

ÍNDICE INTERATIVO

[Comissão debate previsão da telemedicina em nova legislação sobre planos de saúde](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Especialistas debatem previsibilidade em contratos de planos de saúde](#) - Fonte: Conjur

[Rede D'OR \(RDOR3\) desiste de OPA da ALLIAR \(AALR3\) por 'Impossibilidade Lógica'](#) - Fonte: Suno

[SulAmérica e Hapvida disputam a compra da HB saúde; ofertas têm R\\$ 35 mi de diferença](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS realiza evento para explicar o novo processo de atualização do Rol](#) - Fonte: ANS

[Gastos com planos atingem o maior patamar desde o início da pandemia](#) - Fonte: Monitor Mercantil

[Balanço da saúde: hospitais aumentam movimentação, planos de saúde têm mais gastos e farmácias lucram com inflação](#) - Fonte: Eu quero investir

[ANS atualiza dados do painel de precificação](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Relator deve apresentar até o fim do ano parecer sobre mudanças na lei dos planos de saúde](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

COMISSÃO DEBATE PREVISÃO DA TELEMEDICINA EM NOVA LEGISLAÇÃO SOBRE PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara de Notícias – 01/09/2021

Audiência será transmitida ao vivo pela internet.

A comissão especial da Câmara dos Deputados que analisa o Projeto de Lei 7419/06, que trata dos planos e seguros privados de assistência à saúde, realiza audiência pública nesta quarta-feira (1º) com o tema: "Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar".

O encontro será às 14 horas, no plenário 6. Os interessados podem enviar perguntas, críticas e sugestões pelo portal e-Democracia.

O deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), relator do projeto, lembra que a Lei 9.656/98 estabeleceu o arcabouço legal da saúde suplementar, trazendo organização a um setor que, anteriormente, era marcado por iniquidades.

"Apesar de extremamente meritória e bem-sucedida em diversos aspectos, com especial destaque à questão da proteção do beneficiário de planos, ela merece reparos no que se refere à regulação da relação entre os prestadores de serviços e as operadoras", disse o deputado.

Telemedicina

Hiran Gonçalves também lembra que, por contar com mais de 20 anos de existência, a lei não chegou a prever o tratamento da telemedicina, por exemplo, na saúde suplementar.

"Esse instituto, que se mostrou extremamente necessário na pandemia que ainda enfrentamos, pode ser um excelente meio de otimizar os atendimentos das operadoras e trazer mais resolutividade e qualidade à assistência aos beneficiários de planos", disse, o que, na opinião do deputado, justifica ouvir a ANS e os representantes dos prestadores acerca do tema.

Debatedores

Foram convidados para o debate representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Federação Médica Brasileira (FMB), da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), e da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed). [Veja a lista completa.](#)

Fonte: Agência Câmara de Notícias.

ESPECIALISTAS DEBATEM PREVISIBILIDADE EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

Conjur – 31/08/2021

O rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS) precisa ser taxativo, e não exemplificativo, para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de planos de saúde. Esse é o entendimento dos especialistas que participaram nesta terça-feira (31/8) de um seminário virtual da série "Jornada Jurídica da Saúde Suplementar" sobre a previsibilidade em contratos de plano de saúde.

O ministro do Superior Tribunal de Justiça **Luís Felipe Salomão** falou da preocupação com a excessiva judicialização de questões de saúde e defendeu a segurança jurídica e os precedentes vinculantes dos tribunais superiores. "Temos que manter uma jurisprudência estável e previsível", afirmou o ministro.

Ele citou uma decisão de sua relatoria, acompanhada pelo demais integrantes da 4ª Turma do STJ, que concluiu que o rol da ANS, tanto de medicamentos quanto de tratamentos, deve ser taxativo. Porém, Salomão lembrou que há divergência entre os colegiados do tribunal, já que a 3ª Turma entende que o rol da ANS é exemplificativo. A controvérsia será dirimida pela 2ª Seção do STJ (EREsp 1.886.929).

A divergência entre as Turmas também foi abordada pelo ex-ministro da Fazenda **Maílson da Nóbrega**: "Isso cria uma incerteza, já que o rol da ANS é a base do cálculo da mensalidade do seguro. Torná-lo exemplificativo, uma página

em branco, cria dificuldades para operacionalizar o seguro. A imprevisibilidade gera consequências e os planos começam a se tornar inviáveis".

Procurador da ANS, **Daniel Tostes** também ressaltou a importância de se considerar o rol taxativo, uma vez que todas as demais regras partem dessa medida estruturante do sistema suplementar. Segundo ele, a agência tem se aproximado cada vez mais do Judiciário para troca de informações e até para apontar os impactos da excessiva judicialização da saúde no Brasil. "A ANS também vem aprimorando seu rol de procedimentos", disse.

Para **José Cechin**, superintendente-executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o excesso de decisões judiciais relacionadas à cobertura de planos de saúde causa insegurança e desequilibra os contratos: "É um sinal para as pessoas de que não precisa se preocupar com a cobertura ao contratar o plano, porque é possível acionar o Judiciário para ampliar essa cobertura".

Mediado pelo desembargador do Tribunal de Justiça do Tocantins e presidente do Copedem (Colégio Permanente de Diretores de Escolas Estaduais da Magistratura), **Marco Villas Boas**, o evento foi promovido pelo IESS, pelo Copedem e pela **ConJur**.

REDE D'OR (RDOR3) DESISTE DE OPA DA ALLIAR (AALR3) POR 'IMPOSSIBILIDADE LÓGICA'

Suno – 31/08/2021

A Rede D'Or (RDOR3) comunicou ao mercado, na noite da última segunda-feira (30), que desistiu de sua oferta pública de aquisição (OPA, na sigla em inglês) da Alliar (AALR3).

Segundo a Rede D'Or, a decisão foi tomada “tendo em vista a ocorrência de eventos que resultaram na impossibilidade lógica de uma oferta para aquisição do controle da **Alliar**”.

De acordo com a companhia, as premissas da OPA da Alliar também foram alteradas, como a celebração, pelos **acionistas da Alliar**, de um acordo vinculando ações representativas de aproximadamente 50,46% do capital social da empresa, obrigando a não alienação das ações da Alliar por 180 dias.

Além disso, também houve o entendimento pela redução da dispersão das ações de emissão da companhia, em razão de aquisições realizadas recentemente por “certos acionistas”, disse a empresa.

Vale lembrar que um fundo ligado ao empresário Nelson Tanure comprou 21% da Alliar por R\$ 320 milhões há cerca de duas semanas. Pouco antes disso, a Rede D'Or estava aumentando sua posição acionária na Alliar, que hoje é de pouco mais de 3%.

O Fleury (FLRY3) foi outro grande player a entrar na conversa. Na última segunda-feira (30), a empresa informou que avalia, junto a assessores, realizar uma transação envolvendo a empresa de diagnósticos médicos.

Embora não haja qualquer definição, as ações da Alliar dispararam — mais uma vez. Desde o dia 15 de agosto, o avanço é de 52%.

Rede D'Or compra hospital em João Pessoa

Se, por um lado, a **Rede D'Or desistiu da OPA da Alliar**, anunciou a conclusão de mais uma aquisição.

SULAMÉRICA E HAPVIDA DISPUTAM A COMPRA DA HB SAÚDE; OFERTAS TÊM R\$ 35 MI DE DIFERENÇA

Valor Econômico – 31/08/2021

SulAmérica apresentou uma proposta não solicitada de aquisição por R\$ 485 milhões; um mês antes, a Hapvida havia fechado um acordo vinculativo com a cooperativa médica por R\$ 450 milhões

O setor de saúde começa a assistir a mais uma disputa, desta vez entre SulAmérica e Hapvida.

Na segunda-feira à noite (30), a SulAmérica apresentou uma proposta não solicitada de aquisição da operadora HB Saúde por R\$ 485 milhões. No entanto, essa empresa, uma cooperativa médica de São José do Rio Preto (SP), já havia fechado um acordo vinculativo

Desde então, os acionistas da HB Saúde vêm realizando reuniões para avaliar a proposta. Mas, não é um processo simples, uma vez que a HB Saúde é uma cooperativa médica com cerca de 500 associados.

A seguradora informou que a meta é adquirir 100% da operadora de Rio Preto e que a transação está condicionada à alienação de no mínimo 50% mais uma ação do capital votante da HB Saúde.

A SulAmérica iniciou recentemente um processo de verticalização, sendo que a primeira aquisição foi fechada no ano passado com a compra da operadora Paraná Clínicas por R\$ 385 milhões.

ANS REALIZA EVENTO PARA EXPLICAR O NOVO PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL

ANS – 31/08/2021

Reuniões com transmissão ao vivo tiveram o objetivo de esclarecer como será a revisão das coberturas obrigatórias partir da RN nº 470

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou nos dias 24 e 26/08 eventos virtuais sobre o novo processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Os encontros reuniram cerca de 300 participantes, sendo membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e interessados em submeter propostas à listagem que

determina a cobertura obrigatória a que beneficiários de planos de saúde têm direito.

No primeiro dia, foram expostas as mudanças promovidas pela Resolução Normativa nº 470/2021, que altera as etapas e fluxos para a revisão periódica do Rol e entra em vigor em 01/10/2021. No segundo dia do evento, foi apresentado o novo formulário de submissão de propostas de atualização, o FormRol. As reuniões foram gravadas e estão disponíveis no canal da ANS no YouTube.

[Confira aqui](#) a gravação do primeiro dia de evento.

[Confira aqui](#) a gravação do segundo dia de evento.

“O novo processo de revisão do Rol representa uma importante mudança estruturante para a regulação, fruto do primoroso trabalho conduzido pela equipe da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que contou com a participação de diversos integrantes do setor e da sociedade por meio de Consulta Pública, cujas contribuições foram muito aproveitadas pela Agência. Trata-se de um processo complexo, que envolve atividades técnicas altamente especializadas para avaliação da eficácia, segurança e dos impactos econômicos das novas tecnologias, bem como para revisão das regras de cobertura das tecnologias já incorporadas, sempre pensando no que é melhor para o paciente. A mudança feita promove maior agilidade, aliada à incorporação responsável, e ganho expressivo para os consumidores e para todo o setor”, destacou o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, na abertura do evento.

Com a nova norma, 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 DIPRO, com revisão semestral dos procedimentos e eventos em saúde e de diretrizes de utilização que compõem o Rol.

Marcos do novo processo de atualização do Rol

- Submissão contínua de propostas às ANS.
- Análise de elegibilidade e análise técnica das propostas elegíveis contínua.
- Fim do cronograma único para as novas tecnologias, rompendo-se o conceito de ciclo de atualização do Rol; cada proposta segue 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.
- Processo decisório composto pela Análise de Impacto Regulatório, Nota Técnica de Recomendação Preliminar, Consulta Pública e aprovação das recomendações finais; culminando com a publicação de Resolução Normativa de

atualização do Rol, que ocorrerá semestralmente (em janeiro e julho), contemplando as tecnologias cujas análises técnicas tenham sido concluídas naquele período.

- As Propostas de Atualização do Rol - PAR serão recebidas de forma contínua através do formulário eletrônico FormRol, disponível no portal da ANS.
- O proponente será notificado eletronicamente sobre o resultado da análise de elegibilidade de sua proposta em até 30 dias após o envio do formulário.
- A análise técnica das propostas elegíveis será realizada de acordo com a ordem de protocolização do FormRol, e será concluída em até 18 meses.

Regras de transição

- Nos primeiros 12 meses de vigência da norma, serão recebidos apenas dois tipos de propostas: incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol; e alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol.
- Nos primeiros 180 dias de vigência da norma, o proponente será notificado sobre o resultado da análise de elegibilidade de sua proposta em até 60 dias após o envio do formulário; e a análise técnica da proposta elegível será concluída em até 24 meses.

Saiba mais consultando a Resolução Normativa - RN nº 470/2021, em vigor a partir de 01/10/2021.

A ANS ressalta que o novo processo de atualização do Rol segue observando diretrizes que já norteavam o processo anterior: 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.

[Saiba mais](#) sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

GASTOS COM PLANOS ATINGEM O MAIOR PATAMAR DESDE O INÍCIO DA PANDEMIA

Monitor Mercantil - 30/08/2021

Em julho, despesas para cobrir atendimento consumiram 82% das receitas, chegando a R\$ 13,5 bi; média por trimestre iguala período pré-Covid.

Os gastos das operadoras de planos de saúde em julho bateram recorde desde o começo da pandemia. Em julho, a sinistralidade – ou seja, o índice que mostra quanto das

receitas dos planos de saúde foi consumido para cobrir as despesas com o atendimento dos beneficiários – atingiu 82%, o maior desde que o coronavírus chegou ao Brasil. Os dados foram apresentados no Boletim Covid-19 (julho), divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A sinistralidade no segundo trimestre do ano e a projeção para este terceiro trimestre ficam em 82%, sete pontos percentuais a mais que o primeiro trimestre. Assim, o índice se iguala ao terceiro trimestre de 2019 (pré-pandemia).

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) vê com preocupação a escalada de gastos. “Os números são reflexo do que o setor vem falando desde o fim do ano passado: mesmo com a pandemia, já havia uma retomada dos procedimentos não urgentes. Essas despesas, somadas aos gastos necessários para o tratamento da Covid-19, desencadearam um alto índice de despesas às operadoras de saúde, que podem comprometer financeiramente a operação de muitas delas, sobretudo as de pequeno e médio portes”, pondera a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

A FenaSaúde, que representa os 15 maiores grupos de planos médicos e exclusivamente odontológicos do país, fez um levantamento sobre o quanto essas operadoras já investiram para custear o tratamento de Covid para seus beneficiários, de março de 2020 até junho deste ano. São R\$ 16,8 bilhões pagos a hospitais, laboratórios e profissionais de saúde somente com exames de Covid e internações hospitalares (com ou sem necessidade de UTI).

Se forem considerados os atendimentos a pacientes com outras doenças que não o novo coronavírus, esse valor passa de R\$ 62 bilhões, incluindo os custos de cirurgias eletivas e internações não Covid. Essa conta não considera itens como terapias e consultas.

Vera Valente ainda faz mais uma ressalva em relação ao futuro. “A junção da diminuição das restrições sanitárias em muitos Estados brasileiros com o aumento dos casos de Covid-19 ocasionados pela variante Delta, infelizmente, vai obrigar muitas pessoas a procurarem atendimento médico. Ou seja, a última metade do ano se projeta bastante preocupante para o setor.”

Os planos médicos de saúde ganharam 1,7 milhão de novos beneficiários entre junho de 2020 e julho de 2021 em todo o país, segundo dados da agência reguladora. Ou seja, a pandemia acentuou a necessidade dos brasileiros de contarem com o atendimento de qualidade oferecido pelos convênios médicos.

Estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess) mostrou que 84% dos beneficiários estão muito satisfeitos com os planos de saúde. Em 2019, esse índice era de 80%. Dentre os quesitos mais bem avaliados está o que se refere à cobertura dos planos de saúde, cuja aprovação passou de 15%, em 2019, para 25%, em 2021.

Para a FenaSaúde, a melhora na aprovação se deve, sobretudo, às iniciativas adotadas pelas operadoras de saúde no enfrentamento à pandemia, com esforços constantes por salvar vidas, desde atendimentos de emergência até o uso da telemedicina. “Isso só foi possível graças ao direcionamento de equipes e recursos para atendimento à Covid, capacitação, treinamento, além de investimentos na ampliação de leitos e na construção de novos hospitais”, explica a diretora-executiva da FenaSaúde.

BALANÇO DA SAÚDE: HOSPITAIS AUMENTAM MOVIMENTAÇÃO, PLANOS DE SAÚDE TÊM MAIS GASTOS E FARMÁCIAS LUCRAM COM INFLAÇÃO

Eu quero investir – 28/08/2021

O ano passado foi um ano atípico para a maioria das companhias. A pandemia da covid-19 interviu em praticamente todos os negócios e derrubou a maioria dos resultados. Talvez o setor da saúde, diretamente conectado à pandemia, tenha sido um dos mais impactados, mas agora, com o avanço da vacinação e a queda dos casos, a vida começa a voltar ao normal.

Hospitais e farmácias tiveram, em geral, um bom segundo trimestre. Os primeiros viram a movimentação voltar após as pessoas terem evitado cirurgias durante o período mais crítico da pandemia. Já as redes de drogarias foram beneficiadas pela inflação, lucrando ao vender produtos em estoque por maiores preços.

O único setor de saúde que não foi bem foi o de planos e de seguradoras: agora, com a covid-19 ficando de lado, essas companhias estão vendo as pessoas voltarem a ir a médicos e a realizar cirurgias – e elas têm de pagar por isso.

Rede D’Or (RDOR3) tem número de pacientes com covid reduzido e aumento de cirurgias

Segundo relatório do banco Inter, a Rede D’Or “divulgou resultados fortes, acima das expectativas”.

Como já mencionado, a aceleração da vacinação reduziu o número de pacientes internados com covid-19 e aumentou o número de atendimentos e internações por outras patologias.

“A receita bruta atingiu R\$ 5,9 bi, maior faturamento trimestral na história da companhia. O ticket médio, calculado a partir da receita e do número de pacientes/dia, aumentou 20,6% no segundo trimestre”, afirmaram os analistas.

A margem Ebitda ficou em 30%, ante 8% em 2020. O Ebitda de R\$ 1,2 bilhões foi recorde, em linha com as expectativas do Inter. “O resultado foi reflexo do maior fluxo de pacientes nos hospitais, com manutenção de alta taxa de ocupação e

retomada dos procedimentos e cirurgias eletivas, que têm margens elevadas”, explicaram.

O BTG foi na mesma linha, apontando que o segmento oncológico “brilhou”, crescendo 34% na base anual.

Além disso, as duas casas destacaram a redução do endividamento após o IPO.

Sinistros impactam Qualicorp (QUAL3) e NotreDame Intermédica (GNDI3)

Ao mesmo tempo em que os hospitais voltaram a faturar mais, as companhias de plano de saúde viram suas margens serem comprimidas. Com as pessoas voltando a buscar atendimento, essas empresas acabam tendo mais gastos.

A Qualicorp, por sua vez, teve um desempenho pior, impactada em duas frentes: além da sinistralidade, a companhia, segundo o BTG, frustrou em sua receita por conta da queda do número de clientes, motivada, em sua maior parte, pelos aumentos dos planos de saúde.

“O alto nível de cancelamentos reflete a sazonalidade incomum impulsionada pelo adiamento de aumentos de preços em 2020”, afirmaram os analistas do banco.

A receita líquida, de R\$ 517 milhões, ficou abaixo das projeções do banco, apesar da alta de 7% na base anual. O Ebitda ficou em R\$ 201 milhões ao se excluir efeitos não recorrentes, queda de 14% no ano e 17% no trimestre.

Já a NotreDame Intermédica foi prejudicada, majoritariamente, pela sinistralidade histórica de 82,7%, uma vez que conseguiu aumentar sua base de assinantes em 18% no braço de saúde, chegando a 4,3 milhões, e em 13% nos planos odontológicos, chegando para 2,9 milhões.

“Diferentemente dos outros segmentos de cadeia de saúde, as operadoras se beneficiaram no segundo trimestre de 2020 diante do cancelamento dos procedimentos eletivos e do pico do isolamento social”, afirma a Eleven.

A Odontropev (ODPV3), idem. Apesar de a receita líquida ter crescido 5% no ano, para R\$ 454,6 milhões, o Ebitda ficou em 136,7 milhões ante R\$ 170,9 milhões entre abril e junho de 2020.

“Dado o aumento da sinistralidade o custo dos serviços prestados chegou a 41,5% da receita líquida, alta de 40,7% em relação ao 2T20”, apontaram os analistas do Inter.

Redes de farmácias lucram com inflação

As redes de farmácia, por sua vez, viram seus faturamentos avançarem, impulsionados, principalmente, pela inflação.

A receita líquida da Raia Drogasil (RADL3) avançou 32% na base anual, chegando a R\$ 6,2 bilhões. O BTG destacou, neste caso, o desempenho do braço digital da companhia, com a receita proveniente deste chegando a 8,9% do total.

“A companhia que já investiu em estoque sem o reajuste no primeiro trimestre faz a venda com valores reajustados e consegue obter ganhos de margens, efeito conhecido como pré-lata”, afirmou a Eleven, sobre o balanço da Profarma (PFRM3)

Está última companhia teve um lucro recorde, de R\$ 33,7 milhões, com a receita crescendo 25%, chegando a R\$ 1,559 bilhão.

Além da inflação a Profarma viu seu resultado melhorar também por conta do desempenho do seu braço de distribuição, que cresceu 25%. “Desempenho explicado pelo aumento do número de clientes atendidos e pelo aumento das vendas para clientes independentes, além dos benefícios do efeito da pré-alta dos medicamentos”, afirmou a Eleven.

Fleury (FLRY3): Rede de laboratórios tem resultado misto

A Fleury, rede de laboratórios, teve para o Inter resultados mistos, com um aumento do faturamento acompanhado de custos mais elevados.

“Apesar do crescimento de vendas, a companhia reportou um aumento significativo dos custos, que foram responsáveis por uma diminuição da margem além das projeções”

A receita líquida de R\$ 932 milhões foi 105% maior do que a expectativa do banco, com destaque para o testes da covid-19.

ANS ATUALIZA DADOS DO PAINEL DE PRECIFICAÇÃO

GOV (ANS) – 27/08/2021

Publicação informa valores de referência para a precificação de planos de saúde e permite consulta por operadora e plano.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou uma nova edição do Painel de Precificação de Planos de Saúde, estudo que informa dados sobre os valores médios de comercialização usados como referência de precificação dos planos de saúde no mercado nacional. A

publicação contempla informações compiladas nos últimos cinco anos até junho de 2021 e está disponível em formato de painel dinâmico no portal da ANS.

O Painel de Precificação apresenta ao setor um panorama segmentado da formação inicial dos preços dos planos de saúde, conforme o valor comercial de referência informado nas Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRPs) dos

planos em comercialização no mercado brasileiro. O Painel é dividido em quatro seções: (1) Operadoras, planos ativos e notas técnicas; (2) Valor Comercial da Mensalidade; (3) Variação por faixa etária; e (4) Composição do Valor Comercial da Mensalidade. Nessa edição, a seção (4) Composição do Valor Comercial da Mensalidade passa a incluir tanto despesas assistenciais quanto as despesas não assistenciais que compõem a precificação do plano de saúde.

As informações são disponibilizadas por área geográfica de comercialização, por tipo de contratação do plano (individual ou coletivo), por tipo de segmentação da cobertura assistencial (ambulatorial, hospitalar ou ambos) e segundo a presença ou não de fatores moderadores no plano como coparticipação. A edição de junho de 2021 passa a oferecer

também a possibilidade de fazer consultas pelo código de registro do plano de saúde junto à ANS e por operadora.

[Acesse aqui o Painel de Precificação.](#)

“O Painel de Precificação é mais uma ferramenta importante para o consumidor e para todos os interessados no setor de planos de saúde, pois dá visibilidade a dados que colaboram para a tomada de decisão por parte de quem quer contratar ou trocar de plano, bem como para o aumento da concorrência no setor”, destaca o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

As bases de dados utilizadas na elaboração do Painel de Precificação também estão disponíveis no Portal de Dados Abertos da ANS. [Confira aqui.](#)

RELATOR DEVE APRESENTAR ATÉ O FIM DO ANO PARECER SOBRE MUDANÇAS NA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara de Notícias - 25/08/2021

Em audiência na Câmara, debatedores apresentam sugestões para baratear os custos da saúde suplementar

O deputado Hiran Gonçalves (PP-RR) pretende apresentar, até o fim do ano, seu relatório para o projeto de lei que faz mudanças na Lei dos Planos de Saúde (PL 7419/06). A comissão especial que analisa a proposição discutiu nesta quarta-feira (25) questões relativas aos custos para os beneficiários desses planos.

“Um dos maiores desafios aqui é construir um marco legal moderno, adequado e pactuado com todos os atores que participam deste mercado de quase 50 milhões de pessoas. É um desafio que vamos vencer com o empenho de todos, visando principalmente a uma remuneração adequada dos prestadores e uma boa prestação de serviço médico aos nossos usuários”, afirmou Hiran Gonçalves.

Na audiência, o parlamentar ouviu explicações de especialistas de diferentes entidades acerca dos reajustes e também sugestões para melhorar o serviço prestado ao consumidor a um preço justo.

Hoje, o funcionamento de planos de saúde é regulamentado pela Lei 9.656/98 e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Formas de reajuste

Conforme explicou a gerente econômico-financeira e atuarial dos produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Danielle Rodrigues, os valores dos planos de saúde são reajustados de duas formas.

Uma delas é anual e leva em consideração a variação anual dos custos dos serviços contratados, independentemente do índice geral de preços. A outra é o reajuste de preço por faixa etária, sendo o último aumento cobrado aos 59 anos.

A diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, acrescentou que a inflação na saúde é três vezes maior que o índice geral de preços e acompanha tanto a alta dos preços como a frequência do uso dos sistemas, o que sofre impacto de mudanças demográficas e epidemiológicas, do uso de tecnologias da saúde e ainda de desperdícios nos sistemas público e privado.

“É um erro olhar os reajustes das mensalidades dos planos como causa do encarecimento dos serviços de saúde. Na verdade, eles são consequências. O plano não gera custos. Ele gerencia, administra e repassa aos beneficiários”, disse Vera Valente.

Ela observou, por outro lado, que os aumentos poderiam ser distribuídos ao longo do tempo, escalonando reajustes. Ocorre que o Estatuto do Idoso não permite aumentos por faixa etária a partir dos 60 anos. “Mudar essa regra poderia ser algo bom para todos.”

Coparticipação

Outra sugestão de Vera Valente diz respeito à coparticipação dos beneficiários nos pagamentos às prestadoras de serviços de saúde por procedimentos realizados. Segundo dados trazidos por ela, 55% dos 22 mil planos registrados na ANS têm coparticipação ou franquia e cerca de 17 milhões de beneficiários estão em contratos dessa natureza. “Em média, planos de franquia são 39% mais baratos do que planos que não têm coparticipação”, apontou.

O procurador da República da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, especializada em Consumidor e Ordem Econômica, Fabiano de Moraes, no entanto, defendeu o estabelecimento de um limite para a coparticipação. “Uma participação de 60% pode inviabilizar que a pessoa faça o procedimento e ela acaba entrando na Justiça para não pagar”, exemplificou.

Reestruturação

Já para o gerente-executivo de Relacionamento com o Poder Executivo da Confederação Nacional da Indústria (CNI), Pablo Silva Cesário, é fundamental avançar na reestruturação do sistema de saúde suplementar.

As sugestões de Cesário incluem o fortalecimento da atenção primária para prevenção e promoção da saúde; a obrigatoriedade de compartilhamento de informações e dados com os consumidores; e o estabelecimento de regras para a telessaúde, entre outras.

“Hoje em dia, toda a saúde suplementar está centrada na realização e no pagamento de procedimentos de saúde, mas não nos pacientes em si. Continuamos remunerando procedimentos e não resultados em saúde”, criticou o representante da CNI.

Do jeito que é hoje, o lado vulnerável da relação é o consumidor, segundo a coordenadora do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Ana Carolina Navarrete. Ela relatou que, durante a pandemia de Covid-19, 56% dos usuários de planos de saúde ouvidos por uma pesquisa do Idec relataram problemas com reajuste.

“Muita coisa pode ser feita em termos de aumento da transparência, sobre o que são esses custos que estão sendo repassados para o consumidor. Também é necessário equalizar as diferentes necessidades e os diferentes poderes de barganha entre esses atores”, apontou Ana Carolina Navarrete.

A deputada Dra. Soraya Manato (PSL-ES), que preside a comissão especial, também se disse preocupada com a pouca transparência dos planos e o baixo poder de barganha dos consumidores para negociar.

Vice-presidente do colegiado, o deputado Celso Russomanno (Republicanos-SP) pontuou que só as grandes empresas têm poder de barganha. A sugestão dele é que as operadoras passem a vender planos ambulatoriais de saúde, com direito apenas a consultas e exames. Ele acredita que a medida desafogaria o Sistema Único de Saúde, que se encarregaria da cirurgia de pacientes que já chegariam com consultas e exames realizados.

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