

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS faz ajustes no arquivo de conferência do SIB](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS inclui novos medicamentos na lista de coberturas obrigatórias](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Contratações de planos odontológicos crescem 8,3% em um ano](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde deve ressarcir o SUS pelo atendimento de segurados, confirma AGU na justiça](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Alta acumulada dos planos de saúde em dois anos foi de 6,04%](#)- Fonte: Fenasaúde

[Parlamentares propõem suspensão de reajuste de 15,5% em planos de saúde](#) - Fonte: Exame

[Com reajuste, nascem alternativas para manter o plano de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Padrão TISS: Prorrogado prazo para envio dos dados de março](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS estabelece teto para reajuste de planos de saúde individuais e familiares](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde coletivos empresariais crescem e atingem 33,8 milhões de vínculos no país](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Setor de saúde amplia endividamento com consolidação e juros maiores; sinistros também avançam](#) - Fonte: InfoMoney

[Boletim Covid-19: Informativo da ANS completa dois anos](#) - Fonte: GOV (ANS)

ANS FAZ AJUSTES NO ARQUIVO DE CONFERÊNCIA DO SIB

GOV (ANS) – 01/06/2022

Ferramenta agora passa a mostrar a data de primeira contratação nos dados cadastrais de beneficiários da operadora.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez ajustes no Arquivo de Conferência - CNX do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). A ferramenta agora expõe a “data de primeira contratação” nos dados cadastrais de beneficiários da operadora.

Essa informação refere-se à data em que o beneficiário contratou um plano em uma operadora pela primeira vez, sendo informada no movimento de inclusão do registro, e caracteriza o início de um vínculo que não existia antes. Esta data é fixada no registro do beneficiário, independente de ocorrer posteriormente um procedimento de mudança contratual, ou uma transferência automática de carteira entre operadoras quando aplicável.

Desta forma, nos casos em que não houver movimentação nos registros, as duas datas se mostrarão iguais, ou seja, a data de primeira contratação e a data de contratação serão idênticas.

Já os registros que passarem pela movimentação de mudança contratual ou que sejam objeto de transferência automática de carteira, irão conservar a data de primeira contratação fixa, sem alteração, e mostrarão no campo data de contratação aquela na qual o beneficiário passou a usufruir da cobertura no novo produto (data informada pela operadora por meio do movimento de Mudança Contratual no arquivo XML) ou na nova operadora (data da efetiva transferência).

É importante destacar que a data de contratação mais recente será a que a operadora deverá considerar em caso de

encaminhamento de movimentações posteriores (nova mudança contratual, cancelamento ou reativação), pois, para o sistema, esta última funciona como uma “nova” data de contratação que passa a compor o histórico do vínculo do beneficiário, caracterizando a continuidade de um vínculo previamente existente.

Como funciona o Arquivo de Conferência

A ANS, mediante solicitação da operadora, gera o Arquivo de Conferência (CNX). Este indica a situação atualizada de todos os dados cadastrais de beneficiários da operadora, ativos e inativos, processados com sucesso pela Agência até a última atualização cadastral.

Com o arquivo CNX, a operadora poderá obter os dados de interesse relacionados à identificação pessoal, ao endereço e à contratação, e comparar sua base de dados com a base informada pela operadora à ANS, possibilitando a correção das informações divergentes.

A operadora deverá solicitar o Arquivo de Conferência (CNX) no Espaço da Operadora e aguardar a sua geração em até 20 dias. O arquivo é disponibilizado por meio do aplicativo Protocolo de Transmissão de Arquivos (PTA).

Para fins regulatórios, os sistemas da ANS armazenam todas as informações prestadas nas movimentações encaminhadas pela operadora em seu cadastro de beneficiários, seja inclusão, retificação, cancelamento, mudança contratual ou reativação, as quais são utilizadas inclusive para alimentação de outras ferramentas, como o Guia de Planos da ANS, para demonstração ao beneficiário, por exemplo, dos direitos relativos a carências decorrentes de prazos de permanência cumpridos, reforçando a importância do emprego correto dos procedimentos junto ao SIB.

ANS INCLUI NOVOS MEDICAMENTOS NA LISTA DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS

GOV (ANS) – 30/05/2022

Terapias incorporadas são destinadas a seis tratamentos orais contra o câncer.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião da Diretoria Colegiada realizada nesta segunda-feira, 30 de maio, a inclusão de mais seis terapias antineoplásicas orais no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e, a partir de então, as operadoras de planos de saúde passarão a ser obrigadas a oferecer os tratamentos aos beneficiários em um prazo de até dez dias, de acordo com a legislação (lei 14.307/2022, parágrafo 5º).

Estão sendo incorporados 4 medicamentos, sendo que um deles tem três indicações de uso:

- Apalutamida, para tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm);
- Acalabrutinibe, com três indicações diferentes - para o tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC), em primeira linha de tratamento ;
- para tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC) recidivada ou refratária;

- para o tratamento de pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) que receberam pelo menos uma terapia anterior;

- Enzalutamida, para tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm); e

- Lorlatinibe, para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK), em primeira linha.

Todas as inclusões foram submetidas à ANS pelo FormRol, em processo de análise e incorporação continuados da Agência, que passam por discussão da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) e por participação social ampla, por meio de consulta pública; neste caso a 95, realizada de 1º a

20 de abril. Além da consulta pública, as propostas de incorporação que tiveram recomendação preliminar de não incorporação também foram objeto da audiência pública nº 21, realizada em 08 de abril. Clique aqui para saber mais sobre a consulta pública e aqui para mais informações sobre a audiência pública.

Rol cada vez maior

As seis terapias se somam às mais de 3 mil tecnologias em saúde que formam o Rol - a lista que constitui a cobertura obrigatória para os planos de saúde regulamentados, ou seja, contratados após 02/01/1999 ou adaptados à Lei 9.656/98. O Rol contempla atendimento, exames diagnósticos e tratamentos para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

CONTRATAÇÕES DE PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCEM 8,3% EM UM ANO

IESS – 30/05/2022

O número de adesões a planos exclusivamente odontológicos segue em alta no País. Em 12 meses, entre março do ano passado e o mesmo mês deste ano, o volume de beneficiários cresceu 8,3%, passando de 27,1 milhões para 29,4 milhões, aponta a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 69, desenvolvida pelo IESS.

Durante um ano, o estado de São Paulo apresentou o maior crescimento em consolidação de novos vínculos (659,4 mil). A maior queda registrada no período ocorreu em Sergipe com perda de 1,4 mil beneficiários.

O estudo revela que, em março, dos 24,1 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 82,3%

possuíam um plano coletivo. Desses, 87,6% eram do tipo coletivo empresarial e 12,4% do tipo por adesão.

A maioria dos beneficiários desse tipo de plano está na faixa etária de 19 a 58 anos (21,2 milhões). Outros 5,7 milhões estão na faixa de 0 a 18 anos e 2,5 milhões têm 59 anos ou mais. A maior concentração de vínculos, no entanto, está no Sudeste (17,4 milhões), seguido pelas regiões Nordeste (5,6 milhões), Sul (3,2 milhões), Centro-Oeste (1,8 milhão) e Norte (1,4 milhão).

Para mais detalhes sobre a NAB 69, [clique aqui](#).

PLANO DE SAÚDE DEVE RESSARCIR O SUS PELO ATENDIMENTO DE SEGURADOS, CONFIRMA AGU NA JUSTIÇA

GOV (ANS) – 30/05/2022

Valores arrecadados serão repassados integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

A Advocacia-Geral da União (AGU) obteve na Justiça decisão que obriga uma cooperativa de saúde a ressarcir as despesas que o Sistema Único de Saúde (SUS) teve com o tratamento de covid-19 de beneficiários da entidade.

A atuação ocorreu após a Federação de Sociedades Cooperativas Médicas do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima (FAMA) ajuizar ação contra a Agência Nacional de Saúde (ANS) e outros entes públicos para pedir que a União se abstivesse de cobrar os valores gastos pela rede pública.

Mas a AGU, por meio da Equipe Regional em Matéria Regulatória da Procuradoria-Regional Federal da 1ª Região (ER-REG/PRF1) e da Procuradoria Federal junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (PF/ANS), sustentou que a entidade não poderia deixar de fazer a cobrança, uma vez que o ressarcimento é estabelecido por lei (nº 9.656/1998, art. 32).

A norma envolve apenas coberturas que são de fornecimento obrigatório pela operadora e estão previstas nos instrumentos contratuais ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Os valores arrecadados são integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

Os procuradores federais que atuaram no caso explicaram que a obrigação do ressarcimento desestimula o não

cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Segundo a AGU, a regra visa justamente impedir que os planos de saúde tenham enriquecimento sem causa, recebendo mensalidades de clientes para que os serviços de saúde que deveriam oferecer sejam prestados pelo SUS.

“Outro argumento de relevo refere-se à importância de as operadoras despenderem recursos para aperfeiçoar a sua rede de hospitais e clínicas credenciadas. Quando a operadora não dispõe de uma rede credenciada adequada, os beneficiários não possuem outra alternativa do que

recorrer aos hospitais públicos”, acrescenta o procurador-chefe da Procuradoria Federal junto à ANS, Daniel Junqueira Tostes.

A 2ª Vara da Seção Judiciária de Roraima acolheu os argumentos da AGU e julgou improcedente o pedido da entidade. “A sentença constitui um precedente importante. Embora a constitucionalidade do artigo 32 da Lei 9.656/1998 tenha sido reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, há uma série de ações judiciais buscando a abstenção de cobrança e/ou compensação de diversas formas”, conclui Daniel Junqueira.

ALTA ACUMULADA DOS PLANOS DE SAÚDE EM DOIS ANOS FOI DE 6,04%

FenaSaúde – 30/05/2022

Esta semana, a série Mitos e Verdades – ação de comunicação voltada a desmistificar temas que envolvem o funcionamento da saúde suplementar – relembra que o reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais, de 15,5%, veio seguido à redução de - 8,19% nas mensalidades, em 2021. No acumulado desses dois anos, a alta de preços dos planos foi de apenas 6,04%, muito abaixo dos 18,7% que o IPCA deve registrar em 2021 e 2022, segundo projeções do Boletim Focus, do Banco Central.

O índice de 2022 foi apreciado pelo Ministério da Economia e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada na tarde de 26/05. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e o reajuste poderá ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato, ou seja, no mês da contratação do plano. Para chegar ao percentual de 2022, a ANS utilizou a metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019, que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) descontado o subitem Plano de Saúde.

O cálculo é baseado na diferença das despesas assistenciais por beneficiário dos planos de saúde individuais de um ano para o outro. Dessa forma, o índice de 2022 resulta da variação das despesas assistenciais ocorridas em 2021 em comparação com as despesas assistenciais de 2020.

Em 2021, a Agência anunciou, pela primeira vez um percentual de reajuste negativo (-8,19%), o que resultou na redução das mensalidades no período de maio de 2021 a abril de 2022. O percentual negativo refletiu a queda de 17% no total de procedimentos (consultas, exames, terapias e cirurgias) realizados em 2020, em relação a 2019, pelo setor de planos de saúde. A redução da utilização dos serviços aconteceu em decorrência das medidas protetivas adotadas para evitar a disseminação da Covid-19. Em 2021, com a retomada gradativa da utilização dos planos de saúde pelos beneficiários, as despesas assistenciais apresentaram crescimento, influenciadas principalmente pela variação no preço dos serviços/insumos de saúde.

Na pandemia, muito abaixo da inflação

MITO

Os reajustes das mensalidades dos planos de saúde individuais autorizados pela ANS estão muito acima da inflação.

VERDADE

O reajuste ora autorizado se segue à redução de - 8,19% nas mensalidades determinada pela ANS em 2021. No acumulado, a alta de preços dos planos nestes dois anos foi de apenas 6,04%, muito abaixo dos 18,7% que o IPCA deve registrar em 2021 e 2022, segundo projeções de mercado.

#somospartedasolução

FenaSaúde

PARLAMENTARES PROPÕEM SUSPENSÃO DE REAJUSTE DE 15,5% EM PLANOS DE SAÚDE

Exame – 27/05/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorizou que planos de saúde individuais e familiares reajustem os preços em até 15,5% entre maio de 2022 e abril de 2023.

Depois que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorizou o reajuste de até 15,5% nos planos de saúde, nesta sexta-feira, 27, parlamentares apresentaram propostas para suspender a decisão. Na Câmara, foram apresentados sete projetos de decretos legislativos e um projeto de lei. No Senado, um projeto de lei também sugere acabar com o aumento neste ano.

A ANS autorizou que planos de saúde individuais e familiares reajustem os preços em até 15,5% entre maio de 2022 e abril de 2023. A decisão foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) desta sexta-feira. Esse foi o maior percentual de reajuste anual autorizado pela ANS desde 2000, início da série histórica. O aumento nos preços deve afetar 8,9 milhões de pessoas.

Os projetos de decretos legislativos partiram de legendas variadas. Um é de autoria do pré-candidato à Presidência da República André Janones (Avante-MG) e de Célio Studart (PSD-CE). Também apresentaram propostas para sustar os efeitos da decisão da ANS os deputados Sanderson (PL-RS), Soraya Manato (PTB-ES), Léo Moraes (Podemos-RO), Eduardo da Fonte (PP-PE), Ivan Valente (PSol-SP) e Rafael Motta (PSB-RN).

Um projeto de lei no mesmo sentido foi apresentado por Alexandre Frota (PSDB-SP). O texto propõe a suspensão dos reajustes anuais dos preços dos planos de saúde em 2022 e 2023. "Não há como a população arcar com este reajuste fora de qualquer senso de realidade da atual situação do povo brasileiro", argumenta Frota, na proposta.

No Senado, Randolfe Rodrigues (Rede-AP) apresentou um projeto de lei e um projeto de decreto legislativo prevendo a suspensão dos reajustes nos preços de planos de saúde em 2022. Ele também pediu à presidência do Senado a convocação do diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, para explicar o aumento. "Não há contexto que justifique essas altas, que vão dificultar ainda mais o acesso a serviços hospitalares", disse.

"Estão impondo um aumento sem que haja qualquer perspectiva de melhora na economia. Pelo contrário, o cenário só está se agravando", acrescentou. Para Randolfe, o reajuste desconsidera os impactos da pandemia de covid-19, que fez com que brasileiros precisassem de atendimento médico especializado.

O projeto de lei apresentado pelo senador também suspende os aumentos nos preços dos medicamentos em 2022. Em 31 de março, o governo autorizou reajuste anual no preço dos medicamentos de até 10,89%.

COM REAJUSTE, NASCEM ALTERNATIVAS PARA MANTER O PLANO DE SAÚDE

Saúde Business – 27/05/2022

Administradoras de benefícios criaram junto com as operadoras mais de 50 novos produtos para acomodar clientes que queiram migrar de plano em 2022, exercendo a portabilidade. Conheça as regras.

O plano de saúde é muito valorizado entre os que possuem o benefício. É considerado a 3ª maior conquista dos brasileiros em 2021. Na faixa etária acima de 50 anos, benefício só perde para a casa própria em importância. Para aposentados, é prioridade absoluta e supera a moradia, de acordo com a Pesquisa ANAB de Planos de Saúde, divulgada no final do ano passado. Justamente por isso, as administradoras de benefícios criaram junto com as operadoras mais de 50 novos produtos para acomodar clientes que queiram migrar de plano em 2022; já pensando no impacto dos reajustes anuais.

"As nossas empresas associadas estão atuando para orientar os consumidores a fazerem seus cálculos e optarem por alternativas muito próximas ao produto que já dispunham e, assim, manter o plano de saúde, que é tão importante para o brasileiro. A pandemia da Covid-19 ascendeu um alerta na

população em relação à saúde e a prevenção de doenças, tornando essa uma preocupação ainda mais presente", destaca Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) e advogado especializado em Direito na Saúde.

O número de beneficiários de planos de saúde no país passou dos 49 milhões em fevereiro, o maior desde janeiro de 2016, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A atuação das administradoras de benefícios, nos últimos 10 anos, gerou economia de mais de R\$ 7 bilhões aos clientes, de acordo com levantamento feito pela ANAB em maio deste ano. Esse valor representa a diferença entre o reajuste anual pedido pelas operadoras e o efetivamente cobrado dos clientes após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores.

De acordo com Alessandro Acayaba de Toledo, o reajuste médio aplicado este ano pelas administradoras deve ficar em 18%.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIA - “Caso o consumidor identifique que o plano já não se encaixa em seu orçamento, depois do reajuste, pode sempre contar com o recurso da portabilidade, uma alternativa que permite trocar o plano ou a operadora levando consigo os prazos de carência já cumpridos. O Guia ANAB de Portabilidade dos Planos de Saúde, está disponível em nosso site, pode ajudar o consumidor nesse caminho”, destaca Alessandro.

Confira os requisitos para a portabilidade:

- Ter um plano de saúde contratado a partir de 01/01/1999 ou adaptado à Lei dos Planos de Saúde;
- Estar com o contrato ativo;
- Estar em dia com as mensalidades;
- Ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano.

Pesquisa ANAB de Planos de Saúde - Para levantar os dados, foram entrevistados no final de 2021 mais de 1 mil beneficiários de planos de saúde a partir de 16 anos em todo o país, com amostras em capitais, regiões metropolitanas e cidades de interior. Também consideraram fatores como gênero, idade, escolaridade, renda familiar e ocupação. Foi realizada entre os dias 16 e 28 de setembro por meio de entrevistas telefônicas com 1006 respondentes em 420 municípios do país. De acordo com o Instituto Bateiah Estratégia e Reputação, parceiro da ANAB na pesquisa, a margem de erro é de 3%.

Percepção dos planos - O plano como conquista também tem uma relação direta com a percepção de segurança do beneficiário sobre sua saúde. Ao menos 69% disseram que o benefício é uma salvaguarda em casos de necessidade, enquanto que para 31% é uma necessidade recorrente.

Quando precisam utilizar os serviços do plano, a maioria dos beneficiários recorrem a consultas com especialistas (69%) seguida de exames (13,3%) e emergência (8,7%). O levantamento da ANAB também verificou que mesmo com plano, 42% dos beneficiários utilizam serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. O serviço de vacinação é o mais mencionado entre o uso no SUS, indicado por 49,3% dos respondentes. A procura é maior entre os mais velhos e a população com menor poder aquisitivo.

Avaliação do beneficiário - Na percepção dos beneficiários, a agilidade no atendimento é o fator mais importante em um plano de saúde, indicado por 24,2% dos respondentes. A facilidade de autorização de procedimentos aparece em segundo lugar com 15,4% seguida pela rede médica contemplada no contrato, com 14,4%. No top cinco aparecem ainda serviços oferecidos (11,1%) e rede de profissionais (10,9%).

Relação custo-benefício - O estudo da ANAB também analisou a relação entre custo e benefício do plano de saúde na visão dos clientes. Para 49,2% dos respondentes, a importância de ter um plano de saúde aumentou muito com a pandemia, no entanto, não são receptivos a possíveis aumentos. A resistência é ainda maior entre os homens, que representam 51,5% dos que reconhecem a importância do plano, mas não estão dispostos a pagar mais por isso. Em relação à idade, o percentual é maior entre os respondentes de 40 a 49 anos, que correspondem a 56,1% dos que não se dispõem a valores adicionais. No geral, apenas 20% dos entrevistados se mostram abertos a pagar mais pelo plano de saúde.

PADRÃO TISS: PRORROGADO PRAZO PARA ENVIO DOS DADOS DE MARÇO

GOV (ANS) – 27/05/2022

Operadoras terão até 15 de junho para encaminhar os arquivos da competência 03/2022.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou para 15 de junho o prazo para o envio dos dados da competência 03/2022 do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão TISS). A mudança de data aconteceu porque houve um período de pausa no processamento dos arquivos do Padrão TISS para que fossem processados aqueles recebidos até 30/04/2022, data de corte do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), ano-base 2021. O processamento do material recepcionado depois de 30 de abril será retomado após o término das atividades preparatórias do PQO.

As operadoras devem aguardar os próximos dias, verificando periodicamente o status do processamento dos arquivos e, neste resultado, os com status "rejeitado" e "processado parcialmente", pois isso indica que há lançamentos com erros a serem corrigidos e reenviados, para garantir a completude da informação e, conseqüentemente, o cumprimento da obrigação de envio de dados do Padrão TISS estabelecida na [Resolução Normativa nº 501/2022](#). Não é necessário registrar novas demandas sobre esse tema junto aos canais de comunicação da ANS.

É importante reforçar que a Agência disponibiliza, em sua página na internet, os seguintes materiais de apoio ao monitoramento, pelas operadoras, do cumprimento da obrigação referente ao envio dos dados do Padrão TISS:

- [Componentes do Padrão TISS](#)
- [Tabela de erros no envio para a ANS](#)
- [Arquivos de retorno e Relatórios dos dados do Padrão TISS](#)

- [Relatório de Batimento TISS x DIOPS](#)

As operadoras foram comunicadas da prorrogação do prazo para envio dos dados da competência 03/2022 do TISS por meio do [Ofício-Circular nº 2/2022/COIMO/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#).

ANS ESTABELECE TETO PARA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E FAMILIARES

GOV (ANS) – 26/05/2022

Percentual é o máximo que poderá ser aplicado em cima das mensalidades reduzidas pelo índice de 2021.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) limitou em 15,5% o índice de reajuste para os planos de saúde individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98). O percentual é o teto válido para o período entre maio de 2022 e abril de 2023 para os contratos de cerca de 8 milhões de beneficiários, o que representa 16,3% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil. Ao todo são 49,1 milhões de beneficiários com planos de assistência médica no País, de acordo com dados referentes a março de 2022.

O índice de 2022 foi apreciado pelo Ministério da Economia e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada na tarde de 26/05. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e o reajuste poderá ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato, ou seja, no mês da contratação do plano.

Para chegar ao percentual de 2022, a ANS utilizou a metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019,

que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) descontado o subitem Plano de Saúde.

O cálculo é baseado na diferença das despesas assistenciais por beneficiário dos planos de saúde individuais de um ano para o outro. Dessa forma, o índice de 2022 resulta da variação das despesas assistenciais ocorridas em 2021 em comparação com as despesas assistenciais de 2020.

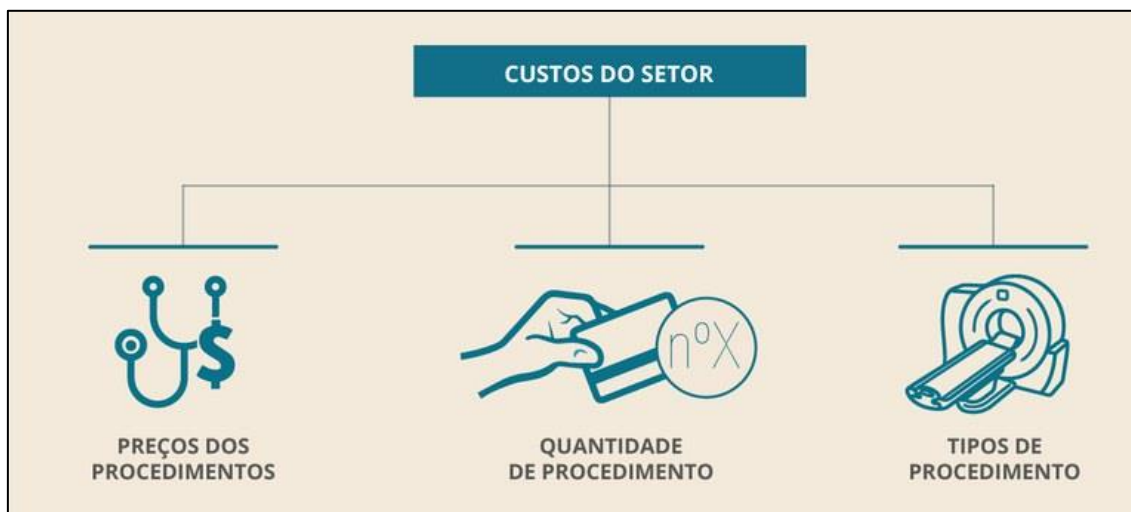
Em 2021, a Agência anunciou, pela primeira vez um percentual de reajuste negativo (-8,19%), o que resultou na redução das mensalidades no período de maio de 2021 a abril de 2022. O percentual negativo refletiu a queda de 17% no total de procedimentos (consultas, exames, terapias e cirurgias) realizados em 2020, em relação a 2019, pelo setor de planos de saúde. A redução da utilização dos serviços aconteceu em decorrência das medidas protetivas adotadas para evitar a disseminação da Covid-19. Em 2021, com a retomada gradativa da utilização dos planos de saúde pelos beneficiários, as despesas assistenciais apresentaram crescimento, influenciadas principalmente pela variação no preço dos serviços/insumos de saúde.



Despesas assistenciais em 2020 e 2021 – Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano

de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.



Os gastos assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 20,35% em 2021 comparado a 2020. No entanto, a frequência no uso de serviços de saúde no setor em 2021 não cresceu neste mesmo ritmo, exibindo uma retomada mais gradual em relação ao ano anterior, principalmente quanto às consultas e internações. Esses dados indicam que grande parte da

variação positiva dos custos assistenciais de 2021 ante a 2020 se deve à forte variação no preço desses serviços.

Como a frequência na utilização de serviços apresentou queda bastante acentuada em 2020, a retomada em 2021, ainda que gradual, foi suficiente para que, ao lado de um aumento acentuado nos preços dos insumos e serviços, acelerasse o índice deste ano para 15,5%.

Importante!

Tanto o índice de reajuste de 2021, quanto o de 2022 tiveram forte impacto da pandemia de Covid-19. Dessa forma, não se pode analisar o percentual calculado para o reajuste de 2022 sem considerar o contexto e os movimentos atípicos no setor de planos de saúde nos últimos dois anos.

O índice de reajuste dos planos individuais reflete o comportamento das despesas assistenciais no ano anterior. Logo, em 2020, com a redução da frequência de utilização, a ANS definiu um reajuste negativo inédito, de -8,19%. Em 2021, com a retomada gradativa da utilização dos serviços de saúde e o aumento dos custos no setor, o índice autorizado retratou esse aumento de despesa. Ressalta-se ainda que os custos sofreram a influência do maior período inflacionário desde 2003.

Sendo assim, o reajuste acumulado de 15,5% em 2022 com o reajuste de -8,19% em 2021 equivale ao aumento de 2,97% por anos nesses dois anos de pandemia de Covid-19.

As informações sobre as despesas assistenciais do setor estão disponíveis no Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, publicação em formato de painel dinâmico atualizada trimestralmente pela ANS.

Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais e familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (15,5%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo

feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato. Se o mês de aniversário do contrato é maio, será permitida a aplicação retroativa do reajuste, na forma permitida pela RN nº 171/2008.

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE NOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

No exemplo abaixo, foi considerado o valor de R\$ 100 para a mensalidade de um plano de saúde com aniversário em maio. Para saber a data de aniversário do seu plano, verifique no contrato o mês em que ele foi assinado.

2022

Consumidor recebeu em **Maio** boleto ainda sem reajuste.

MAI

R\$ 100,00 (mensalidade)
=
R\$ 100,00 (total)

Consumidor recebeu em **Junho** boleto ainda sem reajuste.

JUN

R\$ 100,00 (mensalidade)
=
R\$ 100,00 (total)

Consumidor receberá em **Julho** a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a **Maio**.

JUL

R\$ 115,50 (mensalidade reajustada)
+
R\$ 15,50 (retroativo maio)
=
R\$ 131,00 (total)

Consumidor receberá em **Agosto** a nova mensalidade reajustada, incluindo valor retroativo referente a **junho**.

AGO

R\$ 115,50 (mensalidade reajustada)
+
R\$ 15,50 (retroativo junho)
=
R\$ 131,00 (total)

Consumidor receberá em **SET** a nova mensalidade reajustada .

SET

R\$ 115,50 (mensalidade reajustada)
=
R\$ 115,50 (total)

Metodologia de cálculo do percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares

Fruto de estudos robustos, efetuados pela Agência ao longo dos anos e amplamente discutido com o setor e a sociedade, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

[Assista ao vídeo sobre a metodologia de planos individuais ou familiares](#)

[Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares](#)

[Perguntas e respostas sobre o Reajuste 2022](#)

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo

adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Guia ANS](#), no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas novas regras trazidas pela RN nº 438/18, confira aqui.

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS: 0800 701 9656
- Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico www.gov.br/ans
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Núcleos de Atendimento Presencial: confira os endereços e horários [aqui](#).

PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS CRESCEM E ATINGEM 33,8 MILHÕES DE VÍNCULOS NO PAÍS

Revista Cobertura – 26/05/2022

Modalidade representa 69% do total de beneficiários, aponta análise do IESS.

O Brasil continua em franco crescimento em relação a novas adesões de planos médico-hospitalares — já são mais de 49 milhões de vínculos registrados até março. Desses, a maior parte, 33,8 milhões, que representa 69% do total geral, são do tipo coletivo-empresarial, modalidade que mais tem crescido nos últimos meses, revela a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 69, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

De acordo com o estudo, em um ano, houve acréscimo de 1,3 milhão de vínculos do tipo coletivo empresarial, (uma alta de 4,2%). Eram 32,5 milhões de beneficiários, em março de 2021, e saltou para os atuais 33,8 milhões, em março deste ano.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o registro crescente de novas adesões, especialmente a planos empresariais, se justifica, pois está diretamente interligado à oferta de empregos gerada no País. “Observamos que essa tendência tem sido constante nos últimos meses, fato que mantém o segmento aquecido e, conseqüentemente, mais pessoas podendo contar com o benefício de ter um plano, o que é mais importante”, afirma.

Mercado de trabalho aquecido

Vale destacar que o plano coletivo empresarial tende a acompanhar o número de trabalhadores formais com base nos dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). No mesmo período analisado, entre março de 2021 e o mesmo mês de 2022, o estoque de empregos formais foi de 38,7 milhões para 41,3 milhões, respectivamente, um saldo de 2,6 milhões (crescimento e 6,6%).

Do total de planos médico-hospitalares registrados no País — pouco mais de 49 milhões —, a maior parte está inserida em algum tipo de plano coletivo (40,1 milhões), sendo 33,8 milhões do tipo empresarial e 6,2 milhões no coletivo por adesão. Os outros 8,9 milhões estão vinculados a planos individual ou familiar.

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 347 mil beneficiários no período de 12 meses analisados pela NAB. Eram 17,3 milhões de vínculos, em março de 2021, e passou para 17,6, em março deste ano, alta de 2%.

[Clique aqui](#) para ver a NAB 69 na íntegra.

SETOR DE SAÚDE AMPLIA ENDIVIDAMENTO COM CONSOLIDAÇÃO E JUROS MAIORES; SINISTROS TAMBÉM AVANÇAM

InfoMoney – 26/05/2022

Disputa por aquisições de planos e hospitais deve continuar em 2022, assim como impacto maior da Selic sobre a dívida das empresas.

Além do maior peso da dívida sobre os resultados financeiros, as empresas do setor de saúde na bolsa, como Fleury (FLRY3), Hapvida (HAPV3), Qualicorp (QUAL3) e Rede D'Or (RDOR3), registraram aumento da sinistralidade nos três primeiros meses deste ano, o que pressionou as margens destas companhias.

Em entrevista ao **InfoMoney**, Rafael Barros, head de saúde e educação da XP Research, afirmou que o alto endividamento se deve ao movimento de “consolidação” do setor – o que, no jargão do mundo dos negócios, representa uma concentração de mercado nas mãos um grupo menor de empresas.

Segundo o analista, a disputa entre as empresas pela aquisição de planos de saúde e hospitais deve continuar, assim como a taxa Selic em alta, impactando os seus resultados, por conta de gastos financeiros de empréstimos antigos, referenciados pelo CDI, que varia conforme a taxa básica de juros.

De acordo com o analista, o comportamento dos juros – que saíram de 2% ao ano em dezembro de 2020 para 12,75% ao ano atualmente – deve ser acompanhado como uma lupa pelos investidores, merecendo uma atenção até maior do que o de variáveis macroeconômicas como desemprego, inflação ou renda, exatamente pelo impacto nos passivos.

Setor de saúde vê alta da dívida

Segundo o balanço da Hapvida, que finalizou em fevereiro fusão com NotreDame Intermédica (GNDI), a empresa passou de um caixa líquido de R\$ 1,523 bilhão, nos três primeiros meses de 2021, para uma dívida líquida de R\$ 6,189 bilhões no mesmo período de 2022. Assim, o índice de alavancagem, medida pela relação entre a dívida líquida e o Ebitda, saltou de -0,7 vez para +2,8 vezes.

Conforme a empresa, o avanço ocorreu pelo pagamento da parcela caixa para acionista GNDI no valor de R\$ 3,2 bilhões; pelo dividendo extraordinário do GNDI no valor de R\$ 1 bilhão; pela dívida proveniente do balanço de abertura do GNDI; e pelo Ebitda em 12 meses penalizado pela pandemia. Enquanto isso, no primeiro trimestre deste ano, a Hapvida reportou lucro ajustado de R\$ 78,1 milhões, queda de quase 70%. No pregão seguinte ao balanço, as ações derreteram 16,8%, com os analistas do Bradesco BBI apontando que, fora os impactos da Covid, aquisições e redução de preços dos planos, a sinistralidade caixa ficou bem acima dos níveis pré-pandemia.

“Achamos que esses níveis (de sinistralidade) são relativamente preocupantes, especialmente considerando a sazonalidade favorável e a pressão inflacionária atual, sugerindo riscos para nossas respectivas estimativas de 61,0% e 69,5% no longo prazo (excluindo sinergias)”, aponta o banco.

Compra da SulAmerica

No caso da Rede D'Or, que anunciou a compra em fevereiro a SulAmerica, o endividamento líquido consolidado subiu de R\$ 7,455 bilhões no primeiro trimestre de 2021 para R\$ 14,198 bilhões no primeiro trimestre de 2022. Dessa forma, a alavancagem passou de 2,5 vezes para 2,9 vezes.

Questionado sobre novas aquisições, em teleconferência com analistas, o CEO da Rede D'Or, Paulo Junqueira, afirmou que a empresa procura manter sua disciplina financeira, e que avalia compras considerando o retorno por dividendos, “olhando para ativos que interessam”, mas mantendo cautela.

A Rede D'Or reportou lucro líquido de R\$ 225,2 milhões no primeiro trimestre de 2022, recuo de 44,1% em relação ao mesmo trimestre de 2021. No balanço, a empresa afirmou que o resultado foi “impactado pelos efeitos da elevação de juros no resultado financeiro”.

Conforme seu balanço, as perdas financeiras líquidas saltaram 42,8%, por conta, principalmente, das maiores despesas em função da elevação das taxas de juros e aumento do endividamento médio.

Recompras e dividendos

Outra companhia que teve aumento no endividamento foi a Qualicorp, cuja dívida líquida encerrou o primeiro trimestre, em R\$ 1,407 bilhão, alta de 133%, o que elevou sua alavancagem a 1,37 vez, ante 0,56 vez de um ano antes.

Conforme a companhia, o aumento do endividamento se deve à menor geração de caixa livre, ao pagamento de aquisições, a recompras de ações e à distribuição de dividendos. No primeiro trimestre, a Qualicorp teve lucro 35,3% menor na comparação anual, por conta da “queda no Ebitda, maiores amortizações e despesas financeiras”.

Enquanto isso, as despesas financeiras líquidas subiram 333%, refletindo maiores juros de empréstimos e financiamentos atrelados ao CDI, junto com maior endividamento. A analistas, o CFO da Qualicorp, Frederico de Aguiar Oldani, afirmou que esse impacto “deve continuar pressionando o lucro nos próximos trimestres”.

Por fim, entre as maiores do setor, a Fleury registrou um incremento da dívida líquida de 9,5% na mesma base de comparação, para R\$ 1,545 bilhão. A razão entre dívida líquida e Ebitda subiu de 1,3 vez para 1,4 vez. E a receita líquida subiu 21,9%, para R\$ 1,090 bilhão.

Impactou o balanço da Fleury, segundo a empresa, o pior resultado financeiro, negativo em R\$ 65,6 milhões, acompanhando o crescimento da dívida e também os maiores gastos com juros.

Consolidação deve seguir

Mesmo com os efeitos sobre o endividamento, que se sobressaem em tempos de juros em alta, Barros, da XP, diz esperar que o movimento de consolidação continue, mas em um ritmo mais lento, em especial em se tratando da compra de planos de saúde.

Isso porque o nível de retorno esperado precisa ser maior conforme os juros aumentam. As compras devem se desacelerar, “a não ser que o mercado de ações melhore e abra uma janela para ‘follow on’ [oferta pública secundária de ações]”, explicou.

No caso de hospitais, o cenário é, no entanto, “diferente”, já que esses equipamentos são um “pilar estratégico” do setor, o que deve manter o apetite por aquisições.

Sinistralidade em alta, margens em queda

Da virada do ano até o primeiro trimestre, a sinistralidade das grandes empresas de saúde foi pressionada por conta dos efeitos da pandemia. Com o arrefecimento da crise, o indicador continuou, no entanto, em níveis elevados.

Em parte, isso ocorre por conta da busca maior por procedimentos eletivos de saúde que haviam sido adiados pelos clientes durante os surtos mais agudos de Covid, além da inflação dos custos das empresas.

Na Hapvida, o índice de sinistralidade caixa alcançou 72,9% nos três primeiros meses de 2022, avanço de 11,8 pontos percentuais na comparação com o mesmo período de 2021. Apesar da busca maior por procedimentos, o tíquete médio consolidado da Hapvida teve queda de 4,2% na mesma base de comparação, o que a empresa atribuiu principalmente ao reajuste negativo de 8,19% dos planos individuais divulgado pela ANS em 2021.

A margem Ebitda ajustada atingiu 8,6% nos três primeiros meses do ano, baixa de 11,5 pontos percentuais frente à margem registrada no primeiro trimestre de 2021.

A Rede D’Or não informou a sinistralidade no balanço. Mas o tíquete médio também teve queda de 3,2% frente ao primeiro trimestre de 2021.

A margem Ebitda ajustada atingiu 24,5% nos três primeiros meses do ano, baixa de 3,7 pontos percentuais frente à margem registrada no primeiro trimestre de 2021.

A Qualicorp não especificou sua sinistralidade e não detalhou o tíquete médio, apesar de apontar que houve queda, impactando a receita. A margem Ebitda ajustada recuou de 53,2% no primeiro trimestre de 2021 para 50,3% no mesmo período de 2022.

O Fleury não especificou sinistralidade ou tíquete médio. A margem Ebitda caiu de 31,9% para 30%.

Aquisições não beneficiaram margens

Em entrevista ao InfoMoney, Bruno Komura, analista da Ouro Preto Investimentos, disse que a sinistralidade tende a continuar alta no segundo trimestre. “Vemos um represamento de procedimentos eletivos, que devem ir voltando depois das restrições da pandemia”, diz.

Na avaliação de Barros, da XP, a queda nas margens é decepcionante, em especial no caso da Hapvida, já que era esperado aumento com a integração das aquisições recentes.

“Enxergamos que a integração não está sendo tão suave”. Segundo o analista, as empresas compradoras estão levando mais tempo do que o esperado para reduzir despesas e trazer a sinistralidade dos planos de saúde adquiridos para seus níveis.

Em especial no caso da Rede D’Or, que é uma grande compradora de hospitais, a companhia não está sendo capaz de levar imediatamente procedimentos realizados em outras unidades. Assim, o tíquete médio dos hospitais adquiridos não está aumentando, deixando de beneficiar as margens.

Segundo o analista, “a mensagem principal é: não queremos ver só crescimento, queremos ver resultado”.

Enrico Cozzolino, sócio e head de análise da Levante Ideias de Investimentos, afirmou que “sem dúvidas a sinistralidade comprometeu as margens das empresas do setor de saúde”. Em sua visão, a Hapvida decepcionou em seus resultados por conta de sinistralidade e endividamento altos. A empresa “não conseguiu traduzir as recentes aquisições em uma capacidade de gerar receita orgânica de maneira sólida”, disse.

Inflação e desemprego

As empresas são ainda desafiadas pelo cenário de aceleração da inflação e alta de desemprego. Barros, da XP, destacou que as empresas privadas são as grandes contratantes de planos de saúde para seus funcionários, de forma que um mercado de trabalho desaquecido prejudica planos corporativos.

A queda da renda também tem um impacto sobre o setor, sentido três ou quatro meses após a variação.

Komura, da Ouro Preto Investimentos, ressaltou que a inflação médica, em especial os custos com profissionais de saúde, pressionam as empresas. Ele pondera que as companhias têm potencial para controlar custos com economias em SG&A (sigla em inglês para despesas em serviços, gerais e administrativas) após fusões e aquisições.

Cozzolino, da Levante, reformou que o setor tem dificuldades em repassar ajustes diretamente, o que faz com que as companhias tenham que reduzir as margens conforme elevam receitas e mantêm lucro líquido, conjunção que vê como negativa para um “crescimento sustentável”.

Ele também ressaltou que há escassez de determinados medicamentos por conta principalmente da alta da demanda, além de relatos de falta de insumos por conta de medidas de lockdown na China, o que pode impulsionar a inflação do setor.

O analista acrescentou que as aquisições abrem a possibilidade de sinergias que beneficiem as margens. Mas disse não esperar que as SG&A sejam afetados imediatamente, “já que o enfoque das empresas no momento é melhorar o operacional e, portanto, as despesas não devem ser diminuídas”.

Entretanto, afirmou esperar que o impacto positivo das aquisições seja sentido apenas em 2023, junto a uma flexibilização maior do governo quanto a repasses de inflação dos planos após os efeitos mais intensos da pandemia.

BOLETIM COVID-19: INFORMATIVO DA ANS COMPLETA DOIS ANOS

GOV (ANS) – 25/05/2022

Edição de maio registra o menor número de reclamações desde o início da pandemia.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira (25) a edição de maio do Boletim Covid-19-Saúde Suplementar, com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde durante a pandemia de Covid-19. A edição deste mês marca os dois anos da publicação da ANS, que traz dados atualizados até abril de 2022.

O número de beneficiários apresentou aumento de 0,41% 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 6,3%.

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

Piso da enfermagem e ajustes da ANS

Barros, da XP, ressaltou que os ajustes dos planos coletivos são negociados caso a caso, o que dá maior margem para as empresas aplicarem aumentos. Já os ajustes dos planos individuais são determinados pela ANS (Agência Nacional de Saúde).

Após o ajuste negativo em 2021, a expectativa de Barros para 2022 é que haja uma compensação, com ajuste positivo em 15%, algo que deve ficar mais claro até o final de junho.

Cozzolino ressaltou que “a projeção da FenaSaúde é de uma subida de algo como 16% em 2022, nos planos de saúde individuais. Esse seria o maior reajuste já feito pela agência e poderá sim impactar as companhias”.

Um fator que deve pesar sobre os custos dos planos de saúde é, no entanto, a definição do piso da enfermagem, de R\$ 4.750, aprovada no início de maio pela Câmara dos Deputados. A medida ainda aguarda sanção presidencial.

Barros disse ser difícil avaliar o impacto no momento, já que é esperado algum tipo de medida compensatória, como desoneração, que não deverá ser aplicada de forma homogênea.

Komura, da Ouro Preto Investimentos, pontou que o impacto do ajuste será maior na esfera pública do que na privada.

Esta edição traz como novidade uma análise específica sobre os valores de sinistralidade contábil por tipo de contratação do plano. O indicador para planos individuais com vendas ativas apresentou o melhor desempenho, ficando até 9 pontos percentuais menor que o de planos coletivos por adesão.

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 maio do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar.](#)

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica relativo a abril de 2022 segue a tendência de crescimento observada desde julho de 2020. O total de 49.395.520 beneficiários representa aumento de 0,41% em relação a março 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 abril 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 78% no período, seis pontos percentuais acima do observado em abril de 2021.

A ocupação de leitos comuns e de UTI para casos de Covid-19 apresentou nova queda em abril de 2022, passando de 44% para 38%. Já a ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos manteve estabilidade em relação ao mês anterior, tendo ficado em 81% no mês de abril.

A busca por exames e terapias ficou 18% acima do patamar verificado em abril 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 sem UTI voltou a ficar mais alto do que o custo da internação clínica. Enquanto o custo da diária da internação para Covid-19 com UTI ficou acima do custo das diárias de internação cirúrgica e clínica no período analisado.

Exames

Os dados sobre realização de exames de detecção de Covid-19 destacam que, em fevereiro de 2022, houve queda expressiva de 77,9% no número de exames de RT-PCR. A pesquisa de anticorpos também registrou queda, embora menos expressiva, de 15,2% em relação a janeiro de 2022. Na comparação com o mesmo período de 2021, o RT-PCR teve uma queda de 49,5% e os exames de anticorpos apresentaram uma queda de 23,1%.

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 aumento de 10 pontos percentuais na sinistralidade de abril em relação ao mês anterior. A prévia da taxa de sinistralidade do 2º trimestre (com dados de abril) atingiu 87%, cinco pontos

percentuais acima da sinistralidade trimestral de mesmo período de 2019. A ANS permanecerá monitorando a evolução desses dados no setor.

Esta edição traz também valores de sinistralidade contábil segregados por tipo de contratação. Tais dados, mensurados sob o regime de competência e com metodologia própria, não devem ser confundidos com os de sinistralidade de caixa das operadoras.

Observa-se a mesma tendência nas sinistralidades contábeis segregadas por tipo de contratação durante a pandemia, sendo os valores do 4º trimestre de 2021 próximos aos do mesmo período pré-pandemia. Entretanto, o indicador para planos individuais com vendas ativas (melhor desempenho) ficou 6 a 9 pontos percentuais menor que o de planos coletivos por adesão. Já o indicador para planos coletivos empresariais apresentou números próximos a de planos coletivos por adesão. Vale registrar que a sinistralidade de planos individuais é sempre menor do que a de planos coletivos, mesmo segmentando-as entre planos individuais com vendas ativas e com vendas interrompidas. Nos últimos períodos, notou-se melhor desempenho nas carteiras de planos individuais com vendas ativas.

Sobre a inadimplência, os dados de abril de 2022 comparados com o mês anterior indicam estabilidade dentro do comportamento histórico deste indicador. Ao analisar os dados por tipo de contratação, os planos individuais confirmam a estabilidade apresentada, enquanto os planos coletivos mostram leve aumento de um ponto percentual. Todos esses indicadores mantêm-se próximos aos seus patamares históricos.

Demandas dos consumidores

Os dados de abril de 2022 mostram que houve uma redução de 13,8%, 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 abril de 2022, a ANS registrou 204 reclamações sobre o tema. Este foi o mês com o menor número de reclamações registradas na ANS sobre Covid-19 desde o início da pandemia, refletindo a diminuição do número de novos casos da doença no País, em comparação aos dois meses iniciais de 2022.

Do total de queixas relacionadas ao coronavírus, 44% foram sobre as 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 47 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 75% 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).

**Com informações da Agência Senado.*

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