

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde e hospitais começam ano com onda de fusões](#) - Fonte: O Globo

['Planos de saúde só interagem para mandar boleto ou negar cobertura', critica especialista em direito do consumidor](#) - Fonte: O Globo

[Planos de saúde encerraram 2020 com saldo positivo na modalidade médico-hospitalar](#) - Fonte: Saúde Business

[Espírito Santo tem o maior número de beneficiários desde 2015](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde 100% mineiro chega ao mercado](#) - Fonte: Diário do Comércio

[A vacinação obrigatória da covid-19 e seus efeitos nos planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

[Unitedhealth desiste de vender plano da Amil](#) - Fonte: Valor Econômico

[SulAmérica \(SULA11\) vai emitir R\\$ 700 milhões em debêntures](#) - Fonte: Suno Notícias

[ANS publica plano de gestão 2021](#) - Fonte: ANS

[Planos de saúde criam alternativas para consumidor manter benefício](#) - Fonte: Agência Brasil

PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS COMEÇAM ANO COM ONDA DE FUSÕES

O Globo – 19/01/2021

Laboratórios querem usar horários e espaços 'vazios' para diversificar serviços. Redes hospitalares miram interior.

RIO - Impulsionado pela pandemia, o setor de saúde vive nova onda de consolidação. O objetivo é ganhar escala para fazer frente a uma revolução tecnológica antecipada pela crise do coronavírus, com expansão do atendimento por telemedicina e foco em procedimentos que buscam detectar o risco de o paciente desenvolver doenças graves — e, com isso, tratá-las antecipadamente.

Em um setor ainda fragmentado, multiplicam-se as operações de fusões e aquisições, que buscam enfrentar a pressão de

custos no setor. Uma única consultoria relatou estar envolvida em nove operações do tipo.

Na avaliação de empresários e economistas, há espaço para ganhar mercado. Em um país com mais de 200 milhões de habitantes, apenas 47 milhões contam com a cobertura da saúde suplementar. Segundo Marco Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), é possível alcançar 70 milhões.

Outro foco é melhorar os serviços hospitalares em cidades médias, mercado nem sempre contemplado por grandes grupos.

'PLANOS DE SAÚDE SÓ INTERAGEM PARA MANDAR BOLETO OU NEGAR COBERTURA', CRÍTICA ESPECIALISTA EM DIREITO DO CONSUMIDOR

O Globo – 19/01/2021

Para Juliana Pereira, presidente do IPS Consumo, ainda não dá para avaliar se movimento de consolidação é bom ou ruim para o consumidor.

RIO - Para a advogada Juliana Pereira, presidente do instituto IPS Consumo, ex-titular da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) e ex-executiva do setor de saúde, o efeito do movimento de consolidação ainda é uma incógnita para o consumidor. Até o momento, diz, não há efeito positivo em preço ou qualidade do serviço.

A consolidação reduz a concorrência? Prejudica de alguma forma o consumidor?

É um alerta para as autoridades avaliarem mercados relevantes. Imagino que as autoridades antitruste no Brasil estejam acompanhando e as companhias estejam atuando dentro dos limites da lei de concorrência.

As mudanças geram expectativa, principalmente, para quem paga a conta, e o usuário da saúde privada paga a conta duas vezes: a do sistema público, pelos impostos, e a do privado, via boleto. Ainda não dá para avaliar se é bom ou ruim para o consumidor. Ele só vai perceber isso em duas interações: preço e qualidade.

Quais são as demandas do consumidor?

As empresas falam em ganhos de eficiência, redução de custo, uso de inteligência. Mas há muitas perguntas: o custo mais baixo, vai diminuir reajuste? Qual a expectativa legítima de quem paga a conta no final? Com mais conexão, maior uso de inteligência, o setor vai agir de forma mais preventiva? Será mais ágil nas autorizações? Vai aumentar a cobertura? Hoje, as empresas só tem dois momentos de interação com o consumidor: o boleto de pagamento e na negativa de cobertura.

E se a expectativa do consumidor não for cumprida?

Se o consumidor não percebe a qualidade e essa eficiência não é repassada pra ele, aumenta o conflito e consequentemente a judicialização.

Há espaço para pequenas empresas?

Há start-ups surgindo. Como aconteceu no setor financeiro, a saúde suplementar vai caminhar para isso. Não adianta as empresas se juntarem só do ponto de vista econômico, pois as menores podem vir e encantar os clientes. A pandemia abriu a possibilidade de se conectar a outros modelos de produtos e serviços.

PLANOS DE SAÚDE ENCERRARAM 2020 COM SALDO POSITIVO NA MODALIDADE MÉDICO-HOSPITALAR

Saúde Business – 18/01/2021

Os planos de saúde fecharam 2020 com um saldo positivo de mais de 600 mil novas vidas cobertas na modalidade médico hospitalar, segundo dados da Federação Nacional de Saúde

Suplementar (FenaSaúde) – um final de ano com resultados superiores ao começo.

O balanço demonstra um crescimento de 1,3% para o segmento, e totaliza cerca de 47,6 milhões de beneficiários. Até novembro, segundo o dado mais recente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o saldo positivo acumulado foi o de 350 mil novas vidas.

Para Rodrigo Felipe, presidente do Grupo First e idealizador da You Saúde – a nova operadora de planos de saúde de Belo Horizonte –, o balanço positivo em meio à crise provocada pela pandemia do novo coronavírus representa a valorização dos planos de saúde como plataformas fundamentais para a manutenção da qualidade de vida da população.

Lançada em meio à pandemia e pouco antes do fim de 2020, a You Saúde já sentiu um crescimento expressivo nos primeiros meses de atuação. Os resultados positivos da organização em 2020 incluem o cadastro da melhor rede credenciada de Belo Horizonte, o início das vendas de produtos com uma antecipação de 2 meses e a busca por novas praças para atuação.

Rodrigo Felipe explica que a boa aceitação em um período tão conturbado se deve à facilidade que um plano de saúde

totalmente digital proporciona aos clientes. "Especialmente, em um momento no qual sair de casa representa um risco, enfrentar as longas filas das operadoras tradicionais não é mais uma opção. Neste sentido, um plano cujos processos são realizados de forma totalmente online, chega para oferecer mais conforto e segurança para a população", avalia.

Tendo como base o resultado expressivo em pouco tempo de atuação, o empresário prevê um crescimento exponencial da operadora em 2021. "Esperamos ao longo deste ano iniciar trabalhos em mais 5 cidades, além de figurar entre as 10 maiores operadoras do Brasil e construir uma abrangência nacional", adianta.

Para 2021, o principal projeto engatilhado da You Saúde é o "Side By Side", um programa de vantagens e um canal de comunicação que tem como foco a aproximação entre médico, hospital, prestador de serviço e parceiros. "Queremos ouvir e estar mais próximos de hospitais, clínicas e prestadores, para que assim o beneficiário se sinta assistido por quem realmente entende de saúde", explica.

ESPÍRITO SANTO TEM O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DESDE 2015

IESS – 17/01/2021

Você deve ter visto aqui que o setor de saúde suplementar registrou alta de beneficiários pelo quinto mês consecutivo e atingiu a marca de 47,3 milhões de pessoas, avançando 0,7% no período de 12 meses encerrado em novembro de 2020. Agora, a nossa Análise Especial traz dados relativos ao estado do Espírito Santo.

Em novembro de 2020, o Estado atingiu 1,1 milhão de beneficiários de planos médico-hospitais. O maior resultado desde setembro de 2015. Na comparação com o mês anterior, houve aumento de 8,2 mil beneficiários, o sexto crescimento mensal consecutivo.

Na análise por faixa etária, a unidade federativa também sentiu o impacto que a Covid-19 causou no número de beneficiários em todo o País. Os vínculos de 0 a 18 e 19 a 58 anos apresentaram redução de beneficiários durante os meses iniciais da pandemia (entre maio e junho de 2020). A partir do mês de julho, passou a registrar crescimento mensal consecutivo para essas duas faixas.

Curioso notar que houve aumento de 3,5% entre os beneficiários com 59 anos ou mais de idade no intervalo entre novembro de 2020 e o mesmo mês do ano anterior o que equivale a 5,3 mil vínculos. Esse movimento se deve a dois fatores: por um lado, há a maior preocupação dos idosos com

a sua saúde, de outro, a migração dos beneficiários com 58 para 59 anos de idade, seguindo uma tendência histórica e nacional.

Mesmo com os impactos da pandemia, o mercado de trabalho local seguiu em desenvolvimento. Segundo o Caged, em novembro de 2020, o estado teve o melhor resultado do ano, com 32.203 admissões e 21.122 demissões, saldo de 11.081 novos postos de trabalho com carteira assinada – influenciado, principalmente, pelo comércio e indústria (que historicamente, costumam ofertar o benefício do plano de saúde para seus colaboradores).

Com isso, os planos coletivos empresariais registraram alta de 2,0%, com mais de 15 mil novos beneficiários. O número de vínculos com planos individuais/familiares também ganha destaque. O crescimento de 3,6% no período de 12 meses, foi resultado de mais de 4,4 mil novas vidas.

Para quem perdeu, também falamos do setor de planos odontológicos aqui.

Quer ver os dados completos com tabelas e gráficos? Acesse aqui a nova Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários.

PLANO DE SAÚDE 100% MINEIRO CHEGA AO MERCADO

Diário do Comércio – 16/01/2021

O mercado de planos de saúde anda agitado, assim como todo o setor de saúde, em virtude da pandemia. Ao mesmo tempo que notícias de fusões e aquisições são divulgadas, em Belo Horizonte mais uma operadora nasceu no fim do ano passado: a You Saúde. Membro do Grupo First, ela nasce com autorização para atuar na Capital e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e já mira outras praças como: Uberlândia (Triângulo Mineiro), Sete Lagoas (região Central), Vitória (ES), Campinas (SP), Cuiabá (MT) e Recife (PE).

De acordo com o administrador e gestor comercial da operadora de planos de saúde da You Saúde, Lucas Vilela, planejar uma operadora não é tarefa fácil e demanda muito tempo. As primeiras conversas sobre a You Saúde aconteceram em 2015, mas apenas em 2019 a decisão foi tomada. Em janeiro de 2020, ainda antes da pandemia, foi feito o alinhamento estratégico e desenhado o modelo de negócio para que a ideia saísse definitivamente do papel. Em março, porém, veio a pandemia. A situação inédita, que poderia paralisar o investimento, deu senso de urgência à iniciativa.

“Quando todos acham que algo não deve ser feito é hora de perguntar ‘por que não?’. Nunca se falou em saúde como hoje, então pensamos no que poderíamos fazer de diferente do que existe no mercado. Não temos inovação há mais de dez anos, não temos uma nova operadora por esse mesmo período no mercado mineiro. Percebemos uma grande oportunidade nisso tudo. Somos a única operadora 100% mineira, além da Unimed BH, que é uma cooperativa”, relembra Vilela.

Para o executivo, o sucesso de uma operadora começa pela parceria com os médicos e outros profissionais do setor. São eles que indicam serviços em saúde, portanto, não podem ser maltratados. A partir disso, oferecer o melhor serviço possível para os clientes que exigem, por sua vez, uma rede de atendimento ampla e confiável.

A operadora já conta com mais de 15 hospitais credenciados, entre eles a Rede Materdei, o Soccor, o Hospital Belo Horizonte e o Hospital Felício Roxo. “Eu prestando um bom serviço para o consumidor e tratando o médico com o mesmo respeito, terei sucesso. Trabalhamos com todos os públicos. Nosso perfil é dedicado às classes C e D e pequenas e médias empresas. Todos os nossos planos são no modelo de coparticipação. Assim conseguimos oferecer mensalidades mais baratas e a pessoa paga efetivamente por aquilo que usar”, explica o gestor comercial da You Saúde.

Meta – A meta para até o fim do ano é conquistar 50 mil clientes, mesmo enfrentando as gigantes, as clínicas populares e os cartões de descontos voltados para serviços de saúde que começam a se popularizar no Brasil.

“Acredito que exista mercado para todos esses modelos coexistirem. Os cartões e as clínicas tiveram papel importante na democratização do acesso. Os planos têm a vantagem das redes de referência, a integralização dos prontuários e o atendimento emergencial, que as clínicas e cartões não oferecem”, completa o gestor.

A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA DA COVID-19 E SEUS EFEITOS NOS PLANOS DE SAÚDE

Estadão - 15/01/2021

O Supremo Tribunal Federal em sessão plenária virtual, julgando em conjunto duas ADIs sob números 6586 e 6587 mais o Are 167879, entendeu por maioria de votos- 10 votos a um – autorizar medidas restritivas para quem não se vacinar contra a Covid – 19. Relator das ADIs, Ministro Ricardo Lewandoski, votou pela compulsoriedade da vacina contra o Coronavírus.

Já no Are acima citado, Relator Ministro Luis Roberto Barroso, em seu voto chegou até fazer uma referência a um precedente de sua lavra, embora com destaque e enfoque diverso pois ali se tratava de um processo referente a testemunhas de Jeová. Para ele, naquele feito, estava “ em jogo” a vida por questão religiosa que não envolveria uma coletividade. Aqui, neste caso em que se julgava concorrentemente os três aludidos processos, afirmou que se trata de interesse de saúde em grau coletivo aonde o bem-estar de todos, segundo o ministro, se sobrepõem ao interesse individual, nomeadamente o interesse de menor,

rectius, melhor interesse das crianças e dos adolescentes em ser resguardado pela doença como expressamente está plasmado no artigo 227 da nossa Constituição Federal.

Para o Ministro Lewandoski, Relator das duas ADIs acima identificadas, a saúde coletiva não pode ser prejudicada por pessoas que deliberadamente se recusam a ser vacinadas, acreditando que ainda assim serão egoisticamente beneficiadas pela imunidade de rebanho. Não é uma opção de o governo vacinar ou não vacinar, é uma obrigação, enfatizou o relator em seu douto voto.

Os ministros da mais Alta Corte do país citaram precedentes de outros países destacando-se no voto do Ministro Alexandre de Moraes que deu como exemplo a exigência de certas precauções sanitárias para o ingresso em determinados países, a exemplo, da exibição da vacina contra a febre amarela.

Outros precedentes oriundos das Cortes americanas serviram como paradigma para destacar a importância e a necessidade da vacina.

No Brasil se enfatizou à exaustão que existem, aproximadamente, 200 mil famílias vitimadas em função da COVID-19.

Somente a título ilustrativo, abriu a divergência o Ministro Nunes Marques que, em parte, entendeu que a vacinação obrigatória deverá ser adotada em último caso.

O que quero destacar é que a exigência imposta por aquele Colegiado seria de que a obrigatoriedade da vacina imposta à população seria efetivada através de sanções despidas, evidentemente, de manu militari, ou seja, sem qualquer medida de condução forçada aos postos de saúde.

Todavia, há uma informação de que o Ministério Público Federal teria expedido “um ofício” considerando preocupante a indefinição do Ministério da Saúde quanto à disponibilização de vacinas de maneira ampla pelo programa de Imunização do Sistema Único de Saúde. Pois, assim como teria ocorrido em relação aos exames de diagnósticos da COVID – 19, as vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – devem, no entender do parquet, constar entre os procedimentos médicos cobertos pelos planos de saúde.

Pois bem. Na minha compreensão, se houver uma imposição aos planos de saúde para que forneçam entre o rol de seus procedimentos vacinas contra a COVID- 19, malgrado não tenha nenhuma simpatia por uma plêiade desses planos, haverá, automaticamente, um desequilíbrio nos cálculos atuariais despendidos com custos de aquisição destes produtos – até porque em uma primeira etapa eles serão seletivos – e seus custos elevarão em um patamar muito alto à obtenção de tais vacinas entre aquelas já fornecidas por exigência legal.

Em outras palavras, ficou subjacente na minha compreensão de quem não se vacinar poderá sofrer sanções de ordem

UNITEDHEALTH DESISTE DE VENDER PLANO DA AMIL

Valor Econômico – 15/01/2021

Com cerca de 2,8 milhões de usuários, a Amil encerrou os nove primeiros meses do ano passado com uma receita de R\$ 14,7 bilhões.

A UnitedHealth Group desistiu de se desfazer da carteira de planos de saúde da Amil. O grupo americano chegou a assinar um cheque de US\$ 350 milhões para a Health Invest, empresa especializada em reestruturação de ativos, assumir essa carteira, porém, na última hora recuou com receio de uma possível judicialização que o negócio poderia gerar, segundo o Valor apurou.

A operação envolvia uma carteira com 370 mil usuários de convênio médico individual que residem em São Paulo, Rio

financeira como, por exemplo, o pagamento de multa ou outra sanção administrativa imposta pelo ente público, tipo frequentar escolas públicas, circular em certos ambientes, etc.

No caso de imposição de que os planos devam, obrigatoriamente, disponibilizar vacinas aos seus associados todos aqueles que não querem se vacinar, seja pelo motivo que for, terão de pagar um custo bem maior do que pagam em razão de uma determinação legal, que pode ser estendida dependendo a conotação que esse entendimento venha a sofrer com o decurso dos acontecimentos.

Tal fato, a meu juízo, não ocorre no seguro a não ser nas hipóteses de seguros eminentemente obrigatórios como são todos aqueles previstos no artigo 20 do Decreto-Lei número 73/66, com suas respectivas alterações.

Ações propostas pelo Ministério Público Federal poderão ferir e certamente assim farão o binômio da equação custo/benefício, que atenta contra o princípio do mutualismo um dos pilares do sistema securitário.

Obrigar o ente público em prol da coletividade é nada mais nada menos do que um princípio de bem comum estribado em prol da coletividade.

Já, de outro giro, no direito securitário, penso que salvante como disse acima, nos seguros facultativos como é o caso de seguros de vida e em planos de saúde o princípio do mutualismo, que se arrasta por milhares e milhares de anos, ficará comprometido com seus cálculos atuariais, se imposto por uma lei extravagante a exigência da vacina em todo e qualquer procedimento médico.

Em apertada síntese, entendo que não se deve estender dois pesos para duas medidas que têm conotações totalmente díspares.

Janeiro e Paraná, além da venda de quatro hospitais localizados em São Paulo e Curitiba. Esses hospitais eram os mais utilizados por esses usuários e a ideia era permitir que eles usassem também a rede credenciada da Amil por dez anos, mas ainda assim havia o risco de ações judiciais.

Ainda de acordo com fontes, havia um incômodo por parte da unidade brasileira da UnitedHealth com o fato do grupo americano estar pagando para se desfazer do convênio médico individual da Amil. Grupos concorrentes chegaram a pedir entre R\$ 3 bilhões e R\$ 5 bilhões para ficar com o ativo que é deficitário.

SULAMÉRICA (SULA11) VAI EMITIR R\$ 700 MILHÕES EM DEBÊNTURES

Suno Notícia – 14/01/2021

A SulAmérica (SULA11) comunicou ao mercado que seu Conselho de Administração aprovou a 8ª emissão de debêntures no valor total de R\$ 700 milhões.

De acordo com o fato relevante da SulAmérica, a emissão será composta por 700 mil debêntures simples, não conversíveis em ações, com valor nominal de R\$ 1 mil. Ao todo, serão duas séries de emissão, a primeira e a segunda terão o vencimento em 1º de fevereiro de 2024 e 1º de fevereiro de 2026, respectivamente.

As debêntures, segundo o documento, serão objeto de **oferta pública**, com esforços restritos. Ou seja, serão destinadas a um grupo limitado de investidores profissionais.

Os recursos líquidos obtidos pela **SulAmérica** com a emissão serão utilizados para reforço e adequação de níveis de liquidez disponíveis à Companhia, “bem como para fins corporativos diversos”.

“Os **juros remuneratórios** das debêntures da primeira série e das debêntures da segunda série serão definidos conforme o procedimento de coleta de intenções de investimento (bookbuilding), nos termos previstos na escritura de emissão das debêntures”.

SulAmérica lucra R\$ 1,7 bilhão no terceiro trimestre

Em novembro do ano passado, a SulAmérica reportou lucro líquido de R\$ 1,7 bilhão entre julho e setembro do ano passado, com uma alta de 603,8% ante o mesmo período em 2019.

Além disso, a SulAmérica destacou que suas receitas operacionais no trimestre atingiram R\$ 5,1 bilhões, com uma alta de 4,5% na comparação anualizada. Segundo o documento, o resultado foi “impulsionado principalmente pelos segmentos de saúde e odontologia e previdência”.

A sinistralidade da companhia ficou em 75,1% no terceiro trimestre, recuo de 4,2 p.p. na comparação com os 79,4% de igual período do ano passado. O resultado é fruto de uma menor frequência de sinistros com a pandemia de covid-19 que reduziu a exposição a ambientes hospitalares e aumentou o distanciamento social.

Os beneficiários dos planos de saúde da SulAmérica aumentaram 6% para 2,247 milhões no terceiro trimestre. Os planos odontológicos fecharam setembro com 1,74 milhão de beneficiários, queda de 1,3%. Já os planos coletivos ganharam 2,7% mais usuários, para 3,99 milhões.

ANS PUBLICA PLANO DE GESTÃO 2021

ANS - 13/01/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta quarta-feira (13/01), em seu portal na internet, o Plano de Gestão Anual 2021. O documento especifica as metas de desempenho administrativo, operacional e de fiscalização estabelecidas para o período, de acordo com o planejamento estratégico da reguladora, e contém a estimativa de recursos orçamentários e cronograma de desembolso para o período.

Coordenado pela Gerência de Planejamento (GPLAN), o Plano de Gestão Anual é resultado de um processo de construção coletiva das unidades organizacionais da Agência. O documento atende às exigências do marco legal das Agências Reguladoras (Lei Nº 13.848/2019) e está alinhado às diretrizes traçadas pelo governo federal, e tem como princípio norteador a melhoria contínua dos processos de trabalho da Agência no tocante à regulação do mercado de saúde suplementar.

Ao todo, são listados 35 projetos e ações de acordo com os seguintes objetivos estratégicos: garantir o acesso do beneficiário aos serviços de saúde suplementar; induzir à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo setor; zelar pela sustentabilidade e equilíbrio do setor; fortalecer a

integração; fortalecer medidas de mediação e resolução de conflitos; reduzir a assimetria de informação; promover ambiente regulatório que favoreça a concorrência e o desenvolvimento do setor; modernizar e ampliar os recursos de tecnologia da informação com foco na transformação digital; qualificar o processo regulatório; aprimorar o modelo de governança e gestão; e desenvolver pessoas com foco em resultados.

“O Plano é um importante instrumento para o fortalecimento da governança, avançando cada vez mais em direção à ampliação da transparência e garantindo mais previsibilidade ao mercado, deixando claros os objetivos estratégicos da Agência para o cumprimento de sua missão institucional”, ressalta o secretário-geral, Wladimir Ventura de Souza. “Os projetos e ações apresentados no plano serão monitorados ao longo de 2021, garantindo seu aperfeiçoamento contínuo”, completa.

[Clique aqui para acessar o PGA 2021.](#)

PLANOS DE SAÚDE CRIAM ALTERNATIVAS PARA CONSUMIDOR MANTER BENEFÍCIO

Agência Brasil - 13/01/2021

Segundo a Anab, pelo menos 20 novos produtos já foram criados

Os reajustes anuais e por mudança de faixa etária de planos de saúde foram suspensos entre setembro e dezembro do ano passado, por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e devem ser cobrados em 12 parcelas a partir deste mês. Com o adiamento dos reajustes que seriam realizados para compensar os gastos das operadoras no período anterior, as empresas poderão fazer a cobrança de dois reajustes anuais, dependendo da data-base da aplicação a ser considerada.

Com a pandemia do novo coronavírus, o plano de saúde pode pesar no bolso dos consumidores diante do desemprego crescente no país, que reduziu os ganhos e o consumo. O problema levou a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab) a orientar as empresas do setor a criarem alternativas para os consumidores. De acordo com a entidade, pelo menos 20 novos produtos foram criados até o momento para atender os consumidores que desejam manter o benefício e migrar de plano, com preços mais acessíveis após o reajuste que está sendo aplicado.

A Anab representa as empresas gestoras e comercializadoras de planos de saúde coletivos, em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor esteja ligado. Segundo a ANS, existem cadastradas no Brasil 168 administradoras de benefícios. Cerca de 6,2 milhões de clientes têm planos da modalidade coletivo por adesão, dos quais em torno de 3 milhões contam com a atuação de uma administradora.

Opções

O presidente da Anab, Alessandro Acayaba de Toledo, disse que as empresas associadas estão atuando para “orientar os consumidores a fazerem seus cálculos e a optar por alternativas muito próximas ao produto que já dispunham e, assim, manter o plano de saúde, que é tão importante, sobretudo em meio a uma pandemia”. A redução dos valores ocorre, normalmente, pela oferta de redes credenciadas de alcance regional, com foco em necessidades locais; e também por parcerias com operadoras verticalizadas, isto é, que têm seus próprios locais de atendimento ao paciente.

Dados da Anab mostram que, nos últimos oito anos, a diferença entre o valor pedido pelas operadoras para o reajuste anual e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios alcançou R\$ 6 bilhões, com queda de 54%, o que gerou economia mensal por beneficiário de R\$ 131. Toledo informou que o reajuste médio aplicado pelas administradoras nos contratos que venceram em 2020 e está sendo aplicado em 2021 ficou em 15,3%, depois das

negociações com as operadoras. O valor médio pago pelos beneficiários é de R\$ 837.

Planos

No Brasil, 47,1 milhões de pessoas têm plano de saúde privado, o que corresponde a pouco menos de 25% da população. São três os planos praticados no país: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. Os consumidores se dividem entre pessoas físicas, que contratam o plano por conta própria, e pessoas jurídicas, em que o plano é um benefício oferecido pela empresa em que as pessoas trabalham ou pela entidade de classe a que pertençam.

A Anab sustentou que todos os planos de saúde têm regras estabelecidas pela ANS. Os planos individuais têm o percentual de reajuste definido pela agência reguladora, enquanto os planos coletivos obedecem à livre negociação entre a operadora e as empresas, associações de classe ou sindicatos, devendo comunicar o percentual de reajuste à ANS.

A Anab chamou a atenção para o fato de que, além dos reajustes anuais, pode haver também reajuste por mudança de faixa etária para alguns beneficiários. Nos contratos celebrados até janeiro de 1999, prevalece o que foi estabelecido na época. Planos a partir de janeiro de 1999 até 1º de janeiro de 2004 têm sete faixas, sendo a primeira entre 0 e 17 anos e a última faixa com 70 anos ou mais. Contratos firmados após 1º de janeiro de 2004 contêm dez faixas, sendo a primeira entre 0 e 18 anos e a última com 69 anos ou mais. Pela Resolução Normativa ANS nº 63/2003, o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).

Procon

O órgão de defesa do consumidor do município do Rio de Janeiro esclareceu que apesar da permanência do estado de calamidade pública em função da covid-19, a medida que suspendeu o reajuste não foi estendida, o que permite que as operadoras cobrem o aumento a partir deste ano.

O Procon alertou, entretanto, que o consumidor precisa saber de algumas regras para recorrer de alguma cobrança indevida. A primeira delas é que, de acordo com a ANS, o reajuste deve ser parcelado em pelo menos 12 vezes sem juros. Outra observação a ser feita é sobre a data de aniversário do contrato e quando foi feita a suspensão da cobrança, porque os reajustes serão relativos apenas aos meses que não tiveram o valor aplicado.

O órgão de defesa do consumidor do município lembra que o valor máximo do reajuste para planos individuais é de 8,14%. Para os planos coletivos, não há essa limitação e o cálculo é feito de acordo com a sinistralidade da carteira de clientes.

A coordenadora do Procon, Renata Ruback, afirmou que os consumidores que tiverem qualquer problema com a cobrança devem registrar reclamação no órgão. “Caso seja verificada abusividade, a operadora pode ser multada e o consumidor ter o valor cobrado indevidamente restituído”,

disse Renata. Ela lembrou que a determinação da ANS não impede que o consumidor que esteja em dificuldades financeiras negocie com a empresa uma proposta com melhores condições de pagamento. “Vimos casos em que a operadora isentou a cobrança da parcela de janeiro, por exemplo”.

O consumidor pode entrar em contato com o Procon do Rio de Janeiro pelo telefone gratuito 1746.

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