

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza painéis dinâmicos sobre dados econômico-financeiros](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Grupo NotreDame amplia operação no mercado mineiro](#) - Fonte: Diário do Comércio

[Impacto isolado do envelhecimento](#) - Fonte: IESS

[Aperfeiçoamento do processo de monitoramento do Risco Assistencial](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Em SP, planos de saúde devem cobrir integralmente tratamento de autismo](#) - Fonte: ConJur

[A saúde suplementar no enfrentamento da covid-19](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Emprego privado continua impulsionando a alta do trabalho na saúde brasileira](#) - Fonte: IESS

[Ressarcimento ao SUS: determinações do TCU foram cumpridas pela ANS](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Planos de saúde: número de beneficiários é o maior em quase cinco anos](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Equilíbrio para a saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

[Hapvida conclui compra da Promed; aquisição da Santa Filomena é cancelada](#) - Fonte: Terra

[Olho nas UTIs](#) - Fonte: UOL

[Seu plano de saúde pode ficar mais barato – e os economistas já calcularam quanto; confira](#) - Fonte: Infomoney

[Política Nacional de Saúde Suplementar](#) - Fonte: Blog do Corretor

# ANS ATUALIZA PAINÉIS DINÂMICOS SOBRE DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

Gov (ANS) – 26/05/2021

As publicações Prisma, Anuário e Atlas da Saúde Suplementar estão disponíveis com dados de 2020.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a atualização do “Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar”, do “Anuário: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde” e do “Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar”. Os painéis 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). Apresenta a evolução dos dados econômico-financeiros do setor de forma consolidada e por modalidade de operadoras de planos de saúde. O painel é atualizado com dados trimestrais das operadoras duas vezes ao ano, e apresenta agora os dados relativos aos 3º e 4º trimestres de 2020. [Confira aqui.](#)

O Anuário da Saúde Suplementar apresenta aspectos econômico-financeiros de cada operadora de plano de saúde,

como dados do Balanço Patrimonial e da Demonstração de Resultados do Exercício, além de diversos indicadores necessários para uma análise mais detalhada das empresas do setor. O Anuário é atualizado anualmente e apresenta agora os dados relativos a 2020. A novidade nesta edição é uma página na qual é possível comparar os principais indicadores de duas ou mais operadoras. [Confira aqui.](#)

O Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar oferece uma visão concorrencial do setor, apresentando indicadores de concentração, número de beneficiários, identificação das operadoras que possuem as maiores fatias de mercado e receita e despesa assistenciais estimadas para cada um dos 148 mercados relevantes de planos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais. O Atlas apresenta a evolução dos dados anualmente e apresenta agora os dados relativos a 2020. [Confira aqui.](#)

Os dados que constam nos painéis incluem também as competências de 2018 e 2019, e são extraídos de Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), do Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP) e do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

## GRUPO NOTREDAME AMPLIA OPERAÇÃO NO MERCADO MINEIRO

Diário do Comércio – 26/05/2021

Com investimentos de R\$ 1,7 bilhão em cinco aquisições no último ano, o Grupo NotreDame Intermédica (GNDI), maior operadora de saúde do Brasil, está fortalecendo a presença em Minas Gerais. Hoje já são, ao todo, 10 centros clínicos e oito hospitais, dos 88 e 29 distribuídos respectivamente em todo o País.

O mais recente deles diz respeito ao Hospital Lifecenter, localizado em Belo Horizonte, cuja compra foi recentemente aprovada pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), sob inversões de R\$ 240 milhões.

De acordo com o CEO do GNDI, Irlau Machado Filho, **Minas Gerais já estava no radar do grupo há alguns anos. A empresa vinha prospectando e estudando os ativos nas diversas regiões do Estado** e, no ano passado, iniciou as aquisições por meio da compra do Grupo Santa Mônica, em Divinópolis (Centro-Oeste). Segundo ele, a intenção é conferir ao mercado mineiro os atributos que a operadora já detém em São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina, oferecendo uma complementaridade de serviços de saúde para grande parte da população.

“Temos planos regionais e microrregionais. Não é possível falar em regiões, mas seguimos acompanhando o mercado. Minas é um Estado amplo com uma distribuição populacional capilar interessante. Queremos contribuir com a disponibilidade e a qualidade da saúde, por meio de

investimentos em tecnologia médica, aprimoramento dos hospitais, reformas físicas das estruturas e expansão dos atendimentos. **Temos um plano ousado para contribuir com o desenvolvimento do setor em Minas**”, revelou.

E o advento de telemedicina ajudará neste processo, **propiciando a chegada e a atuação do grupo em regiões menores, por meio de sistemas de apoio locais com clínicas e unidades de pronto-atendimento**, utilizando as redes hospitalares para oferecer o serviço completo. É o que prevê a atuação concêntrica do grupo, em termos de complexidade hospitalar. Por meio das unidades de maior capacidade de atendimento consegue-se expandir o atendimento, e à medida que se faz necessário, abre-se mais hospitais, de forma a levar o acesso ao cuidado primário a toda população.

A rede própria da operadora de saúde possui uma estrutura de atendimento que soma, atualmente, **28 hospitais, 88 centros clínicos, 23 prontos-socorros autônomos, 14 centros de medicina preventiva, 12 unidades para exames de imagem, 86 pontos de coleta de análises clínicas e dois centros de saúde exclusivamente dedicados ao público 50+** (NotreLife 50+).

“Como somos uma operadora, nosso foco é sempre evitar o desperdício e oferecer um serviço de qualidade. Para isso, custo e eficácia devem ser acompanhados de perto. Quem

lucra com isso é a sociedade. A sustentabilidade está no nosso DNA e nossa missão é prover saúde de qualidade a preços acessíveis a gerações de brasileiros. E, para conciliar

sustentabilidade com eficiência é preciso eliminar vícios e abusos e fazer o que é certo para o paciente”, ressaltou.



## Relatório de sustentabilidade

Neste contexto, o relatório de sustentabilidade da empresa de 2020 mostrou que **a empresa está atenta às questões de ESG**, com ações como a realização de um inventário de gases de efeito estufa contemplando todas as unidades, com verificação por auditoria e compensação de 100% das emissões tornando o GNDI “Carbono Neutro”; a implantação do Projeto de Compostagem em algumas unidades, transformando resíduos orgânicos em adubo; instalação de iluminação LED em 73% dos hospitais, gerando uma redução de 48% do consumo de energia. Além de 11 transações de M&A no decorrer do ano passado, avaliação máxima de desempenho pela Agência Nacional de Saúde (ANS); 22 unidades assistenciais com Acreditação ONA e quadro de colaboradores composto por 81% de mulheres.

Segundo o CEO, **um dos grandes desafios para alcançar as metas e manter os negócios alinhados com os propósitos foi e está sendo a pandemia de Covid-19**. Não apenas pelos percalços já impostos pela crise sanitária em si, principalmente em se tratando de um gigante do setor médico-hospitalar. Mas também sob o ponto de vista do

negócio, em virtude da crise econômica causada pelo coronavírus.

“Na saúde houve alguns impactos desafiadores, como a escassez de materiais e medicamentos em níveis mundiais. Isso gerou custos altíssimos, em alguns casos aumentados em mais de 1.000%. As luvas hospitalares sofreram aumentos de mais de 600%, os aventais de 1.400%, medicamentos para intubação com incrementos superiores a 800%. O cenário ocasionou impactos na indústria como um todo, inclusive na saúde, o que nos faz refletir sobre os custos do setor e a perenidade de cada um desses investimentos. No caso de UTIs e respiradores, muito provavelmente, teremos um reflexo na qualidade assistencial no futuro para todos os operadores e até para o governo”, explicou.

Apenas o GNDI investiu em **na abertura de mais de mil leitos, implementou a telemedicina e realizou 805 mil atendimentos via plataforma digital, bem como 3 mil consultas multidisciplinares (Nutrição e Psicologia), 1,7 milhão de prescrições realizadas e 191 mil prescrições de receita especial.**

“A pandemia em si continua sendo um problema. Temos um patamar altíssimo de pacientes internados, o isolamento social não está sendo obedecido, cumprido ou estipulado na magnitude necessária, a vacinação ainda é lenta e tudo isso compõe um cenário ácido para o poder público e para o setor privado. Ainda há pouco entendimento de como isso pode refletir futuramente em termos de acessos e custos. **A**

**diferença e o que temos frente aos demais é que, como somos donos da maior parte da nossa cadeia de valor, com vários hospitais, laboratórios próprios e centros clínicos, o impacto acaba sendo positivo no médio prazo, uma vez que temos maior controle sobre possíveis abusos e desperdícios”, justificou.**

## IMPACTO ISOLADO DO ENVELHECIMENTO

IESS – 25/05/2021

Conforme apontamos aqui, nossa projeção mostra que o envelhecimento e crescimento da economia irão impactar o mutualismo nos planos de saúde médico-hospitalares. A pesquisa “Impacto do envelhecimento sobre as despesas assistenciais da Saúde Suplementar” traz três diferentes cenários para estimar as implicações da mudança demográfica e do crescimento da economia na saúde suplementar e mostra que apenas o envelhecimento da população brasileira isolado irá gerar um crescimento de 11% da despesa assistencial per capita nos próximos dez anos.

No primeiro, foi avaliado o impacto isolado do envelhecimento, mantendo-se constantes as taxas de cobertura na população projetada pelo IBGE para cada ano. Nesse cenário, o crescimento estimado do número de beneficiários foi de 8,6% até 2031, chegando a 50,9 milhões.

A pesquisa mostra que apenas o envelhecimento populacional é responsável por um crescimento de 20,5% das despesas assistenciais da saúde suplementar até 2031. Mesmo considerando a despesa per capita há um crescimento relevante. Nessa projeção, a despesa per capita do total de beneficiários passa de R\$ 3.721 em 2020 para R\$ 4.137 em 2031, crescimento de 11,2%.

Nos cenários 2 e 3, o crescimento da economia implica os efeitos positivos do mercado de trabalho e da renda sobre o número de beneficiários projetado. Na perspectiva do cenário 2, com crescimento do PIB per capita de 1,6% a.a., as despesas assistenciais aumentam em 50,0%. Já no cenário 3, a economia cresce 2,9% a.a. até 2031 e o número de beneficiários evolui em 42,1%, atingindo 67,6 milhões.

Com isso, as despesas assistenciais crescerão 55,1%. No cenário 3, o maior crescimento econômico aumenta a cobertura de pessoas em idade de trabalhar mais do que em pessoas com 59 anos ou mais, que em geral possuem um custo médio superior aos primeiros. Dessa forma o crescimento das despesas assistenciais do Cenário 3 ficou inferior ao do Cenário 2. Isso se refletiu na despesa per capita desses cenários. No cenário o crescimento da despesa per capita ficou superior ao do Cenário 3.

Acesse aqui o material na íntegra - [http://bit.ly/TD\\_IESS](http://bit.ly/TD_IESS).

Continuaremos apresentando mais números da publicação nos próximos dias. Não perca!

## APERFEIÇOAMENTO DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

Gov (ANS) – 24/05/2021

Tema foi debatido em novo encontro da série Diálogos da Agenda Regulatória, realizado no dia 19/05.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no dia 19/05 mais um encontro com representantes do setor para debater temas da Agenda Regulatória 2019-2021 pertinentes à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO). O encontro virtual faz parte dos Diálogos da Agenda Regulatória, reuniões que vêm sendo realizadas desde o ano passado com o intuito de promover a participação de todos os atores do setor em discussões sobre assuntos estratégicos dessa Diretoria, garantindo mais transparência, previsibilidade e o acompanhamento, pela sociedade, dos compromissos preestabelecidos pela reguladora.

Aproximadamente 120 pessoas, entre representantes de operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços, entidades do setor, conselhos e consultorias participaram da discussão. Na ocasião, foi discutido o projeto de aperfeiçoamento do Monitoramento do Risco Assistencial, que tem como principal objetivo o aprimoramento do

acompanhamento assistencial das operadoras com vistas a subsidiar a adoção de medidas administrativas regulatórias no âmbito da DIPRO tais como visitas técnico-assistenciais, Planos de Recuperação Assistencial (PRASS) e os regimes especiais de Direção Técnica, que buscam evitar a desassistência aos beneficiários de planos de saúde.

O diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel, iniciou a reunião virtual destacando a importância das discussões realizadas e a relevância do tema que seria apresentado. “Este debate é imprescindível para que juntos possamos construir uma solução regulatória que seja adequada à sociedade e aos beneficiários da saúde suplementar. O aprimoramento dos programas de monitoramento tem o objetivo claro de evitar a desassistência aos beneficiários e assegurar a entrega efetiva com qualidade da prestação de serviços do que foi contratado”, enfatizou.

A diretora-adjunta, Carla Soares, reforçou a importância das contribuições contínuas dos participantes e o profícuo modelo das reuniões sobre os temas da Agenda Regulatória,

iniciadas em 2019. “A troca de experiências e contribuições nos ajudam a construir um novo olhar privilegiado para que a ANS consiga cumprir a sua missão e entregar o resultado que toda a sociedade espera”, frisou.

Na sequência, a Gerente de Monitoramento Assistencial, Flávia Tanaka, realizou uma exposição do panorama atual Projeto de Aperfeiçoamento do Monitoramento do Risco Assistencial e Garantias de Acesso, vinculado ao tema 10 da Agenda Regulatória da ANS. Na apresentação, foram expostos o resumo com os principais conceitos da regulamentação vigente, a identificação do problema regulatório, a análise de impacto regulatório realizada pela área técnica com as alternativas regulatórias estudadas para o aprimoramento do monitoramento risco assistencial, a

revisão dos indicadores do Mapeamento do Risco Assistencial e os próximos passos, destacando a realização de Consulta Pública sobre a medida regulatória, com o prazo de 45 dias para o envio de contribuições.

[Assista aqui](#) a apresentação. Todos os documentos referentes ao evento realizado no último dia 19/05 podem ser acessados [aqui](#).

A ANS vem realizando a série de encontros Diálogos sobre a Agenda Regulatória desde setembro de 2019. Nessas oportunidades, foram discutidas medidas para aprimoramento do setor e colhidas contribuições das entidades participantes. [Clique aqui para saber mais](#).

---

## EM SP, PLANOS DE SAÚDE DEVEM COBRIR INTEGRALMENTE TRATAMENTO DE AUTISMO

ConJur – 24/05/2021

Por constatar mitigação da proteção da saúde e inobservância de diretrizes de proteção aos direitos de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a 2ª Vara Cível Federal de São Paulo concedeu liminar que garante um número ilimitado de consultas e sessões para tratamento de pessoas com autismo nos planos de saúde do estado. A decisão foi tomada em sede de ação civil pública.

O Ministério Público Federal questionava uma resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estabelecia limites para a cobertura do tratamento de TEA. A norma previa no máximo duas sessões anuais de fisioterapia e um mínimo de 40 consultas com psicólogos e 96 sessões com fonoaudiólogo. De acordo com o MPF, vários quadros requerem atenção muito mais intensa e prolongada.

O juízo acatou a argumentação do órgão de que haveria violação aos princípios constitucionais do acesso universal à saúde e do atendimento integral. Além disso, a Lei 12.764/2012 estabeleceu objetivos para garantia dos direitos de pessoas com autismo, dentre os quais o diagnóstico precoce e o atendimento multiprofissional.

Assim, segundo a liminar, cuja eficácia é restrita ao estado de São Paulo, "são nulos os limites de consultas e sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia previstos na Resolução Normativa nº 428 de 7 de novembro de 2017". Além disso, o número de consultas e sessões não está sujeito a limite preestabelecido, devendo ser observada a indicação feita pelos profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento.

"Tratando-se de política de atenção à saúde, que demanda intervenções necessárias nos primeiros anos de vida da criança e envolvimento de profissionais da saúde de diferentes áreas, decorre que os tratamentos devem ser amplos e começarem o mais cedo possível a fim de produzir os melhores resultados", diz a decisão. Com informações da assessoria de imprensa do MPF.

**Clique [aqui](#) para ler a decisão 5003789-95.2021.4.03.6100.**

---

## A SAÚDE SUPLEMENTAR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Correio Braziliense – 24/05/2021

A pandemia parece interminável e tem exigido muita resiliência dos profissionais da saúde e da sociedade como um todo.

Os primeiros meses deste ano foram os mais críticos para o setor de saúde no enfrentamento da pandemia, e, entre março e abril, a taxa de ocupação de leitos superou a marca de 90% em mais de uma centena de hospitais próprios das associadas à Abramge. Os esforços ininterruptos e os investimentos contínuos empenhados até aqui pelas

operadoras de saúde para assegurar o cuidado com os beneficiários têm suportado as demandas cada vez mais desafiadoras no combate à covid-19.

O aumento e agravamento dos casos de coronavírus, a corrida contra o tempo para a abertura de leitos hospitalares e a falta de medicamentos exigem esforços tanto da iniciativa privada como dos próprios governos para trazer soluções diante dessa situação dramática.

A pandemia parece interminável e tem exigido muita resiliência dos profissionais da saúde e da sociedade como um todo. É preciso avaliar, aprender, solucionar, colocar em prática e readequar, tudo praticamente ao mesmo tempo. A agilidade das operadoras de planos de saúde e de toda a cadeia tem sido fundamentais na luta contra a covid-19

A saúde suplementar adotou diversas iniciativas para superar a crise sanitária. As associadas à Abrange, composta atualmente por 137 operadoras, contrataram e treinaram mais de 10 mil profissionais de saúde para aumentar a capacidade de atendimento em seus 175 hospitais. Neste mesmo período, foram construídos mais de 2.800 novos leitos em hospitais da rede própria para atender pacientes em todo o território nacional.

As operadoras também cederam mais de 800 leitos ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de editais ou em comodato (modelo de negócio em que há empréstimo gratuito da infraestrutura). Houve também a contribuição de mais de R\$ 50 milhões, totalmente revertidos para ajudar o sistema de saúde pública, por meio da doação de exames, EPIs e medicamentos, e também para a população mais vulnerável, com a distribuição de cestas básicas e kits de higiene.

Outro desafio que está sendo enfrentado é a escassez dos medicamentos do chamado “kit intubação”, fundamental para o tratamento dos pacientes graves de covid-19. Nesse caso, a partir da flexibilização de regras de importação pela Anvisa, as operadoras de planos de saúde e os hospitais vêm buscando, com algum sucesso, esses insumos no mercado internacional para atender à crescente demanda das unidades hospitalares do Brasil.

O uso e a ampliação da Telessaúde, aprovada em caráter emergencial pelo Congresso Nacional até o fim da pandemia. A Telessaúde permite que as pessoas mantenham seus

cuidados periódicos e sejam acompanhadas pelos profissionais de saúde neste momento de distanciamento social, quando o medo de ir até o hospital é predominante.

Além disso, essa inovação tecnológica também desempenha um importante papel na triagem de pacientes que normalmente iriam aos prontos-socorros. Levantamento feito pela Abrange aponta que a Telessaúde resolve aproximadamente 90% dos casos atendidos remotamente. Ou seja, a cada 10 pacientes atendidos, nove resolveram suas demandas de saúde sem a necessidade de um atendimento presencial. Os demais pacientes são encaminhados para consultas presenciais ou serviços de urgência.

O engajamento dos beneficiários com essa nova ferramenta foi imediato. Mais de 2,5 milhões de teleconsultas foram realizadas entre os meses de abril de 2020 e março de 2021, segundo levantamento realizado pela Abrange entre operadoras que, juntas, somam mais de 8,7 milhões de beneficiários em todo o país.

A regulamentação definitiva da Telessaúde ainda suscita debates — em larga medida capitaneados pela sua Frente Parlamentar Mista no Congresso. Ainda há pontos de divergência, mas é fundamental que se chegue a um consenso que permita a sua manutenção e expansão pós-pandemia, ampliando o acesso ao cuidado pela população.

O setor de saúde suplementar vem trabalhando arduamente para garantir atendimento de qualidade e para defender a vida. Continuamos a lidar com hospitais operando no limite de sua capacidade, escassez de insumos e de profissionais de saúde. Mas seguimos incansáveis no apoio à sociedade, no cuidado dos nossos beneficiários e na defesa da sustentabilidade da saúde suplementar.

---

## EMPREGO PRIVADO CONTINUA IMPULSIONANDO A ALTA DO TRABALHO NA SAÚDE BRASILEIRA

IESS –23/05/2021

### **Setor registra nono mês consecutivo de crescimento.**

O total de pessoas empregadas com carteira assinada na cadeia da saúde suplementar continua crescendo e atuando como um motor da economia. Em março deste ano, o saldo do emprego no segmento foi responsável por cerca de 22% do total da economia, com mais de 39 mil novas vagas formais de trabalho. De acordo com o Relatório de Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde, divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), este é o nono mês consecutivo com saldo positivo no setor.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, reforça que a saúde suplementar tem sido a grande propulsora da criação de empregos nessa cadeia. “Dos 4 milhões e 488 mil de empregados em março deste ano, 3,5 milhões eram vínculos

do setor privado com carteira assinada, o que equivale a 78%”, comenta. “Para se ter uma ideia, só no mês de março, o segmento privado teve saldo positivo de 46,5 mil vagas, enquanto o público registrou queda de 7,3 mil vagas”, reforça o executivo.

Esse montante é resultado do crescimento de 3,3% em relação a dezembro de 2020. Na mesma comparação trimestral, o mercado de trabalho do país registrou alta de 3,2%. Isso porque a economia voltou a mostrar sinais de melhora com desempenho positivo nos três meses da comparação.

O boletim ainda mostra que a região Sudeste continua com a maior quantidade de empregos em saúde, com 2,2 milhões no total, entre público e privado. Já as regiões onde a saúde

mais cresceu foram Nordeste e Norte, ambas com taxas de 4,5% em 3 meses. Nessas duas regiões, o crescimento também foi alavancado pelo setor privado, sendo que no Nordeste, a alta dos empregos privados foi 7,0%, contra 4,3% na média do Brasil. A esfera pública apresentou redução nas regiões Nordeste, com queda de 1,2%, e Centro-Oeste, com 0,5%.

Cechin acredita que os números indicam a importância do setor para a recuperação da economia nacional e geração de emprego formal. “É esperado que em um cenário de lenta recuperação do emprego e da economia como um todo, enquanto atravessamos uma crise sanitária, a cadeia produtiva da saúde continue expandindo as contratações e agindo como um importante motor para o país”, analisa.

Os prestadores de serviços respondem pela maior parte do crescimento no mês de março desse ano, com mais de 59 mil novas vagas, seguido por Fornecedores, que registraram 13,2 mil novos postos e Operadoras, com saldo de 2,3 mil empregos.

## Setor público

O relatório reforça a tendência de queda do emprego público em saúde puxada pelas vagas federais. Enquanto o resultado total da saúde estadual registrou crescimento de 0,2% e o municipal cresceu 0,6% em relação a dezembro de 2020, a esfera federal teve queda de 2,4% no mesmo período.

Vale lembrar que não existe no Brasil uma base de dados que disponibiliza o total de pessoas empregadas no serviço público municipal na área de saúde. O IESS está levantando informações do emprego na saúde nos sites de cada prefeitura. Até o momento o Instituto conseguiu dados de 292 municípios, cuja população representa 55,8% da população nacional.

[A íntegra do boletim pode ser acessada aqui.](#)

---

## RESSARCIMENTO AO SUS: DETERMINAÇÕES DO TCU FORAM CUMPRIDAS PELA ANS

Gov (ANS) – 21/05/2021

Para assegurar o cumprimento das recomendações do órgão, ANS implementou medidas de aprimoramento na gestão do processo.

O Tribunal de Contas da União (TCU) publicou, no [Diário Oficial da União](#) o Acórdão nº 582/2021, apontando que a ANS cumpriu as determinações do órgão de controle em relação ao Ressarcimento ao SUS. Dentre as determinações ora concluídas, destaca-se o estabelecimento de cronograma, bem como o processamento e a análise dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Para assegurar o cumprimento das determinações e recomendações do TCU, a ANS implementou medidas de aprimoramento na gestão e na execução de suas atividades, tais como o investimento em sistemas voltados para o processo de ressarcimento ao SUS, a contratação de força de trabalho temporária e a capacitação de servidores. Como consequência dessas medidas, o ressarcimento ao SUS tornou-se um instrumento efetivo, contribuindo para que os valores dos atendimentos prestados a beneficiários de planos de saúde pelo SUS retornassem de forma mais célere, o Fundo Nacional de Saúde.

---

## PLANOS DE SAÚDE: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS É O MAIOR EM QUASE CINCO ANOS

Gov (ANS) – 21/05/2021

Indicadores também mostram que pandemia não provocou impacto significativo no setor no 1º trimestre; dados são do Boletim Covid-19.

Está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a nova edição do Boletim Covid-19 com dados sobre a utilização dos planos de saúde durante a pandemia. Nele estão reunidos indicadores assistenciais e econômico-financeiros coletados até abril de 2021 junto a uma amostra significativa de operadoras. O informativo também contempla a prévia da evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica relativa a esse mês, o número de exames relacionados à Covid-19 realizados pelos usuários de planos de saúde e demandas

dos consumidores recepcionadas pela ANS através de seus canais de atendimento.

Através do Boletim, que nesta edição completa um ano, a ANS vem monitorando o comportamento e a evolução do setor de planos de saúde desde o início da pandemia. O objetivo é subsidiar análise qualificada da agência para a tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade.

O informativo destaca que o setor manteve a tendência de aumento do número de beneficiários, tendo atingido, em abril, o maior patamar em quase cinco anos - chegou a 48,1 milhões de usuários de planos médico-hospitalares. Os

dados também mostram que o índice de sinistralidade do primeiro trimestre de 2021 permanece inferior ao observado no mesmo período de 2019, pré-pandemia, e não se observa, até o momento, tendência de alteração no segundo trimestre. A taxa de ocupação de leitos recuou, retornando ao mesmo patamar de antes da pandemia, puxada principalmente pela redução na ocupação dos leitos dedicados ao atendimento à Covid-19. A procura por exames e terapias eletivas apresentou queda em relação a abril de 2019. Esses indicadores sugerem que não há impacto significativo da pandemia nos custos totais do setor e na utilização assistencial no primeiro trimestre, quando comparados a níveis pré-pandemia.

[Clique aqui para acessar a publicação](#)

**Confira abaixo mais detalhes dos indicadores coletados.**

### **Evolução de beneficiários**

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica segue a tendência de crescimento. Em abril, atingiu 48.103.656 usuários, um aumento de 0,26% em relação a março. É o maior número registrado desde julho de 2016. Antes disso, quando verificada a evolução mensal, só foi superado em junho daquele ano, quando o setor atingiu 48.263.518 beneficiários nessa segmentação.

Em um ano - de abril de 2020 a abril de 2021 -, o crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, com destaque para os planos coletivos empresariais, com variação positiva de 3,15% no mês. Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação se mantém positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação no período de um ano.

### **Informações assistenciais**

A taxa mensal geral de ocupação de leitos – que engloba leitos comuns e UTI - apresentou queda de quatro pontos percentuais em relação a março, atingindo 72% em abril. Essa redução decorreu, principalmente, da queda na taxa de ocupação de leitos para atendimento à Covid-19 em comparação ao mês anterior, e atingiu o mesmo patamar de antes da pandemia. Em abril, a taxa de ocupação de leitos para Covid-19 passou de 79% para 72% e a taxa de leitos para outros procedimentos se manteve em 73%.

A quantidade de consultas em pronto-socorro que não geraram internações sofreu queda significativa em relação ao mês anterior e continua abaixo do observado antes do início da pandemia. A procura por exames e terapias eletivas (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT) registrou queda, em comparação com abril de 2019.

### **Exames relacionados à Covid-19**

Os dados sobre a realização de exames contemplam informações coletadas até fevereiro e têm como fonte os

dados do Padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar). Nesse mês, foram contabilizados 276.725 exames RT-PCR e 56.260 testes do tipo sorológico, mas cabe ressaltar que os números ainda sofrerão alteração à medida que as cobranças forem encaminhadas dos prestadores de serviços às operadoras e, posteriormente, para a ANS. O mês de dezembro de 2020 registrou o maior número de exames realizados nas duas modalidades: 788.078 testes do tipo RT-PCR e 181.692 sorológicos.

### **Informações econômico-financeiras**

Em abril, houve leve queda das despesas assistenciais e redução do pagamento das mensalidades recebidas em relação a março - entretanto, este valor ainda é superior ao verificado nos meses anteriores. O índice de sinistralidade voltou aos patamares de dezembro de 2020, passando para 80%. Importante destacar que o índice de sinistralidade do 1º trimestre de 2021 permanece inferior ao mesmo período pré-pandemia, e não há evidências, até o momento, que a tendência deva se alterar no 2º trimestre de 2021.

Os percentuais de inadimplência, tanto para planos individuais ou familiares quanto para coletivos, continuam próximos dos níveis históricos em abril, ficando em 6% no geral - queda de 1 ponto percentual em relação a março.

### **Demandas dos consumidores**

O boletim mostra ainda queda no número de reclamações – tanto gerais como demandas específicas sobre Covid-19 – no comparativo com março. Em abril, foram registradas 13.094 reclamações pelos canais de atendimento da ANS, redução de 14,1% em comparação com o mês anterior. Em relação às reclamações específicas sobre Covid-19, foram registradas 1.324 queixas em abril, ante 1.525 reclamações relativas ao tema em março, queda de 13,2%, aproximadamente.

Do total de reclamações relacionadas ao coronavírus nesse mês, 40% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento, 46% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia e 14% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

Cabe esclarecer que essa classificação considera o relato do consumidor ao cadastrar sua demanda na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

Ressalta-se que, entre os meses de março a dezembro de 2020, a NIP alcançou índices de resolutividade superiores a 90%, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período, que foram passíveis de mediação, inclusive quando consideramos somente as demandas relacionadas com a Covid-19. Esse dado mostra que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação promovida pela ANS. No portal da reguladora, é

possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.

[No portal da ANS, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19. Clique aqui e confira.](#)

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

### Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 50

operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 97 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e de 96 operadoras para análise de inadimplência.

Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF), do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) e do ANS TabNet.

---

## EQUILÍBRIO PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 21/05/2021

Como apontamos em outros momentos, o setor de saúde suplementar começou a experimentar em 2021 os desafios de garantir a assistência aos casos graves de covid-19, em meio à segunda onda da doença no Brasil, e atender à demanda reprimida por diagnósticos e tratamentos adiados desde o início da atual crise sanitária, no último ano. O quadro tem pressionado as operadoras, que registram aumento expressivo na utilização do sistema.

Esse foi o tema central da abertura do segundo dia do evento Fórum de Saúde Brasil, realizado na última segunda-feira pelos jornais O Globo e Valor Econômico e pela revista Época. O debate “O impacto do coronavírus nos planos de saúde e no serviço dos segurados” contou com a participação de José Cechin, superintendente executivo IESS; Rogério Scarabel Barbosa, diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde.

Os debatedores lembraram que a pandemia levou mais brasileiros a buscarem planos de saúde. Com isso, o setor reverteu uma tendência de queda e de perda de beneficiários dos últimos seis anos, chegando a 48 milhões de usuários em março de 2021 - o maior número desde setembro de 2016. Você pode conferir os dados da última Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) [aqui](#).

Segundo Cechin, os custos dos insumos de saúde saltaram em meio à crise do novo coronavírus. “Uma empresa que faz contas para operadoras desenvolveu um índice, junto com a Fipe, o IPMH (Índice de Preços de Medicamentos para Hospitais). Entre 2015 e 2019, esse índice estava entre 4% e 5% ao ano. De março de 2020 a abril de 2021, alcançou 28%. Medicamentos para aparelho digestivo aumentaram 85%;

para o sistema nervoso, quase 80%; e para o sistema cardiovascular, 72%. Isso afetou hospitais, afetou operadoras, e irá afetar todo mundo daqui por diante”, apontou.

Já para Vera Valente, o primeiro trimestre de 2021 deve registrar o maior gasto com atendimento de beneficiários da história do sistema de saúde suplementar em função do aumento das internações por covid-19 junto com a realização de procedimentos eletivos, que provocaram um crescimento de 16% na demanda dos planos no período, em relação a 2020, e de 8%, na comparação com 2019.

“Neste momento, a saúde suplementar está lidando com dados históricos. O segmento fez 25% dos testes de covid. A ocupação de leitos alcançou nível recorde de 76% em março. As internações em UTIs foram de 87%. É nossa obrigação cuidar desse paciente da melhor forma possível, mas é nossa obrigação mostrar que essa pressão no sistema se reflete mais adiante”, reforça.

Scarabel, por sua vez, lembrou que no início da pandemia, a agência suspendeu procedimentos eletivos, o que permitiu a liberação de ativos e provisões para dar fôlego financeiro às operadoras. Foi nesse contexto que a ANS decidiu adiar por quatro meses a aplicação de reajustes em 2020, com recomposição das mensalidades este ano.

No entanto, observou que a saúde suplementar possui um cenário de assimetria, com poucas empresas grandes e muitas operadoras pequenas, que são mais vulneráveis. “As operadoras não são as três grandes. Temos 700 operadoras no país todo. Se uma delas enfrenta dificuldade financeira, nós fazemos um acompanhamento técnico para que o usuário não fique sem atendimento.”

# HAPVIDA CONCLUI COMPRA DA PROMED; AQUISIÇÃO DA SANTA FILOMENA É CANCELADA

Terra – 20/05/2021

A Hapvida Participações e Investimentos informa que, após o cumprimento de todas as condições precedentes previstas em contrato, a companhia, através de sua subsidiária integral Ultra Som Serviços Médicos, concluiu nesta quinta-feira a aquisição do Grupo Promed, que atua na região de Belo Horizonte, em Minas Gerais. A transação, de R\$ 1,5 bilhão, foi anunciada em setembro do ano passado.

O Grupo Promed é composto de dois hospitais, incluindo o Hospital Vera Cruz, com um total de 240 leitos de internação, além de sete clínicas de atendimento primário e três operadoras de saúde que, combinadas, possuem uma carteira total de cerca de 280 mil beneficiários. O Grupo Promed possui cerca de 11% de market share sendo o segundo maior player da região, em um mercado que conta atualmente com mais de 2 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e mais de 1 milhão de beneficiários em planos de assistência odontológica.

"Com a conclusão dessa operação, a companhia amplia sua estratégia de crescimento por meio de uma plataforma que possibilita uma operação verticalizada e integrada numa das principais praças de atuação do Brasil, reforçando nosso compromisso de expansão, consolidação e, conseqüentemente, criação de valor para os acionistas", destaca a empresa em comunicado enviado à Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

Quando anunciou a aquisição no ano passado, a Hapvida informou que o Grupo teve receita líquida combinada de R\$ 600 milhões nos 12 meses anteriores a junho, com sinistralidade consolidada de aproximadamente 84%.

A aquisição inclui os imóveis de dois hospitais, e do preço de R\$ 1,5 bilhão, será deduzida a dívida do Grupo, de R\$ 500 milhões.

O Grupo Promed é o segundo maior player da região de Belo Horizonte, com cerca de 11% de market share.

## Santa Filomena

A empresa informa ainda que também ocorreu nesta quinta-feira a notificação do cancelamento do memorando de entendimentos (Proposta) envolvendo a aquisição do Grupo Santa Filomena.

Diante da impossibilidade de conclusão de todas as condições precedentes previstas na Proposta dentro do prazo, foi cancelada a operação de aquisição do Grupo Santa Filomena, composto por uma carteira de cerca de 6 mil beneficiários de planos de saúde concentrados na região de Rio Claro (SP) e pelo Hospital Santa Filomena, com 73 leitos.

---

## OLHO NAS UTIS

UOL – 20/05/2021

46% dos brasileiros veem epidemia controlada, mas hospitais continuam cheios.

Ninguém pode afirmar com grau de certeza, diante da situação atual da Covid-19 no Brasil, se virá ou não pela frente uma muito temida terceira onda da doença. Fato é que, decorridos 17 meses de epidemia, a lição mais importante a extrair das mais de 440 mil mortes está na precaução, desprezada amiúde pelo poder público.

Os números recentes de infecções e ocupação de leitos de terapia intensiva não inspiram otimismo, ainda que a média móvel de mortes esteja em discreto recuo. Seria rematada imprudência dar por controlada uma enfermidade que ainda mata quase 2.000 brasileiros ao dia.

E, no entanto, aumenta de modo acentuado o contingente de entrevistados pelo Datafolha a declarar que a pandemia está controlada no país. Em março, quando a escalada de óbitos já caminhava para ultrapassar 4.000 por dia, a tal avaliação era compartilhada por apenas 19% dos brasileiros; agora,

esse é o entendimento de 46% (outros 53% pensam o oposto).

Nada menos que 14 estados e 14 capitais mantêm ocupação de UTIs de 80% para cima, metade ultrapassando 90% —vale dizer, no limiar de repetido colapso.

No estado de São Paulo, 79% dos 12.766 leitos de cuidados intensivos se encontram tomados. A média de internações em UTIs ultrapassara 13 mil no pior momento, em abril, e recuou para o patamar de 10 mil —mas já parou de cair.

Como a média de casos voltou a crescer, não se pode excluir que em algumas semanas os hospitais se vejam mais uma vez inundados de doentes graves. Nessa hipótese, será questão de tempo as mortes voltarem a proliferar.

Do governo federal embebido no mais abjeto negacionismo nada mais se pode esperar, mas governadores e prefeitos na administração cotidiana do combate ao coronavírus precisam agir de maneira racional e responsável.

Entende-se a ansiedade dos cidadãos pela volta célere das atividades —os danos provocados pela pandemia vão dos psicológicos aos econômicos, passando por um desastre no aprendizado das crianças mais pobres. O mundo político e as autoridades não podem nem devem ficar alheias a essa situação.

Entretanto há que ponderar os riscos nas decisões relativas a prolongar horários de abertura do comércio e permitir festas e eventos públicos, pois as estatísticas dão pistas preocupantes.

Flexibilizações – como a programada pelo governo paulista a partir de 31 de maio – precisam sempre ser planejadas de acordo com a capacidade dos hospitais.

## SEU PLANO DE SAÚDE PODE FICAR MAIS BARATO – E OS ECONOMISTAS JÁ CALCULARAM QUANTO; CONFIRA

Infomoney – 19/05/2021

Percentual foi discutido em reunião da ANS, mas precisa da aprovação do Ministério da Economia. Projeções indicam que os preços poderiam diminuir mais de 5%.

SÃO PAULO – Uma reunião da diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesta terça-feira (18) tratou de um assunto que vem despertando a atenção de muita gente. Dessa discussão vai sair o índice de reajuste dos planos de saúde individuais ou familiares para o período de maio de 2021 a abril de 2022.

O assunto está gerando burburinho porque é possível que, pela primeira vez, o percentual de reajuste seja negativo, o que levaria os planos de saúde a ficar mais baratos. Nos últimos 20 anos, o indicador sempre ficou no campo positivo. O menor reajuste foi de 5,42%, em 2000.

A ANS define o percentual máximo de reajuste aplicado pelas operadoras nos planos individuais ou familiares, que são os vendidos diretamente para os consumidores. Os planos coletivos – como os disponibilizados pelas empresas a seus funcionários – têm a correção negociada entre as operadoras e as organizações.

Para o período de maio de 2020 a abril de 2021, o índice estabelecido pela ANS foi de 8,14%. No entanto, por conta dos desdobramentos da pandemia de coronavírus, a agência decidiu suspender os reajustes dos planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020. As correções suspensas voltaram a ser aplicadas em janeiro de 2021, diluídas em 12 parcelas mensais de igual valor.

Se para calcular o reajuste do ano passado a ANS ainda não dispunha de dados que refletissem o impacto da pandemia, neste ano a situação é diferente – e é justamente por isso que as estimativas de alguns economistas estão no campo negativo.

Em função da suspensão ou do adiamento de procedimentos médicos não emergenciais ao longo de 2020, além do isolamento social, dados disponíveis no site da agência indicam que houve uma diminuição tanto da sinistralidade (acionamento do plano) quanto das despesas assistenciais dos planos de saúde.

A sinistralidade caiu de 82,4% em 2019 para 75,4% em 2020. Já as despesas assistenciais passaram de R\$ 173 bilhões para R\$ 166 bilhões na mesma base de comparação. Ao mesmo tempo, aumentou o número de pessoas cobertas, chegando a 47,7 milhões.

### Negativo em quanto?

A metodologia de cálculo da ANS para chegar ao índice de reajuste considera dois elementos principais, conforme detalham relatórios das equipes de análise do Santander e da Ativa Investimentos. De um lado, está a variação anual dos custos médicos per capita registrados pelos planos individuais nos dois anos anteriores, com peso de 80%, ajustados pelos ganhos de eficiência e pela variação da receita em função da faixa etária dos participantes. Do outro, está a inflação medida pelo IPCA, com peso de 20%.

Baseado em uma amostra representativa de 50% dos planos individuais do mercado, o relatório do Santander – assinado por Marcio Osako e Rafael Barros – aponta que a ANS poderia deixá-los 6,5% mais baratos neste ano.

Um detalhe: “Esperamos que o ajuste negativo deste ano seja revertido em 2022 dado que ele será baseado nos custos de 2021 e na base de comparação baixa de 2020”, afirmam os analistas.

Já o relatório da Ativa – assinado por André Coelho, Guilherme Sousa e Étore Sanchez – estima uma queda de 5,9%. “Muitas ainda são as possibilidades, uma vez que há um grau de discricionariedade na tomada de decisão da agência, e diversas interferências judiciais, afetando não apenas a taxa, mas também quando o reajuste será firmado”, afirmam.

Além disso, a palavra final é do Ministério da Economia. A ANS informou ao InfoMoney que o percentual discutido pela diretoria está sendo encaminhado à pasta de Paulo Guedes e só será divulgado após a manifestação do Ministério. Portanto, ainda não há previsão para a data de publicação.

Nessa etapa, outros fatores podem ser considerados, segundo Tatiana Nogueira, economista da XP. “Se um reajuste negativo for autorizado neste ano, haverá uma

pressão de alta sobre a inflação do ano que vem, quando a queda poderá ter de ser compensada”, explica. Esse pode ser um elemento de moderação na decisão do Ministério da Economia. “Um reajuste que, eventualmente, ficaria em 5% ou 6% em 2022 poderia se aproximar de 10%, por exemplo”.

As projeções atuais da XP para a inflação são de que o IPCA termine 2021 acumulando 5,4%. O número considera que o reajuste dos planos de saúde será zero. Se, de fato, um percentual na casa de -5% se confirmar, o impacto levaria o IPCA para 5,3%.

### O lado das operadoras

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) afirma que no primeiro semestre de 2020 houve, sim, menor utilização do sistema de saúde suplementar, mas que o cenário mudou radicalmente a partir do fim do ano passado e, especialmente, no começo deste ano.

## POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Blog do Corretor – 19/05/2021

Procon-SP participa da consulta pública do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e notifica operadoras de planos de saúde

O Procon-SP participou da consulta pública do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) que definiu a minuta para decidir as diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Suplementar. O órgão de defesa do consumidor destaca a necessidade de clareza por parte das operadoras de planos de saúde sobre o valor da contraprestação paga mensalmente pelo consumidor e sobre a aplicação dos reajustes.

Entre outros pontos de divergência, na parte que trata da questão da previsibilidade com relação aos reajustes dos planos de saúde, o Procon-SP entende que esta só será alcançada como resultado de um monitoramento eficaz do mercado e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com relação aos itens que compõe o boleto que o beneficiário paga às operadoras de planos de saúde. Para o Procon-SP é preciso haver maior transparência na aplicação dos reajustes e nos preços.

Somente com a abertura do boleto o consumidor poderá ter a real noção do quanto desse valor é destinado ao custeio administrativo e quanto é destinado ao custeio da rede médica hospitalar e demais procedimentos que o consumidor tem direito.

"Estima-se que até 30% do valor pago pelo beneficiário é voltado especificamente a taxas burocráticas, como taxas de corretagem, comissão ou administração, não sendo convertido em benefício do consumidor na sua rede médica hospitalar. Essa é uma grande preocupação do Procon-SP", afirma Fernando Capez, diretor executivo do Procon-SP.

“Além da segunda onda da Covid, que lotou hospitais, os atendimentos a outras doenças atingiram níveis elevados, inclusive maiores do que antes da pandemia, fazendo com que as despesas no primeiro trimestre de 2021 sejam as maiores da história”, disse a entidade em nota.

Um levantamento da FenaSaúde, realizado com base em índice de utilização de 24% dos usuários do sistema, mostrou que em março de 2021 os procedimentos eletivos superaram a utilização do mesmo mês de 2020 e também de 2019.

A federação também argumenta que os custos das quase 700 operadoras de planos de saúde do país com atendimento a pacientes com Covid somaram R\$ 27 bilhões entre março de 2020 e abril de 2021. “Para o conjunto das associadas da FenaSaúde, que reúne as 15 maiores operadoras do Brasil e 40% do mercado, os custos bateram a marca de R\$ 13,5 bilhões”, diz a nota.

"Nós pretendemos elaborar um ranking das empresas que mais investem em saúde, que são mais eficientes e que custeiem menos despesas administrativas e burocráticas", conclui.

O Procon-SP tem visto com preocupação os valores cobrados pela contraprestação de serviços médico-hospitalares por parte das operadoras, os quais muitas vezes impedem a manutenção dos contratos ou impossibilitam a contratação dos serviços oferecidos.

### Outros pontos de divergência

Além da questão da transparência, existem outros pontos colocados na Consulta Pública com os quais o Procon-SP não concorda e que foram apontadas pela instituição em suas contribuições.

Uma crítica importante refere-se ao espaço diminuto disponibilizado pela Consulta Pública para as considerações. No entendimento do Procon-SP, embora o processo aparente ser legítimo e democrático, em função do espaço limitado, acaba por não permitir que os órgãos de defesa e demais participantes da sociedade civil possam se manifestar de forma adequada e técnica sobre as preocupações que tenham com o setor.

Deste modo, a Consulta acaba por não colher os subsídios necessários para a construção da Política Nacional de Saúde Suplementar.

### Notificação das operadoras de planos de saúde

Com o objetivo de obter explicações sobre os valores cobrados mensalmente dos consumidores pela

contraprestação de serviços médico-hospitalares, o Procon-SP notificou dia 17 de maio as empresas Amil, Bradesco Saúde, Central Nacional Unimed, Hapvida, Notre Dame, Prevent Senior, Qsaúde, Qualicorp, Sul América e Unimed Seguros pedindo explicações. As respostas deverão ser prestadas no prazo de 72 horas.

As operadoras e administradoras de planos de saúde deverão detalhar os itens que compõe o valor do boleto

mensal, discriminando cada um, apontando os que são destinados ao custeio administrativo e os destinados ao custeio da rede médico-hospitalar e informar o percentual de cada item em relação ao montante final.

Quanto ao custeio administrativo, as operadoras devem dar informações de forma pormenorizada e especificar a relação de custo administrativo em comparação ao custo médico-hospitalar de todos os planos comercializados.

---

**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)