

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS alerta consumidores de planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS atualiza painéis dinâmicos referentes a dados econômico-financeiros](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS: Setor alcança o maior número de beneficiários desde maio de 2016](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Como fica a manutenção do plano de saúde para os aposentados?](#) - Fonte: Migalhas

[O setor de saúde e a remuneração baseada em valor](#) - Fonte: Saúde Business

[MP estabelece prazo para atualização de coberturas dos planos](#) - Fonte: Agência Brasil

[Médicos apontam entraves no uso de planos de saúde; ANS promete debater soluções](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Senado revoga resolução sobre planos de saúde de estatais; fim de regra pode inviabilizar a privatização dos correios](#) - Fonte: Infomoney

## ANS ALERTA CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 08/09/2021

Reajuste de planos individuais/familiares é aplicado no mês de aniversário do contrato

Por que ainda não recebi redução na mensalidade do meu plano de saúde se a ANS anunciou um percentual negativo para o reajuste dos planos individuais ou familiares?” A pergunta é pertinente e tem sido feita por muitos beneficiários pelos canais de atendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para tranquilizar os consumidores, a ANS esclarece que diferentemente de outros tipos de reajuste, como de luz, água, telefone, o índice autorizado pela ANS para os planos de saúde não é aplicado imediatamente após o anúncio da reguladora para todos os contratantes. De acordo com as regras do setor de saúde suplementar, as operadoras devem aplicar o reajuste no mês de aniversário do contrato, no período entre maio de 2021 e abril de 2022. Logo, se o boleto para pagamento ainda não trouxe o desconto relativo ao

reajuste de -8,19% autorizado pela ANS, o beneficiário não deve se preocupar.

“Percebemos que houve aumento de chamados sobre reajuste e identificamos que até o fim de agosto, quase 200 reclamações eram de pessoas que não tiveram a aplicação do percentual negativo em seus boletos. Em muitos casos, o motivo era o mesmo: ainda não havia chegado o mês de aniversário desses contratos. Por essa razão, orientamos que os beneficiários confirmem no contrato ou no próprio boleto a data de sua inclusão: se for outubro, por exemplo, a aplicação será no mês de outubro de 2021. Se for março, o reajuste será aplicado em março de 2022. Caso reste qualquer dúvida, o consumidor pode solicitar informações à sua operadora de plano de saúde. Se não conseguir resolver, entre deverá entrar em contato com a ANS por um de seus canais de atendimento: Disque ANS – 0800 701 9656; Fale Conosco em [www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans); ou Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 021 2105”, informou o diretor de Fiscalização da Agência, Maurício Nunes.

## ANS ATUALIZA PAINÉIS DINÂMICOS REFERENTES A DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

GOV (ANS) – 06/09/2021

Publicações Prisma e Painel Contábil estão disponíveis com dados do segundo trimestre de 2021.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a atualização do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e do Painel Contábil, com os dados do segundo trimestre de 2021. Os panoramas apresentam dados do setor em ferramenta dinâmica, com interface simples e de fácil compreensão para toda a sociedade.

O Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar é dividido em três grandes grupos: Dados Consolidados do Setor de Saúde Suplementar, Ativos Garantidores e Provisões Técnicas e Indicadores Econômico-Financeiros (ponderados e não ponderados). Ele apresenta a evolução dos dados econômico-financeiros do setor de forma consolidada e por modalidade de operadoras de planos de saúde. A publicação apresenta os dados trimestrais

anualizados das operadoras. A versão atualizada inclui os dados referentes ao segundo trimestre de 2021. Clique aqui para conferir.

Já o Painel Contábil da Saúde Suplementar tem como principal objetivo apresentar, de forma dinâmica, os dados contábeis já divulgados no portal da ANS e no Portal Brasileiro de Dados Abertos, ampliando a transparência das informações enviadas pelas operadoras à Agência. Ele é segmentado em quatro partes: ativo, passivo, receitas e despesas e resultados. Em todas as seções é possível analisar os dados do setor por operadora, porte, modalidade e segmento. Os valores são extraídos do Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP), de demonstrações contábeis e Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e do Sistema de Informações do Beneficiário (SIB). Clique aqui para acessar o Painel Contábil da Saúde Suplementar.

## ANS: SETOR ALCANÇA O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DESDE MAIO DE 2016

GOV (ANS) – 06/09/2021

Pelo 3º mês consecutivo, São Paulo, Minas Gerais e Paraná se destacam pelo crescimento de beneficiários em todas as segmentações.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou, nesta segunda-feira (06/09), os números de beneficiários de planos de saúde relativos ao mês de julho.

As informações estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. Nesse período, o setor se manteve em crescimento e totalizou 48.413.620 usuários em planos de assistência médica e 27.929.433 em planos exclusivamente odontológicos. Essa evolução contínua do setor reforça o interesse da sociedade brasileira

no acesso à saúde suplementar, em meio aos desafios estabelecidos pela pandemia.

[Clique aqui para acessar a Sala de Situação.](#)

No caso dos planos médico-hospitalares, em um ano houve incremento de 1.611.959 beneficiários - o equivalente a 3,3% de aumento em relação a julho de 2020. No comparativo de julho com junho, o crescimento foi de 174.732 mil usuários. O total de beneficiários é o maior número registrado desde maio de 2016, quando o setor atingiu 48.441.585 beneficiários nessa segmentação. Já nos planos exclusivamente odontológicos, foi registrado aumento de 2.563.879 beneficiários em um ano – o que representa 9,2% de crescimento no período – e de 166.566 em um mês (comparativo com junho).

Entre os estados, no comparativo com julho de 2020, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência

médica em 23 unidades federativas, sendo São Paulo, Paraná e Minas Gerais os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos. Vale destacar que esses estados têm se destacado há três meses consecutivos, como as regiões com maior crescimento nas duas segmentações (assistência médica e odontológica).

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	não identificado			
jul/21	33.125.326	6.306.870	417	8.918.706	62.301	48.413.620
jun/21	32.930.922	6.300.964	417	8.944.055	62.530	48.238.888
mai/21	32.827.641	6.284.317	418	8.946.732	62.829	48.121.937
abr/21	32.687.630	6.263.166	418	8.971.902	64.264	47.987.380
mar/21	32.570.189	6.270.750	419	8.996.434	64.592	47.902.384
fev/21	32.360.167	6.276.247	419	9.013.187	66.537	47.716.557
jan/21	32.237.018	6.290.949	420	9.028.063	67.181	47.623.631
dez/21	32.190.277	6.313.193	421	9.035.297	67.525	47.606.713
nov/20	32.068.838	6.297.248	422	9.011.090	68.349	47.445.947
out/20	31.871.551	6.275.979	422	9.013.975	73.564	47.235.491
set/20	31.703.334	6.247.005	424	8.996.840	74.049	47.021.652
ago/20	31.584.959	6.230.693	434	8.982.887	75.240	46.874.213
jul/20	31.553.445	6.220.096	434	8.952.032	75.654	46.801.661

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jul/21	20.281.735	2.759.944	1.712	4.879.278	6.764	27.929.433
jun/21	20.229.461	2.755.986	1.717	4.768.912	6.791	27.762.867
mai/21	19.992.366	2.761.079	1.723	4.687.298	6.839	27.449.305
abr/21	19.915.332	2.766.529	1.724	4.666.014	6.876	27.356.475
mar/21	19.848.237	2.769.237	1.726	4.664.012	6.958	27.290.170
fev/21	19.630.525	2.763.209	1.728	4.666.920	6.995	27.069.377
jan/21	19.545.218	2.759.532	1.729	4.593.787	7.028	26.907.294
dez/21	19.499.403	2.740.313	1.736	4.533.216	7.055	26.781.723
nov/20	19.272.706	2.811.515	1.737	4.463.846	7.142	26.556.946
out/20	19.081.907	2.795.382	1.738	4.390.993	7.198	26.277.218
set/20	18.995.258	2.793.816	1.740	4.322.452	7.609	26.120.875
ago/20	18.803.441	2.744.499	1.747	4.221.632	7.635	25.778.954
jul/20	18.754.000	2.510.191	1.754	4.091.948	7.661	25.365.554

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jul/20	jul/21	jul/20	jul/21
Acre	43.277	42.562	15.324	16.991
Alagoas	364.907	373.975	263.427	282.921
Amapá	63.677	62.666	45.926	51.435
Amazonas	512.061	559.921	440.777	487.592
Bahia	1.546.792	1.618.174	1.441.569	1.511.447
Ceará	1.239.271	1.268.537	962.876	1.021.138
Distrito Federal	902.829	923.379	586.513	628.379
Espírito Santo	110.604	1170.934	514.678	602.999
Goiás	1.174.467	1.205.191	635.883	710.064

Maranhão	473.731	462.125	201.731	235.338
Mato Grosso	591.238	628.680	220.999	236.565
Mato Grosso do Sul	595.662	612.192	148.658	161.119
Minas Gerais	5.090.134	5.346.557	2.158.417	2.394.793
Pará	795.684	835.874	438.516	489.754
Paraíba	413.716	435.091	372.620	405.444
Paraná	2.844.843	2.935.827	1.294.521	1.466.421
Pernambuco	1.329.135	1.366.328	991.352	1.085.546
Piauí	331.652	354.012	90.601	116.095
Rio de Janeiro	5.271.107	5.354.717	3.325.226	3.386.853
Rio Grande do Norte	507.913	552.832	339.115	391.180
Rio Grande do Sul	2.506.968	2.549.705	777.678	825.728

Rondônia	151.256	153.450	107.145	110.548
Roraima	30.101	30.012	10.656	11.988
Santa Catarina	1.448.434	1.521.876	543.810	666.472
São Paulo	16.999.554	17.577.936	9.096.124	10.257.974
Sergipe	314.557	323.016	199.945	204.158
Tocantins	109.420	110.541	112.517	156.006

# COMO FICA A MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA OS APOSENTADOS?

Migalhas – 06/09/2021

O legislador observando as dificuldades dos aposentados com extinção do vínculo empregatício, estabeleceu uma proteção especial no que tange o acesso à saúde suplementar.

A maior preocupação dos funcionários recém-aposentados é a contratação de um novo plano de saúde, já que em razão das doenças e idade são totalmente dependentes do serviço de assistência médica.

O legislador observando as dificuldades dos aposentados com extinção do vínculo empregatício, estabeleceu uma proteção especial no que tange o acesso à saúde suplementar, pois o mercado dificulta o ingresso de pessoas idosas com a imposição de longos prazos de carência e preços elevados.

A lei de planos de saúde (lei 9.656 /98 - art. 31) garante aos funcionários demitidos sem justa causa e aposentados o direito de permanência vitalícia ao plano fornecido pelo ex-empregador, observando as mesmas condições de segmentação e cobertura, mediante o pagamento integral da mensalidade e preenchimento dos seguintes requisitos:

ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício (contratos de plano de saúde celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à lei 9.656/1998);

tenha contribuído para o custeio do plano por mais de dez anos;

esteja aposentado;

manifestar interesse na manutenção do plano no prazo de 30 dias a contar da comunicação da ex-empregadora;

assuma o pagamento integral do plano.

## O que se entende como contribuição para o custeio do plano?

Nos termos da resolução normativa 279/2011 da ANS, "é qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em

decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica."

## Se o funcionário aposentado continuar trabalhando na mesma empresa?

Usufruirá da assistência médica até o seu desligamento da empresa (demissão sem justa causa), oportunidade que poderá gozar do benefício de permanência vitalícia nos termos do art. 31 da lei 9.656 /98.

## O benefício da lei se estende aos dependentes?

Uma vez preenchidos os requisitos citados, o benefício será concedido não apenas ao ex-empregado, mas a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho mediante o pagamento integral da mensalidade por cada vida e manifestação expressa.

A resolução normativa 279/2011 da ANS em art. 7º, §2º possibilita a inclusão de novo cônjuge e filhos.

## Como ficam os dependentes com o falecimento do titular?

Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto no artigo 31 da lei 9.656 /98 (art. 8º da RN 279/2011 da ANS).

## Há possibilidade de encerrar o benefício?

Sim, caso de admissão do beneficiário titular em novo emprego ou pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, a Operadora que comercializa planos individuais deverá ofertá-los a esse universo de beneficiários, na forma da resolução CONSU 19, de 25 de março de 1999.

---

## O SETOR DE SAÚDE E A REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR

Saúde Business – 03/09/2021

Há mais de uma década, o mercado de saúde vem sinalizando que o modelo atual, baseado em relações competitivas com foco na doença, tornou-se insustentável. Estudos apontam que esse formato que trabalha pelo volume

– e não pela qualidade – precisa de mudanças profundas, tanto na forma de remuneração dos serviços prestados quanto na maneira como todos os envolvidos interagem,

ainda hoje, disputando diretamente recursos finitos, independentemente dos desfechos clínicos dos pacientes.

Todavia, uma quebra de paradigma de tal magnitude – com impactos transversais na cadeia de saúde – pressupõe uma mudança cultural tão profunda, que leva muito mais tempo que o necessário para impactar o bolso dos decisores. No Brasil, o mercado apenas despertou para uma nova forma de se prover saúde suplementar a partir do momento em que as sinistralidades passaram de 90%, tornando os reajustes de preços inviáveis para todas as pontas.

Neste cenário, duas grandes linhas de atuação vêm sendo estruturadas desde 2006. A primeira, focada na mudança no modelo de remuneração do sistema, promove a criação de pacotes, valores por grupo de diagnóstico e outros modelos que proporcionam maior previsibilidade e qualidade na entrega do serviço de saúde. A segunda, por outro lado, está voltada para atenção primária, com foco na prevenção de doenças, no monitoramento dos pacientes e no direcionamento para cuidados especializados realmente necessários.

É a partir desse ponto que o debate sobre novos modelos de saúde e de remuneração baseada em valor passam a fazer parte central das discussões do setor. O enfoque tem se voltado a serviços que proporcionem melhor qualidade assistencial, com desfechos clínicos que tragam maior valor para usuários, reduzindo custos desnecessários gerados por pacientes sem um direcionamento adequado na rede de saúde e integrando às partes envolvidas um conceito mais sustentável.

Níveis pré-determinados de riscos financeiros e recompensas podem ser estabelecidos para engajar os provedores a garantir o cuidado apropriado, com o monitoramento dos pacientes. Dentro de um mesmo modelo de saúde baseada em valor, pode haver combinações de diversos tipos de pagamento. Esses arranjos financeiros devem ser adaptados aos objetivos e às condições de mercado. Não existe um único acordo comercial que seja melhor do que outro ou que todos os pagadores e provedores devam adotar – o que há são diversos modelos de pagamentos, que são indicados de acordo com algumas variáveis, como condição clínica, tipos de serviços previstos na jornada, nível de riscos que os envolvidos querem compartilhar, dentre outros fatores. Também entre os usuários tais modelos tornam-se cada vez mais atrativos, por impulsionar a transformação da maneira como o atendimento é prestado e proporcionando atenção maior à sua saúde e qualidade de vida.

De maneira geral, um setor de saúde centrado no paciente deve seguir o exemplo de outras áreas ao adotar uma abordagem de canais onipresentes para a conexão com os consumidores de serviços e atender às suas necessidades, principalmente pós pandemia, onde a acessibilidade digital e multiplicidade de canais se colocaram como condição premente de uma boa relação com o consumidor. Essa

abordagem deve estar alinhada com as demandas em evolução dos consumidores, refletir uma responsabilização verdadeira pelos melhores resultados, oferecer uma rede com locais e formatos alternativos de atendimento, além de integrar tecnologias para estimular uma maior conveniência.

É importante ressaltar que o formato deve ser discutido entre as partes, para que de fato traga valor aos envolvidos. Pois se, por um lado, em acordos de carteiras com grandes populações, há maior flexibilidade para introduzir arranjos de pagamento mais específicos e um potencial de redução de custo importante para o pagador, por outro, o risco para os provedores aumenta, uma vez que o valor das perdas potenciais aumenta com o tamanho da população. Apresentar o potencial de perdas ao longo do tempo, em equilíbrio com a oportunidade de alcançar ganhos maiores, e criar tetos de riscos que limitam o potencial de perda são estratégias para reduzir a preocupação do provedor com a reforma do pagamento.

Embora o entendimento sobre o tema esteja cada vez mais estabelecido entre os participantes da cadeia de saúde, o assunto ganhou força nos últimos dois anos. Com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a criação de projetos relacionados, várias operadoras começaram a se desenvolver neste sentido. O setor privado é o que possui maior engajamento, mas ainda é muito comum que o incentivo para tais iniciativas seja a redução de custos e não a efetiva geração de valor.

Um fator crítico importante no cenário brasileiro é o desafio de implantar uma jornada integrada e coordenada com diferentes partes envolvidas (hospital, operadora, fornecedoras de insumos e indústria farmacêutica). Além disso, outro gargalo é a gestão de dados dentro do sistema de saúde - não apenas a obtenção destes, mas também o trabalho que pode ser realizado com essas informações e o compartilhamento entre todos os envolvidos na cadeia.

O desafio, portanto, está em como promover essas mudanças, da teoria à prática, abarcando todos os pontos necessários para que, de fato, se tenha um novo modelo de saúde, com entrega de valor a todas as partes envolvidas. Os responsáveis pela estratégia devem compreender onde e em que grau existem oportunidades de valor no mercado que podem ser apoiadas por meio de reformas de pagamentos.

Somente assim, inserindo o paciente no centro das atenções do sistema de saúde, é que a geração de valor poderá seguir dois movimentos simultâneos. Por um lado, haverá uma força de baixo para cima e, conforme dito anteriormente, teremos pacientes empoderados que exigirão qualidade e uma boa experiência, sem necessariamente diferenciar serviços de saúde de outros mercados, como o varejo, por exemplo. E, por outro, uma pressão de cima para baixo, em que teremos os atores da cadeia trabalhando pela geração de valor aos pacientes, tanto para impactar lealdade e referência, quanto para controlar custos.

# MP ESTABELECE PRAZO PARA ATUALIZAÇÃO DE COBERTURAS DOS PLANOS

Agência Brasil - 02/09/2021

MP estabelece prazo para atualização de coberturas dos planos de saúde

## **ANS terá até 180 dias para analisar incorporação de novos tratamentos.**

O presidente Jair Bolsonaro editou uma medida provisória (MP) que altera a lei dos planos de saúde (Lei 9.656/98) para estabelecer prazo máximo na análise de novos procedimentos e tratamentos que poderão ser incluídos no rol de cobertura dos planos.

"O objetivo é trazer mais celeridade ao processo de incorporação de novos tratamentos aos planos de saúde, aplicando-se parâmetros semelhantes aos adotados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), já consolidados no país", informou a Secretaria-Geral da Presidência, em nota.

Segundo a pasta, a MP prevê que o processo de atualização do rol dos procedimentos e eventos em saúde por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do qual novos tratamentos são incluídos nas coberturas obrigatórias, deverá ser concluído no prazo de 120 dias, podendo ser prorrogado por mais 60 dias corridos. Caso a ANS não se manifeste de forma conclusiva dentro desse prazo, o medicamento, produto para a saúde ou procedimento será automaticamente incluído na lista de cobertura até que agência tome uma decisão.

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente o rol de procedimentos e eventos em saúde é atualizado a cada seis

meses pela ANS, conforme resolução normativa da agência, mas não há prazo fixado para a conclusão do processo.

"A medida garante a pacientes a continuidade do tratamento iniciado mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão. Além disso, estão previstas ainda a realização de consulta pública e audiência pública, se a matéria for considerada relevante", acrescentou a pasta.

O texto da medida provisória também determina, segundo o governo, que tratamentos recomendados pela Conitec que passarão a integrar o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar sejam analisados no prazo de até 30 dias. O texto prevê ainda a criação da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, que deverá assessorar a ANS na avaliação da amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes, de procedimentos de alta complexidade e dos tratamentos antineoplásicos (contra o câncer) domiciliares de uso oral. A comissão deverá apresentar relatório à ANS considerando evidências científicas sobre a eficácia e efetividade do medicamento ou tratamento, além de avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação a outras coberturas previstas nos planos.

A edição da MP ocorre pouco mais de um mês depois do presidente vetar o projeto de lei que tornava obrigatória a cobertura pelos planos privados de saúde de tratamentos domiciliares de uso oral contra o câncer, inclusive de medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento.

## MÉDICOS APONTAM ENTRAVES NO USO DE PLANOS DE SAÚDE; ANS PROMETE DEBATER SOLUÇÕES

Agência Câmara de Notícias – 02/09/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anunciou que vai iniciar um ciclo de debates na tentativa de superar os entraves nas relações entre pacientes, prestadores de serviço e operadoras. O gerente de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores da ANS, Gustavo de Barros Macieira, disse que as reuniões serão abertas a todos os envolvidos e promovidas pela Câmara Técnica da agência. A informação foi dada nesta quarta-feira (1º) em reunião da comissão especial da Câmara dos Deputados que analisa propostas de mudanças na Lei dos Planos de Saúde (PL 7419/06 e mais 248 apensados), que também ouviu representantes de médicos sobre as relações com convênios de saúde.

Segundo Macieira, o grupo poderá ter reuniões globais e por segmentos. "Algumas reuniões podem ser focadas em questões de profissionais de saúde e suas particularidades,

porque por mais que todos estejam dentro da categoria de prestadores de serviço dentro da saúde suplementar, cada um tem seus próprios problemas e reivindicações a serem colocadas", concluiu.

Gustavo Macieira destacou ainda que, muitas vezes, os problemas trazidos para a ANS extrapolam a competência da agência, como no caso de denúncias sobre contratos que são de responsabilidade do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e questões sanitárias que estão sob supervisão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

### **Interesses convergentes**

Para o representante do Conselho Federal de Medicina (CFM) Salomão Rodrigues Filho, é preciso que os interesses

dos agentes da saúde suplementar sejam convergentes, com a garantia de remuneração justa para os prestadores, ética na relação entre beneficiários, prestadores e administradores, garantindo assim a qualificação dos serviços.

Já o presidente da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), Wilson Scholnik, afirmou que as contestações e os entraves para a realização de exames complementares por parte das operadoras de planos de saúde impactam diretamente na qualidade do atendimento prestado.

“Se nós queremos mudar a ótica da atenção à saúde, trabalhando e incentivando a promoção de saúde, a prevenção, nós estamos falando também da realização de exames complementares, sem eles não é possível falar em assistência primária, promoção e prevenção”, enfatizou Scholnik.

O deputado Zacharias Calil (DEM-GO) destacou que as baixas remunerações pagas aos médicos estão fazendo com que muitos deles deixem de atender aos convênios,

dificultando o acesso dos pacientes a um atendimento de qualidade.

“Todo dia surge um novo plano oferecendo tratamento disso e daquilo outro, mas quando você vai fazer um procedimento, na hora de você pegar o reembolso é uma loucura para o paciente. O paciente fica louco pegando relatório, não isso aqui não dá, aí manda de novo, não esse aqui não serve, ó faltou isso, faltou aquilo e a coisa vai rodando. O prejudicado quem é? O próprio paciente, ele que paga, ele que sustenta o plano”, disse Calil.

### Compra de hospitais

A presidente da comissão especial, deputada Soraya Manato (PSL-ES), afirmou que a nova legislação deve ter mecanismos de contenção da compra de hospitais por grandes grupos estrangeiros, porque essa prática está colocando em risco a saúde dos médicos, com longas jornadas de trabalho, o que impacta na segurança dos pacientes.

## SENADO REVOGA RESOLUÇÃO SOBRE PLANOS DE SAÚDE DE ESTATAIS; FIM DE REGRA PODE INVIABILIZAR A PRIVATIZAÇÃO DOS CORREIOS

Infomoney – 02/09/2021

O texto, já aprovado pela Câmara, foi aprovado pelos senadores em votação simbólica e segue agora para promulgação

Após rejeitar uma medida provisória que fazia uma reforma trabalhista, o Senado impôs a segunda derrota do dia ao governo e revogou uma proposta que desmonta as regras que estabeleceram limites para os gastos de estatais com planos de saúde para empregados. A proposta pode inviabilizar a privatização dos Correios, uma das prioridades da agenda do governo Jair Bolsonaro.

O texto, já aprovado pela Câmara, foi aprovado pelos senadores em votação simbólica e segue agora para promulgação – ou seja, não pode ser vetado pelo presidente Jair Bolsonaro. Agora, ele será transformado em lei.

Na prática, o projeto revoga uma regra criada no governo do ex-presidente Michel Temer e que foi fundamental para reverter uma trajetória de prejuízos bilionários dos próprios Correios, quando a empresa caminhava para se tornar uma estatal dependente – ou seja, que precisa de recursos do Orçamento para bancar salários e despesas correntes.

O texto derruba a validade da resolução 23 da Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União (CGPAR), editada em janeiro de 2018.

Antes da edição da resolução, era comum que estatais bancassem mais de 90% dos custos, sem qualquer coparticipação – hoje, o limite é de 50%. Várias empresas aceitavam que os funcionários incluíssem como dependentes pais, mães e filhos sem qualquer limite de idade. Agora, a inclusão dos dependentes foi limitada a cônjuges e filhos com até 24 anos – desde que estivesse cursando Ensino Superior. O avanço da proposta, originalmente apresentada em 2018, chamou a atenção da equipe econômica ainda na Câmara, onde foi aprovada em julho. De autoria da deputada da oposição Erika Kokay (PT-DF) e relatado por Sóstenes Cavalcante (DEM-RJ), integrante da bancada evangélica, o texto teve 365 votos favoráveis e somente 39 contrários, um apoio tão expressivo que seria suficiente inclusive para aprovação de uma emenda à Constituição como a que retomava o voto impresso – e que foi derrotada na Casa.

No Senado, a proposta foi relatada pelo senador Romário (PL-RJ) que, a exemplo de Kokay, considerou a regra inconstitucional e afirma que ela viola direitos adquiridos dos trabalhadores relacionados aos planos de saúde custeados por estatais. “Os trabalhadores das estatais vão voltar a ter oportunidade de ter qualidade de vida melhor. Tenho certeza de que a partir desse momento pessoas vão viver mais tranquilas”, disse.

Em seu relatório, o senador Romário afirmou que a resolução exorbita os limites da lei. “Esse regramento – que, por ter natureza de resolução, tem status normativo-hierárquico obviamente infralegal – jamais poderia contrariar (como fez)

o que diz a lei. No caso, foi violado, entre outros, o art. 8º, ? 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, que expressamente exclui da necessidade de demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão. Ora, se a Lei não exige esse requisito – e, mais ainda, expressamente exclui essa exigência – jamais poderia uma Resolução instituí-lo. Ao fazer, nitidamente exorbita do poder regulamentar, o que exige sua sustação pelo Congresso Nacional, nos termos do inciso V do art. 49 da CF”, diz.

O governo, por sua vez, enviou aos senadores uma nota técnica em que mostra que as estatais, mesmo com a resolução em vigor, pagaram, no ano passado, R\$ 1.087 mensais por titular de plano de saúde (empregados e aposentados). Já o Executivo gastou R\$ 118,14 por servidor por mês, e o Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, R\$ 59,10 por cidadão brasileiro – incluindo os gastos com a covid-19. Ainda segundo o documento, o custo da sustação da resolução seria de R\$ 1,49 bilhões por ano para as sete maiores estatais – BNDES, Petrobras, Correios, Caixa, Banco do Brasil, Serpro e Eletrobras.

O líder do governo, Fernando Bezerra Coelho (MDB-PE), conseguiu retirar o processo de pauta na semana passada, mas o texto voltou à pauta hoje. Ele defendeu a resolução e disse que sua revogação trará repercussão financeira para as estatais e, possivelmente, a necessidade de aportes da União. O líder disse, porém, que o governo aceitaria o resultado da votação.

O governo tentou articular uma derrota ao texto nos bastidores, numa tentativa de evitar criar resistências a outras propostas importantes para a agenda econômica, como o próprio projeto de privatização dos Correios. Essa estratégia, no entanto, não tem trazido resultados.

A proposta de privatização dos Correios, por exemplo, não irá diretamente ao plenário e passará antes pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE). Até agora não há relator e, segundo o presidente da CAE, Otto Alencar (PSD-BA),

mesmo quem é a favor do texto não quer relatá-lo. Alencar se recusou ainda a passar a relatoria para Bezerra Coelho e para o líder do governo no Congresso, Eduardo Gomes (MDB-TO). O líder do Podemos, Álvaro Dias (PR), foi um dos senadores que apoiou a derrubada da resolução. Ele considera a regra inconstitucional e afirma que ela viola direitos adquiridos dos trabalhadores, já que muda as condições do contrato de trabalho.

## Postal Saúde

O Postal Saúde, dos funcionários dos Correios, era um dos maiores exemplos do que o governo considerava, à época, abusos e privilégios. A empresa pagava quase 94,4% do benefício até 2017, enquanto os empregados custeavam apenas 5,6% dos gastos. Não havia cobrança de mensalidade, e os empregados podiam incluir como dependentes até mesmo seus pais.

Antes da resolução, os Correios estimavam um déficit em seu balanço da ordem de R\$ 3,92 bilhões. Com as mudanças, o passivo atuarial dos Correios relacionado a gastos com planos de saúde de seus empregados, que chegou a ser de R\$ 5,92 bilhões em 2015, foi reduzido a R\$ 3,92 bilhões em 2018 e a R\$ 270 milhões em 2020.

Para a equipe econômica, a resolução acabou com privilégios e sua revogação pode inviabilizar a privatização dos Correios – prevista para ser realizada entre março e abril de 2022. A estimativa é que sua derrubada permitirá o retorno da regra anterior e trará um custo de R\$ 3,2 bilhões no balanço da empresa, cujo valor de mercado foi estimado em R\$ 950 milhões nos estudos para privatização. Até 2016, o patrimônio líquido era negativo e, em 2019, foi estimado em R\$ 100 milhões.

O prazo final para enquadramento à resolução é janeiro de 2022, mas várias estatais ainda não adaptaram seus gastos. Uma delas é o BNDES, que custeia, por mês, R\$ 3 mil em saúde para empregados com salário médio de R\$ 32 mil, sem mensalidade nem coparticipação.

---

**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](mailto: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](http://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.

