

ÍNDICE INTERATIVO

[Diretoria da ANS aprova novo processo de revisão do Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pela 1ª vez, planos de saúde repassam mais de R\\$ 1 bi a cada dois dias para pagar médicos e hospitais](#) -
Fonte: SEGS

[Planos de saúde empresariais registram crescimento de 1,27 mi de beneficiários em 12 meses](#) - Fonte:
SEGS

[Valor per capita do plano empresarial pode ter aumento de 11%, diz consultoria](#) - Fonte: CNN Brasil

[Posicionamento da FenaSaúde sobre reajuste dos planos de saúde](#) - Fonte: FenaSaúde

[Cade aprova compra da Premium Saúde pela Hapvida](#) - Fonte: InfoMoney

[ANS define percentual negativo de reajuste para planos de saúde individuais](#) - Fonte: GOV(ANS)

[Beneficiários de planos médico-hospitalares crescem 2,9% em 12 meses de acordo com NAB](#) - Fonte: IEES

[Aquisições mostram apetite de Hapvida por consolidação](#) - Fonte: Money Times

DIRETORIA DA ANS APROVA NOVO PROCESSO DE REVISÃO DO ROL

GOV (ANS)– 13/07/2021

Propostas para atualização da lista de coberturas obrigatórias serão recebidas de forma contínua para revisão semestral.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião realizada no dia 08/07, a [Resolução Normativa - RN nº 470](#), que trata do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Com a nova norma, que entra em vigor em 01/10/2021, as propostas de atualização das coberturas obrigatórias para os planos de saúde regulamentados (contratados a partir de 2/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98) passarão a ser recebidas e analisadas de forma contínua pela equipe técnica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, com revisão semestral dos procedimentos e eventos em saúde e de diretrizes de utilização que compõem o Rol.

Com a nova RN, cada proposta submetida à ANS seguirá o seu próprio percurso, conforme sua data de submissão, sua condição de elegibilidade, a complexidade de sua análise e o cronograma relativo à tomada de decisão. A alteração no processo de atualização do Rol observa as seguintes diretrizes: a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país; as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças; o alinhamento com as políticas nacionais de saúde; a utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS); a observância aos princípios da Saúde Baseada em Evidências (SBE); a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor e a transparência dos atos administrativos.

O diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel, destaca os marcos do novo rito: “Com as análises sendo feitas de forma contínua, estamos rompendo com o conceito de ciclos de atualização, o que representa, sem dúvida, maior agilidade e ganhos para os consumidores de planos de saúde e para todo o setor”.

A nova norma é resultado de amplo debate com o setor, além da participação social através da Consulta Pública nº 84/2021, que recebeu 944 contribuições no período de 05/03 a 19/04.

Submissão das propostas

As propostas de atualização do Rol seguirão sendo recebidas através do formulário eletrônico FormRol, disponível no portal da ANS (www.gov.br/ans), onde será dada ampla divulgação de todo o processo. As propostas poderão contemplar os seguintes tipos de solicitação:

- Incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol;
- Desincorporação de tecnologia em saúde já listada no Rol;
- Inclusão, exclusão ou alteração de Diretriz de Utilização - DUT;
- Alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol.

Nos primeiros 12 meses de vigência da normativa, serão recebidas apenas as propostas de incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol e de alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol.

Cabe também ressaltar que somente serão consideradas elegíveis para análise pela equipe técnica da ANS as propostas enviadas via FormRol e que cumpram os requisitos listados na resolução. O proponente será notificado eletronicamente sobre o resultado da análise de elegibilidade de sua proposta em até 30 dias após o envio do formulário. No entanto, nos primeiros 180 dias de vigência da norma, ocorrerá em até 60 dias após o envio.







Participação social

A ANS realizará reuniões técnicas com os representantes do setor que integram a Câmara de Saúde Suplementar para discutir as propostas consideradas elegíveis para análise técnica, com previsão de criação de Grupos Técnicos para discussão, elaboração de estudos e pareceres temáticos, se necessário. Concluída a análise técnica, seus resultados serão submetidos à participação social ampliada, com a realização de consulta pública ou audiência pública, quando toda a sociedade terá a oportunidade de apresentar suas contribuições às propostas.

As propostas aprovadas passam então a compor a lista de coberturas assistenciais obrigatórias após publicação de Resolução Normativa com a referida atualização no Rol de Procedimentos, que passará a vigorar sempre nos meses de janeiro e julho de cada ano. Importante frisar que o Rol poderá ainda ser atualizado a qualquer tempo, por iniciativa da ANS.

A ANS salienta que as tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada em portaria específica, serão avaliadas pela equipe técnica da ANS como Propostas de Atualização do Rol - PARConitec, e seguirão o fluxo de análise e decisão das demais propostas.

PRINCIPAIS MUDANÇAS NA ATUALIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

PROCESSO ATUAL	NOVO PROCESSO
 <p>Propostas são recebidas em períodos determinados no cronograma do ciclo de atualização</p>	 <p>Propostas serão recebidas e analisadas de forma contínua</p>
 <p>Todas as propostas recebidas em cada ciclo seguem juntas o mesmo cronograma</p>	 <p>Cada proposta seguirá o seu próprio percurso, de acordo com a sua data de submissão, elegibilidade e complexidade de análise</p>
 <p>Revisão do Rol a cada 2 anos*</p>	 <p>Revisão semestral, nos meses de janeiro e julho*</p>
<p>*Salvo incorporações extraordinárias, por iniciativa da ANS</p>	
PRINCÍPIOS OBSERVADOS NA MUDANÇA	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agilidade na incorporação de novos procedimentos ao Rol ✓ Incorporação responsável, com base nas ferramentas de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e nos princípios da Saúde Baseada em Evidências (SBE) ✓ Ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças ✓ Defesa do interesse público ✓ Manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor ✓ Transparência dos atos administrativos 	

PELA 1ª VEZ, PLANOS DE SAÚDE REPASSAM MAIS DE R\$ 1 BI A CADA DOIS DIAS PARA PAGAR MÉDICOS E HOSPITAIS

SEGS – 13/07/2021

Recorde, atingido no 1º trimestre deste ano, representa o uso de mais de R\$ 47 bilhões das mensalidades dos beneficiários para o atendimento à Covid e outras doenças

Pagamento pelo atendimento aos beneficiários dos planos de saúde teve aumento de 8,7% em relação ao 1º trimestre de 2020, antes da pandemia

As operadoras de planos de saúde repassaram, pela primeira vez, mais de R\$ 1 bilhão a cada dois dias para pagar pelo atendimento médico de seus beneficiários. O valor foi transferido para cobrir as despesas em hospitais, laboratórios e clínicas, assim como para o pagamento de médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais da saúde.

As despesas das operadoras de saúde deram um salto, passando de R\$ 43,357 bilhões, no 1º trimestre de 2020, para R\$ 47,116 bilhões, no mesmo período deste ano, um crescimento de 8,7%. Ou seja, as empresas de planos de saúde repassaram, em média, R\$ 523,5 milhões a cada dia, ao longo dos primeiros três meses de 2021. Esse dinheiro vem das mensalidades pagas pelos beneficiários e é utilizado para cobrir o atendimento prestado a quem precisa de consultas, exames, tratamentos, internações e cirurgias.

"Esses repasses de valores são fundamentais para garantir o atendimento de qualidade de quem tem plano de saúde, mas também movimentam a economia e geram empregos e renda para os brasileiros", destaca Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar). O setor responde por 3% do PIB brasileiro e cerca de 3,5

milhões de empregos em todo o país. Por volta de 85% da receita de hospitais privados e laboratórios vem das operadoras de planos de saúde.

Se o recorde histórico de repasses ajuda a pagar salários e tratamentos, ele é também um sintoma do aumento cada vez maior dos custos na saúde. Diferentemente do ano passado - quando vários procedimentos foram suspensos ou adiados com a chegada do coronavírus ao Brasil -, neste ano, além da segunda onda da Covid, os atendimentos a outras doenças atingiram níveis elevados, inclusive maiores do que antes da pandemia, fazendo com que as despesas no 1º trimestre de 2021 fossem as maiores da história.

Um dos custos que subiram foi o da internação em UTIs para o tratamento da Covid-19. Em janeiro, segundo dados da FenaSaúde, o atendimento aos pacientes com a doença consumia, em média, R\$ 78,8 mil por paciente internado, para as operadoras. Em abril, o custo saltou para R\$ 100,6 mil, o que corresponde a um aumento de 27%.

Já as autorizações para exames e terapias não Covid subiram 94,2% em maio em relação ao mesmo período de 2020, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o

que aponta para o retorno dos pacientes aos hospitais em meio à pandemia.

"Essa combinação de tratamento para Covid e internações eletivas terá efeito dramático não só sobre os planos, mas sobre toda a cadeia da saúde privada. Os custos vão aumentar e gerar impacto no valor das mensalidades em 2022", explica Vera Valente.

Ainda segundo o estudo da FenaSaúde, a Covid-19 puxou fortemente o consumo e os preços de medicamentos do kit intubação usado em pacientes com a doença. Um dos exemplos é o anestésico Rocurônio, cuja utilização cresceu 2.914%, no comparativo entre os 12 meses de 2019 e os primeiros três meses de 2021. Além do aumento no uso, o preço também subiu, e muito: 216%. Com isso, o gasto médio mensal com o produto avançou 9.435%.

Outro vilão dos custos foi o sedativo Midazolam. A quantidade média comprada para atender a amostra cresceu 762%, entre a média mensal de 2019 e a média dos três primeiros meses de 2021. O preço unitário do medicamento saltou 542%, fazendo o gasto médio mensal para os planos disparar 5.275%.

Bloqueadores/anestésicos	Quant. média mensal	Preço médio unitário	Gasto médio mensal
	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)
Cisatracurio	249%	200%	946%
Enoxaparina	255%	41%	400%
Fentanila	356%	412%	2.232%
Midazolam	762%	524%	5.275%
Polimixina B	314%	40%	478%
Propofol	345%	128%	913%
Rocurônio	2.914%	216%	9.435%

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como máscaras, luvas e aventais, fundamentais para a segurança

dos profissionais que atuam no tratamento dos pacientes com Covid-19, também tiveram seus preços elevados.

Materiais / EPIs	Quant. média mensal	Preço médio unitário	Gasto médio mensal
	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)	2019 (jan/dez) a 2021 (jan/mar)
AGULHAS	124%	30%	191%
AVENTAIS	726%	595%	5.644%
MÁSCARA DESCARTÁVEL	654%	360%	3.370%
LUVAS	116%	540%	1.286%
SERINGAS	124%	71%	283%

"A qualidade dos serviços está diretamente ligada ao equilíbrio econômico-financeiro do setor. Isso precisa ser preservado para evitar a quebra de operadoras, o que acaba punindo os beneficiários e o sistema de saúde como um todo,

inclusive o SUS, que será o destino dos pacientes dessas operadoras", destaca a diretora executiva da FenaSaúde.

Sobre a FenaSaúde

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) é uma entidade sem fins lucrativos que representa 40% do mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde e exclusivamente odontológicos. São filiadas da entidade as

empresas Allianz Saúde, Amil, Bradesco Saúde, Central Nacional Unimed, Gama Saúde, Golden Cross, Itaúseg Saúde, Metlife Planos Odontológicos, NotreDame Intermédica, Odontoprev, Omint, Porto Seguro, Sompó, SulAmérica e Unimed Seguros Saúde.

PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS REGISTRAM CRESCIMENTO DE 1,27 MI DE BENEFICIÁRIOS EM 12 MESES

SEGS – 12/07/2021

Informativo do IESS identifica que, no trimestre, alta foi de 502 mil vínculos nos planos empresariais. Mercado, como um todo, cresceu 2,9% em 12 meses, com 1,33 mi de novos beneficiários, totalizando 48,14 milhões de pessoas

Os sinais de retomada econômica, especialmente nos setores da indústria e de serviços, podem ser sentidos no mercado de planos de saúde. O informativo Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), constata que, em maio desse ano ante o mesmo mês do ano passado, 1,27 milhão de beneficiários ingressaram em planos de saúde médico-hospitalares empresariais – aqueles que são vinculados ao CNPJ das empresas e, na maioria das vezes, concedido aos funcionários -, crescimento de 4%. No trimestre, em maio ante fevereiro, a variação foi positiva em 1,6%, ou 502,6 mil novos vínculos.

O mercado de planos de saúde, como um todo, registrou crescimento de 2,9% em 12 meses, ou 1,33 milhão de novos beneficiários. Alguns fatores ajudam a entender o aumento no número de beneficiários, explica José Cechin, superintendente executivo do IESS.

“Parte desse crescimento está ligado ao acréscimo no número de novos empregos com carteira assinada. De acordo com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), o Brasil abriu mais de 280 mil vagas de trabalho formais em maio”, cita Cechin. “Em muitos

setores, os contratos coletivos também preveem o benefício do plano de saúde.”

Levantamento realizado pela equipe de pesquisadores do IESS constatou que, em 12 meses, o saldo do Caged foi de 2,58 milhões de novos empregos no País. No período, a indústria respondeu por 635,96 mil vagas adicionais, enquanto o segmento de serviços representou acréscimo de 837,97 mil contratações.

Na comparação trimestral, maio ante fevereiro, o saldo do Caged foi de 574 mil empregos, sendo 104,5 mil novos postos na indústria e 259,75 mil em serviços.

Outro motivo que explica o salto dos planos empresariais se refere aos contratos com até 29 vidas. Nesse segmento, empreendedores e pequenos empresários podem contratar planos. Além desses, há que se registrar o elevado número de novas inscrições como Microempreendedores Individuais (MEI), que também podem contratar plano de saúde empresarial.

“Na pandemia, contar com a segurança de um plano de saúde ganhou maior relevância para as pessoas. E no processo de potencial recuperação da economia, a saúde suplementar sente os efeitos, como demonstra nosso informativo”, observa Cechin.

VALOR PER CAPITA DO PLANO EMPRESARIAL PODE TER AUMENTO DE 11%, DIZ CONSULTORIA

CNN Brasil – 12/07/2021

Segundo o estudo da Mercer Marsh, o plano de saúde representará 13,95% da folha de pagamento em 2021, a segunda maior fonte de custo para as empresas

Uma pesquisa da consultoria Mercer Marsh Benefícios apontou que o valor pago pelo plano de saúde empresarial pode chegar a R\$ 427,09, o que supera em 11% o valor registrado em 2020. O levantamento também traz uma série histórica do valor do plano por funcionário: em 2012, o custo era de R\$ 158,42.

Nos últimos nove anos, o valor cresceu 143%, enquanto a inflação (medida pelo IPCA) avançou 72%. Segundo o estudo, o plano de saúde representará 13,95% da folha de pagamento em 2021, a segunda maior fonte de custo para as empresas.

Em 2020, a assistência médica representou 13,03%. Depois do salário, o plano de saúde continua sendo a segunda maior fonte de custo para as organizações. A pandemia seguirá influenciando o custo nesse e nos próximos anos, já que pacientes devem retornar aos consultórios, além do retorno de cirurgias eletivas e de exames preventivos que deixaram de ser feitos em 2020.

Outro fator que deve influenciar o preço é a chamada “síndrome pós-covid”: depois de acometidos pela doença, pacientes mantêm sintomas por até nove meses após o processo infeccioso. “Estamos falando de um novo grupo de pacientes que precisarão ser acompanhados e monitorados. Conseqüentemente, teremos mais gastos com saúde”, diz Mariana Dias Lucon, diretora de produtos e consultoria da Mercer Marsh Benefícios.

Além da pandemia, neste ano foi autorizado pela ANS o novo Rol com mais procedimentos a serem cobertos pelos planos de saúde. O novo Rol pode gerar um custo adicional de até 3,5%, conforme as projeções do estudo.

No ano passado, ocorreu queda de frequência de exames, hospitalizações clínicas, menos deslocamentos para o pronto-socorro e queda no total de cirurgias eletivas, além da tendência a um novo comportamento dos usuários: o uso da telemedicina.

A pesquisa identificou que 47% das empresas passaram a oferecer consultas por telemedicina e 23% psicoterapia virtual

para os funcionários desde o início da pandemia. Os dados estão na 30ª Pesquisa de Benefícios Corporativos da Mercer Marsh com 737 grandes e médias empresas (multinacionais e nacionais atuantes em 19 setores) que empregam cerca de 1,7 mil pessoas titulares de planos de saúde coletivos empresariais.

A amostra também abrange aproximadamente 1,9 mil beneficiários desses planos. A coleta dos dados foi realizada entre janeiro e março deste ano

POSICIONAMENTO DA FENASAÚDE SOBRE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde – 09/07/2021

Planos de saúde individuais têm seus índices anuais de reajustes fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As operadoras associadas à FenaSaúde – que representa 15 empresas responsáveis por 40% do mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde e exclusivamente odontológicos do país – seguem o que o órgão regulador do setor estabelece.

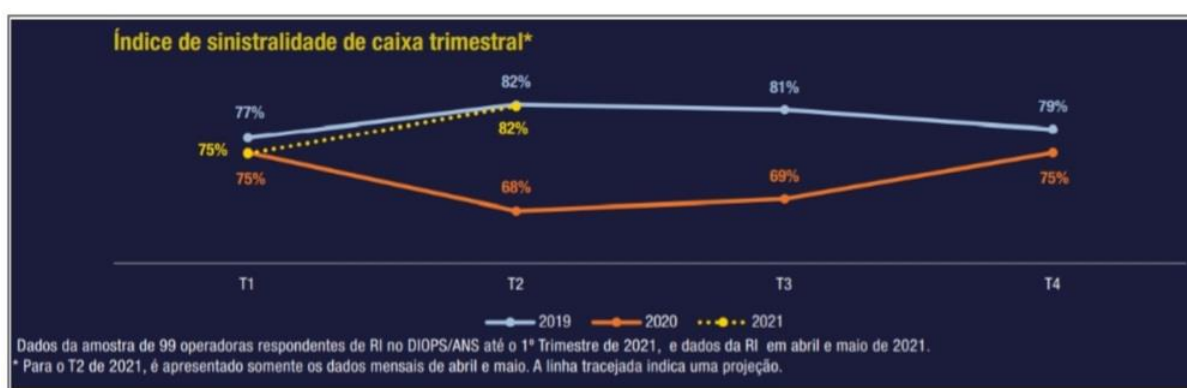
O reajuste negativo ora definido pela ANS para os planos de saúde individuais acompanha a variação dos custos do sistema de saúde suplementar no primeiro ano da Covid no Brasil. No começo da pandemia, vários procedimentos foram suspensos ou adiados, o que explica o menor uso do sistema pelos beneficiários, queda em despesas assistenciais e, conseqüentemente, a redução hoje anunciada.

A redução anunciada pela ANS reforça o caráter contratual de um setor submetido a regulação. As operadoras de planos de saúde associadas à FenaSaúde sempre cumpriram e continuarão cumprindo as regras determinadas pela

legislação atinente à saúde suplementar no país. A FenaSaúde considera que o respeito a contratos é valor a ser rigorosamente obedecido numa economia que se pretende forte, saudável e inclusiva.

É importante ressaltar que o cenário que levou à inédita aplicação de reajustes negativos nas mensalidades dos planos de saúde individuais neste ano já vem se alterando desde fins de 2020 e, com mais intensidade, no começo deste ano. Além da segunda onda da Covid, que lotou hospitais, os atendimentos a outras doenças atingiram níveis bastante elevados.

A sinistralidade, ou seja, o percentual de receitas gasto com pagamento das despesas assistenciais dos pacientes, já está no mesmo nível de antes da pandemia, segundo dados oficiais da ANS (gráfico abaixo). As despesas das operadoras atingiram em abril e maio o maior nível em dois anos e meio, também de acordo com dados oficiais da ANS.



Dentro do modelo mutualista que regula as relações na saúde suplementar, a expressiva alta dos procedimentos que ora observamos – seja em função de novas ondas do coronavírus, seja pela retomada de eletivas ou pelo expressivo aumento dos custos de insumos e matérias-

primas – tende a continuar a ter reflexos bastante expressivos nos custos assistenciais ao longo dos próximos meses e, portanto, com efeitos sobre os preços das mensalidades a serem praticados no próximo ciclo de reajuste em 2022.

CADE APROVA COMPRA DA PREMIUM SAÚDE PELA HAPVIDA

InfoMoney – 09/07/2021

Negócio foi anunciado em novembro do ano passado pelo valor de R\$ 150 milhões.

A Superintendência-Geral do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) aprovou sem restrições a aquisição de 100% do capital social da operadora de planos de saúde Premium Saúde pela Hapvida Participações e Investimentos (HAPV3), conforme despacho publicado no Diário Oficial da União (DOU) desta sexta-feira.

O negócio foi anunciado em novembro do ano passado pelo valor de R\$ 150 milhões. Segundo a Hapvida, a operação está em linha com sua estratégia de expansão e consolidação nacional, reforçando sua presença no Estado de Minas

Gerais, mercado em que o grupo não tinha ainda presença significativa.

A Premium Saúde tem uma carteira de cerca de 125 mil beneficiários de planos de saúde, localizados majoritariamente nas regiões metropolitanas da capital mineira, Belo Horizonte (65 mil vidas), Brasília (13 mil vidas), Montes Claros (MG – 9 mil vidas) e na região do Triângulo Mineiro (5 mil vidas), que são atendidos, atualmente, em rede credenciada.

Além do Cade, a transação está sujeita ainda à apreciação e aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

ANS DEFINE PERCENTUAL NEGATIVO DE REAJUSTE PARA PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

GOV (ANS) –08/07/2021

Percentual máximo autorizado pela Agência é -8,19%; medida vale para o período de maio de 2021 a abril de 2022.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu que os planos de saúde individuais ou familiares terão percentual de reajuste negativo no período de maio de 2021 a abril de 2022. O índice estabelecido é de -8,19% e reflete a queda das despesas assistenciais ocorrida no setor no ano de 2020 em virtude da pandemia de Covid-19. Na prática, o percentual negativo resulta em redução na mensalidade e as operadoras são obrigadas a aplicar o índice, que não pode ser maior do que definido pela agência reguladora.

A aprovação do percentual aconteceu em reunião de Diretoria Colegiada nesta quinta (8/07) e a decisão será publicada no Diário Oficial da União. O índice deve ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato, ou seja, no mês de contratação do plano. A base anual de incidência é de maio até abril do ano seguinte. Para chegar ao índice, a ANS utilizou metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019, que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), desconsiderando o item Plano de Saúde.

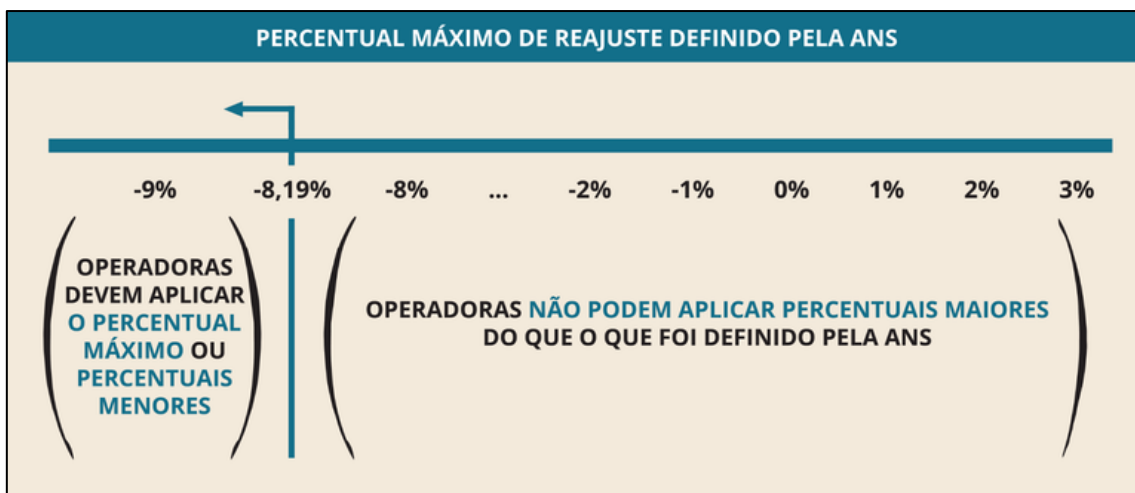
“O resultado do percentual obtido este ano confirma a robustez e a resiliência do modelo de cálculo do reajuste, que retrata os custos dos planos mesmo em um contexto atípico. Isso traduz uma forma justa de recomposição das receitas, gerando equilíbrio e um horizonte de sustentabilidade ao mercado, aliados a um mecanismo de incentivo à eficiência e melhor gestão das despesas assistenciais das operadoras”, destacou o diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel.

O resultado negativo do índice é reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, fenômeno provocado pela pandemia de Covid-19. Com as medidas protetivas para evitar a disseminação do vírus, houve uma queda na procura por atendimentos que não eram urgentes. A aplicação dos índices efetivamente apurados (sejam negativos ou positivos) é necessária para assegurar que a relação contratual siga as regras pré-estabelecidas, mantendo o equilíbrio entre as partes.

O reajuste é válido para os planos de saúde individuais ou familiares médico-hospitalares regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98). Atualmente, esse tipo de contratação responde por 17% do total de beneficiários em planos de assistência médica, ou seja, cerca de 8 milhões de usuários, de acordo com dados referentes a maio de 2021.

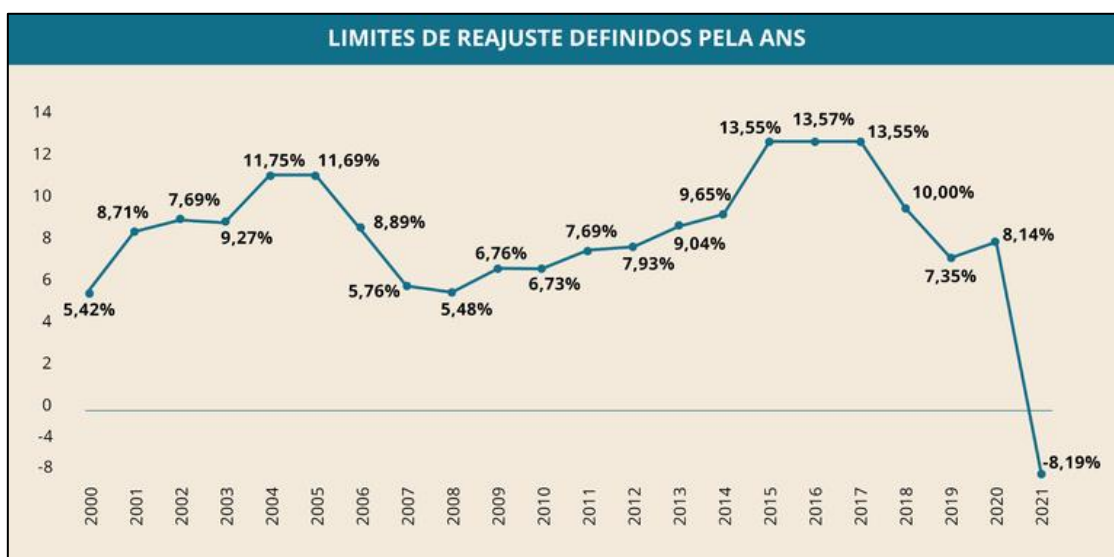
Informações do boleto

Os beneficiários de planos individuais devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual de reajuste aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado. É importante lembrar que as parcelas relativas à recomposição dos reajustes suspensos no período de setembro a dezembro de 2020 continuam sendo aplicadas normalmente de acordo com o parcelamento determinado pela ANS. Isto é, as parcelas da recomposição não sofrerão o reajuste de 2021.



Reajustes negativos, embora não sejam comuns, são aplicados no setor de planos de saúde. No caso dos planos

individuais, é a primeira vez que ocorre. Veja no gráfico abaixo o histórico dos percentuais aplicados desde 2000.



Despesas assistenciais em 2020

É importante destacar que a natureza dos custos do setor não é vinculada a um índice de preços, mas de valor. Ou seja, o custo final do plano de saúde é impactado por fatores como o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e a inclusão de novas tecnologias.

Ao longo de 2020, os gastos do setor com atendimento assistencial (eventos indenizáveis líquidos) oriundos de

procedimentos como consultas, exames e internações, sofreram queda significativa comparado aos anos anteriores. Os dados estão disponíveis no Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, publicação divulgada trimestralmente pela ANS.

Confira no gráfico abaixo as despesas assistenciais ao lado das receitas de contraprestação do setor a cada trimestre, desde 2018:.

EVOLUÇÃO DE RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESAS ASSISTENCIAIS 2018 - 2020



Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato.

Para os contratos com aniversário em maio, junho, ou julho será permitida aplicação retroativa do reajuste, na forma prevista pela RN nº 171/2008.

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE NOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

No exemplo abaixo, foi considerado o valor de R\$ 100 para mensalidade já com reajuste de 2020 aplicado. Importante: o reajuste de 2021 não incide sobre as parcelas de recomposição do reajuste suspenso em 2020

2021		
Consumidor recebeu boleto com a mensalidade de 2020 e parcela referente à recomposição de reajuste suspenso em 2020.	JAN FEV MAR ABR	R\$ 100,00 (mensalidade com reajuste de 2020) + R\$ valor recomposição reajuste 2020
Mês de aniversário do contrato. Consumidor recebeu boleto ainda sem reajuste.	MAI JUN JUL	R\$ 100,00 (mensalidade com reajuste de 2020) + R\$ valor recomposição reajuste 2020
Consumidor receberá a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a maio . A parcela referente à recomposição de 2020 não sofre reajuste.	AGO	R\$ 91,81 (mensalidade reajustada) - R\$ 8,19 (reajuste ref a maio) = 83,62 + R\$ valor recomposição reajuste 2020
Consumidor receberá a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a junho .	SET	R\$ 91,81 (mensalidade reajustada) - R\$ 8,19 (reajuste ref a junho) = 83,62 + R\$ valor recomposição reajuste 2020
Consumidor receberá a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a julho .	OUT	R\$ 91,81 (mensalidade reajustada) - R\$ 8,19 (reajuste ref a julho) = 83,62 + R\$ valor recomposição reajuste 2020
Consumidor receberá a nova mensalidade reajustada e parcela referente à recomposição do reajuste suspenso em 2020.	NOV DEZ	R\$ 91,81 (mensalidade reajustada) + R\$ valor recomposição reajuste 2020

* O valor cobrado de recomposição varia caso a caso, dependendo da data de aniversário do contrato

Entenda como calcular o percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares

Fruto de estudos efetuados pela Agência ao longo dos últimos dez anos e amplamente discutido com o setor e a sociedade, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade. Este ano, além da publicação das bases de dados, a ANS está disponibilizando um caderno na linguagem R que documenta passo a passo o cálculo da variação das

despesas assistenciais a ser utilizada no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais ou familiares e permite a replicação do cálculo pelo público em geral.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Guia ANS](#), no portal da Agência. Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas regras trazidas pela RN nº 438/18, [confira aqui](#).

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES CRESCEM 2,9% EM 12 MESES DE ACORDO COM NAB

IESS – 08/07/2021

O IESS divulga agora a nova Nota de Acompanhamento de Beneficiário (NAB) com os destaques do setor. De acordo com o levantamento, os planos médico-hospitalares registraram aumento de 2,9% em 12 meses, ou 1,33 milhão de novos beneficiários. Os planos empresariais registraram variação anual de 4,0%, a maior quando comparado maio de 2021 com o mesmo mês do ano passado.

Outro ponto da publicação que merece atenção é o aumento de contratos de jovens e adultos, população compreendida entre 19 e 58 anos. 3,4% mais pessoas dessa faixa etária passaram a ser beneficiários.

Todas as regiões do Brasil tiveram crescimento em contratações no período de um ano, com destaque para o Norte (5%) e o Centro Oeste (3,5%). Em valores absolutos, o estado de São Paulo foi o que mais aumentou o número: 417.820 novas contratações.

Os serviços odontológicos também se mantiveram em alta. Nos últimos 12 meses, o aumento registrado foi de 9% nas contratações do serviço. Em números absolutos, são 2.285.227 vínculos a mais, o que representa 13% da taxa de cobertura do país. No trimestre entre fevereiro e maio, o crescimento foi de 1,6%, ou 448.092 novos beneficiários. Para acessar o conteúdo completo, clique [AQUI](#).

AQUISIÇÕES MOSTRAM APETITE DE HAPVIDA POR CONSOLIDAÇÃO

Money Times – 08/07/2021

A Hapvida (HAPV3) mostrou seu apetite por consolidação e crescimento com o anúncio de aquisição de dois ativos, Grupo HB Saúde (HBS) e Hospital-Dia Cetro (Cetro), disse a XP Investimentos.

“Consideramos esse movimento como positivo, pois a empresa continua a buscar sua estratégia de consolidação e verticalização e a múltiplos atrativos”, comentaram os analistas Vitor Pini e Matheus Soares.

Em nota enviada ao mercado ontem de manhã, a Hapvida informou que o valor total das operações é de R\$ 475 milhões.

Com 128 mil beneficiários em planos de saúde e 24,5 mil em planos odontológicos, o HBS atua no interior de São Paulo. Além de uma operadora de saúde, o grupo possui o Hospital HBS Mirassol, oito unidades ambulatoriais, uma clínica infantil, centros clínicos e de diagnósticos, unidades de

medicina preventiva e ocupacional e um centro oncológico, localizados em São José do Rio Preto e Mirassol.

Segundo a XP, a compra do HBS não só aumenta a exposição da Hapvida ao interior de São Paulo, como também permitirá que a empresa capture sinergias operacionais e melhore sua presença no lugar. A corretora lembrou que a Hapvida conta com atualmente 110 mil beneficiários na região, que possui uma população de 3,8 milhões de habitantes e 1,1 milhão de beneficiários de planos de saúde.

O Cetro está localizado na Bahia e tem capacidade para até 16 leitos, dez consultórios médicos, dois prontos-socorros e duas salas cirúrgicas. Na avaliação dos analistas, o ativo ajudará a Hapvida a verticalizar ainda mais sua atuação na região e trará maior crescimento orgânico de beneficiários.

A XP reiterou a compra da ação da Hapvida, com preço-alvo de R\$ 19. Apesar de um curto prazo mais pressionado, a corretora acredita que a companhia dará continuidade à sua trajetória de crescimento, com possibilidade de sinergias significativas via fusão com NotreDame Intermédica (GNDI3).

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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.