

## ÍNDICE INTERATIVO

[Banco projeta alta de 15% nos planos de saúde, maior ajuste em 22 anos](#) - Fonte: Isto É Dinheiro

[Retirada de pontos polêmicos do PL de Planos de Saúde ganha força](#) - Fonte: Jota Info

[Tem Saúde se une a tubarões para criar gigante no setor](#) - Fonte: Revista Cobertura

[TOTVS lança solução para operadoras de saúde otimizarem gerenciamento e resolução de NIPs](#) - Fonte: Saúde Business

[Hapvida anuncia compra de grupo Smile por R\\$ 300 milhões](#) - Fonte: CNN Brasil

[Entenda o que está acontecendo com a Amil](#) - Fonte: Estadão

[Amil: Grupo que vai assumir carteira quer chegar a 680 mil clientes](#) - Fonte: Exame

[Com 6% do mercado de planos de saúde, Amil tem futuro incerto](#) - Fonte: O Globo

[Pandemia faz Brasil ter maior número de usuários de planos de saúde desde 2016](#) - Fonte: Saúde Business

[Câmara aprova MP que adota regras de incorporação ao Rol da ANS](#) - Fonte: Jota Info

[Intermédica compra Hospital do Coração de Duque de Caxias, no Rio, por R\\$ 83 milhões](#) - Fonte: Agência Brasil

[Senado aprova medida provisória que beneficia pacientes de câncer](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS pode aprovar o maior reajuste da história dos planos individuais](#) - Fonte: Consumidor Moderno

[Congresso mantém veto a projeto que obrigava planos de saúde a cobrir tratamento domiciliar de uso oral contra o câncer](#) - Fonte: Câmara

## BANCO PROJETA ALTA DE 15% NOS PLANOS DE SAÚDE, MAIOR AJUSTE EM 22 ANOS

Isto É Dinheiro – 16/02/2022

Os planos de saúde podem ficar mais caros neste ano e uma projeção do BTG Pactual aponta que o reajuste pode ser de 15% para as mensalidades do tipo individual. Se essa análise se confirmar, será o maior aumento em 22 anos da série história da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O possível reajuste acontece em um momento em que os planos de saúde registram cada vez mais usuários em planos de assistência médica: em dezembro, o setor reuniu mais de 48 milhões de clientes.

Se somados aos planos exclusivamente odontológicos, o setor registrou mais de 78,2 milhões de conveniados no fim de 2021.

No ano passado, os planos tiveram um reajuste negativo de -8,19%, dado que as cirurgias eletivas foram suspensas em 2020 e os custos das operadoras foi menor do que o registrado no pré-pandemia. E como nada é isolado, os planos coletivos, que respondem pela maior parte dos contratos no País, também devem sofrer com a alta exacerbada nos planos individuais.

E para sustentar o aumento nos valores dos planos, o BTG acredita que a ANS vai levar em conta itens como inflação, aumento de despesas médicas e ganhos de eficiência no setor.

A ANS deve decidir sobre o tema até o meio do ano.

## RETIRADA DE PONTOS POLÊMICOS DO PL DE PLANOS DE SAÚDE GANHA FORÇA

Jota Info – 15/02/2022

Proposta prevê manutenção de regras sobre equilíbrio financeiro.

A discussão no Congresso sobre as mudanças na Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde, tende a ser reduzida para pontos considerados menos polêmicos. Depois do vazamento no fim do ano passado da minuta preparada pelo relator Hiran Gonçalves (PP/RR) e da repercussão negativa, a ideia é concentrar esforços para um texto mais pontual, com medidas direcionadas num primeiro momento a regras sobre equilíbrio financeiro das operadoras de saúde.

Temas ligados à assistência ou reajuste de mensalidade após os 59 anos ficariam, por ora, em segundo plano. Parlamentares que acompanham o tema e representantes do setor avaliam que o desgaste, neste momento, seria infrutífero. Tentam ainda evitar o erro cometido na discussão semelhante, quando o ministro Rogério Marinho, então deputado, esteve à frente da relatoria de projeto similar. Na época, inúmeras propostas desagradaram setores distintos, não houve força para lutar em todas as frentes e o texto acabou engavetado.

Entre os pontos com potencial para serem discutidos ainda neste ano estão alterações nas garantias oferecidas pelos planos em caso de dificuldades financeiras e pontos de governança interna. Há ainda um esforço para que as regras levem em consideração o tamanho das operadoras. As exigências poderiam variar entre empresas de porte pequeno, médio e alto.

Na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), há simpatia por essa alternativa. O presidente da entidade avalia que o setor já está maduro, e algumas mudanças poderiam trazer benefícios.

A expectativa é de que o reajuste das mensalidades de planos de saúde seja expressivo neste ano. O presidente da ANS, Paulo Rebello, afirmou ser necessário aguardar o fim do primeiro trimestre, quando dados serão enviados para o Ministério da Economia. Ele, contudo, afirmou ao JOTA que vai defender um reajuste único, sem escalonamento. No ano passado, alguns setores sugeriram a estratégia, para evitar um reajuste negativo. “Sempre defendi a previsibilidade. A segurança é essencial. A regra não deve ser mudada, seja reajuste positivo ou negativo”, disse ao JOTA.

## TEM SAÚDE SE UNE A TUBARÕES PARA CRIAR GIGANTE NO SETOR

Revista Cobertura – 14/02/2022

Healthtech, com mais de 1,5 milhão de membros, e PartMed, investida de José Carlos Semenzato e Camila Farani, juntam-se para revolucionar o acesso à saúde popular

A Tem Saúde benefício que conecta pessoas a serviços de saúde e bem-estar em todo o país, e a Partmed, rede com 60 franquias de clínicas médicas espalhadas pelo Brasil

anunciaram sua fusão nesta quinta-feira, (10 de fevereiro). A transação promete agregar toda a experiência em soluções de cuidado a saúde popular e a expertise em dados e tecnologia da Tem, que atende cerca de 1,5 milhão de vidas, à capilaridade da PartMed, presente nos principais centros comerciais do Brasil. A fusão ainda reúne dois tubarões do programa Shark Tank Brasil, do canal Sony: José Carlos

Semenzato e Camila Farani, com participação societária nas duas marcas.

A nova companhia já começa com uma projeção de crescimento de dobrar a operação em 2022. Nos próximos três anos, o objetivo ainda é saltar para 450 franquias e, assim, ampliar a estrutura de atendimento aos clientes com um processo digitalizado e foco total em experiência diferenciada do usuário. No período de cinco anos, a expectativa é alcançar uma base com 10 milhões de beneficiários cadastrados com acesso a saúde de qualidade.

“Acreditamos que é possível criar a melhor experiência de cuidado com a saúde, e por isso decidimos juntar toda a expertise de atendimento e capilaridade da Partmed com todo o banco de dados, tecnologia e processos da Tem. O objetivo é transformar o jeito que milhares de brasileiros cuidam do que mais importa: sua saúde”, afirma Igor Pinheiro, CEO e Co-Fundador da Tem Saúde.

O propósito de popularizar o acesso aos cuidados com a saúde foi o que conectou a Tem e a PartMed. Em uma realidade em que 7 a cada 10 brasileiros não possuem plano de saúde, a fusão oferece uma alternativa de atendimento privado com valores acessíveis, digitalizada e com abrangência nacional.

“Para continuar proporcionando uma assistência de qualidade, a PartMed está investindo cerca de R\$ 40 milhões em infraestrutura tecnológica. A rede se tornou referência no Brasil por levar medicina de qualidade por um preço mais em conta para as classes C e D e agora entregará o mesmo serviço aos beneficiários do cartão Tem”, explica Paulo Zahr, fundador e sócio da PartMed.

Atualmente a Tem Saúde disponibiliza suas soluções em saúde dentro do segmento B2B2C, em parceria com grandes empresas como Itaú, Marisa, PagBank, Casas Bahia e outros gigantes, que podem disponibilizar para seus clientes uma plataforma de saúde completa. Também contam com uma rede de médicos e laboratórios espalhados pelo Brasil com preços populares, descontos de até 70% em medicamentos, acesso a psicólogos, nutricionistas, dentistas, telemedicina 24 horas e outras soluções de cuidado à saúde. Sem período de carência ou limite de uso o associado paga apenas pelos serviços que utilizar, e tem a sua disposição

uma plataforma que com tecnologia, design e dados ajudam a centralizar todo o seu cuidado com a saúde.

“Somos uma plataforma focada em cuidar da saúde de todos e fazemos isso para nossos mais de 1,5 de membros há mais de sete anos, neste novo momento estamos totalmente comprometidos em desenvolver a melhor solução de acesso a saúde primária e cuidado para todos os brasileiros, sendo uma operação totalmente verticalizada. E será exatamente isso que faremos juntos”, destaca Tuca Ramos, Co-Fundador da Tem Saúde.

José Carlos Semenzato, empresário serial com mais de 25 anos de experiência no franchising e que detém participação na PartMed, acredita que a fusão inclui todos os atributos necessários para melhorar a oferta de serviços de saúde de qualidade no Brasil. “Ao unir o físico e o digital, a nova companhia terá o know-how no mercado de saúde e a escalabilidade e o baixo custo oportunizados pela tecnologia da Tem”, ressalta.

Camila Farani, presidente da G2 Capital e uma das principais investidoras-anjo do Brasil, é a nova sócia do negócio, que conta que o potencial do setor fez com que os investidores de risco injetassem US\$ 57,2 bilhões em iniciativas de digital health no mundo no ano passado. “A fusão da PartMed com a Tem é reflexo da intensa movimentação do mercado de saúde, e entro na operação para ajudar a fortalecer as áreas de growth e tecnologia”, destaca.

Seguindo seu processo de democratização e acesso a saúde de qualidade, a nova companhia já nasce com sua porta aberta para novos parceiros em seu modelo de franquias, que procuram uma oportunidade de negócio aliada ao propósito de oferecer saúde para todos. Além disso, já disponibiliza um novo modelo para o consumidor final, com preços populares para consultas e exames e outras soluções em cuidado.

“Foi um grande prazer assessorar junto com meu sócio, Zeca Rudge, o time da Tem Saúde na fusão da que provavelmente será a maior empresa de primary care do Brasil. A Tem Saúde agora verticaliza a operação, agregando as clínicas da rede da PartMed. Eu e Zeca trabalhamos em dupla nesse deal e já vamos para os próximos passos dessa grande operação”, complementa Luiz Crispim, sócio da OBB Capital.

## TOTVS LANÇA SOLUÇÃO PARA OPERADORAS DE SAÚDE OTIMIZAREM GERENCIAMENTO E RESOLUÇÃO DE NIPS

Saúde Business – 14/02/2022

Ferramenta monitora notificações no site da ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar) e sinaliza para a operadora prazos, atualizações e ações necessárias.

Para apoiar a produtividade do setor da saúde, a TOTVS, maior empresa de tecnologia do país, anuncia uma nova solução voltada a operadoras de saúde, o TOTVS Saúde -- Gestão de NIPs. A ferramenta ajuda as operadoras a

resolverem uma de suas maiores dores: o gerenciamento de Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs), que são notificações sobre queixas de beneficiários junto à agência reguladora ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar), que precisam ser respondidas dentro de um prazo apertado para evitar sanções e multas.

O TOTVS Saúde Gestão de NIPs monitora o site da ANS, envia alertas para as operadoras e importa novas reclamações administrativas recebidas e atualizações de NIPs existentes. No sistema, os responsáveis da operadora conseguem acompanhar e controlar todas as etapas, prazos e documentos envolvidos no trâmite para a elaboração das respostas e soluções das medidas administrativas, reduzindo o tempo das resoluções, cumprindo prazos e, principalmente, evitando multas.

A solução ainda disponibiliza o histórico do beneficiário para que o responsável acompanhe o processo munido de informações, documentos e outros insumos para consulta e suporte na elaboração da defesa da operadora frente à ANS. O TOTVS Saúde -- Gestão de NIPs também dispõe de modelos de documentos para serem enviados à agência reguladora, assim como painéis com indicadores e relatórios de monitoramento das informações e alertas para o controle da reclamação. A ferramenta foi desenvolvida com perfis de acessos, permitindo que as organizações construam hierarquias de gestão autorizando acesso apenas para colaboradores e áreas necessárias para a resolução da NIP.

“As operadoras de saúde recebem um alto volume de notificações para serem avaliadas e respondidas à ANS, com

prazos determinados e curtos. Hoje, esse processo é feito manualmente, com o acesso diário ao site da Agência e, por vezes, gerido de forma descentralizada -- ocasionando a perda de prazos. Nesse cenário, a solução da TOTVS chega para automatizar e organizar a gestão de NIPs, proporcionando uma experiência visual, simplificada e muito mais produtiva para as operadoras”, afirma Rogério Pires, diretor de Saúde da TOTVS.

Outra vantagem da ferramenta é a possibilidade de integração com o TOTVS Jurídico Departamentos, solução que atende demandas administrativas e operacionais das empresas. Caso a NIP não seja respondida no prazo determinado ou a ANS conceda um parecer desfavorável à operadora de saúde, ela se torna um processo administrativo e passa a requerer respaldo jurídico. Com a integração entre as soluções, o departamento jurídico tem acesso a todo o histórico da notificação e não perde o trabalho que foi feito em resposta à NIP.

Além de atender a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o TOTVS Saúde -- Gestão de NIPs é uma solução SaaS (software as a service), que não tem necessidade de implantação nem de investimento em infraestrutura. Para mais detalhes, acesse.

---

## HAPVIDA ANUNCIA COMPRA DE GRUPO SMILE POR R\$ 300 MILHÕES

CNN Brasil – 11/02/2022

Grupo possui uma operadora de planos de saúde, um hospital próprio e uma clínica médica.

A Hapvida fechou a compra do Grupo Smile (Smile Saúde), que tem uma operadora de planos de saúde, um hospital próprio e uma clínica médica.

O preço de aquisição, incluindo o imóvel do hospital, é de R\$ 300 milhões, valor sujeito ao desconto do endividamento líquido.

De acordo com fato relevante, o Grupo Smile atua por meio de uma operadora de planos de saúde com cerca de 80 mil beneficiários localizados principalmente em Maceió (AL), João Pessoa (PB), Campina Grande (PB) e Brasília (DF).

A empresa também administra uma clínica médica e um hospital próprio sediado em João Pessoa com 39 leitos, sendo 14 leitos de UTI.

A Hapvida já tem uma carteira de cerca de 160 mil beneficiários em planos de saúde e três hospitais nas principais praças de atuação do Grupo Smile.

“A potencial transação, portanto, objetiva acelerar o crescimento em todas as praças de atuação do Grupo Smile que já são de atuação da companhia, além de capturar sinergias assistenciais em todas as regiões uma vez que a companhia possui estrutura própria em todas as regiões de atuação do Grupo Smile”, afirma a companhia.

A operação ainda precisa ser aprovada por órgãos reguladores, e não deverá gerar direito de retirada.

---

## ENTENDA O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM A AMIL

Estadão – 11/02/2022

Nesta semana, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) barrou a venda da Assistência Personalizada à Saúde (APS), operadora de saúde que controla 337 mil planos de saúde individuais da Amil, para a empresa de investimentos Fiord Capital.

Em entrevista ao Estadão, o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, afirmou que a operação precisa de mais explicações

e que a suspensão não tem prazo para acabar. Entenda o que está acontecendo com a Amil.

### A Amil foi vendida para quem?

A Amil não foi vendida. Mais de 330 mil planos da operadora foram repassados para outra operadora de plano de saúde, a Assistência Personalizada à Saúde (APS). A operação foi aprovada pela Agência Nacional de Saúde Complementar

(ANS) em dezembro do ano passado. À época da operação, a APS fazia parte do mesmo grupo da Amil, o UnitedHealth Group (UHG), empresa americana que vem reduzindo suas operações no Brasil.

### **A ANS barrou a venda da Amil?**

A ANS barrou a venda da APS para a Fiord Capital, empresa de investimentos recém-criada e gerida pelo sérvio naturalizado brasileiro Nikola Lukic, para o grupo Seferin & Coelho, que atua na área de gestão de hospitais e para o executivo Henning von Koss, ex-Hapvida, Amil e Medial Saúde.

O argumento da agência é que a entidade só havia autorizado a transferência da carteira de clientes da Amil para a APS, em dezembro do ano passado, mas não tinha dado “ok” para o negócio da APS com a Fiord, que envolve ainda quatro hospitais da Amil, em São Paulo e Curitiba.

Neste mês, a Fiord assumiu o controle da APS, que deixou de fazer parte do grupo UnitedHealth. A APS ainda transferiu sua carteira de planos coletivos (empresariais e por adesão) para outra empresa, a Sobam, que também faz parte do UnitedHealth Group.

---

## **AMIL: GRUPO QUE VAI ASSUMIR CARTEIRA QUER CHEGAR A 680 MIL CLIENTES**

Exame – 11/02/2022

Grupo que deve assumir carteira da Amil afirma que rede credenciada não muda e que vai analisar reclamações; “para nós é importante ter clientes satisfeitos”.

O grupo que fechou acordo para assumir 340 mil clientes da Amil quer montar uma operadora de saúde com foco em contratos individuais, com a meta de dobrar o tamanho da carteira nos próximos dois anos, e chegar ao posto de maior operadora do país focada nesse modelo de contrato.

“Essa carteira vai se tornar uma plataforma para alavancar crescimento. Uma coisa é começar do zero, outra coisa é começar com uma base estabelecida, com hospitais de qualidade e uma carteira fiel”, afirmou à EXAME Henning von Koss, ex-executivo da Medial e da Hapvida e que detém 10% da operação que pretende assumir a carteira da Amil.

Além dele, fazem parte do negócio a empresa de gestão de saúde Seferin & Coelho, que tem quatro hospitais no Sul do país, e a gestora de investimentos Fiord Capital, do investidor Nikola Lukic, que atuou na Starboard, consultoria especializada em reestruturação de companhias. Cada uma detém 45% do negócio.

### **R\$ 3 bilhões em receita**

O grupo aguarda para poder assumir a carteira de beneficiários com planos individuais da Amil, que foi transferida para a APS (Assistência Personalizada à Saúde) em dezembro do ano passado. Ambas as empresas são

### **O que é a APS?**

Operadora de planos de saúde criada em 1999 e que pertencia, até fevereiro, ao mesmo grupo da Amil, o UnitedHealth Group.

### **Qual a relação entre Fiord Capital e a APS?**

A Fiord Capital está tentando comprar a APS. A situação está “travada” pela ANS.

### **A Amil falhou?**

Não. Os planos de saúde individuais da operadora foram repassados para a APS.

### **Como ficam os clientes que têm plano de saúde da Amil?**

Com os clientes repassados para a APS, os direitos dos clientes são mantidos. A nova operadora deve garantir assistência a seus beneficiários no mesmo padrão do contrato com a Amil. Se não o fizer, estará descumprindo o contrato e o usuário pode fazer reclamação à ANS e, não havendo solução, recorrer à Justiça. Mais informações aqui.

controladas pela UnitedHealth. O negócio foi suspenso pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que pediu informações adicionais sobre a transação.

O acordo firmado prevê que a Amil pague 2,4 bilhões de reais ao novo grupo, dos quais 1,2 bilhão de reais irá para as reservas legais necessárias a uma operadora de saúde e 1,2 bilhão de reais deverá ser investido na companhia.

Segundo Koss, a carteira gera uma receita de cerca de 3 bilhões de reais ao ano, com margem operacional de 10%, e não é deficitária. Os contratos têm em média 16 anos, e a idade média dos beneficiários é de 45 anos. “Hoje ela não é deficitária. Mas, se não houver uma oxigenação, se não entrarem mais vidas, ela pode ficar”, diz.

### **Modelo rentável**

O objetivo do grupo é trazer mais vidas para essa carteira, a fim de atender a uma demanda reprimida do mercado, que tem carência de planos individuais. A meta é dobrar a carteira de tamanho nos próximos dois anos e chegar até 1 milhão de vidas no futuro.

A visão do grupo é que o modelo de contratos individuais é rentável, mas é difícil de ser gerido por empresas cujo foco está nos planos empresariais e coletivos. “A gestão desses modelos é muito diferente”, diz Daniel Coelho, sócio da

Seferin & Coelho e ex-presidente do Sindicato Nacional dos Planos de Saúde.

Enquanto nos planos coletivos o departamento de RH funciona como ponte para o usuário, nos planos individuais não há esse ponto de contato. A forma de acessar esse público e incentivá-lo a ter uma vida mais saudável passa pela tecnologia, afirma Coelho.

### Cientes satisfeitos

Para ampliar a carteira, a nova empresa conta com a propaganda boca a boca dos atuais beneficiários. “Tenho 340 mil pessoas. Se eu atendê-las bem, terei 340 mil vendedores”, diz Coelho. Por enquanto, porém, os clientes têm reclamado de redução da rede credenciada e dificuldade

em entrar em contato com a operadora APS, desde que a Amil transferiu esses contratos. Os empresários dizem que ainda não estão na gestão do negócio, mas que essas questões serão analisadas. “Para nós, é importante manter essas pessoas satisfeitas”, diz Koss.

Eles afirmam também que a rede credenciada não vai mudar. O acordo com a UnitedHealth prevê que, uma vez separada, a nova empresa utilize os mesmos contratos firmados pela Amil com a rede credenciada, pelo prazo de cinco anos, período em que os novos donos irão buscar fazer seus próprios acordos com os prestadores de serviço. A empresa também vai usar a estrutura administrativa e de atendimento ao cliente da UnitedHealth pelo prazo de seis meses, prorrogáveis por mais seis, até que tenha montado uma estrutura própria.

## COM 6% DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE, AMIL TEM FUTURO INCERTO

O Globo – 10/02/2022

Cientes temem ficar sem assistência. Concentração no mercado de saúde aumentou, e cinco maiores operadoras têm 71% dos contratos.

RIO — O mercado de planos de saúde ficou estacionado na última década. Mas a concentração no setor aumentou muito, o que deixa clientes da Amil ainda mais apreensivos diante do futuro incerto da operadora. Com 6% do mercado, a Amil tem mais de 330 mil planos individuais.

Esta carteira foi transferida para a APS, uma empresa cujos sócios são companhias do próprio grupo Amil, em dezembro. Este ano, APS realizou uma mudança societária e teve o controle assumido pelo fundo Fiord, em operação que foi suspensa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na última terça-feira.

Hoje, as cinco maiores gestoras de planos de saúde no Brasil — Unimed, Amil, SulAmérica, Bradesco e Hapvida — detêm 71% do mercado, mostra levantamento feito pela KPMG. Há dez anos, essa concentração era bem menor: 56% dos planos estavam nas mãos deste grupo restrito de operadoras. Ou seja, na prática, há menos opções no mercado. E, no caso de planos individuais, a oferta é ainda mais restrita.

Amil: [Veja os direitos de quem tem plano de saúde após a transferência da carteira e tire suas dúvidas](#)

A Amil tem 6% dos planos do país. O Sistema Unimed abarca 37% do mercado. SulAmérica e Bradesco têm 5% e 8%, respectivamente. E o grupo Hapvida/NortreDamme Intermédica viu sua participação no mercado subir de 2% para 15% na última década, via aquisição de outras operadoras.

Cliente da Amil há 24 anos, o aposentado Laércio Gonçalves, de 72, teme pelo futuro do seu plano de saúde. Após ter superado três cânceres — no pulmão, na próstata e no cérebro — ele não cogita procurar outra empresa para o serviço:

— Só queria que meu plano retornasse ao status que ele tinha para continuar indo ao laboratório que confio. E nem penso em cancelar a Amil porque, com a nossa idade, fazer outro plano agora vai sair bem mais caro — diz Gonçalves, que paga, para ele próprio e para a esposa Suely Regina, de 68 anos, R\$ 2.470 de mensalidade no plano de saúde.

### Descredenciamento sem aviso prévio

Ele se queixa do descredenciamento do seu plano, sem aviso prévio, em um laboratório onde costumava fazer exames de rotina, já que seu oncologista recomenda um checkup anual.

## PANDEMIA FAZ BRASIL TER MAIOR NÚMERO DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE DESDE 2016

Saúde Business – 10/02/2022

Mesmo com dificuldades financeiras, população tem priorizado manter o benefício na hora de definir o orçamento familiar.

Em tempos de crise sanitária e financeira, o brasileiro tem se desdobrado para equilibrar o orçamento sem abrir mão do plano de saúde. Em 2021 o setor registrou o total de 48.995.883 beneficiários, o maior número desde janeiro de

2016 segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O crescimento foi de 1.508.134 usuários em um ano, alta de 3,18%. A modalidade empresarial representa 68% deste total, seguida pelo individual (18%) e pelo coletivo por adesão (13%). O plano de saúde individual foi o único que perdeu usuários em 2021, passando de 9.044.454 para 8.910.918 beneficiários em um ano, queda de 1,47%.

A pandemia da covid-19 escancarou a preocupação dos brasileiros com a saúde. É o que aponta a Pesquisa ANAB de Planos de Saúde, encomendada pela Associação Nacional das Administradoras de Benefício ao instituto Bateiah Estratégia e Reputação. Para 81% das pessoas, a crise fez aumentar o preço do acesso a tratamentos médicos. Entre os que possuem menor poder aquisitivo, com renda até cinco salários mínimos, a preocupação aumentou muito. A pesquisa traça um panorama os planos de saúde no Brasil e traz um perfil de seus beneficiários.

"Ter plano de saúde hoje é um dos maiores desejos de consumo do brasileiro, atrás apenas da casa própria e de educação. Enquanto o número de novos usuários cresce, vemos também uma parcela de pessoas que buscam uma solução para manter o plano, especialmente em virtude do preço. De modo geral, nosso sistema público de saúde passou por momentos de superlotação e até esgotamento nesse período de quase dois anos. Não apenas a preocupação aumentou, como também despertou a necessidade de ter a garantia de atendimento médico sempre que precisar", explica Alessandro Acayaba de Toledo, advogado especializado em direito na saúde e presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB).

Em relação aos dados por estado, a ANS divulgou que no comparativo com dezembro de 2020 o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Há em atuação, segundo a ANS, 703 operadoras de planos de saúde.

### **O papel das administradoras de benefícios**

A ANAB representa as empresas que fazem a gestão e comercialização de planos de saúde coletivos, aquela em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor pertença. De acordo com a ANS, há 168 administradoras de benefícios cadastradas no país.

Levantamento da ANAB aponta que, nos últimos 9 anos, quem tinha uma administradora de benefícios na gestão do plano de saúde economizou R\$ 6,6 bilhões. Esse valor representa a diferença entre o reajuste pedido pelas operadoras anualmente e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores; gerando uma economia mensal por beneficiário de R\$ 131.

## **Pesquisa Anab de Planos de Saúde**

Para levantar os dados, foram entrevistados mais de 1 mil usuários de planos de saúde a partir de 16 anos em todo o país, com amostras em capitais, regiões metropolitanas e cidades de interior. Também consideraram fatores como gênero, idade, escolaridade, renda familiar e ocupação. Foi realizada entre os dias 16 e 28 de setembro por meio de entrevistas telefônicas com 1006 respondentes em 420 municípios do país. De acordo com o instituto Bateiah Estratégia e Reputação, a margem de erro é de 3%.

### **O sonho do plano de saúde próprio**

A pesquisa mostra que os consumidores enxergam o plano de saúde como uma conquista, tal qual ter um imóvel, um veículo, realizar uma viagem ou ter investimentos. O plano é a terceira maior conquista do brasileiro em 2021. Na faixa etária acima de 50 anos, benefício só perde para a casa própria em importância. Quanto menor a renda familiar e o grau de escolaridade, maior é o reconhecimento do plano. Ao menos 18,7% dos respondentes que ganham até dois salários mínimos indicam o benefício como conquista, da mesma forma que 21,8% dos entrevistados com o Ensino Médio também reconhecem. Em relação a idade, essa percepção é ainda maior entre os entrevistados com 50 anos ou mais, que representam 25,5%. Mas é na parcela da população aposentada que o plano assume papel principal e toma a frente no ranking das conquistas dos brasileiros, deixando casa própria e automóvel para trás. Ao menos 50,6% dos entrevistados aposentados indicam o plano como conquista.

### **Percepção dos planos**

O plano como conquista também tem uma relação direta com a percepção de segurança do beneficiário sobre sua saúde. Ao menos 69% disseram que o benefício é uma salvaguarda em casos de necessidade, enquanto que para 31% é uma necessidade recorrente.

Quando precisam utilizar os serviços do plano, a maioria dos beneficiários recorrem a consultas com especialistas (69%) seguida de exames (13,3%) e emergência (8,7%). O levantamento da ANAB também verificou que mesmo com plano, 42% dos beneficiários utilizam serviços do Sistema Único de Saúde -- SUS. O serviço de vacinação é o mais mencionado entre o uso no SUS, indicado por 49,3% dos respondentes. A procura é maior entre os mais velhos e a população com menor poder aquisitivo.

### **Avaliação do beneficiário**

Na percepção dos beneficiários, a agilidade no atendimento é o fator mais importante em um plano de saúde, indicado por 24,2% dos respondentes. A facilidade de autorização de procedimentos aparece em segundo lugar com 15,4% seguida pela rede médica contemplada no contrato, com 14,4%. No top cinco aparecem ainda serviços oferecidos (11,1%) e rede de profissionais (10,9%).

## Relação custo-benefício

O estudo da ANAB também analisou a relação entre custo e benefício do plano de saúde na visão dos clientes. Para 49,2% dos respondentes, a importância de ter um plano de saúde aumentou muito com a pandemia, no entanto, não são receptivos a possíveis aumentos. A resistência é ainda maior entre os homens, que representam 51,5% dos que reconhecem a importância do plano, mas não estão dispostos a pagar mais por isso. Em relação à idade, o percentual é maior entre os respondentes de 40 a 49 anos, que correspondem a 56,1% dos que não se dispõem a valores adicionais. No geral, apenas 20% dos entrevistados se mostram abertos a pagar mais pelo plano de saúde.

Em contrapartida, mesmo com as possibilidades de negociações de preço com as operadoras ou a mudança do plano via portabilidade de carências, 91,4% dos

respondentes preferem deixar o benefício como está e apenas 7,8% fariam mudanças para redução de custo.

Para Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da ANAB, o consumidor ainda carece de informações claras sobre seus direitos no plano de saúde. Dados da pesquisa mostram que ao menos 35% dos beneficiários sentem algum nível de dificuldade ao analisar as propostas das operadoras. Para 44% deles, o auxílio de um consultor para tirar dúvidas faria diferença.

“O mercado tem dado resposta a esse desejo de manter o plano de saúde com o lançamento de produtos a preços mais atrativos e até sugerindo a portabilidade de carências, como a ANAB tem feito. É fundamental que o consumidor tenha conhecimento desses direitos para tomar as melhores escolhas para sua saúde, inclusive a financeira”, diz Alessandro.

## CÂMARA APROVA MP QUE ADOTA REGRAS DE INCORPORAÇÃO AO ROL DA ANS

Jota Info – 10/02/2022

Texto, aprovado pelos deputados menos de 24 horas após passar pelo crivo do Senado, segue para sanção presidencial.

A Câmara dos Deputados aprovou na última quinta-feira (10/2) a Medida Provisória 1067/2021, que altera a Lei dos Planos e Seguros Privados para atualizar a cobertura da saúde suplementar. O texto determina que o fornecimento de medicamentos de uso oral contra o câncer será obrigatório, inclusive para casos em que o tratamento foi iniciado na internação hospitalar.

A matéria, aprovada pelos deputados menos de 24 horas após passar pelo crivo do Senado, segue para sanção presidencial. A urgência se justifica pelo fato de que a MP, fruto de um acordo que garantiu a manutenção do veto ao PL 6330/2019, perderia a validade hoje.

A relatora da proposta na Câmara, deputada Silvia Cristina (PDT-RO), fez mudanças no texto aprovado pelo Senado. Ela retirou a possibilidade de rejeição da incorporação de medicamentos no rol da ANS. A parlamentar também propôs suprimir do texto o trecho que deixava claro que os planos de saúde só podem reajustar os valores cobrados, mesmo que

com a justificativa de “equilibrar financeiramente os contratos em decorrência das incorporações realizadas”, dentro do prazo estabelecido por lei. Ambas as mudanças foram acatadas pelos deputados.

De acordo com as novas regras, os planos de saúde serão obrigados a fornecer medicamentos contra o câncer de uso oral e domiciliar, inclusive para casos em que o tratamento foi iniciado na internação hospitalar. Isso deverá estar em conformidade com a prescrição médica, e os remédios deverão estar registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No caso de novos medicamentos, a legislação estabelece prazos para que sejam incluídos no rol da ANS.

O texto aprovado é diferente do que já havia passado pela Câmara. Antes, o projeto previa um prazo de 120 dias, prorrogáveis por 60 dias corridos, para que a ANS analisasse processos administrativos que tratassem da atualização do rol de medicamentos. Agora, o prazo proposto é de 180 dias, prorrogáveis por mais 90. No caso dos tratamentos antineoplásicos orais, no entanto, foi mantido o prazo inicial de 120 dias, prorrogáveis por mais 60.

## INTERMÉDICA COMPRA HOSPITAL DO CORAÇÃO DE DUQUE DE CAXIAS, NO RIO, POR R\$ 83 MILHÕES

Agência Brasil – 09/02/2022

A instituição foi fundada em 2007, na região metropolitana do Rio, e conta com 70 leitos, dos quais 20 são UTI, além de seis salas de cirurgia; em 2021, o hospital teve faturamento líquido de R\$ 50,6 milhões.

A NotreDame Intermédica comunicou nesta quinta-feira (10) que as subsidiárias NotreDame Intermédica Saúde e Gralha Azul Administração e Participação adquiriram o Hospital do Coração de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, por R\$ 83 milhões.

Em nota, a companhia diz que o pagamento foi feito à vista, em dinheiro, descontando o endividamento líquido e uma parcela retida para contingências.

A operação envolve a aquisição dos imóveis onde está o hospital e, de forma indireta pela Intermédica, 100% das cotas da unidade de saúde.

O Hospital do Coração foi fundado em 2007, na região metropolitana do Rio, e conta com 70 leitos, dos quais 20 são

UTI, além de seis salas de cirurgia. Em 2021, o hospital teve faturamento líquido de R\$ 50,6 milhões.

A Intermédica reforça que a aquisição faz parte de sua estratégia de crescimento no Estado fluminense.

A companhia diz que a operação não está sujeita à aprovação prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nem do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

## SENADO APROVA MEDIDA PROVISÓRIA QUE BENEFICIA PACIENTES DE CÂNCER

Agência Brasil – 09/02/2022

Medicamentos orais contra o câncer devem ser fornecidos ao paciente.

O Senado aprovou hoje (9) a Medida Provisória (MP) que obriga planos de saúde a cobrirem tratamento oral contra o câncer. A MP já havia passado pela Câmara e perderia a validade amanhã (10), se não tivesse sido votada. Agora, segue para a Câmara para uma reanálise. Isso ocorre porque os senadores alteraram trechos do texto.

A MP 1.067/2021 incorpora às coberturas obrigatórias de planos a oferta de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento. Ela foi editada pelo governo em resposta a um projeto de lei do Senado com o mesmo tema. A manutenção do veto presidencial ao projeto ontem, na sessão do Congresso, teve, inclusive, como argumento a existência dessa MP.

O texto da MP aprovado pelo Senado diz que a cobertura do tratamento é obrigatória caso as medicações já tenham aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) terá 120 dias para inclui-lo no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde. É possível ainda uma prorrogação por mais 60 dias. Os processos referentes a tratamentos orais de câncer deverão ser priorizados pela ANS.

Para os demais tratamentos, o prazo é de 180 dias, prorrogável por mais 90. Em todos os casos, se a ANS não se manifestar dentro do prazo, o tratamento será automaticamente incluído no Rol de Procedimentos até a decisão definitiva.

De acordo com a MP, os medicamentos orais contra o câncer devem ser fornecidos ao paciente ou a seu representante legal em dez dias após a prescrição médica. O provimento poderá ser fracionado por ciclo de tratamento. Será obrigatório comprovar que o paciente ou seu representante legal recebeu as devidas orientações sobre o uso, a conservação e o eventual descarte do medicamento.

A Câmara precisa aprovar a MP até amanhã (10). Caso isso não ocorra, ela perderá a validade.

*\*Com informações da Agência Senado.*

## ANS PODE APROVAR O MAIOR REAJUSTE DA HISTÓRIA DOS PLANOS INDIVIDUAIS

Consumidor Moderno – 08/02/2022

Em 2021, os raros consumidores que possuem um plano de saúde individual receberam uma notícia histórica: ao invés dos recorrentes aumentos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou um desconto de 8,2% nos planos de saúde. A boa notícia, no entanto, não vai se repetir este ano. Se as recentes projeções de especialistas se confirmarem, o brasileiro poderá precisar engolir nada menos que o maior reajuste da história do órgão regulador. O recorde foi de 13,57% em 2016.

De acordo com as recentes projeções, os reajustes estariam entre 15% e pouco mais de 18%, o que superaria com folga o recorde de 2016.

O estudo mais recente é do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar). De acordo com o levantamento, a variação dos custos médico-hospitalares feita pela IESS (VCMH-IESS), cálculo que verifica a média ponderada entre as diferentes categorias de preços do serviço, foi de 18,2% para o período de 12 meses, encerrado em junho de 2021.

“Observa-se uma retomada do crescimento do indicador em março de 2021, após oito meses de variação negativa. Destaca-se que nesse período a VCMH das terapias permaneceu positiva, ou seja, a despesa com esse tipo de procedimento cresceu. Também é importante notar que para

internações e OSA (outros serviços ambulatoriais) o período de VCMH negativa foi curto (setembro de 2020 a novembro de 2020 para internações e dezembro de 2020 a janeiro de 2021 para OSA) e a variação das despesas com esses itens tem permanecido positiva. Quanto a consultas a VCMH ainda está negativa e para exames ela ficou negativa até abril de 2021. Isso deveu-se exclusivamente a redução da frequência, pois os custos cresceram durante todo o período”, justifica a entidade no estudo.

Outra projeção de aumento está em um recente relatório do BTG Pactual. Eles apontam um crescimento menor que o IESS, porém acima do recorde de 2016: até 15%.

“O reajuste negativo de 2021 refletiu uma utilização anormalmente baixa (dos planos) em 2020, quando muitos procedimentos eletivos foram adiados na primeira onda de covid-19 no Brasil. Por outro lado, como as despesas médicas dispararam em 2021, enquanto a base de vidas nos planos de saúdes individuais encolheu, esperamos um forte aumento de preço para o ciclo de 2022”, informou o BTG.

### **ANS decide e ‘subtratamentos’**

O próximo índice oficial começa a valer entre maio de 2022 e abril de 2023 e será definido pela ANS.

Segundo Rafael Robba, especialista em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, é prematuro afirmar qual será a decisão da ANS, porém uma coisa é certa: haverá um aumento este ano, diferentemente do ano passado.

“De forma mais recente, o BTG Pactual divulgou uma previsão de 15% e agora o IESS soltou esse percentual de 18%. Eu vi ainda uma variação positiva de 12%. Por enquanto, eu penso que ainda é muito especulativo. A ANS vai fazer a apuração com base nos dados de todos os planos individuais do mercado, então ela tem uma análise mais ampla. Eu imagino que o índice não será negativo para este ano, mas não deverá chegar a 18%”, afirma.

Para Cláudio Tafla, presidente da ASAP, entidade sem fins econômicos criada para desenvolver uma gestão mais eficiente na saúde suplementar, a pandemia mudou a rotina nos cuidados com a saúde e resultou em “subdiagnósticos” e, conseqüentemente, ‘subtratamentos’ no período.

“Toda essa inflação ainda tem uma demanda reprimida de casos em que, com a pandemia, as pessoas ficaram fora do ambiente de acompanhamento e gestão das suas doenças. Com isso, com certeza, nós vamos ter um ‘subdiagnóstico’ dessa população durante esse período, um ‘subtratamento’

das doenças crônicas não transmissíveis – hipertensão, diabetes – e um subdiagnóstico de cânceres, porque as pessoas não fizeram seus exames. Então tudo isso vai impactar num tsunami de casos que a gente vai ter que harmonizar junto com aqueles casos que vão acontecer naturalmente com a liberação da demanda”, afirma.

### **E os planos coletivos?**

O futuro dos planos coletivos empresariais é outra incógnita quando o assunto é reajuste. No entanto, o aumento é quase certo e há quem aposte em um percentual bem superior aos planos individuais.

É o que afirma Daniela Scott Capanema, advogada do escritório Sarubbi Cysneiros Advogados Associados. “Enquanto os planos individuais apresentaram uma redução de valor no patamar de menos 8,19% em 2021, os planos coletivos tiveram um aumento de 16%, mesmo após um lucro de 50% de gastos no ano anterior em razão da pandemia. Ou seja, se mesmo com lucro histórico em 2021 as operadoras aumentaram 16% do valor das mensalidades dos planos coletivos, conjecturemos o enorme aumento que está por vir com o retorno, em massa, dos usuários aos serviços. Certamente os consumidores dos planos coletivos deverão tirar o burro da sombra e esperar por significativo aumento das mensalidades em 2022”, afirma.

### **Era do Diálogo 2022**

Este ano, A Era do Diálogo, que celebra 10 anos de existência, vai debater temas relacionados a planos de saúde em dois painéis imperdíveis.

O primeiro tema vai discutir os impactos da pandemia nos reajustes dos planos. No encontro, grandes especialistas vão apontar caminhos mais eficientes na gestão da saúde suplementar, além de discutir os cenários de reclamações e de ações na Justiça entre clientes e empresas. Vamos debater ainda temas como o modelo de saúde suplementar, o que inclui a atuação da ANS.

Outro assunto importante será o debate sobre uma possível retomada da oferta de planos individuais no mercado.

Hoje, pouco mais de 8% do total de usuários de planos de saúde são individuais. Se há pouco interesse de empresas mais tradicionais na oferta dos individuais, existem startups no setor que parecem dispostas a desbravar esse mercado. Qual o segredo delas e como elas lidam com o consumidor? As respostas estarão no evento.

# CONGRESSO MANTÉM VETO A PROJETO QUE OBRIGAVA PLANOS DE SAÚDE A COBRIR TRATAMENTO DOMICILIAR DE USO ORAL CONTRA O CÂNCER

Câmara - 08/02/2022

Senado preferiu derrubar o veto (52 votos a 14), mas a Câmara manteve o veto por insuficiência de votos (234)

O Congresso Nacional manteve nesta terça-feira (8) o veto total do presidente Jair Bolsonaro ao projeto que tornava obrigatória a cobertura, pelos planos privados de saúde, de tratamentos domiciliares de uso oral contra o câncer.

Embora o Senado tenha optado por derrubar o veto (52 votos a 14), a Câmara dos Deputados manteve o veto por insuficiência de votos (234). Para derrubar um veto, deve haver o apoio da maioria absoluta em ambas as Casas (257 deputados na Câmara). Em seguida, a Ordem do Dia foi encerrada.

O Projeto de Lei 6330/19, do Senado, tornava obrigatória a cobertura, pelos planos privados de saúde, do tratamento domiciliar de uso oral contra o câncer, inclusive de medicamentos para o controle de efeitos adversos.

De acordo com o texto, os medicamentos deveriam ser fornecidos em até 48 horas após a prescrição médica e estarem registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Os partidos que orientaram a favor do veto argumentaram que havia um acordo para aprovação da Medida Provisória 1067/21 em troca da manutenção do veto. A MP foi aprovada pela Câmara em 14 de dezembro do ano passado e aguarda deliberação no Senado, mas sua vigência acaba nesta quinta-feira (10).

A MP prevê um prazo de até 180 dias para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concluir a análise de processos de pedido de inclusão dos medicamentos no fornecimento obrigatório.

O líder do governo, deputado Ricardo Barros (PP-PR), ressaltou que houve um acordo para manutenção do veto. "A supressão da análise pela Anvisa e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar poderia ampliar o acesso a medicamentos sem evidência que comprovem benefícios significativos. O prazo de 48 horas, na matéria vetada, seria impraticável, sobretudo em um país continental como o Brasil", argumentou.

Ricardo Barros ainda destacou que a medida provisória não se limita a uma doença específica. "A MP não é só para tratamento de câncer, e avança no prazo para planos de saúde incorporarem medicamentos, que deve passar de três anos para até 180 dias", comparou.

## Contra o veto

Apesar de reconhecer os avanços da MP, o presidente da Comissão de Combate ao Câncer, deputado Weliton Prado (Pros-MG), defendeu a derrubada do veto. "Quem tem câncer tem pressa. A demora de quatro semanas para iniciar o tratamento aumenta o risco de morte em 13%", comentou.

Segundo Weliton Prado, a quimioterapia oral é mais eficaz e recomendada, por causa do baixo custo e por não ter despesa com deslocamento. "Garante a dignidade para o paciente com câncer. O tratamento do meu pai foi um sofrimento danado, porque não achavam a veia para a quimioterapia intravenosa", relatou.

O líder do PT, deputado Reginaldo Lopes (MG), também declarou voto contra o veto. "É fundamental que planos de saúde atendam a população. Todo mundo sabe da gravidade da luta contra o câncer", defendeu.

Fonte: Agência Câmara de Notícias.

---

**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.br](mailto:saude@milliman.com.br).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](http://milliman.com)

