

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS aponta queda na ocupação de leitos de uti para covid-19](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS disponibiliza a atualização dos painéis com os dados econômico-financeiros](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Boletim Covid-19: ANS atualiza dados sobre utilização de planos na pandemia](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Cosaúde analisa inclusão de novas tecnologias no Rol da ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Nomeados novos diretores para ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS altera conjunto de dados sobre demonstrações contábeis](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pesquisa de satisfação de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Fornecedores de produtos para hospitais e operadoras registram quase R\\$ 1,5 bi de atraso](#) - Fonte: Folha UOL

[Câmara deve votar projeto que libera teleatendimento médico em farmácias](#) - Fonte: Folha UOL

[Planos de saúde: qual empresa mais se beneficiará com o reajuste de preços, segundo ágora](#) - Fonte: Money Times

[Planos de saúde têm novo registro de alta e ultrapassam 49 milhões de vínculos no país](#) - Fonte: Grupo Mídia

ANS APONTA QUEDA NA OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI PARA COVID-19

Agência Brasil – 27/0/2022

A ocupação de leitos de UTI e comuns para covid-19 em hospitais da rede privada no Brasil, caiu para 44% em março, ante a taxa de 58% registrada em fevereiro.

Porém, a taxa mensal geral de ocupação de leitos, que engloba tanto atendimento à covid-19 como demais procedimentos, ficou em 77% no período, um ponto percentual acima do observado em março de 2021, quando o país enfrentava a segunda onda da doença.

Os dados do boletim mensal divulgado pela ANS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, são calculados com base em informações das operadoras de planos de saúde privados.

A busca por exames e terapias em março ficou 16% acima do verificado em março de 2021. E os atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação aumentaram em relação ao patamar inicial, observado antes do início da pandemia.

O boletim aponta, ainda, que, em relação a janeiro deste ano, no mês de março houve aumento expressivo de exames de detecção de Covid-19, por causa da variante Ômicron. A taxa passou de 45,5% para 76,3%.

Sobre as reclamações de usuários dos planos de saúde, relacionadas ao coronavírus, a ANS registrou, em março, 339 queixas. Destas, 48% foram sobre dificuldades para a realização de exames e tratamento para a doença.

ANS DISPONIBILIZA A ATUALIZAÇÃO DOS PAINÉIS COM OS DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

GOV (ANS) – 26/04/2022

As publicações contemplam dados referentes ao ano de 2021

Já está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a atualização do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, do Painel Contábil da Saúde Suplementar, do Anuário: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde e do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. Os quatro painéis apresentam dados econômico-financeiros do setor em uma ferramenta dinâmica, com interface simples e de fácil compreensão para toda a sociedade.

O Prisma 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 Prisma é atualizado com dados trimestrais das operadoras; e apresenta agora os dados relativos ao 4º trimestre de 2021.

[Confira aqui o Prisma Econômico-Financeiro.](#)

No caso do Painel Contábil, o principal objetivo é apresentar, de forma dinâmica, os dados contábeis já divulgados no portal da ANS e no Portal Brasileiro de Dados Abertos, ampliando a transparência das informações enviadas pelas operadoras à Agência. O painel é atualizado com dados trimestrais das operadoras; e apresenta agora os dados relativos ao 4º trimestre de 2021. A novidade nesta edição é a inclusão de uma nova página na qual é possível consultar diferentes indicadores, como sinistralidade e índice combinado, em três bases temporais distintas: por trimestre, por período de 12 meses e acumulado no ano.

[Acesso o Painel Contábil da Saúde Suplementar](#)

Já o Anuário 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 2021.

[Clique aqui e acesse ao Anuário da Saúde Suplementar](#)

O Atlas oferece uma visão concorrencial do setor, apresentando indicadores de concentração, número de beneficiários, identificação das operadoras que possuem as maiores fatias de mercado e receitas e despesas assistenciais estimadas para cada um dos 148 mercados relevantes de planos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais. O Atlas apresenta também a evolução dos dados anualmente e apresenta agora os dados relativos a 2021.

Além disso, duas novidades estarão disponíveis aos usuários no Atlas:

- I. A partir de agora será possível consultar a quantidade de planos (produtos) comercializáveis e de operadoras que os oferecem por mercado relevante. O objetivo é indicar quantos produtos estão efetivamente à disposição do consumidor.
- II. Também será possível ter uma visão por operadora. Nela se consulta a importância dos principais mercados relevantes em que cada uma atua para a respectiva carteira.

Os dados que constam nos painéis incluem também as demais competências desde 2018, e são extraídos de

Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), do Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP), do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e das Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP).

BOLETIM COVID-19: ANS ATUALIZA DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE PLANOS NA PANDEMIA

GOV (ANS) – 26/04/2022

Nova edição, divulgada nesta terça-feira (26/04), registra redução na ocupação de leitos para tratamento da doença

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira (26) a edição de abril do Boletim Covid-19, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde durante a pandemia de Covid-19. A edição traz dados atualizados até março de 2022.

O número de beneficiários apresentou aumento de 0,23% em relação ao mês anterior, mantendo o crescimento iniciado no mês de julho de 2020. A quantidade de leitos alocados para atendimento a casos de Covid-19 nos hospitais da amostra apresenta nova redução em comparação ao mês anterior, passando para 8,4%.

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

O objetivo do Boletim Covid-19 é monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde nesse período, subsidiando análise qualificada da agência reguladora e prestando mais informações à sociedade

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

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica relativo a março de 2022 segue a tendência de crescimento observada desde julho de 2020. O total de 49.074.356 beneficiários representa aumento de 0,23% em relação a fevereiro de 2022. A taxa de adesão (entradas), considerando todos os tipos de contratações, é superior à taxa de cancelamento (saídas) nos planos médicos hospitalares. O tipo de contratação responsável por esta superioridade é o coletivo empresarial que se mantém, desde julho de 2020, com mais entradas do que saídas de beneficiários.

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

Informações assistenciais

A proporção de leitos destinados para atendimento à Covid-19 nos hospitais da amostra apresenta nova redução em março de 2022, tanto para leitos comuns quanto para leitos de UTI. A taxa mensal geral de ocupação de leitos, que engloba tanto atendimento à Covid-19 como demais procedimentos, ficou em 77% no período, um ponto percentual acima do patamar observado em março de 2021, quando o país enfrentava a segunda onda da doença.

A ocupação de leitos comuns e de UTI para casos de Covid-19 apresentou queda significativa em março de 2022, passando de 58% para 44%. Já a ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos registrou aumento em relação ao mês anterior, tendo ficado em 80% no mês de março.

A busca por exames e terapias ficou 16% acima do patamar verificado em março de 2021. E os atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação aumentaram em relação ao patamar inicial, observado antes do início da pandemia. O custo médio de internação para Covid-19 com UTI em março de 2022 ficou acima do custo das diárias de internação cirúrgica e clínica no período.

Exames

Dos dados sobre realização de exames de detecção de Covid-19, destaca-se que, tanto o número de exames de RT-PCR como os exames de pesquisa de anticorpos, tiveram aumento expressivo em relação a janeiro de 2022, em decorrência à variante Ômicron, registrando 45,5% e 76,3%, respectivamente. Na comparação com o mesmo período de 2021, houve aumento de 30,5% nos exames de RT-PCR e queda de 53,7% para as pesquisas de anticorpos realizadas no setor.

Informações econômico-financeiras

No encerramento de 2021, tanto o 3º quanto o 4º trimestre apresentam índice de sinistralidade de caixa (despesas assistenciais/receitas) no mesmo patamar dos dois últimos trimestres de 2019 (período pré-pandemia).

Em 2022, ao analisar os dados mensais, observa-se queda de três pontos percentuais na sinistralidade de março em relação ao mês anterior. Já a taxa de sinistralidade do 1º trimestre de 2022 atingiu 81%, quatro pontos percentuais

acima da sinistralidade trimestral de mesmo período de 2019. Percebe-se certa estabilidade desse indicador nos últimos 4 trimestres, com variação de somente três pontos percentuais entre os valores durante todo o período, sem que tenha sido verificada a habitual sazonalidade do setor no último trimestre. A ANS permanecerá monitorando a evolução desses dados no setor.

Sobre a inadimplência, os dados de março de 2022 comparados com o mês anterior indicam oscilações suaves, dentro do comportamento histórico deste indicador. Observa-se redução de dois pontos percentuais na inadimplência total de planos com preço preestabelecido. Já o percentual de inadimplência de planos coletivos registra queda de três pontos percentuais. Para planos individuais/familiares, percebe-se queda de dois pontos percentuais na comparação com fevereiro de 2022. Todos esses indicadores mantêm-se próximos aos seus patamares históricos.

Demandas dos consumidores

Os dados de março de 2022 mostram que houve aumento de 21,4%, em comparação ao mês anterior, no total de reclamações que foram passíveis de intermediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), com maior predominância de temas de natureza assistencial. Quanto às demandas relacionadas à Covid-19, houve queda significativa. Em março de 2022, a ANS

registrou 339 reclamações sobre o tema. Do total de queixas relacionadas ao coronavírus, 48% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento para a doença. A intermediação de conflitos feita pela ANS, entre consumidores e operadoras, tem resolvido mais de 90% dessas reclamações.

No portal da reguladora, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19.

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

Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas em uma amostra de 49 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 103 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e análise de inadimplência. Juntas, as operadoras respondentes para esses grupos de informação compreendem 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

COSAÚDE ANALISA INCLUSÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS NO ROL DA ANS

GOV (ANS) – 26/04/2022

Comissão avaliou também contribuições da consulta pública nº 94

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, nos dias 19 e 20/04, a quarta reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde). Foram analisadas a proposta de inclusão de nova tecnologia na lista de coberturas obrigatórias das operadoras de planos de saúde privados e as contribuições realizadas pela sociedade na consulta pública nº 94.

Os participantes debateram a incorporação do medicamento hemifumarato de gilteritinibe (para leucemia mieloide aguda recidivada ou refratária com mutação do gene *flt3*) e os resultados da consulta pública sobre as propostas de incorporação do venetoclax (para leucemia linfocítica crônica), brigatinibe (para câncer de pulmão não pequenas células localmente avançado ou metastático), erdafitinibe (para carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático), rizanquizumabe (para psoríase moderada a grave), levomalato de cabozantinibe (para carcinoma hepatocelular) e trifluridina associada ao cloridrato de

tipiracila (para câncer colorretal metastático e câncer colorretal metastático).

As análises de incorporação de novos procedimentos ou medicamentos levam em conta as evidências científicas sobre a eficácia, efetividade e segurança das tecnologias; a avaliação econômica de benefícios e custos em comparação às coberturas já previstas no Rol; e os estudos de impacto financeiro da ampliação da cobertura na saúde suplementar.

A reunião, reservada aos membros da Comissão, foi realizada pela plataforma Microsoft Teams e transmitida ao vivo pelo canal da ANS no Youtube. A gravação está disponível nos seguintes links: dia 1 (19/04) e dia 2 (20/04).

Sobre a Cosaúde

A Cosaúde foi criada com o objetivo de assessorar a ANS na definição da abrangência da cobertura assistencial da saúde suplementar, conforme previsto na Resolução Normativa n.º 474/21. Fazem parte da Comissão representantes indicados pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS).

NOMEADOS NOVOS DIRETORES PARA ANS

GOV (ANS) – 26/04/2022

Jorge Antônio e Alexandre Fioranelli tiveram nomeação publicada em edição extra do Diário Oficial da União nesta terça-feira (25/04)

Foi publicado, em edição extra do dia 25/04/2022 do Diário Oficial da União, o decreto assinado pelo Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, designando os médicos Jorge Antônio Aquino Lopes e Alexandre Fioranelli para exercerem o cargo de diretor na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os mandatos serão, respectivamente, até 26 de agosto de 2026 e 25 de maio de 2025.

Jorge Antônio é professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foi um dos pioneiros na instalação do

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil, há cerca de 20 anos.

Alexandre Fioranelli é formado pela Universidade São Francisco, com mestrado e doutorado em medicina (cirurgia) pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Possui sólida experiência na saúde, com ênfase em cirurgia vascular e endovascular.

Os futuros diretores foram sabatinados e aprovados pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e em 7/04/2022 o plenário da Casa confirmou a aprovação dos nomes

ANS ALTERA CONJUNTO DE DADOS SOBRE DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS

GOV (ANS) – 25/04/2022

Informações podem ser consultadas na página da Agência no Portal Brasileiro de Dados Abertos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou alterações no conjunto de dados "Demonstrações Contábeis" em sua página no Portal Brasileiro de Dados Abertos. A mudança consistiu na inclusão dos valores do saldo inicial da conta contábil do Plano de Contas em vigor.

O conjunto de dados em questão disponibiliza os dados contábeis encaminhados trimestralmente pelas operadoras por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS. As demonstrações contábeis aqui consideradas englobam o período de 2007 até a presente data. Em termos legais, compreendem aquelas determinadas pela lei nº 6.404/1976 e alterações subsequentes, devendo obedecer à classificação contábil prevista no Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde em vigor à época dos dados.

Para acessar o conjunto "Demonstrações Contábeis", [clique aqui](#).

Sobre Dados Abertos

Dados são abertos quando qualquer pessoa pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma licença. Ao abrir dados sob sua gestão, a ANS se alinha à Política de Dados Abertos do Governo Federal, fundamentada no desenvolvimento de um ecossistema de dados e informações que beneficia a sociedade e favorece a cooperação entre todos os setores, inclusive a iniciativa privada, o setor acadêmico e o próprio governo.

Para saber mais, [clique aqui](#).

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 25/04/2022

Resultados devem ser enviados até 30 de abril de 2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou, no [Portal Operadoras](#), mais uma opção de envio dos resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários referente ao IDSS 2022, ano-base 2021. A partir de segunda-feira, 18 de abril de 2022, as operadoras passaram a ter acesso a um novo formulário específico no E-Protocolo.

Uma das novidades do novo formulário é a criação automática do "Termo de Responsabilidade da Pesquisa",

que será gerado ao final do preenchimento. O termo deve ser assinado pelo Responsável Legal da Operadora e pelo Responsável Técnico.

Além disso, no formulário também estão contempladas todas as questões da pesquisa, cujos temas são: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento da Operadora e Avaliação Geral. O beneficiário deverá responder, por exemplo, se conseguiu atendimento quando necessitou, se teve a demanda resolvida ao fazer reclamação e se indicaria o plano de saúde para amigos e familiares.

Vale lembrar que, os resultados da pesquisa que já foram enviados via e-protocolo, ou que forem enviados por protocolo eletrônico, até 30/04/2022, sem utilizar o novo formulário, também serão analisados pela ANS.

Ao final das análises, a ANS enviará ofício às operadoras com deferimento ou indeferimento da pesquisa para pontuação do IDSS.

Confira algumas orientações específicas para o envio da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários:

Como acessar o Protocolo eletrônico?

Para acessar o E-Protocolo - deverá ser utilizado o navegador Google Chrome para acesso ao Portal Operadoras e dentro deste ambiente, o Sistema de Protocolo Eletrônico;

O novo protocolo a ser escolhido é: Tipo de protocolo - "DIDES-IDSS"; Assunto - "Envio do resultado da pesquisa de satisfação ano-base 2021";

O usuário terá 30 minutos para preencher os campos solicitados. Caso necessite de mais tempo, pode salvar o formulário como rascunho e reiniciar o preenchimento dos campos em outro momento. Conforme explicado no [manual do Portal Operadoras](#), em "Petições em Rascunho";

Caso o usuário seja o Representante Legal da operadora perante a ANS, o novo protocolo relativo à Pesquisa de Satisfação já estará disponível no Protocolo Eletrônico de forma automática.

Quais são os perfis de acesso?

Por padrão do sistema, o Representante Legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas. Como o envio da Pesquisa gera um novo protocolo, o Representante Legal da operadora poderá conceder o acesso a novos usuários. Para isso, basta seguir o passo a passo descrito no [manual disponível](#) no Portal Operadoras;

Para evitar que o representante legal tenha que acessar o "ADMP Operadora" toda vez que for necessário gerir o acesso de um usuário, é possível conceder acesso a estes perfis a quem tenha acesso ao sistema "ADMP Operadora", delegando assim a concessão destes perfis.

Quais são as instruções para preenchimento do formulário?

O Termo de Responsabilidade da Pesquisa é gerado automaticamente pelo sistema e deve ser assinado digitalmente pelo Responsável Legal da Operadora e pelo Responsável Técnico (estatístico);

Preenchimento do link no portal da operadora, onde a pesquisa de satisfação do ano-base 2021 foi disponibilizada;

Preenchimento de informações relativas à identificação do Auditor independente com seu CPF;

Preencher os campos referentes às informações importantes, que constam no Relatório com os Resultados de Pesquisa, tais como: período de realização da pesquisa, tamanho da amostra, taxa de respondentes, erro amostral, etc.;

Em cada um dos 10 quesitos, informar valores obtidos em cada opção de resposta. Os valores informados nesses campos deverão ser iguais aos valores apresentados no relatório, contendo os resultados da pesquisa. O somatório de cada questão precisa totalizar 100%, ou pelo menos, entre 99 e 101%, pois depende do arredondamento utilizado;

Qualquer inconsistência poderá acarretar o indeferimento do pleito.

Quais documentos devem ser anexados no e-protocolo?

Termos de Responsabilidade da Pesquisa assinados pelo responsável legal da operadora e o responsável técnico pela pesquisa (IMPORTANTE: os termos serão gerados automaticamente pelo sistema após o preenchimento das respostas);

Relatório final da Pesquisa disponibilizado pela operadora em seu Portal eletrônico, e deverá ser o mesmo divulgado pela operadora em seu portal na internet;

Parecer de Auditoria Independente;

"Print" da página da operadora onde a pesquisa foi divulgada;

Caso a operadora deseje, poderá encaminhar outros anexos relativos à Pesquisa através do E-Protocolo também, tais como a Nota Técnica da Pesquisa e o Relatório de Auditoria Independente.

Para dúvidas sobre concessão de acesso no Portal Operadoras entrar em contato pelo e-mail portaloperadoras@ans.gov.br

Para dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato pelo e-mail: qualidade.dides@ans.gov.br

FORNECEDORES DE PRODUTOS PARA HOSPITAIS E OPERADORAS REGISTRAM QUASE R\$ 1,5 BI DE ATRASO

Folha UOL – 24/04/2022

Levantamento anual da Abraidi aponta impacto maior sobre empresas de menor porte

A Abraidi (Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde) divulga nesta semana seu novo levantamento anual sobre os recursos contingenciados por hospitais e planos de saúde aos fornecedores do setor.

Trata-se de uma questão da qual a entidade se queixa há anos e diz que piora diante das fusões e aquisições de empresas de saúde suplementar, que fragilizam os fornecedores de pequeno e médio porte.

O valor superou R\$ 1,4 bilhão, diz a Abraidi.

O problema maior, segundo a associação, são as retenções de faturamento, quando a fonte pagadora, que pode ser o plano de saúde ou o hospital, após a realização de uma

cirurgia previamente autorizada, não permite o faturamento dos produtos consumidos, ou seja, postergam o pagamento

O valor contingenciado registrado supera os R\$ 720 milhões, de acordo com o estudo, sendo R\$ 347 milhões por hospitais privados, R\$ 339 milhões por planos de saúde e cerca de R\$ 37 milhões por hospitais públicos.

A Abraidi calcula que o valor retido por hospitais cresceu 205% desde a primeira pesquisa, há cinco anos, e que diz que o prazo médio entre a realização da cirurgia e a emissão da nota fiscal chega a 121 dias.

O levantamento também aponta aumento das glosas injustificadas, quando a operadora ou o hospital se negam a pagar alguns produtos, materiais ou equipamentos usados em cirurgia previamente autorizada por eles próprios, uma prática que atinge quase 80% dos associados e supera R\$ 116 milhões, segundo a Abraidi, que também relata inadimplência de R\$ 610 milhões.

CÂMARA DEVE VOTAR PROJETO QUE LIBERA TELEATENDIMENTO MÉDICO EM FARMÁCIAS

Folha UOL – 24/04/2022

Projeto que regulamente a telemedicina pode abrir caminho para modalidade de atendimento

A Câmara dos Deputados deve votar em breve um projeto de lei que poderá abrir caminho para o teleatendimento médico em farmácias. Hoje a lei proíbe a realização de consultas nesses estabelecimentos comerciais.

Pelo modelo proposto, a farmácia poderá fechar parcerias com grandes redes de hospitais ou até mesmo com planos de saúde. Por meio de totens, poderia realizar exames

simples, como aferição de pressão arterial e de glicose no sangue. Para os estabelecimentos, a vantagem é levar os usuários até às lojas e aumentar a circulação.

O projeto 1998/2020 é de autoria conjunta de 15 deputados de diversos partidos e foi elaborado para institucionalizar a telemedicina, muito utilizada no período de restrição de circulação durante a pandemia de coronavírus. Segundo argumentam, o objetivo é “ampliar o acesso, aumentar a qualidade e reduzir o custo dos serviços de saúde no Brasil”.

PLANOS DE SAÚDE: QUAL EMPRESA MAIS SE BENEFICIARÁ COM O REAJUSTE DE PREÇOS, SEGUNDO ÁGORA

Money Times – 20/04/2022

A Ágora Investimentos estima um aumento de 15,8% nos preços dos planos de saúde individuais em 2022, saindo de uma queda de 8,2% em 2021.

Nesse cenário de elevação de preços, a Hapvida (HAPV3) deve apresentar o maior impacto positivo, uma vez que 24% de seus beneficiários possuem planos individuais. NotreDame, também da Hapvida, fica em segundo lugar, com 11% de beneficiários com planos individuais, seguida de SulAmérica (SULA11), com 6%, e do mercado geral, com 18%.

A projeção de alta de 15,8% da corretora tem como base, entre outros fatores:

- a variação do custo médico por usuário de 21% em 2021/20, ante 9% em 2020/19; e
- o IPCA, excluindo os planos médicos, de 10,4%, ante 4,6% em 2021.

Segundo a corretora do Bradesco (BBDC4), a variação anual dos custos médicos para planos individuais foi em média de

4,7% durante os dois anos de pandemia, bem abaixo dos 12% registrados em 2019/18 e 11% em 2018/17.

“O custo/usuário para planos individuais em 2021 ficou apenas 10% acima de 2019 (apesar da pressão da

Covid-19), enquanto abaixo em Hapvida, NotreDame e Amil”, comentam Marcio Osako e Maria Clara Negrão, que assinam o relatório divulgado nesta quarta-feira (20).

Na visão dos analistas, o fato indica que os procedimentos não realizados em 2020 foram perdidos ou não recuperados em 2021.

PLANOS DE SAÚDE TÊM NOVO REGISTRO DE ALTA E ULTRAPASSAM 49 MILHÕES DE VÍNCULOS NO PAÍS

Grupo Mídia – 20/04/2022

Análise do IESS aponta que maior volume de beneficiários está inserido em planos coletivos empresariais

O número de beneficiários inseridos em planos médico-hospitalares, em fevereiro de 2022, ultrapassou a marca de 49 milhões em todo o País.

Comparado com o mesmo mês do ano anterior, quando havia 47,5 milhões, o volume representa um acréscimo de 1,4 milhão de vínculos, alta de 3,1% no período de 12 meses.

Os dados constam na Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 68, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estudo mostra que o tipo de contratação que mais cresceu no período é o coletivo empresarial, que teve acréscimo de 1,5 milhão de vínculos — eram 32,2 milhões de beneficiários, em fevereiro de 2021, e saltou para 33,8 milhões em fevereiro deste ano, uma alta de 4,8%.

A modalidade em questão representa a maioria do total de beneficiários (69%).

O saldo de vínculos em planos coletivos empresariais tende a acompanhar o número de trabalhadores formais com base nos dados do Caged.

Entre fevereiro de 2020 e 2021, o estoque de empregos formais foi de 38,6 milhões para 41,2 milhões, respectivamente, um saldo de 2,6 milhões (crescimento e 6,7%).

O número de beneficiários nesse tipo de plano, no entanto, foi de 32,3 milhões para 33,8 milhões (crescimento de 4,8%) no período.

Em números absolutos, o maior crescimento em novas adesões a planos médico-hospitalares no País, ocorreu no estado de São Paulo, que teve um acréscimo de 472 mil beneficiários no período de 12 meses analisados pela NAB. Eram 17,2 milhões de vínculos, em fevereiro de 2021, e passou para 17,7, em fevereiro deste ano.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o estoque acumulado de empregos formais, que registrou crescimento em todos os setores, justifica o aumento de adesões em planos coletivos empresariais, especialmente no Estado de São Paulo.

“Enquanto houver saldo positivo de empregos formais, a tendência será de crescimento em número de beneficiários nesse tipo de plano. Observamos também que apesar de registro de queda no saldo de empregos em faixas etárias mais avançadas, houve aumento no número beneficiários, o que demonstra o grau de preocupação com a saúde”, observou.

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