FGE”.

E ressalta que a resolução que regulamentou a nova metodologia (RN 441/18), prevê uma revisão metodológica quadrienal, que deverá ocorrer entre 2021 e 2022, quando novas alternativas poderão ser avaliadas.

A ANS diz ainda “que todos os dados utilizados na atual metodologia são públicos, sendo possível reproduzi-la ou elaborar estudos que apresentem novas soluções para o FGE com as informações disponibilizadas anualmente pela ANS em seu site ou no Portal Brasileiro de Dados Abertos.”.

ROL DE PROCEDIMENTOS: ANS INICIA CONSULTA PÚBLICA PARA REVISÃO DA LISTA DE COBERTURAS DOS PLANOS DE SAÚDE

ANS – 08/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) inicia nesta quinta-feira (08/10) consulta pública para atualizar a lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde. A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS. Os procedimentos são atualizados para garantir aos beneficiários de planos de saúde o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos de segurança e eficiência comprovados.

Os documentos relacionados à Consulta Pública nº 81 estão disponíveis no site da ANS - confira aqui. O recebimento das contribuições ocorre no período de 08/10 a 21/11, exclusivamente por meio dos formulários eletrônicos disponibilizados na página.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada

em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, e para aqueles que foram adaptados à lei. Atualmente, a lista conta com 3.336 itens, que asseguram tratamento às doenças e problemas relacionados à saúde que constam na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para este ciclo de atualização, estão sendo submetidas à apreciação da sociedade 185 recomendações preliminares para as propostas de atualização do Rol - entre tecnologias em saúde (medicamentos e procedimentos), alterações de termos descritivos e ajustes em Diretrizes de Utilização (DUTs). Essas propostas passaram inicialmente por análise de elegibilidade e depois foram amplamente debatidas em 27 reuniões técnicas promovidas pela ANS, com a participação dos membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), os autores das sugestões e representantes de entidades do setor.

A consulta pública é aberta a toda a sociedade. Os interessados podem contribuir com o texto da minuta de

Resolução Normativa, com as recomendações relacionadas às propostas de procedimentos, medicamentos e de alteração de termo descritivo. As incorporações extraordinárias, já realizadas ao longo do ano em razão da pandemia do novo Coronavírus e regulamentadas pelas Resoluções Normativas nº 453/2020, 457/2020, e 460/2020 também estão sendo submetidas à consulta pública para receber contribuições que possam aprimorar a cobertura assistencial vigente. Para cada um desses cinco itens há um formulário específico e o interessado tem as seguintes opções: concordo, discordo ou concordo parcialmente, apresentando as justificativas dessa opinião.

Clique aqui e confira a nota técnica contendo a lista completa das recomendações preliminares para as propostas de atualização do Rol.

Ao final do período da consulta pública, as sugestões serão analisadas e consolidadas pela área técnica e passarão por deliberação da diretoria da ANS. Depois de concluídas todas essas etapas, a Agência publicará a Resolução Normativa que definirá a nova lista de coberturas mínimas obrigatórias que irá vigorar a partir de março do ano que vem.

“Consultas públicas são discussões de temas relevantes, abertas a toda a sociedade, em que a ANS busca subsídios para o processo de tomada de decisão. Esperamos, assim, tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes”, explica o diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel. “Para esta consulta Pública, que objetiva atualizar lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde, aguardamos uma ampla participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade - como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado. Dessa forma, buscamos assegurar a maior pluralidade possível nesse processo que é tão importante para os beneficiários e para o setor como um todo”, destaca. Sobre o processo de revisão do Rol

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias em saúde (regulamentada pela RN nº 439/2018), bem como

a definição de regras para sua utilização, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol. O período regular de atualização ocorre a cada dois anos, contudo, a ANS também realiza incorporações extraordinárias, quando necessário.

O atual ciclo de revisão iniciou em dezembro de 2018. Em seguida, a ANS abriu a primeira etapa de participação da sociedade, com o recebimento de propostas via formulário eletrônico (FormRol). Na sequência, foi feita a análise de elegibilidade das sugestões encaminhadas, seguida da análise técnica, em que foram verificadas as evidências clínicas, avaliação econômica e análise de impacto orçamentário. Ao final dessa criteriosa avaliação, foram elaboradas as recomendações técnicas que estão sendo agora submetidas à consulta pública.

Para se chegar a essa lista de recomendações preliminares colocadas em discussão, a ANS analisou um conjunto robusto de informações, dentre as quais evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde, estudos de avaliação econômica em saúde e análise de impacto orçamentário das propostas. Todos esses dados são relevantes para o processo de decisão sobre a incorporação de uma tecnologia em saúde, visto que os impactos da inclusão de procedimentos no Rol se refletem nos custos do setor. Isso ocorre devido às características do sistema mutualista, que depende da contribuição de todos para benefício individual de cada um dos contribuintes.

Todas as etapas, o cronograma e as gravações das reuniões técnicas realizadas ao longo desse período de discussões para atualização do ciclo 2019/2020 estão disponíveis para consulta no site da ANS. [Clique aqui.](#)

Recomendações por tipo de tecnologia em saúde:

- Recomendações relacionadas a procedimentos: 86
- Recomendações relacionadas a medicamentos: 75
- Recomendações relacionadas à alteração de termo descritivo: 24.

BOFA RETOMA COBERTURA DE SETOR DE SAÚDE, RECOMENDANDO COMPRA DE QUALICORP E HAPVIDA

Seu Dinheiro - 08/10/2020

Para Notre Dame Intermédica e Odontoprev a recomendação do banco é neutra.

O Bank of America (BofA) voltou a acompanhar as empresas do setor de saúde da bolsa brasileira e está orientando a compra das ações de Qualicorp e Hapvida, enquanto para Notre Dame Intermédica e Odontoprev a recomendação é neutra.

Confira abaixo as teses de investimento elaboradas pelo analista Roberto Otero, responsável pelo segmento no banco americano, para justificar as recomendações:

Qualicorp

O analista avalia que a Qualicorp (QUAL3) mudou muito, e para melhor, ao longo de um ano. Com a Rede D'Or São Luiz se ganhando relevância no capital social, a empresa mudou sua estratégia, visando crescimento e inovação. Ele elogiou

o fato de a empresa estar diversificando seus produtos e realizando mais investimentos, visando elevar suas margens.

A governança corporativa também passou por uma reformulação, depois de alguns escândalos envolvendo a alta cúpula. “Nós acreditamos que estas mudanças posicionam a Qualicorp para um caminho brilhante indo adiante”, diz trecho do relatório.

Além da recomendação de compra, o BofA divulgou o preço-alvo dos papéis, de R\$ 50,00, o que representa um potencial de alta de 60,8% em relação ao valor em que fecharam o pregão de quarta-feira (7).

Hapvida

As ações da Hapvida (HAPV3) também receberam orientação de compra do banco, com preço-alvo de R\$ 77,00, o que representa uma possibilidade de valorização de 22,2%.

Citando a transição da companhia de um forte nome no Nordeste para um grande player do setor de saúde no âmbito nacional, o analista afirma que a operadora deve continuar expandindo graças a seu modelo de negócios baseado na verticalização de serviços, que permite entregar margens elevadas.

O BofA projeta que a Hapvida registrará uma taxa de crescimento composta anual (CAGR, em inglês) de 11% do lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês), puxado não apenas pelas operações, mas também por ganhos de participação de mercado, a integração de ativos adquiridos e geração de caixa robusta.

Notre Dame Intermédica

Assim como a Hapvida, a Notre Dame Intermédica tem um dos melhores modelos de negócios do setor de saúde do Brasil, também baseado na verticalização.

A recomendação neutra é justificada no fato de o analista do BofA ver as ações em patamares muito altos, já refletindo a perspectiva de crescimento dos negócios. O preço-alvo de R\$ 73,00 representa um potencial de alta de 13%.

“Em nosso modelo, vemos a [ação da] Notre Dame Intermédica sendo negociada a 21 vezes o Ebitda de 2021 e 38 vezes o lucro por ação ajustado, o que entendemos como justo, dado os fundamentos [da empresa] e as expectativas de crescimento”, diz trecho do relatório.

Odontoprev

Maior operadora de planos de saúde odontológicos do País, a Odontoprev recebeu recomendação neutra para as suas ações, com preço-alvo de R\$ 14,00, um potencial de alta de 12%.

Para o analista, a empresa apresenta bons fundamentos olhando para o longo prazo, como liderança de mercado e uma ampla rede de atendimento dentro de um mercado ainda pouco explorado.

No curto prazo, porém, o desempenho deve ser afetado pelo índice ainda baixo de criação de empregos, uma vez que os serviços da companhia são considerados menos essenciais que os de outros nomes de saúde. Este cenário deve manter os resultados baixos indo adiante.

“As ações acumulam baixa de 20% no ano por conta de preocupações relacionadas ao portfólio e dinâmica de preços”, diz trecho do relatório.

SUSPENSÃO DO REAJUSTE: VEJA COMO DEVER SER FEITO O TRATAMENTO CONTÁBIL DO REAJUSTE SUSPENSO DAS CONTRAPRESTAÇÕES

ANS – 08/10/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece às operadoras de planos de saúde sobre o tratamento contábil do reajuste suspenso das contraprestações no período de setembro a dezembro de 2020. O objetivo é orientar as empresas, tendo em vista a suspensão da aplicação dos reajustes por variação de custos (anual) e por mudança de faixa etária, medida determinada pela ANS na 16ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada realizada no dia 21/08/2020.

Confira abaixo os esclarecimentos:

Reajuste por faixa etária

Em todos os casos de reajuste por faixa etária ocorridos em 2020, há aplicação da suspensão. O valor descontado dos boletos de setembro a dezembro de 2020 deverá ser contabilizado em conta do Ativo* até sua efetiva recomposição em 2021.

Reajuste anual

Planos individuais/familiares:

Não houve reajuste anual autorizado pela ANS em 2020 para os contratos com aniversários a partir de maio de 2020. Os contratos que sofreram reajuste anual este ano são aqueles

com aniversário de janeiro a abril de 2020, sobre os quais incidiu o índice autorizado em 2019 (portanto, não alcançados pela suspensão). Em ambos os casos, quando considerado apenas o reajuste anual, não haverá modificação dos boletos emitidos de setembro a dezembro. Logo, não há alteração de lançamento contábil.

Planos coletivos (adesão ou empresarial) com menos de 30 vidas (RN nº 309, "pool" de risco):

Para aqueles com aniversário de janeiro a abril de 2020, o reajuste anual aplicado é dado com base no índice divulgado em 2019 (portanto, não alcançados pela suspensão). Logo, não há alteração dos boletos, nem do lançamento contábil.

Para aqueles com aniversário de maio a dezembro de 2020, o índice referente a 2020 já foi divulgado (índice das próprias operadoras, RN 309). Estes terão desconto no boleto. O valor descontado deverá ser contabilizado em conta do Ativo*, até sua efetiva recomposição em 2021.

Planos coletivos por adesão, com 30 vidas ou mais:

Todos os planos coletivos por adesão com 30 vidas ou mais terão suspensão de reajuste anual. Logo, haverá desconto no

boleto, podendo a operadora registrar a parcela correspondente ao reajuste anual não cobrado em conta do Ativo*, até sua efetiva recomposição em 2021.

Planos coletivos empresariais com 30 vidas ou mais:

Para aqueles em que os reajuste anual foi negociado antes da medida de suspensão, não haverá modificação dos boletos. Logo, não há alteração de lançamento contábil.

Para aqueles em que o reajuste anual foi ou será negociado após o início da suspensão (as negociações deverão seguir em curso normalmente) haverá desconto no boleto, podendo a operadora registrar a parcela correspondente ao reajuste anual não cobrado em conta do Ativo*, até sua efetiva recomposição em 2021.

* O registro no Ativo da parcela correspondente ao reajuste não cobrado deve ser efetuado na conta 1239X2088 a débito, com contrapartida à crédito na conta de receita de contraprestações correspondente à modalidade do plano.

[Saiba mais.](#)

COPARTICIPAÇÃO É TENDÊNCIA NOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS

Correio Braziliense – 07/10/2020

Em três anos, número de empresas que optam pela modalidade cresceu 13%.

Pesquisa realizada pela Aliança de Saúde Populacional (Asap) em parceria com a Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH) revelou um crescimento de 13% na modalidade coparticipação dos planos de saúde empresariais entre 2017 e 2020. Por meio da metodologia de enquete, foram ouvidas empresas de pequeno, médio e grande porte, nacionais e multinacionais. O estudo tinha por objetivo saber como as empresas vêm atuando em relação à gestão de saúde corporativa.

Pelos dados apresentados na pesquisa é possível perceber que, mesmo antes da pandemia, a modalidade coparticipativa já era tendência no meio empresarial. Em 2017, 59% das empresas adotavam essa categoria e, em 2020, subiu para 72%. A análise mostra também que 81% das corporações entendem a importância da saúde em suas organizações como média ou alta. Ainda assim, 83% acreditam que não conseguirão evitar aumento nos custos com saúde.

O presidente da Asap, Ricardo Ramos, diz que esse modelo de plano de saúde faz com que o trabalhador seja mais coerente na maneira como utiliza o benefício. "Ele empodera o trabalhador, o colaborador ou seu familiar, na tomada de decisão e também o responsabiliza sobre como ele está

conduzindo sua saúde e o consumo dos recursos disponíveis na rede. O incentivo da coparticipação tenta equilibrar um pouco essa utilização para que ela não seja feita de maneira tão desenfreada buscando de alguma forma uma sustentabilidade maior no longo prazo", explica.

Quando questionadas sobre medidas tomadas para conter custos com saúde, 53,9% das empresas que participaram da pesquisa, em 2017, disseram optar por coparticipação. Em 2020, esse número passou para 61,9%.

A pesquisa diz quem "em sua maioria, as empresas afirmam que se utilizam de estratégias e programas para melhoria da saúde, adotando processos e indicadores. Contudo, na prática, o que prevalece é a utilização da coparticipação e do sistema contributivo para os colaboradores, que são somente medidas de redução de custos".

Ricardo esclarece que essa é uma medida administrativa adotada pela empresa, mas não gera, necessariamente, vantagens para a companhia. "Essa é uma tendência de mercado que já vinha sendo colocada em prática. No fundo, isso mostra que em um longo prazo nós não estamos conseguindo dar relevância para a gestão dos riscos populacionais envolvida nesse plano de saúde". O presidente da Asap também explica que essa é uma tendência que vem desenhando nos últimos cinco anos no Brasil.

Como funciona

Planos de saúde com coparticipação costumam ter mensalidade mais baixa quando comparados a planos tradicionais. Isso acontece porque o usuário paga, além da cobrança mensal, uma parcela do atendimento.

Entre os serviços cobrados estão: consultas médicas, exames simples, exames especializados e internações.

A taxa a ser paga pode ser um valor fixo ou uma porcentagem do preço total do serviço utilizado. De acordo com a Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a operadora só está proibida de cobrar o valor integral do procedimento, pois estaria dificultando o acesso do consumidor ao plano de saúde.

“A legislação brasileira não permite que a coparticipação aconteça em eventos hospitalares, bem como tem um limitador no valor mensal dessa coparticipação, porque, do contrário, isso pode impactar de maneira muito significativa no salário das pessoas”, esclarece Ricardo.

CORONAVÍRUS: CONHEÇA AS TECNOLOGIAS QUE ESTÃO AJUDANDO NO COMBATE À PANDEMIA

Portal Saúde Business - 07/10/2020

Cloud computing, aplicativos, hospitais digitais, telemedicina e entre outras soluções vem fazendo muita diferença para os negócios e para a população em geral

O setor de tecnologia tem oferecido diversas soluções para combater a Covid-19. Um exemplo disso, a computação em nuvem (em inglês, cloud computing) possibilitou que os hospitais de campanha, estruturas montadas em um curto período de tempo em diferentes regiões do território brasileiro, tivessem seus sistemas operando em poucas semanas, conforme avalia o diretor de Serviços e Tecnologia da Indyxa, empresa especializada em infraestruturas para missão crítica, Rodrigo Luchtenberg.

“Com essa tecnologia se amplia a capacidade instalada das unidades hospitalares, de forma escalável, aumentando a capilaridade do atendimento à doença. Além disso, o hospital digital, por exemplo, é pauta dos gestores de instituições de saúde de todo o mundo. E, para que isso aconteça, muita tecnologia precisa ser investida nesta jornada de transformação, desde a implantação de sistemas aderentes às necessidades de cada negócio, bem como a infraestrutura que suportará o crescimento desta instituição. Diante disso, a computação na nuvem veio para disponibilizar os sistemas em uma infraestrutura escalável, que pode aumentar o poder de processamento conforme a demanda da entidade”, diz.

Porém, para que um hospital digital funcione, é fundamental garantir a continuidade do negócio. “A interoperabilidade da informação do paciente que passa pelos diversos consultórios, clínicas de exames e outras áreas das instituições de saúde é um sonho que só é realizado se a tecnologia for orquestrada da melhor forma possível. Portanto, a tecnologia é a única capaz de trazer as evoluções que a saúde precisa”, aponta Luchtenberg.

O especialista revela que outro ponto importante é a informação. “Hoje em dia, a internet se tornou um dos principais meios de compartilhamento de dados, além de aplicativos com o propósito de conter o avanço do Coronavírus. As soluções possuem desde funcionalidades de

agendamento de consultas em caso de suspeita da doença, até finalidades que informam como evitar uma possível contaminação, levando para a população aspectos importantes da pandemia. Sem falar na tecnologia aplicada à saúde, que ajuda na rápida identificação do diagnóstico desta doença em casos suspeitos”, destaca o diretor de Serviços e Tecnologia.

Telemedicina

Outro recurso tecnológico que ganhou mais força em tempos de Coronavírus foi a telemedicina, solução que é uma das ações adotadas pelas instituições de saúde para ajudar no combate da Covid-19 no Brasil. Segundo Luchtenberg, a tecnologia contribui para diminuir o fluxo de pessoas nas unidades de saúde e ajuda os profissionais da saúde a monitorarem os pacientes diagnosticados com o Coronavírus, avaliando e dando orientações para as pessoas. “Além disso, a telemedicina também auxilia os pacientes que possuem alguma doença crônica, evitando que essas pessoas sejam expostas ao vírus”, comenta.

Proteção de Dados

Entretanto, é importante lembrar que, mesmo a tecnologia sendo uma importante aliada no combate ao Coronavírus, é necessário ficar atento para não ferir a proteção de dados individuais, elemento essencial da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). “A proteção de dados sempre precisou existir, mesmo antes da atual pandemia. O cuidado com o fluxo da informação dos usuários que manipulam os dados de pacientes é feito por meio de processos bem implantados e de sistemas de informação que atendam as necessidades de cada instituição hospitalar. Ou seja, não é somente papel da tecnologia proteger os dados sensíveis dos usuários atendidos, mas sim de todas as pessoas que manipulam esses dados”, ressalta Rodrigo.

Para Luchtenberg, em meio ao cenário da pandemia do Coronavírus fica mais difícil instituir um processo completo que protege a informação, principalmente, diante do cenário

de que se está tentando salvar o maior número de vidas possível. “Porém, no que se refere à responsabilidade dos sistemas de informação, já existem vários mecanismos de proteção aos dados para que este vazamento não ocorra. E, portanto, a tecnologia pode muito ajudar nisso, mas será sempre uma responsabilidade compartilhada com os usuários que a manipulam”, lembra o especialista.

Rodrigo ainda ressalta que o investimento em tecnologia sempre foi e sempre será importante, mesmo depois que a

pandemia acabar. “No contexto do Coronavírus, os investimentos servem, principalmente, para possibilitar às empresas disponibilizar o trabalho remoto de seus colaboradores. Contudo, o foco do investimento será na transformação que o mercado sofrerá por conta deste evento global de pandemia”, conclui o Diretor de Serviços e Tecnologia da Indyxa, Rodrigo Luchtenberg.

QUEBRA DOS CONTRATOS EM SAÚDE ENCARECE PLANOS E PREJUDICA OS PACIENTES

IESS - 07/10/2020

O excesso de judicialização da saúde brasileira tem preocupado Estado, operadoras de planos, profissionais do Direito e da Saúde, gestores e a população como um todo. Isso porque o grande número de liminares concedidas no país obrigando as empresas a realizarem procedimentos que nem sempre estão previstos nos contratos dos beneficiários tem causado um perigoso desequilíbrio no mercado. Esse é o entendimento dos participantes do terceiro encontro da “Jornada Jurídica da Saúde Suplementar”, que realizamos em conjunto com o Colégio Permanente de Diretores de Escolas Estaduais da Magistratura (Copedem). O evento online foi transmitido pelos canais do YouTube do IESS e do Consultor Jurídico (ConJur).

O encontro “Mutualismo e equidade em planos de saúde: princípios e busca por equilíbrio” teve a participação do ministro João Otávio de Noronha, do Superior Tribunal de Justiça (STJ); de Raquel Marimon, diretora do Instituto Brasileiro de Atuária e CEO da Prospera Consultoria; do desembargador Marco Villas Boas, presidente do Copedem e diretor geral da Esmat; e de José Cechin, superintendente executivo do IESS.

“O mutualismo tem uma solidariedade limitada a uma responsabilidade”, aponta o ministro Noronha. “O não cumprimento de regras ameaça o equilíbrio econômico do contrato e pode gerar um aumento das mensalidades e, conseqüentemente, a elitização dos planos de saúde, dificultando o acesso para quem precisa”, continua. Segundo ele, esse movimento pode ser um desastre para os mais carentes porque os preços são calculados em cima do risco de cada consumidor, mas o risco judicial não está na conta.

Reforçando os pontos colocados pelo ministro, José Cechin, do IESS, reiterou que o equilíbrio do setor de saúde

complementar existe quando os custos são repartidos de maneira proporcional ao risco entre os beneficiários, o que justifica a divisão dos preços por faixa etária entre os planos. “Não é possível fornecer tudo para todos o tempo inteiro. As concessões individuais afetam o equilíbrio porque não foram previstas nos cálculos atuariais que determinam o preço das mensalidades”, aponta o especialista.

“O desafio do mutualismo é tornar as incertezas individuais em certezas coletivas. Toda vez que uma decisão individual é tomada em detrimento do coletivo, afeta o equilíbrio do todo”, aponta Raquel Marimon. Ela ainda lembrou do importante debate sobre a incorporação de tecnologias à saúde – tema de encontro anterior da Jornada. “É fundamental que toda a incorporação seja acompanhada da análise de impacto econômico de forma mais intensa. Hoje, esse impacto é discutido depois da incorporação. E não antes, como deveria ser”, completa.

Para ela, o setor tem avançado em diferentes aspectos e debates, mas ainda levará um tempo para mudanças mais sistêmicas e profundas, como da mudança de modelo de remuneração dos serviços em saúde. “Hoje se remunera pelo volume de procedimentos e não pelo benefício para a saúde do paciente”, conclui.

“No Brasil, temos cerca de 47 milhões de pessoas com planos de saúde. Adicione esse montante ao SUS e veja o que acontece. Nosso dever é zelar para que as instituições cumpram seu papel, temos de zelar pelo equilíbrio econômico”, enfatiza o ministro João Otávio de Noronha.

Os eventos anteriores da Jornada Jurídica da Saúde Suplementar podem ser acessados pelos canais do IESS no [Facebook](#) e [YouTube](#) e do [ConJur](#)..

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