

ÍNDICE INTERATIVO

[Fevereiro: Planos de Assistência Médica alcançam 49 milhões de beneficiários](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Estudo da PUCPR aponta tendência de concentração de mercado na saúde privada brasileira](#)- Fonte: Revista Cobertura

[Aquecimento Hospitalar discute futuro da acreditação e dos sistemas de saúde](#)- Fonte: Saúde Business

[Como ficam os clientes da amil após a nova decisão da ANS?](#)- Fonte: Exame

[Planos de Saúde podem ter aumento de até 18,2%](#)- Fonte: Correio Braziliense

[ANS realiza Consulta Pública 95, sobre propostas de atualização do ROL](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Saúde Suplementar: Contratação de planos de saúde apresenta estabilidade](#)- Fonte: IESS

[Incertezas no cenário econômico e desdobramentos da pandemia continuam a desfiar o setor de saúde, aponta pesquisa global da ICTS Protiviti](#)- Fonte: Saúde Business

[ANS incorpora dois medicamentos no Rol de coberturas dos planos de saúde](#)- Fonte: Jota Info

FEVEREIRO: PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ALCANÇAM 49 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

Gov (ANS) – 05/03/2022

Planos exclusivamente odontológicos atendem 29,2 milhões de usuários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza, nesta terça-feira (05/04), a atualização dos números de beneficiários de planos de saúde referente a fevereiro de 2022. O setor continua aquecido e reúne, no segundo mês deste ano, 49.049.467 usuários em planos de assistência médica, bem como 29.224.329 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados completos podem ser verificados na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. Clique e acesse aqui.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.459.702 beneficiários - o equivalente a 3,06% de aumento em relação a fevereiro de 2021. No comparativo de fevereiro de 2022 com janeiro de 2022, o crescimento foi de 71.925 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.316.363 beneficiários em um ano – o que representa 8,60%

de crescimento no período – e 104.065 na comparação de fevereiro de 2022 com janeiro de 2022.

Nos estados, no comparativo com fevereiro de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 25 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os com maior aumento.

Destaca-se que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

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

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
fev/22	33.818.557	6.275.872	407	8.902.210	52.421	49.049.467
jan/22	33.744.998	6.270.598	407	8.907.055	54.484	48.977.542
dez/21	33.687.296	6.296.192	409	8.904.381	54.845	48.943.123
nov/21	33.422.605	6.292.529	410	8.891.453	56.099	48.663.096
out/21	33.286.537	6.273.211	410	8.901.137	56.949	48.518.244
set/21	33.256.028	6.267.982	413	8.898.760	55.837	48.479.020

ago/21	33.096.031	6.257.316	413	8.906.645	56.129	48.316.534
jul/21	32.971.852	6.264.564	413	8.931.869	56.431	48.225.129
jun/21	32.830.198	6.266.323	413	8.953.063	56.771	48.106.768
mai/21	32.736.698	6.248.384	414	8.954.161	57.101	47.996.758
abr/21	32.597.743	6.225.266	414	8.978.935	58.573	47.860.931
mar/21	32.486.901	6.231.522	415	9.003.930	58.932	47.781.700
fev/21	32.271.734	6.236.709	415	9.020.004	60.903	47.589.765

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
fev/22	21.282.835	2.819.490	1.647	5.115.197	5.160	29.224.329
jan/22	21.179.960	2.813.359	1.653	5.120.098	5.194	29.120.264
dez/21	21.157.853	2.826.900	1.655	5.119.825	5.210	29.111.443
nov/21	20.915.767	2.809.638	1.660	5.090.617	5.218	28.822.900
out/21	20.766.124	2.795.325	1.660	5.059.892	5.236	28.628.237
set/21	20.697.408	2.781.643	1.686	5.015.416	6.637	28.502.790

ago/21	20.404.493	2.767.881	1.697	4.966.030	6.654	28.146.755
jul/21	20.172.608	2.764.680	1.702	4.886.461	6.783	27.832.234
jun/21	20.057.730	2.771.161	1.707	4.770.106	6.811	27.607.515
mai/21	19.820.125	2.775.561	1.713	4.689.541	6.859	27.293.799
abr/21	19.741.236	2.780.831	1.714	4.668.350	6.896	27.199.027
mar/21	19.673.621	2.783.647	1.716	4.665.482	6.979	27.131.445
fev/21	19.453.522	2.777.677	1.718	4.668.033	7.016	26.907.966

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	fev/21	fev/22	fev/21	fev/22
Acre	43.017	43.173	15.981	17.533
Alagoas	371.314	380.028	279.935	288.889
Amapá	62.981	62.090	50.216	51.225
Amazonas	548.819	579.639	465.813	504.280
Bahia	1.555.767	1.624.285	1.497.519	1.593.149
Ceará	1.258.245	1.312.693	1.031.060	1.063.982
Distrito Federal	919.640	923.154	619.421	632.426
Espírito Santo	1.152.197	1.202.003	566.170	629.535

Goiás	1.240.518	1.262.128	746.851	775.345
Maranhão	451.708	474.784	228.649	252.501
Mato Grosso	601.748	636.167	224.626	241.327
Mato Grosso do Sul	598.727	617.131	155.569	167.809
Minas Gerais	5.232.174	5.422.696	2.294.282	2.597.377
Pará	827.940	840.976	475.812	520.501
Paraíba	397.312	440.350	397.280	432.255
Paraná	2.875.019	2.976.309	1.352.669	1.564.770
Pernambuco	1.358.970	1.378.894	1.050.383	1.164.655

Piauí	348.102	365.738	108.878	132.274
Rio de Janeiro	5.319.845	5.377.426	3.309.364	3.481.088
Rio Grande do Norte	537.781	575.886	382.073	448.346
Rio Grande do Sul	2.529.940	2.594.655	799.560	866.997
Rondônia	151.339	155.337	111.221	117.076
Roraima	29.913	30.745	12.080	11.930
Santa Catarina	1.477.290	1.583.437	614.397	770.513
São Paulo	17.238.698	17.710.711	9.825.645	10.543.111
Sergipe	312.569	327.772	214.164	212.354
Tocantins	105.281	111.067	63.747	130.972

ESTUDO DA PUCPR APONTA TENDÊNCIA DE CONCENTRAÇÃO DE MERCADO NA SAÚDE PRIVADA BRASILEIRA

Revista Cobertura – 05/03/2022

Situação projeta um mercado com menos opções e competitividade, mas também leva à redução dos custos operacionais e ao aumento da eficácia da assistência à saúde

O mercado de saúde privada no Brasil caminha para uma intensa tendência de concentração em grandes instituições, que têm grande apetite de crescimento por meio de fusões e

aquisições, tanto de operadoras menores quanto de instituições que integram suas redes de saúde. Essa foi a conclusão de estudo sobre o sistema privado de saúde nacional que contou com a participação de pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e foi publicado recentemente na BMC Health Services Research,

revista internacional referência em artigos científicos sobre serviços de saúde.

Foi constatado, na pesquisa, crescimento significativo das grandes operações em detrimento das operadoras menores. Um dos achados do estudo foi a redução de 1.045 instituições privadas de saúde no país em 2011 para 711 em 2020, período analisado pelos pesquisadores, seguindo modelos de saúde complementar já consolidados em mercados como China e Estados Unidos.

“Interessante notar que estamos falando de um mercado que representava 9% do PIB [Produto Interno Bruto] do Brasil em 2020, com aproximadamente 75% da população brasileira sendo atendida pelo serviço público de saúde, com 44% do investimento total, e 25% da população com contratos com operadoras privadas de saúde, que representam 56% do investimento e despesas em saúde no Brasil”, explica Sandro Marques, professor da Escola de Negócios da PUCPR e um dos autores do trabalho.

A concentração de mercado, de acordo com a pesquisa, tem características diferentes a depender da região do país. No Norte e Nordeste ela é mais intensa, enquanto nas regiões Sul e Sudeste, mais dispersa. Ainda, as cooperativas de saúde têm uma representação significativa no mercado, mas não foi constatada mudança de participação total no período compreendido pelo trabalho.

Segundo Marques, a concentração observada no setor pode ter impactos negativos pela redução de opções para os

clientes das operadoras, gerando, conseqüentemente, diminuição da competitividade. Ao mesmo tempo, pode levar a reduções significativas de custos operacionais para as operadoras de saúde em função da escala e melhoria da eficiência.

“As informações compiladas, as conclusões e as referências apresentadas no estudo servem como base para outros estudos que podem se aprofundar em questões ou problemas específicos. Fazendo uma analogia, servem como uma visão geral da floresta e direcionam aqueles que tenham interesse em examinar determinadas espécies que ali vivem ou regiões específicas. É de interesse de qualquer instituição conhecer com mais detalhes o mercado em que atua. O trabalho pode ser utilizado por empresas ou profissionais da saúde como fonte de informação para conhecimento, análise e planejamento”, completa Sandro.

Além de Sandro, participaram do estudo os pesquisadores June Alisson Westarb Cruz (PUCPR), Maria Alexandra Viegas Cortez da Cunha (FGV), Thyago Proença de Moraes (PUCPR), Felipe Tuon (PUCPR), Arivelton Loeschke Gomide (PUCPR) e Gisele de Paula Linhares (PUCPR).

O artigo “Brazilian private health system: history, scenarios, and trends” (“Sistema privado de saúde brasileiro: história, cenários e tendências”, em tradução livre) pode ser acessado no link: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07376-2>.

AQUECIMENTO HOSPITALAR DISCUTE FUTURO DA ACREDITAÇÃO E DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Saúde business – 05/03/2022

Com especialistas nacionais e internacionais, segundo dia do evento apresentou alguns dos temas que serão abordados em Congresso na feira Hospitalar

O segundo dia de Aquecimento Hospitalar, evento digital que antecede a edição física da feira, colocou a acreditação e a qualidade dos serviços de saúde no centro da conversa. Com representantes internacionais e experiências compartilhadas, os conteúdos da noite reforçaram a importância da regulação e a qualidade das soluções e serviços brasileiros no contexto global. Na abertura do dia, o diretor do portfólio de saúde da informa markets, responsável pela realização da Hospitalar, dividiu a expectativa pelo evento. “É uma alegria dizer que a feira Hospitalar presencial está confirmada, já com mais de 1000 marcas expositoras e 35 congressos de conteúdo. Essa vai ser uma oportunidade incrível de nos reencontrarmos, além de permitir que toda a cadeia de saúde se reconecte mais uma vez”, comentou. “Muita coisa se desenvolveu no setor desde a nossa última edição e, por isso, participar do evento vai ser muito importante para se atualizar das novidades e acompanhar os lançamentos”, defendeu. A Feira Hospitalar acontece no São Paulo Expo, de 17 a 20 de maio. O credenciamento pode ser feito no site do evento.

O segundo dia teve curadoria de Fábio Gastal Leite, presidente do conselho da ONA e coordenador científico do CISS (Congresso Internacional de Serviços de Saúde) na Hospitalar. Durante a abertura, Gastal comentou sobre a escolha dos painéis e convidados. “Nossa intenção foi trazer os grandes temas setoriais da saúde, tratando diversas perspectivas da saúde pós-pandemia ao redor do mundo. Esse é um momento de aquecimento para alguns dos assuntos que traremos para o congresso CISS na Feira Hospitalar, e é uma oportunidade para dividirmos experiências, lições e vivências da pandemia”, comentou.

Accreditation in the new world: a experiência australiana

Abrindo os conteúdos do dia, Karen Luxford, CEO do ACHS (Australian Council on Healthcare Standards) compartilhou em sua apresentação um pouco da experiência australiana diante dos desafios trazidos pela pandemia. Sob o título “Quality, patient safety and accreditation in the new world”, a especialista dividiu seu ponto de vista sobre o tópico, permitindo comparativos e paralelos com a atuação brasileira. “A pandemia foi um teste muito difícil para os sistemas de saúde de todo o mundo. A confiança e a capacidade de

atendimento foram testadas em condições muito estressantes nos últimos dois anos”, pontua. A CEO também destacou a importância das regulações e de protocolos internacionais, como os propostos pela OMS.

Citando a aceleração de projetos como um dos legados da pandemia, Luxford destacou que inovações diversas foram observadas em todo o período. “Vimos projetos de digitalização que estavam sendo adiados há anos serem executados em semanas ou meses - a resistência existente com tecnologias como a telemedicina, por exemplo, foi vencida diante das novas necessidades trazidas pela Covid. Isso também acelerou o desenvolvimento de regulações que permitiram o estabelecimento dessa transformação digital. Tenho certeza que vocês experienciaram algo similar no Brasil”, disse.

Para a CEO do ACHS, a adesão às novas tecnologias trouxe consigo novas necessidades de acreditação e regulação, exigindo que os órgãos responsáveis se adaptassem. Um exemplo disso são as necessidades de ajustes nos padrões para uso de telemedicina, que exigem garantias mais bem definidas sobre consentimento e privacidade de dados do paciente. “Parte dos nossos ajustes passa pela importância de manter o processo transparente e claro em todas as etapas, garantindo que o paciente esteja ciente de cada captura de dados”, apontou.

O mundo e os Sistemas de Saúde Pós-pandemia

Na sequência, a gerente operacional da ONA, Gllvane Lolato, recebeu para uma entrevista exclusiva o CEO da ISQua, Carsten Engel. Dinamarquês e com uma experiência ampla no setor de saúde europeu, Engel apontou as vitórias durante o período pandêmico, levantando também os pontos de atenção e os desafios trazidos no cenário pós-pandemia. “Todo o sistema se mostrou capaz de se adaptar e inovar para enfrentar as adversidades, o que é um indicativo claro da capacidade da nossa força de trabalho, tanto dos sistemas quanto dos profissionais”, defendeu. Para ele, recuperar as equipes e cuidar das pessoas é um tema crucial para o momento. “Nossa mão de obra tem lidado com uma demanda muito alta de trabalho, se expondo a riscos e ao estresse diário, por um longo tempo. Como estamos nos preparando para cuidar desses profissionais? Este deve ser um tópico prioritário para a saúde nos próximos anos”, acredita.

A logística também ganhou espaço na discussão. “Precisamos entender que uma logística eficiente é indispensável quando falamos de acesso aos medicamentos e EPIs, mas também precisamos trabalhar a logística para organizar o fluxo de pacientes em si. Lidar com a alta demanda de pacientes durante a pandemia exigiu flexibilidade e adaptação de todos. A logística foi essencial para garantir a escalabilidade do sistema e o acesso à vacinação e ao cuidado”, defendeu. “Vemos muito claramente que a gestão do fluxo de atendimentos é essencial. Estamos diante de uma lacuna crescente em que a quantidade de atendimentos necessários cresce mas a capacidade de

atendimento não - precisamos identificar nossas limitações e encontrar soluções para diminuir esse gap”, disse.

Segundo o CEO, em um sistema complexo como o de saúde, quase nunca é possível prever o que vai acontecer, o que exige uma estrutura que seja flexível e adaptável. Gllvane concordou. “Precisamos também admitir que somos resilientes e comprometidos com o cuidado. A pandemia começou da noite para o dia e mesmo assim conseguimos nos adaptar rapidamente. Seguimos e continuamos aprendendo até hoje”, pontuou. “Vejo diante de nós novos desafios e novas ideias, mas vejo também existem desafios que são velhos conhecidos, que acabaram ficando de lado durante a pandemia”, comentou Engel. Destacando a sustentabilidade e o atendimento como pontos de atenção para a saúde, o CEO da ISQua também reforçou a importância de colocar o paciente no centro da estratégia. “Se quisermos levar a saúde ao próximo nível de qualidade, precisamos ter o paciente como um parceiro, não como um cliente. Com uma visão realista sobre a segurança do paciente, podemos evoluir muito”, concluiu.

2022: o que vem pela frente para os sistemas de saúde

No painel de encerramento do Aquecimento Hospitalar para o congresso CISS, uma mesa de debates discutiu o futuro dos sistemas de saúde. Considerando tanto os desafios em comum quanto o legado deixado pela pandemia, Gllvane Lolato recebeu Taissa Sotto Mayor (Quality Global Alliance), Victor Grabois (SOBRASP) e Tânia Grill (Grupo IAG Saúde) para dividir perspectivas e percepções para os sistemas de saúde a partir de 2022.

Para Grabois, a pandemia trouxe muitos e enormes desafios, mas também muitos aprendizados. “Neste painel, muitos de nós estamos ligados à segurança do paciente. Porém, o mundo que vivemos hoje em 2022 nitidamente exige de nós um diálogo franco com os demais agentes da qualidade, como o atendimento e o cuidado centrado”, defendeu. “Durante esse período, tivemos muitas mortes evitáveis e muitos problemas que tem a ver com o não-acesso à saúde e a desigualdade econômica da população. Não podemos falar de segurança sem falar de equidade de acesso”, disse. “Da mesma forma, não podemos falar só de gestão hospitalar: precisamos olhar para a gestão dos sistemas de saúde. Está claro que esse sistema fragmentado impede que o paciente tenha uma jornada completa e eficiente”, apontou. Abordando o impacto e as características da transformação digital da saúde, Taissa Mayor destacou que esse processo deve ir além do uso de tecnologia. “Quando a gente pensa em transformação digital, acabamos sempre pensando na implementação de sistemas como prontuários eletrônicos, mas o processo vai muito além disso”, explicou. “Nosso maior desafio nesse momento é garantir que a transformação seja sustentável e integrada entre os sistemas, aumentando a acessibilidade e garantindo um cuidado centrado no paciente, promovendo um cuidado equitativo e contínuo”, completou.

Tânia Grill reforçou essa percepção, afirmando que softwares de forma isolada não são soluções mágicas para levar aos

melhores desfechos e resultados. “Não basta ter tecnologia e indicadores. Precisamos ter um planejamento claro, que permita entender onde essa tecnologia se encaixa em prol da melhoria do atendimento”, listou. “Estamos falando aqui de uma integração entre as redes de atenção de saúde, de continuidade e integralidade do cuidado, dos níveis primário, secundário e terciário agindo em conjunto e mantendo o paciente no centro. Tudo isso exige governança clínica”, acredita a presidente do IAG. “Nossos sistemas precisam estar organizados em torno das expectativas e necessidades desse paciente. Governança clínica significa saúde baseada em valor - ou seja, entregar ao paciente o que de fato importa para ele”, concluiu.

Conteúdo sob demanda e feira Hospitalar

Todas as discussões foram gravadas e estarão disponíveis on demand dentro da Hospitalar Hub. O Aquecimento Hospitalar acontece até o dia 7 de abril e a programação completa pode ser consultada na plataforma.

O credenciamento para visitar presencialmente a feira Hospitalar 2022, no São Paulo Expo, também está aberto. Acesse o site do evento para se cadastrar e acompanhar as novidades e os conteúdos previstos para os congressos, cursos e arenas.

COMO FICAM OS CLIENTES DA AMIL APÓS A NOVA DECISÃO DA ANS?

Exame – 05/03/2022

Após ter sido transferida, carteira de planos individuais da Amil pode voltar para operadora; situação da rede credenciada segue em aberto

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) divulgou ontem uma decisão que trouxe mais uma reviravolta no destino da carteira de planos individuais da operadora de planos de saúde Amil. A agência determinou que a operadora reassuma a carteira de planos individuais e se mantenha como responsável por ela.

A carteira, que tem cerca de 340 mil beneficiários, havia sido transferida à operadora APS (Atenção Personalizada à Saúde) no final do ano passado. A APS pertence ao mesmo grupo que controla a Amil, o UnitedHealth Group, gigante do setor de saúde com sede nos Estados Unidos.

Para os beneficiários, por enquanto, nada muda. A Amil tem o prazo de dez dias para se manifestar sobre o tema, e só então a ANS terá uma decisão definitiva. “Caso a agência decida suspender a autorização para a transferência da carteira, esses clientes voltam a ser da Amil, e não podem sofrer restrições de atendimento”, afirma o Rafael Robba, especialista em direito à saúde do Vilhena Silva Advogados.

Porém, Robba diz que a ANS não se manifestou sobre um ponto importante nesse caso. “A Amil descredenciou uma série de laboratórios e hospitais nessa carteira, e essa é uma questão fica em aberto. Ela precisa restabelecer a rede credenciada”, diz.

Após a transferência, os clientes que vieram da Amil passaram a reclamar também de dificuldade para entrar em contato com o plano de saúde, além das mudanças na rede credenciada. Antes de receber a carteira da Amil, a APS tinha cerca de 11 mil beneficiários.

Grupo investidor

O plano do UnitedHealth Group era transferir a carteira de planos individuais para a APS e depois se desfazer da APS, transferindo-a a um grupo investidor interessado em ingressar no setor de planos de saúde no Brasil.

O grupo investidor que deseja assumir a APS reúne o executivo Henning von Koss, ex-executivo da Medial e da Hapvida, a empresa de gestão de saúde Seferin & Coelho, que tem quatro hospitais no Sul do país, e a gestora de investimentos Fiord Capital, do investidor Nikola Lukic.

Na decisão de ontem, a ANS afirma que, no pedido de autorização, a Amil declarou que a transferência de carteira seria uma simples reorganização societária entre operadoras do mesmo grupo econômico. Disse ainda que garantiria qualquer necessidade de aporte financeiro para manter o equilíbrio econômico-financeiro da APS “enquanto Amil e APS integrarem o mesmo grupo econômico”.

No entanto, após o exame da documentação, a ANS verificou que a Amil já tinha definido a venda da APS. Isso, segundo a ANS, esvaziaria a garantia oferecida pela Amil em favor da APS. A ANS diz ainda que os compradores da APS não têm capacidade financeira suficiente para garantir o equilíbrio econômico-financeiro da empresa. E diz que a Amil omitiu fatos da agência reguladora.

Em nota enviada a EXAME, o grupo investidor afirma que a transação inclui o aporte de mais de 2,3 bilhões de reais na APS por parte da Amil, e que a carteira da APS gera uma receita anual da ordem de 3 bilhões de reais. “Consideramos essa estrutura de financeira sólida e única em empresas desse mesmo porte no setor, e que do ponto de vista atuarial o valor supera a necessidade para garantir estabilidade”, diz a nota. O grupo aguarda comunicação oficial da ANS sobre o caso.

Procurado, o UnitedHealth Group não se pronunciou até a publicação deste texto.

PLANOS DE SAÚDE PODEM TER AUMENTO DE ATÉ 18,2%

Correio Braziliense – 02/04/2022

Após reajuste de quase 11% nos remédios, consumidor deve preparar o bolso para correção recorde das operadoras privadas.

A alta do preço dos medicamentos — que tiveram reajuste de quase 11% ontem — não é a única má notícia para o bolso dos brasileiros. O aumento nos planos de saúde neste ano deverá ser recorde e ultrapassar os 13,57% registrados em 2016, maior reajuste promovido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regulamentar o setor.

Em 2021, os planos individuais tiveram um desconto de 8,2%, devido à redução da demanda para uso dos serviços médicos oferecidos. Agora, de acordo com projeções de especialistas, os reajustes deste ano devem ficar entre 15% e 18,2%, o que superaria com folga o recorde de 2016.

Esse aumento também englobaria os planos coletivos, que agregam os convênios empresariais. Apesar de a pandemia da covid-19 ainda não estar totalmente superada, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), justificou a expectativa desse reajuste diante da mudança de cenário e do aumento dos custos operacionais.

"Diversos fatores influenciam o reajuste dos planos de saúde, como o aumento do preço de medicamentos e insumos médicos, o crescimento da utilização de recursos dos planos e a incorporação de novas tecnologias nas coberturas obrigatórias aos planos de saúde", informou a FenaSaúde, em nota.

O próximo índice oficial de correção começa a valer entre maio de 2022 e abril de 2023 e será definido neste mês pela ANS. O pior cenário é calculado no estudo do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). O levantamento, que considera a variação dos custos médico-hospitalares feita pelo IESS (VCMH-IESS) e verifica a média ponderada entre as categorias de preços do serviço, foi de 18,2% para o período de 12 meses, encerrado em junho de 2021.

"Observa-se uma retomada do crescimento do indicador em março de 2021, após oito meses de variação negativa. Destaca-se que nesse período a VCMH das terapias permaneceu positiva, ou seja, a despesa com esse tipo de procedimento cresceu. Também é importante notar que para internações e Outros Serviços Ambulatoriais (OSA) o período de VCMH negativa foi curto — de setembro de 2020 a novembro do mesmo ano, para internações, e de dezembro de 2020 a janeiro de 2021, para OSA. A variação das despesas com esses itens tem permanecido positiva. Em relação às consultas, a VCMH ainda está negativa e, para exames, ela ficou negativa até abril de 2021. Isso deveu-se, exclusivamente, à redução da frequência, pois os custos cresceram durante todo o período", justificou a entidade no estudo.

Outra projeção de aumento dos planos de saúde está em um recente relatório do banco BTG Pactual, que aponta uma correção de 15%. A taxa é menor do que a apontada pelo IESS, mas também ficou acima do reajuste recorde de 2016 e acima do custo de vida. No ano passado, a inflação oficial, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA), registrou alta de 10,06%. E, no acumulado em 12 meses até a primeira metade de março, o indicador registrou elevação de 10,8%.

ANS

A ANS informou que o percentual máximo de reajuste a ser autorizado para os planos individuais ou familiares está sendo calculado e será divulgado pela Agência após conclusão dos cálculos e manifestação do Ministério da Economia. Ainda não há, portanto, uma data definida para divulgação do índice.

Cenário desanimador

O reajuste anual dos planos de saúde é regido pela ANS desde 1999. Anualmente, a agência dispõe sobre qual será o percentual a ser aplicado como recomposição da moeda para estes planos. O reajuste tem o intuito de recompor o valor dos prêmios (mensalidades), em uma variação denominada variação de custos médicos hospitalares (VCMH).

Para os planos coletivos (sejam os empresariais, sejam os coletivos por adesão), o cenário não deve ser melhor: historicamente, esses planos, que são a maioria no país, já sofrem reajustes mais altos do que os planos individuais e familiares e não sofrem o controle da ANS. Assim, o reajuste anual é livremente negociado entre a pessoa jurídica e o plano de saúde — o que culmina em altos reajustes anuais, geralmente bastante superior ao que sofrem os planos individuais e familiares.

O reajuste médio dos planos coletivos com 30 ou mais beneficiários foi de 5,55% e o de planos de saúde coletivos com até 29 vidas ficou em 9,84%. De acordo com a associação, o consumidor pode acionar os canais de atendimento da operadora em busca de esclarecimento sobre índices de correção.

A ANS disse que "regula tanto os planos individuais/familiares quanto os coletivos (empresariais e por adesão). Nestes últimos, o reajuste é definido em contrato e estabelecido a partir da relação comercial entre a empresa contratante e a operadora, em que há espaço para negociação entre as partes". Segundo a agência, as operadoras são obrigadas a oferecer à pessoa jurídica contratante a memória de cálculo do reajuste e metodologia utilizada com o mínimo de 30 dias e antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), num universo de 48.932.711 beneficiários de planos de saúde, atualmente, 39.974.088 estão vinculados aos planos coletivos, sendo que, desse total, 33.662.601 estão ligados aos planos coletivos empresariais e 6.311.487 aos planos coletivos por adesão.

Nesta semana, a ANS publicou uma resolução que torna obrigatória a manutenção de portais na internet pelas operadoras de planos de saúde privados. Os sites deverão

funcionar 24 horas por dia e sete dias por semana para atender a beneficiários e prestadores de serviços. Conforme a portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU), os sites deverão ter uma área voltada aos clientes e outra para a rede credenciada de unidades e profissionais de saúde. A área dos clientes deverá trazer a relação de produtos comercializados pela operadora e a relação da rede credenciada pelo plano de saúde.

ANS REALIZA CONSULTA PÚBLICA 95, SOBRE PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO DO ROL

GOV (ANS) – 01/04/2022

Contribuições podem ser enviadas pelo portal da Agência até dia 20/04/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira (01/04), a Consulta Pública nº 95, para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas às recomendações preliminares relacionadas a propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O prazo para envio de contribuições é de 20 dias corridos, encerrando-se, assim, em 20/04/2022. Os interessados em participar já podem acessá-la por este link.

A consulta também submete à participação social os Relatórios Preliminares resultantes da terceira reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (COSAÚDE), em cumprimento à legislação vigente.

As recomendações tratam de propostas de atualização do rol enviadas para ANS por meio do formulário eletrônico FormRol, de acordo com o processo contínuo de envio de propostas e de análise por parte da Agência instituído pela Resolução Normativa nº 470/2021. A Consulta Pública irá, portanto, tratar das propostas para inclusão no rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde dos seguintes medicamentos:

- Apalutamida (para tratamento de câncer de próstata metastático sensível à castração);

- Acalabrutinibe (para tratamento da leucemia linfocítica crônica LLC em primeira linha);
- Acalabrutinibe (para tratamento da leucemia linfocítica crônica LLC recidivada ou refratária);
- Acalabrutinibe (para tratamento de linfoma de células do manto recidivado ou refratário);
- Enzalutamida (para tratamento de câncer de próstata metastático sensível à castração);
- Lorlatinibe (para tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) em primeira linha);

As recomendações preliminares elaboradas pela ANS podem ser favoráveis ou desfavoráveis às propostas de atualização e seus fundamentos podem ser lidos nos Relatórios de Análise Crítica, que, assim como a proposta de Resolução Normativa, estão disponíveis na íntegra durante o período de consulta na página da ANS, www.gov.br/ans, em "Acesso à informação", no item "Participação da Sociedade", no subitem "Consultas Públicas", <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-ainformacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas>.

Confira aqui as demais Consultas Públicas em aberto pela ANS:

- Consulta Pública nº92 - [ANS realiza consulta pública sobre regras de acompanhamento assistencial — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#).

SAÚDE SUPLEMENTAR: CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE APRESENTA ESTABILIDADE

IESS – 01/04/2022

Após sucessivos índices de crescimento nos últimos anos, atingindo 48,9 milhões de beneficiários, em janeiro de 2022, a aquisição de novos planos médico-hospitalares apresenta estabilidade no País. Diferente de meses anteriores, quando os indicadores eram mais acentuados, entre dezembro de 2021 e janeiro desse ano, o crescimento registrado foi de 0,03%, saldo de 12.595 vínculos. Os dados são da Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 67, desenvolvida pelo IESS.

Entre novembro e dezembro de 2021, porém, o crescimento foi mais expressivo (0,56%), que representou um saldo de 272,8 mil beneficiários, sendo esse o índice mais alto registrado no decorrer do ano. Antes disso, o maior volume de vínculos ocorreu entre fevereiro e março, quando havia 47,5 milhões de beneficiários, saltando para 47,7 milhões – saldo de 191,4 mil (alta de 0,40%).

Em relação ao período de 12 meses, levando-se em conta janeiro de 2021 e janeiro deste ano, o crescimento em número de vínculos foi de 3,1%, saltando de 47,9 milhões para 48,9 milhões, respectivamente. Aproximadamente 40

milhões (81,7%) possuíam planos coletivos médico-hospitalares. Desses, a maior parte, 33,7 milhões (84,3%), pertenciam a modalidade coletivo empresarial.

INCERTEZAS NO CENÁRIO ECONÔMICO E DESDOBRAMENTOS DA PANDEMIA CONTINUAM A DESFIAR O SETOR DE SAÚDE, APONTA PESQUISA GLOBAL DA ICTS PROTIVITI

Saúde Business – 31/03/2022

Volatilidade nas regulamentações e nas condições de mercado são incertezas que pairam sobre o horizonte de riscos a serem gerenciados pelos executivos do setor.

A tradicional pesquisa da consultoria global ICTS Protiviti, que divulga a lista dos maiores riscos do ano com base na percepção geral de 1.453 executivos de diferentes setores do mundo todo, traz também um recorte para o setor de saúde: o Top Risks Health.

Eventos inesperados como as rupturas na cadeia de suprimentos global, os desafios na atração e retenção de talentos para endereçar necessidades organizacionais, as variantes da Covid-19, os ciberataques e ransomware e as tensões geopolíticas estão ocorrendo em larga escala, trazendo consigo grandes desafios na definição de próximos passos para as organizações.

“A volatilidade e incerteza do momento atual exige dos executivos uma leitura constante de ambiente e da confiança na cultura organizacional para promover mudanças de maneira rápida”, acrescenta Pedro Barra, gerente sênior de Business Performance & Innovation (BPI) da ICTS Protiviti.

As empresas do setor enfrentam riscos e demandas externas, como o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as mudanças nas regras para conter a contaminação da Covid-19 e as ameaças cibernéticas. E há distintos interesses e impactos na cadeia, incluindo o faturamento dos prestadores, a sinistralidade das operadoras, a remuneração dos médicos e a satisfação dos pacientes. Soma-se a isso a onda de fusões e aquisições, como ocorreu com a GNDI e a HapVida, o novo modelo testado pela Rede D’Or e a Sul America, e os IPOs de saúde, que seguem turbinando o caixa dos grandes players para viabilizar estes grandes movimentos. Por outro lado, as organizações enfrentam os custos crescentes em folha e as dificuldades na atração e retenção de talentos, que atrapalham a construção e a manutenção da cultura organizacional.

Todas essas questões completam a lista de principais preocupações apontadas para este ano, que são:

1. Políticas e regulamentações relacionadas à pandemia impactam o desempenho dos negócios;
2. [Novo risco] Custos de folha crescentes impactam metas de rentabilidade;
3. Condições de mercado relacionadas à pandemia reduzem a demanda do cliente;
4. Desafios de sucessão, capacidade de atrair e reter os melhores talentos;
5. Mudanças regulatórias e o aumento do escrutínio regulatório podem afetar a maneira como os produtos e serviços são oferecidos
6. [Novo risco] Mudanças no ambiente de trabalho geral podem representar desafios na sustentação da cultura organizacional e do modelo de negócio;
7. [Novo risco] Aderência às regulações e expectativas crescentes sobre privacidade de dados podem exigir alto volume de recursos para reestruturações;
8. A adoção de tecnologias digitais pode exigir novas habilidades ou esforços significativos para melhorar ou requalificar os funcionários existentes;
9. Organizações podem não estar preparadas para lidar com ameaças cibernéticas que interrompam os negócios e/ou afetem negativamente a marca
10. [Novo risco] Facilidade de entrada de novos competidores no setor e outras mudanças significativas no ambiente competitivo como concentração de mercado via fusões e aquisições;

O executivo ainda comenta que a mudança no ambiente da taxa de juros e o descontrole da inflação pressionam em especial o elo de prestação de serviço, como os hospitais e as clínicas de médio porte, que têm maior dificuldade de atração e retenção de talentos e menor poder de negociação frente a grandes fornecedores e operadoras, que repassam o aumento de custos e sinistralidade. “Para sobreviver neste ambiente, é necessário estruturar a gestão da performance, promover mudanças e acompanhar os resultados de perto”, finaliza Barra

ANS INCORPORA DOIS MEDICAMENTOS NO ROL DE COBERTURAS DOS PLANOS DE SAÚDE

Jota info – 31/03/2022

Diretores, no entanto, se manifestaram pela não incorporação de outros dois fármacos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou na última segunda-feira (28/3), durante reunião da Diretoria Colegiada, a incorporação dos medicamentos darolutamida e dupilumabe no rol de coberturas obrigatórias para beneficiários de planos de saúde.

A darolutamida é indicada para o tratamento de câncer de próstata não metastático resistente à castração, já o dupilumabe é utilizado para o tratamento da asma eosinofílica grave. Ambos os fármacos foram avaliados na 1ª Reunião Técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), em janeiro.

Os diretores seguiram recomendação da área técnica da ANS e da Cosaúde e se manifestaram pela não incorporação de outros dois fármacos: regorafenibe (para carcinoma colorretal metastático) e ustequinumabe (para retocolite ulcerativa ativa

moderada a grave). A decisão foi baseada nas análises de efetividade, segurança, avaliação econômica dos benefícios e custos em comparação com as coberturas já previstas no rol.

O processo seguiu as regras da nova legislação sobre a atualização das coberturas dos planos de saúde, sancionada neste ano pelo presidente Jair Bolsonaro. De acordo com a lei, a ANS terá prazo de 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias, para a incorporação de tecnologias em saúde em geral e prazo de 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias, para a inclusão de medicamentos antineoplásicos orais e procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e da hemoterapia.

Além disso, a medida também determina que as tecnologias aprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (Conitec) e com portaria de incorporação publicada pelo Ministério da Saúde passam a ter inclusão automática no rol, em até 60 dias.

O processo é o de número 33910.001341/2022-11

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

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

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

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.
