

ÍNDICE INTERATIVO

[Projeto que amplia rol de cobertura dos planos de saúde será votado no Senado: veja o que está em jogo](#) - Fonte: InfoMoney

[ANS registra 19,2 mil queixas contra planos de saúde em julho](#)- Fonte: Agência Brasil

[ANS divulga última edição do boletim Covid-19](#)- Fonte: GOV (ANS)

[SindHosp solicita ao STF ingresso em ação contra o piso da enfermagem](#) - Fonte: Folha UOL

[Em 2021, 45% dos atendimentos odontológicos foram de ordem preventiva](#)- Fonte: IESS

[São Paulo é o estado que mais cresce em adesões a planos médico-hospitalares no país](#)- Fonte: Revista Cobertura

[ANS publica nova edição do mapa de utilização do SUS](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Projeto obriga planos de saúde a detalhar despesas e lucro em boleto enviado a beneficiário](#)- Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Rede D'Or \(RDOR3\) e Hapvida \(HAPV3\): 2º tri testou sinergias na saúde e mostrou que ainda há espaço para aquisições](#) - Fonte: InfoMoney

[Piso da enfermagem pode mais que dobrar folha de pagamento em hospitais filantrópicos em 11 estados](#) - Fonte: Folha UOL

[Projeto suspende aumento de 15,5% nos planos de saúde](#)- Fonte: MoneyTimes

[Demissões na enfermagem devem afetar mais saúde privada, avalia instituto](#)- Fonte: Veja Abril

PROJETO QUE AMPLIA ROL DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE SERÁ VOTADO NO SENADO: VEJA O QUE ESTÁ EM JOGO

InfoMoney – 24/08/2022

Proposta busca alterar legislação atual e fazer com que a inclusão de exames e tratamentos ocorra no formato exemplificativo.

Senadores, representantes do governo, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dos planos de saúde, de médicos e familiares de pacientes discutiram em uma audiência pública temática do Senado, nesta terça-feira (23), o Projeto Lei 2.033/22, que altera a legislação atual para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Sob a relatoria do senador Romário (PL-RJ), o texto, já aprovado pelos deputados, obriga os planos de saúde a cobrirem procedimentos terapêuticos e tratamentos fora da lista estabelecida pela Agência Nacional de Saúde (ANS). A polêmica surgiu a partir de uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que, em junho, decidiu que as operadoras só devem cobrir o que está na lista da ANS.

A expectativa é que a matéria seja pautada no plenário da Casa na próxima terça-feira (30). “Não podemos negar a essas pessoas o direito de uma existência digna e com menos sofrimento. Muitos brasileiros e brasileiras pagam caro por planos de saúde para garantir o melhor tratamento a suas famílias”, disse Romário.

Pacientes

Para as associações ligadas a pacientes que utilizam remédios e procedimentos ainda não incorporados à lista, a adoção do rol taxativo significa deixar os doentes sem tratamento.

Durante o debate, a diretora do “Mães de Movimento pelo Autismo”, Letícia Amaral, argumentou que o projeto assegura a incorporação de tratamentos e medicamentos comprovadamente eficazes. Ela apontou que o rol taxativo acaba por limitar o acesso a medicamentos e defendeu a aprovação do texto que veio da Câmara sem mudanças.

“Não pode a norma ser tão detalhadamente específica, principalmente quando a lei é voltada para uma situação dinâmica. Estamos falando de saúde. A ciência da saúde se modifica em ritmo veloz, mas quem tem que dizer não será o legislador, mas a comunidade científica. O texto não abre

brecha para charlatanismo. Dá apenas aos pacientes o direito de lutarem por suas vidas. O PL não é uma carta branca para qualquer medicamento. O rol taxativo mata”, destacou em defesa do texto.

Ainda sobre as dificuldades enfrentadas pelas famílias, a fundadora do “Instituto Lagarta Vira Pupa”, Andréa Werner, mãe de uma criança com uma síndrome genética e paralisia cerebral disse que ganhou na Justiça uma liminar que garante cilindro de oxigênio portátil, terapia ocupacional e fisioterapia respiratória para o filho.

Andréa deu vários exemplos de mães que, assim como ela, enfrentam uma batalha judicial com os planos de saúde que querem suspender de tratamentos que não estão previstos no rol da ANS.

Outro lado

O ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, avaliou que o texto trará riscos para a sustentabilidade financeira dos planos de saúde. O ministro defendeu o rol taxativo como forma de assegurar a incorporação de medicamentos e terapias com comprovação científica e disse que a ANS é ágil na incorporação de tecnologias e novos tratamentos.

“Planos individuais praticamente não se oferecem mais; planos coletivos, por adesão. Então, na hora de se optar por ter mais procedimentos, mais medicamentos no rol, seguramente vêm atrelados custos que serão repassados para os beneficiários, e parte deles não terá condições de arcar com esses custos. Essa é a realidade”, disse.

Também contrária à proposta, a diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, disse que é fundamental que sejam feitos aprimoramentos no texto “para garantir segurança aos milhões de pacientes”. Ela defendeu que a redação do projeto garanta que novos medicamentos e procedimentos sejam incorporados “apenas mediante comprovação do real benefício”.

“Os recursos são finitos, por isso, decidir sobre a natureza do rol é decidir sobre a própria existência dos planos. A ampliação de procedimento é desejável, mas é exatamente por isso que existe um processo de avaliação de tecnologias”, alertou.

ANS REGISTRA 19,2 MIL QUEIXAS CONTRA PLANOS DE SAÚDE EM JULHO

Agência Brasil – 23/08/2022

Número de reclamações teve alta de 7,2% no mês

O número de queixas de usuários de planos de saúde registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) teve alta de 7,2% em julho, na comparação com junho, segundo boletim divulgado hoje (23) pela agência reguladora. As reclamações totalizaram 19.222, o terceiro maior número da série histórica, atrás apenas de março (19.803) e maio (19.526) de 2022.

Entre as queixas, 268 foram relacionadas a casos de covid-19, o que representa uma queda de 36,5% em relação ao mês anterior. Cerca de metade dessas reclamações (49%) diz respeito a dificuldades na realização de exames e tratamento para a doença.

Segundo a ANS, 90% das reclamações registradas puderam ser resolvidas por meio de sua intermediação de conflitos.

Os dados constam no Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, que foi divulgado hoje pela última vez, segundo a ANS, que avalia que o cenário é de redução de casos da doença e estabilidade dos parâmetros analisados.

O boletim mostra que, em julho, 52,1% dos leitos comuns e de unidade de terapia intensiva para covid-19 estavam ocupados no conjunto de 49 operadoras de planos de saúde com rede própria hospitalar mapeadas na pesquisa. Nos

leitos comuns e de UTI para os demais procedimentos, a taxa de ocupação era de 80,1%.

Os dados apontam que os exames de RT-PCR para covid-19 tiveram um aumento de 36,2% em maio de 2022, último mês para o qual há informações disponíveis. Os exames de anticorpos também registraram aumento de 65% em relação a abril deste ano. O crescimento é compatível com a disseminação das subvariantes da Ômicron, que se espalharam no país entre os meses de maio e junho.

Na comparação com o ano anterior, considerando os números do mês de maio, o RT-PCR teve uma redução de 69,4%, e os exames de anticorpos um aumento de 7,94%.

Usuários

O número de beneficiários manteve a tendência de crescimento observada desde julho de 2020 e continua a se aproximar dos 50 milhões, com 49,8 milhões, o maior patamar da série histórica. O tipo de contratação que mais tem contribuído para o aumento é o coletivo empresarial que, desde julho de 2020, tem mais entradas do que saídas de beneficiários.

Os dados de julho de 2022, comparados com o mês anterior, indicam aumento de 3 pontos percentuais na inadimplência, que foi de 10%, o que a ANS associa ao efeito da data de vencimento coincidir com final de semana

ANS DIVULGA ÚLTIMA EDIÇÃO DO BOLETIM COVID-19

GOV (ANS) – 23/08/2022

Informativo monitorou a evolução de indicadores do setor por mais de dois anos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira (23) a última edição do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde durante a pandemia de Covid-19. A última edição do informativo traz dados atualizados até julho de 2022, que confirmam a redução de casos da doença e a estabilidade dos parâmetros analisados. Assim, a ANS encerra um ciclo de mais de dois anos de monitoramento e de transparência dos dados da pandemia à toda a sociedade.

De acordo com dados preliminares relativos a julho, o número de usuários de planos de saúde apresentou aumento de 0,34% em relação a junho de 2022, mantendo o crescimento iniciado em julho de 2020. A ocupação de leitos alocados para casos de Covid teve leve crescimento e atingiu 52,1% do total de leitos em julho. Já o número de reclamações relacionadas ao coronavírus caiu de 422, em junho, para 268 em julho deste ano.

O boletim traz, ainda, as informações econômico-financeiras, pelas quais são informadas a sinistralidade de caixa no período e inadimplência, além das demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS por meio de seus canais de atendimento.

A ação regulatória da Agência foi um marco na saúde suplementar, tendo recebido o prêmio FGV de Melhores Práticas em Regulação, considerando a relevância da estratégia para o acompanhamento do setor durante a crise ocasionada pela pandemia de coronavírus.

O objetivo do Boletim Covid-19 foi monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde nesse período, prestando mais informações à sociedade.

[Clique aqui](#) para acessar a edição de agosto do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar.

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica relativo a julho de 2022 segue a tendência de crescimento observada desde julho de 2020. O total de 49.835.173 beneficiários representa aumento de 0,34% em relação a junho de 2022. A taxa de adesão (entradas), considerando todos os tipos de contratações, é superior à taxa de cancelamento (saídas) nos planos médicos hospitalares. O tipo de contratação responsável por esta superioridade é o coletivo empresarial que se mantém, desde julho de 2020, com mais entradas do que saídas de beneficiários.

Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação foi positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação ao longo dos meses de março de 2020 até julho de 2022.

Informações assistenciais

A proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19, nos hospitais da amostra, não apresentou variação em comparação ao mês anterior. A taxa mensal geral de ocupação de leitos, que engloba tanto atendimento à Covid-19 como demais procedimentos, ficou em 78,1% no período, apresentando queda em relação ao mês anterior.

A ocupação de leitos comuns e de UTI para casos de Covid-19 apresentou aumento em julho de 2022, passando de 49,2% para 52,1%. Já a ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos sofreu queda em relação ao mês anterior, tendo ficado em 80,1% no mês de julho.

A busca por exames para apoio diagnóstico e terapêutico ficou 12% acima do patamar verificado em julho de 2021; e a procura por atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação continua acima do observado antes do início da pandemia.

O custo médio de internação para Covid-19 sem UTI manteve-se estável, entre a internação clínica e cirúrgica; enquanto o custo da diária da internação para Covid-19 com UTI apresentou queda e se aproximou do custo da diária clínica.

Exames

Os dados sobre realização de exames de detecção de Covid-19 destacam que os exames de RT-PCR apresentaram um aumento de 36,2% em maio de 2022. Os exames de anticorpos também registraram aumento de 65% em relação a abril deste ano. Na comparação com o ano anterior, considerando os números do mês de maio, o RT-PCR teve uma redução de 69,4%, e os exames de anticorpos um aumento de 7,94%.

Informações econômico-financeiras

Em 2022, ao analisar os dados mensais, observa-se redução de 2 pontos percentuais na sinistralidade de julho em relação ao mês anterior. Já a prévia de sinistralidade do 3º trimestre atingiu 84%, 2 pontos percentuais acima da sinistralidade trimestral de mesmo período de 2019 e 3 pontos inferior à do trimestre anterior.

Sobre a inadimplência, os dados de julho de 2022 comparados com o mês anterior indicam aumento de 3 pontos percentuais em relação ao mês anterior (provável efeito de data de vencimento em final de semana). Ao analisar os dados por tipo de contratação, os planos individuais e coletivos confirmam o aumento apresentado, de 3 e de 1 ponto percentual respectivamente. Todos esses indicadores mantêm-se próximos aos seus patamares históricos.

Demandas dos consumidores

Os dados de julho de 2022 mostram que houve um aumento de 7,2%, em comparação ao mês anterior, no total de reclamações que foram passíveis de intermediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), com maior predominância de temas de natureza assistencial. Também em julho, a ANS registrou 268 reclamações de usuários de planos de saúde relacionadas à Covid-19, uma queda de 36,5% em relação a junho deste ano.

Do total de queixas relacionadas ao coronavírus, 49% foram sobre as dificuldades relativas à realização de exames e tratamento para a doença. A intermediação de conflitos feita pela ANS, entre consumidores e operadoras, tem resolvido mais de 90% dessas reclamações. No portal da reguladora, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.

[Consulte o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19](#)

Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas em uma amostra de 49 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 101 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e análise de inadimplência. Juntas, as operadoras respondentes para esses grupos de informação compreendem 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

SINDHOSP SOLICITA AO STF INGRESSO EM AÇÃO CONTRA O PISO DA ENFERMAGEM

Folha UOL – 22/08/2022

Entidade diz que a lei é inconstitucional e gerará demissões em massa

O Sindicato dos Hospitais de São Paulo (SindHosp) apresentará na terça-feira (23) um pedido ao Supremo Tribunal Federal (STF) para que possa ingressar como amicus curiae (amigo da corte) em uma ação que contesta o novo piso da enfermagem.

A nova lei, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro (PL) e publicada no início deste mês, cria um piso de R\$ 4.750 para os enfermeiros. Técnicos em enfermagem devem receber 70% do novo valor, e auxiliares de enfermagem e parteiras, 50%.

A nova medida foi festejada por profissionais da área, mas entidades patronais da saúde se dizem preocupadas com o custeio do aumento salarial.

No pedido de admissão enviado ao Supremo, o SindHosp sustenta que o piso salarial fixado é inconstitucional e impactará gravemente o setor da saúde —que, por sua vez, não terá "quaisquer condições financeiras de absorver tais impactos, especialmente de forma imediata".

Segundo a entidade sindical, que representa hospitais, clínicas, casas de saúde e laboratórios privados do estado de São Paulo, a instituição do novo salário implicará na demissão em massa de funcionários do setor e poderá inviabilizar a prestação de serviços.

"Não há dúvidas de que, considerando o atual cenário do setor de saúde privada após o impacto da pandemia durante dois anos consecutivos, bem como a relevância social do setor, os representados da requerente [o SindHosp] não suportariam o aumento salarial de tais funcionários", diz a petição.

"A população também acabará arcando com o aumento dos salários dos funcionários prestadores dos serviços de saúde (na rede particular e pública), o que se mostra totalmente incoerente e inaceitável, sobretudo nesse momento de grave crise econômica e sanitária", afirma ainda.

Atualmente, o SindHosp representa 51 mil serviços de saúde no estado de São Paulo. Eles são responsáveis por empregar mais de 800 mil profissionais de saúde, dos quais 286 mil são enfermeiros em regime CLT.

De acordo com um estudo conduzido pela entidade, o novo piso salarial da enfermagem deve causar um aumento de 40% na folha de pagamento das instituições privadas do estado de São Paulo.

"Sabe-se que muitos hospitais do interior e hospitais de médio e pequeno portes não suportarão o desembolso que a lei cria, tendo que encerrar suas atividades, fechar as portas, descontinuar o atendimento aos usuários do SUS e de planos de saúde e causar desemprego", afirma o presidente do sindicato, Francisco Balestrin.

A argumentação é rejeitada por profissionais da categoria da enfermagem. Ao Painel S.A., da Folha, o Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (Seesp) afirmou que os hospitais deveriam ter se preparado melhor.

"Em vez de ficarem atacando os trabalhadores da enfermagem, que é quem gira o dinheiro nos hospitais privados e filantrópicos, eles deveriam estar negociando com o senador Rodrigo Pacheco [presidente do Senado, do DEM-MG] e com os deputados para aprovar o mais rápido possível as fontes para ter financiamento e ajudar a custear a aprovação do piso salarial. Jogar nas costas do trabalhador é muito fácil", afirma disse a secretária-geral do Seesp, Solange Caetano.

EM 2021, 45% DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS FORAM DE ORDEM PREVENTIVA

IESS – 22/08/2022

Dentre todas as ações odontológicas realizadas em 2021 (cerca de 174,2 milhões), quase metade dos procedimentos, 78 milhões (45%) foram em atendimentos preventivos, aponta o Panorama da Odontologia Suplementar (2019 a 2021), desenvolvido pelo IESS no "Julho Neon", mês destinado a relembrar a população sobre os cuidados e prevenção com a higiene bucal.

Nesse último ano foram realizados total de 32 milhões de aplicações tópicas profissionais de flúor por hemi-arcada, 15 milhões de atividades educativas individuais e 541 mil selantes por elemento dentário em menores de 12 anos de idade.

As operadoras informaram à [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#), que no ano passado foram gastos R\$ 3,2 bilhões com assistência à saúde odontológica no País. O valor mencionado é 16% maior em relação ao ano de 2020. Dentre os procedimentos identificados, as ações preventivas também foram as que tiveram maior custo, totalizando R\$ 490 milhões.

De acordo com a análise, em 2019, antes da pandemia, haviam sido realizados 183 milhões de procedimentos odontológicos. No ano seguinte, com cenário da pandemia da Covid-19, o volume se reduziu para 154 milhões (-16%). Já em 2021, houve alta de 13% em relação ao ano anterior (174 milhões), porém ainda manteve queda de 5% quando comparado com 2019.

Vale lembrar que o “Julho Neon” foi tema de webinar realizado pelo IESS com a presença de especialistas ([clique aqui para assistir na íntegra](#)).

O estudo também ganhou espaço na mídia nacional e foi destaque em veículos importantes como a Folha de S. Paulo, Valor Econômico e CNN Brasil.

Para acessar Panorama da Odontologia Suplementar (2019 a 2021), na íntegra, [clique aqui](#)

SÃO PAULO É O ESTADO QUE MAIS CRESCE EM ADESÕES A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES NO PAÍS

Revista Cobertura – 22/08/2022

Análise do IESS mostra que, em 12 meses, foram registrados 594 mil novos beneficiários. Planos coletivos empresariais tiveram maior alta

Nos últimos 12 meses, encerrados em junho de 2022, o Estado de São Paulo registrou o maior crescimento do País em novas adesões a planos médico-hospitalares em números absolutos – saltou de 17,4 milhões para 18 milhões. A alta de 3,4%, mesmo índice da média nacional, resultou no acréscimo de 594 mil vínculos no período, aponta a Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 72, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O Estado é o recordista em número de vínculos e também possui a maior taxa de cobertura por planos médico-hospitalares no território nacional (39%). Além disso, em junho deste ano, representava 36% do total de beneficiários do País – atualmente com 49,8 milhões. Ou seja, um a cada três vínculos pertence a um paulista.

De acordo com o estudo, as adesões a planos coletivos empresariais foram as que mais cresceram. Em um ano, houve acréscimo de 660 mil beneficiários na modalidade (alta de 5,3%) – eram 12,4 milhões em junho de 2021, e passou para os atuais 13,1 milhões, em junho de 2022. Em contrapartida, no mesmo período, houve queda de 3,7% nas

adesões aos coletivos por adesão, que representam perda de 69,9 mil vínculos.

Importante destacar que o plano coletivo empresarial tende a acompanhar o número de trabalhadores formais com base nos dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). Entre junho de 2021 e o mesmo mês de 2022, o saldo de empregos no Estado de São Paulo foi de 747 mil.

Série Histórica no Estado

Desde o início da série histórica, em junho de 2000, com divulgação do número de beneficiários pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Estado mais populoso do País teve acréscimo de quatro milhões de vínculos – passou de 14 milhões para os atuais 18 milhões, no primeiro semestre. O ápice de beneficiários ocorreu em dezembro de 2014 quando havia 18,7 milhões.

“Observa-se que entre abril e junho de 2020, houve queda de beneficiários devido à entrada do coronavírus no País. Desde então, iniciam-se altas consecutivas de beneficiários, demonstrando recuperação e rompendo a aparente estabilidade que existia desde 2018”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

[Clique aqui](#) para ver a Análise Espacial da NAB 72 na íntegra.

ANS PUBLICA NOVA EDIÇÃO DO MAPA DE UTILIZAÇÃO DO SUS

GOV (ANS) – 19/08/2022

Informações contam com dados entre 2015 e 2020 e também com os atendimentos de Covid-19 registrados em 2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a sexta edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde, ferramenta em formato de painel dinâmico (Power BI), que permite uma maior possibilidade de análises para os usuários. As informações contam com atualizações sobre atendimentos ocorridos no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2015 e 2020, com destaque, nesta edição, para a inclusão dos dados de atendimentos de Covid-19 registrados durante 2020 - primeiro ano da pandemia - conhecidos pela Agência durante o exercício de 2021.

É importante destacar o funcionamento do fluxo do ressarcimento ao SUS: o procedimento tem início aproximadamente 12 meses após a ocorrência do atendimento público, pois esse período é necessário para o faturamento do evento no SUS, o envio dos dados pelo DATASUS e o processamento das informações pela ANS.

O Mapa de Utilização do SUS segue a estrutura das últimas edições, permitindo a visualização de dados nacionais e regionais dos atendimentos prestados no SUS, registrados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) a beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Com esta edição, os interessados podem observar as peculiaridades regionais do ressarcimento ao SUS, bem como compreender e acompanhar a evolução desse mecanismo regulatório da saúde suplementar.

[Clique aqui](#) para acessar a sexta edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Para consultar outros painéis dinâmicos do Ressarcimento ao SUS, [Clique aqui](#)

PROJETO OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A DETALHAR DESPESAS E LUCRO EM BOLETO ENVIADO A BENEFICIÁRIO

Agência Câmara de Notícias – 19/08/2022

O Projeto de Lei 2035/22 obriga operadoras de planos privados de saúde a detalhar, no boleto enviado ao beneficiário, valores gastos a título de despesas assistenciais, administrativas e comerciais, além da margem de lucro da empresa e do total recolhido em impostos. O texto tramita na Câmara dos Deputados e altera a Lei dos Planos de Saúde.

O autor do projeto, deputado Celso Russomanno (Republicanos-SP), avalia que, atualmente, os boletos não trazem informações suficientes para permitir que os beneficiários entendam a composição do valor total cobrado pela operadora.

“São documentos que apresentam os valores das contraprestações pecuniárias, mas não deixam claro qual o percentual da receita recolhida é destinado a despesas assistenciais, administrativas, comerciais, com impostos, e a respectiva margem de lucro das operadoras”, sustenta o autor. “É preciso que essas pessoas tenham os instrumentos suficientes para questionarem, se necessário, aumentos abusivos nas mensalidades, por exemplo”, conclui.

Tramitação

O projeto será analisado, em caráter conclusivo, pelas comissões de Defesa do Consumidor; de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania

REDE D'OR (RDOR3) E HAPVIDA (HAPV3): 2º TRI TESTOU SINERGIAS NA SAÚDE E MOSTROU QUE AINDA HÁ ESPAÇO PARA AQUISIÇÕES

InfoMoney – 19/08/2022

Mesmo com dívidas das recentes aquisições, empresas têm caixa robusto; oportunidades de compra devem surgir com pressão de salários da enfermagem

Os resultados do segundo trimestre de 2022 mostraram que as empresas do setor de saúde melhoraram seu desempenho operacional, mas seguem pressionadas na parte financeira. O crescimento de companhias como Hapvida (HAPV3) e Rede D'Or (RDOR3) via aquisições continua cobrando seu preço, em um cenário de juros ainda bastante altos. No entanto, os analistas avaliam que as sinergias dessas operações evoluíram de forma positiva no período. Alguns também apostam que a consolidação do setor tende a continuar.

O novo piso de salários para profissionais de enfermagem tende a elevar os custos dos players menores, a ponto de inviabilizar as operações de alguns deles. Prato cheio para empresas com caixa suficiente para continuar crescendo pela via inorgânica.

A Rede D'Or, que adquiriu dezenas de hospitais nos últimos anos, parece ter finalmente conseguido destravar sinergias, na visão de Rafael Ragazi, sócio e analista de ações da Nord Research.

“Agora que as coisas estão normalizando em relação à pandemia, a Rede D'Or está voltando a fazer um trabalho mais ativo em relação a ganhos de eficiência e rentabilidade nos hospitais que foram adquiridos”, avalia. Ele destaca o crescimento das receitas em oncologia (R\$ 585,9 milhões) no período e ganhos de eficiência na aquisição de materiais e equipamentos, apesar de aumento nos custos

Gabriel Gaspar, analista de ações da Levante, tem visão diferente. “A Rede D'Or não conseguiu demonstrar evolução consistente nos processos de sinergia, com ticket médio estável e um endividamento líquido superando o caixa e disponibilidades”, afirmou. O ticket médio é a relação entre receita bruta total e número de pacientes-dia. No segundo trimestre, ficou em R\$ 9.224 praticamente estável em relação ao três primeiros meses do ano e 1,3% menor que no mesmo período em 2021. A Rede D'Or explicou que a cifra foi impactada pelo menor número de pacientes graves em leitos UTI Covid-19.

A dívida líquida da companhia terminou o segundo trimestre em R\$ 14,8 bilhões, uma alta de 4,4% em relação aos três primeiros meses do ano. O caixa, por sua vez, ficou em R\$ 14,1 bilhões, crescendo 29,5% em relação ao primeiro trimestre. Já a relação dívida líquida e Ebitda (lucro antes juros, impostos, depreciações e amortizações), em um ano, cresceu de 1,7x para 2,9x. Mesmo assim, Ragazi avalia que

a empresa tem caixa para honrar dívidas até 2028 e enquanto o indicador estiver abaixo de 3x, não é preocupante.

“Mas a alavancagem financeira está consumindo grande parte dos resultados operacionais e prejudicando a recuperação do lucro líquido”, apontam os analistas da XP. A cifra na última linha do balanço ficou em R\$ 358,4 milhões, queda anual de 25%. “As margens ainda estão sofrendo com os processos de integração de aquisições, mas esperamos que assim que os tickets comecem a aumentar, as margens também cresçam”, complementa a XP, que acredita em uma recuperação ainda este ano.

A Rede D’Or ainda não apresentou estimativas de sinergia com a SulAmérica (SULA11), fusão anunciada em fevereiro. Na teleconferência sobre os resultados do segundo trimestre, o presidente da rede, Paulo Moll, afirmou que espera que a operação seja aprovada e explicou que as análises estão sendo feitas dentro do prazo esperado. A transação já conta com o aval da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e precisa ser aprovada pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

Hapvida foi melhor em sinergias

A Hapvida, por sua vez, definiu meta de R\$ 46 milhões em sinergias sobre o Ebitda para fevereiro de 2023 e de R\$ 115 milhões até 2025. De acordo com a empresa, R\$ 29,1 milhões se refletiram nos resultados do segundo trimestre de 2022. “Está evoluindo de acordo com o cronograma da empresa e é para isso o que o mercado está olhando”, afirma Ragazi, da Nord Research.

Para Gaspar, da Levante, a Hapvida foi mais consistente do que a Rede D’Or no desafio de extrair sinergias e reduzir a alavancagem. “Apresentou indicadores mais fortes no trimestre, com a redução da sinistralidade”, observa o analista. A sinistralidade caixa da Hapvida no segundo trimestre ficou em 72,3%, com queda de 3,5 pontos percentuais em relação a um ano antes. “Está acima da média histórica, mas começa a apresentar uma evolução. A perspectiva é que os níveis de sinistralidade fiquem mais baixo daqui em diante”, diz Ragazi.

Rafael Barros, analista de saúde e educação da XP, afirma que ainda não é possível ver com clareza as sinergias de sinistralidade. “A questão são as aquisições menores que tanto Intermédica Notredame quanto Hapvida fizeram ao longo de 24 meses e estavam em fase de integração”, explica. Segundo ele, a empresa ainda não consegue mostrar de maneira precisa em que ponto de captura de sinergias está.

A XP avalia que o efeito relacionado às empresas adquiridas pode persistir nos resultados da Hapvida, atrasando o retorno da sinistralidade da empresa para os níveis históricos. De qualquer forma, Barros acredita que alguma perda de rentabilidade por índices de sinistralidade elevados tendem a ser compensados pelos ajustes nos preços dos planos de saúde coletivos no segundo semestre.

Itaú BBA e Credit Suisse, em suas análises sobre os resultados, também destacaram o crescimento orgânico da Hapvida, com a adição de 139 mil beneficiários no segundo trimestre. No entanto, os analistas ressaltam que a margem bruta da empresa continua pressionada, pois os tickets estão abaixo da inflação, enquanto os custos e despesas evoluem.

“Neste contexto, nossos analistas acreditam que a reversão dos índices de sinistralidade pode levar alguns trimestres, pois dependem de ajustes de tickets para compensar sinistros pressionados pela inflação e utilização”, avalia o Credit.

Piso da enfermagem alimenta consolidação

No começo deste mês, foi sancionada a Lei 14.434/2022, que estabelece um salário mínimo nacional para a categoria de enfermagem no Brasil: R\$ 4.750 para enfermeiros, R\$ 3.325 para técnicos de enfermagem e R\$ 2.375 para auxiliares de enfermagem e parteiras. Um levantamento da CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas) calcula que, com isso, os custos das instituições serão ampliados em R\$ 6,3 bilhões por ano.

“Muitos hospitais que vinham com resultado positivo, poderão reverter para negativo”, disse o CEO da Rede D’Or na teleconferência de resultados do segundo trimestre da companhia. Essa visão é endossada pelos analistas. “Hospitais menores, que tem níveis de eficiência menores, podem ficar com a lucratividade zerada ou mesmo negativa. Os hospitais maiores também vão sofrer, mas por terem uma gestão mais disciplinada, conseguem digerir melhor o aumento dos custos”, diz Barros, da XP.

Para Ragazi, a medida tem impacto maior em Hapvida, por se referir a um custo que tem maior peso no Ebitda da companhia. A diferença entre o piso instituído pelo governo e o salário que a categoria recebe hoje também é maior nas regiões norte e nordeste do país, onde estão concentrados os negócios da empresa.

Medidas compensatórias estão sendo discutidas, como a desoneração da folha de pagamento. O piso da enfermagem também está sendo motivo de medidas judiciais, movidas pelas instituições de saúde. De qualquer forma, ainda que venha a impactar as empresas do setor, também tende a aumentar a concentração do segmento em prazos maiores. “Pressiona os custos de hospitais que estão operando sozinho e favorece os grandes na hora de discutir preços”, diz Ragazi.

Segundo Barros, da XP, mesmo endividadas, as empresas ainda tem caixa para aproveitar oportunidades e fazer novas aquisições. “A questão é se elas empresas vão querer usar esse colchão de liquidez pra continuar consolidando ou se vão guardar o caixa, para ver como vai rodar a operação com custos mais elevados”, conclui.

PISO DA ENFERMAGEM PODE MAIS QUE DOBRAR FOLHA DE PAGAMENTO EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EM 11 ESTADOS

Folha UOL – 18/08/2022

Hospitais temem demissões, multas e fechamento, segundo associação

O novo piso salarial da enfermagem, sancionado no início deste mês pelo presidente Jair Bolsonaro (PL), deve causar impacto de R\$ 6,3 bilhões aos hospitais filantrópicos brasileiros, segundo estimativa da CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas). Em pelo menos 11 estados, a folha de pagamento de enfermagem deve mais do que dobrar.

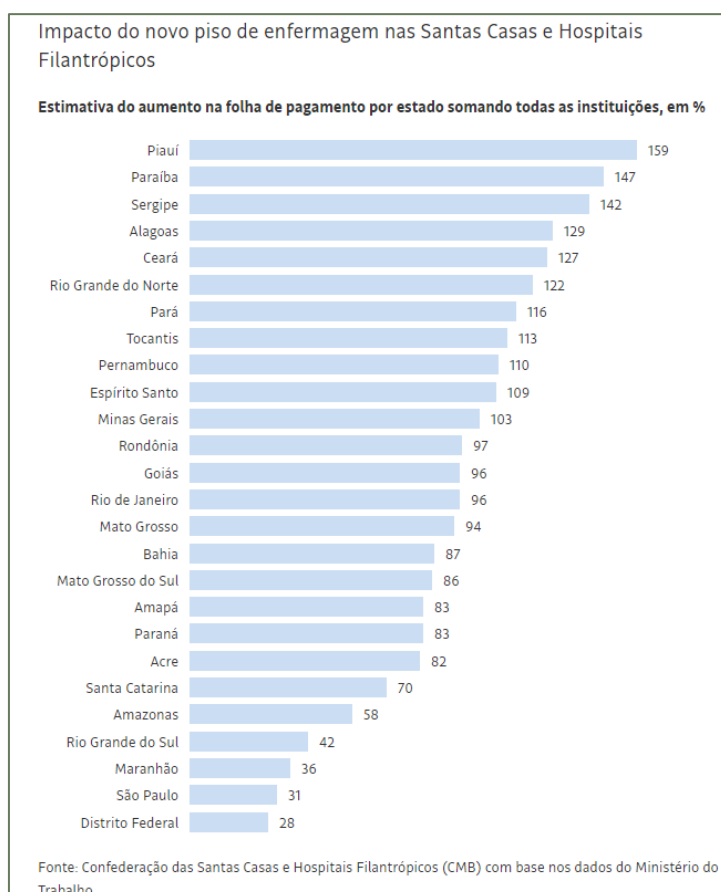
O Piauí é a federação que terá proporcionalmente o maior impacto, com aumento de 159%, seguido por Paraíba (147%), Sergipe (142%), Alagoas (129%) e Ceará (127%).

O reajuste traz preocupação às instituições filantrópicas, já que não há indicação de fonte de recurso para custear o novo valor. Pela lei aprovada, os hospitais filantrópicos terão que pagar o novo piso de R\$ 4.750 já em setembro, assim como

os estabelecimentos da rede privada. Técnicos devem receber 70% desse valor, e auxiliares e parteiros, 50%.

As Santas Casas e os Hospitais filantrópicos são responsáveis hoje por 50% dos atendimentos públicos e 70% da assistência em alta complexidade pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O cenário é de instabilidade e apreensão nos hospitais, segundo o presidente da CMB, Mirocles Campos Vêras Neto.

"Não sabemos o que vai acontecer a partir do dia 5 de setembro. Algumas instituições vão ter que cortar os custos com serviço, pessoal ou com os dois. Isso é crítico e irá repercutir no SUS. No país, há 800 municípios em que o único hospital de assistência é filantrópico. Nós alertamos aos deputados e senadores que não conseguiríamos arcar com esse custo se não houvesse uma fonte de custeio definido", diz.



Neto afirma que a batalha de décadas dos profissionais da enfermagem pela fixação de um piso é justa, mas que a situação financeira enfrentada pelos hospitais filantrópicos já

é bastante crítica. "É reconhecido que hoje o valor remunerado pelo SUS não chega nem a 40% do valor dos procedimentos. Quem está financiando a saúde pública são

as nossas entidades filantrópicas, nos endividando para conseguir manter a nossa missão", diz.

A CMB protocolou nesta semana um pedido para entrar como amicus curiae (interessado na causa) na ação no STF (Supremo Tribunal Federal) que pede a nulidade da lei sobre a remuneração dos profissionais. A ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) foi proposta pela CNSaúde (Confederação Nacional de Saúde). "Resolvemos mostrar nossas dificuldades e agora aguardamos do Congresso e do governo uma fonte para pagar dignamente os nossos enfermeiros", diz.

O frei Francisco Belotti, presidente da Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, explica que um dos maiores desafios enfrentados nos últimos anos é

encontrar parceiros para manter os 76 serviços de saúde, espalhados por nove estados do país, incluindo três barcos-hospitais. "Imagina conseguir parceiros para arcar agora com o aumento do piso. Dessa maneira, poucas instituições terão fôlego para continuar. Essa situação mata todo o sistema. Vão acabar tendo acesso à saúde só mesmo as pessoas que têm condições de pagar", diz.

Algumas instituições temem que, impossibilitadas de assumir o compromisso salarial da nova legislação, estarão sujeitas a penalidades trabalhistas. "O que certamente resultará na inviabilidade da sobrevivência de entidades centenárias que são consideradas como referência dos serviços de saúde", afirma, em nota, Marcelo Perello, presidente da Femej (Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro).

PROJETO SUSPENDE AUMENTO DE 15,5% NOS PLANOS DE SAÚDE

MoneyTimes – 17/08/2022

Projeto do deputado federal Ivan Valente (Psol) suspende a decisão da diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de maio passado, de aprovar um reajuste de 15,5% para os planos de saúde individuais e familiares. O índice tem validade pelo período de maio de 2022 a abril de 2023.

Antes de ir ao Plenário da Câmara, o projeto será analisado nas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ).

Para o deputado, a decisão da ANS é uma medida contrária ao interesse público e aos direitos fundamentais da cidadania.

"A aprovação do reajuste deixa clara a proteção dada [pela ANS] às operadoras de planos de saúde, violando claramente seu papel de fiscalização e regulação do setor, colocando em evidência que não possui qualquer independência para regular o sistema de saúde suplementar no País", disse Valente.

O reajuste autorizado afeta cerca de oito milhões de beneficiários, o que representa 16,3% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil, segundo a ANS.

Rol de medicamentos da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostrou preocupação com o projeto de lei aprovado na Câmara dos Deputados sobre a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos por planos de saúde, afirmando que, nos termos atuais, ele poderia elevar preços e reduzir a efetividade e segurança dos procedimentos.

Os deputados aprovaram mais cedo nesta semana um projeto de lei que estabelece hipóteses de cobertura de tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol da ANS, espécie de lista que determina os procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos. O texto foi para o Senado.

O tema ganhou mais atenção do Congresso após o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidir em junho que o rol é taxativo, em vez de exemplificativo, ou seja, os planos são obrigados a cobrir apenas os tratamentos especificamente descritos. A corte, entretanto, abriu exceções.

A ANS expressou em comunicado "sua preocupação em relação à definição das coberturas obrigatórias para os planos de saúde", observando que, por lei, a competência de elaborar o rol é atribuída à autarquia.

DEMISSÕES NA ENFERMAGEM DEVEM AFETAR MAIS SAÚDE PRIVADA, AVALIA INSTITUTO

Veja Abril – 17/08/2022

A lei que instituiu o piso nacional salarial para os enfermeiros pode levar a demissões no setor da saúde, a começar pela rede privada, segundo avaliação do Instituto Millenium, que acredita ainda que o movimento pode ter reflexos no SUS.

De acordo com nota técnica do instituto, ao estabelecer um valor mínimo que estaria acima do praticado pelo mercado, a lei acabará por aumentar os custos das unidades de saúde em

geral, sejam elas no setor público ou privado, o que poderia levar ao sucateamento dos hospitais públicos e o aumento do preço cobrado pelos planos de saúde.

"O efeito do piso sobre o desemprego fica limitado, em especial, no curto prazo, mas se transforma em um efeito negativo sobre o orçamento público e, consequentemente, sobre os serviços públicos", diz.

Algumas prefeituras podem ficar sem ter como contratar novos profissionais, diz o relatório. “Se a renda média de um país é baixa, então grande parte da população não terá condições de manter um plano de saúde. Outra boa parte terá um plano de

baixo custo. A consequência é uma demanda limitada por estes profissionais e poucos recursos para remunerá-los adequadamente, o que também ocorre com diversas outras categorias profissionais no Brasil, muitas de nível superior.”

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.