

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos médico-hospitalares voltam a ultrapassar os 47 milhões](#) - Fonte: IESS

[Viramos o jogo e estamos fortes, diz presidente da central nacional Unimed](#) - Fonte: Exame

[Com foco em planos de saúde, rede de academias cresce mesmo na pandemia](#) - Fonte: Exame

[Suprema corte dos EUA pode acabar com Obamacare nesta terça-feira](#) - Fonte: Exame

[Reajuste retroativo dos planos pode vir em 2021](#) - Fonte: Estadão

[Hapvida compra 100% do capital da premium saúde e aguarda aval da ans e do Cade](#) - Fonte: Money Times

[Mais racionalidade para diminuir os custos](#) - Fonte: IESS

[Emprego no setor de saúde cresce mais que o dobro do total da economia](#) - Fonte: IESS

[ANS amplia exigências para regras de capital de risco das operadoras](#) - Fonte: ANS

[Hospitais privados apresentam sinais de recuperação](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: ANS divulga números de setembro](#) - Fonte: ANS

PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES VOLTAM A ULTRAPASSAR OS 47 MILHÕES

IESS – 11/11/2020

Em setembro, foi confirmada a tendência de crescimento dos planos de saúde médico-hospitalares verificada nos meses anteriores. De acordo com os dados da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), que acabamos de divulgar, com o avanço de 0,3% no período de 12 meses o setor voltou a ultrapassar o total de 47 milhões de vínculos, o que não acontecia desde abril.

Entre setembro de 2019 e o mesmo mês desse ano, o segmento de planos médico-hospitalares registrou mais de 124 mil novos beneficiários. O número reforça a tendência de crescimento, ainda em ritmo lento, registrada a partir de julho. No intervalo de três meses, entre junho e setembro, o setor cresceu 0,8%, o que representa aproximadamente 380 mil novos contratos. Esse crescimento foi alavancado pelo resultado dos coletivos empresariais, o que mostra que as empresas voltaram a admitir novos colaboradores e, conseqüentemente, contratar novos planos.

Em setembro de 2020, 38,0 milhões (80,7%) de beneficiários médico-hospitalares possuíam um plano coletivo. Desse total, 83,6% eram do tipo coletivo empresarial e 16,4% do tipo coletivo por adesão.

Entre os estados, no período de 12 meses encerrado em setembro, foi registrado aumento de beneficiários em planos

de assistência médica em 17 unidades federativas. Piauí e Goiás lideraram o crescimento, com 4,3% e 2,8%, respectivamente. Em números absolutos, Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal foram os que tiveram o maior ganho de beneficiários. Só em Minas Gerais foram registrados mais de 118 mil novos vínculos em 12 meses, crescimento de 2,4%.

Na análise anual, a faixa etária de 59 ou mais foi a que registrou o aumento mais expressivo, com avanço de 2,0%. Na trimestral, aqueles entre 19 e 58 anos foram maioria. O que mostra duas tendências: que os idosos brasileiros têm se preocupado em contar com um plano de assistência médica e, ao mesmo tempo, a economia brasileira volta a admitir trabalhadores com a gradual retomada das atividades.

A NAB consolida os mais recentes números de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos, divididos por estados, regiões, faixas etárias, tipo de contratação e modalidade de operadoras.

Acesse o boletim completo em https://iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=18.

VIRAMOS O JOGO E ESTAMOS FORTES, DIZ PRESIDENTE DA CENTRAL NACIONAL UNIMED

Exame – 10/11/2020

Em entrevista a EXAME, Alexandre Ruschi fala sobre os investimentos da Unimed, o fortalecimento do cooperativismo e o foco na atenção primária

A [Central Nacional Unimed](#) (CNU) luta para se manter na briga em um mercado de saúde cada vez mais competitivo. Fundada há 53 anos, o Sistema Unimed, do qual a CNU faz parte, é a maior associação de cooperativas médicas do país, com 345 cooperativas associadas, sendo que a CNU é a maior delas.

[O mundo está mais complexo, mas dá para começar com o básico. Veja como, no Manual do Investidor](#)

Quando as Unimed foram criadas, o setor de saúde não era foco de fundos de investimento, e as empresas do setor passavam longe da bolsa de valores. Agora o cenário é bem diferente. Empresas como o Grupo Notredame Intermédica e a Hapvida, com capital aberto, mantêm um forte apetite para aquisições, chegando inclusive a mercados regionais dominados pelas Unimed.

Porém, segundo o presidente da CNU, o cirurgião Alexandre Ruschi Filho, a venda das Unimed é pouco provável. “Os beneficiários do sistema Unimed são objeto de desejo das operadoras. Mas sinto desanimá-los. As Unimed estão super estruturadas, cada vez mais fortalecidas, vejo pouca possibilidade de isso [venda para operadoras] prosperar”, afirmou em entrevista exclusiva à EXAME.

Ruschi está à frente da CNU desde 2017. Naquele ano, a CNU teve sinistralidade de 89,4%, ante 93,1% em 2016. A receita em 2017 foi de 4,1 bilhões de reais. Em 2018, a receita foi para 5,6 bilhões de reais. Em 2019, 7,6 bilhões de reais. Os dados não consideram o efeito da resolução normativa 430 da ANS, que mudou as regras para provisões técnicas das operadoras de planos de saúde e impactou os balanços da CNU.

Em 2019, a sinistralidade foi de 87,3% e atualmente está em 82%. A sinistralidade de empresas verticalizadas chega a 60%. Mas, segundo Ruschi, por ser uma cooperativa, a CNU deve permanecer nesse patamar. “A cooperativa tem remuneração melhor do que as operadoras, o médico é o

dono da cooperativa, de forma que seu trabalho tem que ser bem remunerado”, afirma.

Um dos focos para a modernização da Unimed é o investimento em tecnologia e em atenção primária. Em 2019, a empresa investiu 70 milhões de reais em tecnologia para acelerar interações digitais com os beneficiários. Desde 2017, a CNU abriu sete unidades de atenção primária, com foco em fazer um acompanhamento mais próximo do paciente, evitando desperdícios e internações. Essas unidades já contam com prontuário eletrônico unificado, permitindo melhor acompanhamento do paciente no sistema. É um tema de atenção entre todas as operadoras do país.

Outra medida da gestão de Ruschi é fortalecer a relação entre CNU e as cooperativas da Unimed. “O sistema está super bem preparado para os desafios, está com novos modelos de atuação entre as próprias cooperativas e com políticas de gestão fortalecidas. A Central Nacional é excelente exemplo. De 2017 para cá ela virou o jogo completamente e vem apoiando e fortalecendo o sistema. Ainda temos muito espaço para crescer”, diz.

Leia os principais trechos da entrevista:

O mercado de saúde suplementar está passando por transformações intensas. Vemos o crescimento das operadoras verticalizadas, a telemedicina, a maior preocupação a atenção primária e com a sustentabilidade do setor. Como a Unimed está lidando com isso?

Somos um sistema com 53 anos de existência, a gente está nessa caminhada mais do que o dobro do tempo que o setor é regulamentado, são 20 anos de regulação. Então o Sistema Unimed vem se adaptando às condições ao longo de sua vida. Antes éramos cooperativas de trabalho médico, com objetivo de desintermediar o trabalho do médico. Com o tempo, as relações do mercado evoluíram, criou-se a agência reguladora [ANS], e aí mudamos como cooperativa. Passamos a ser uma sociedade com reservas robustas, provisões, para podermos ir em frente.

No início fazíamos só a prestação de serviço, depois vimos a necessidade de ter infraestrutura e hoje temos a segunda maior infraestrutura do país, a primeira é a das Santas Casas. As Unimed têm 125 hospitais pelo Brasil todo.

Depois vimos um interesse enorme no segmento de saúde como um ramo de negócio atrativo para o capital internacional, com fundos de investimento, empresas fazendo IPO, vemos aí a Rede D’Or preparando IPO, essa é a realidade atual.

E qual o momento da empresa agora?

Somos uma operadora de planos de saúde que detém 1,8 milhões de beneficiários e tem papel muito importante na socialização da medicina. Considerando todo o Sistema Unimed são 18 milhões de beneficiários.

O sistema Unimed é o único que ocupa 85% do território nacional, estamos em lugares onde ninguém está. Isso porque seu objetivo principal foi interiorizar o máximo possível, abrir oportunidades, um terço dos médicos do Brasil são cooperados das Unimed. Somos mais de 300 cooperativas, vamos continuar sendo cooperativas, mas estamos fortemente imbuídos em discutir modelos de atenção à saúde, para entregar mais qualidade.

Na pandemia, os países mais organizados na atenção primária se comportaram muito melhor. Esse é um desafio e uma oportunidade. Por conta da nossa descentralização, temos uma oportunidade de dialogar com essas comunidades em um modelo cuja base é a atenção primária. Nosso modelo ainda é baseado na atenção secundária e terciária.

Antes de pandemia, em 2017, quando assumimos, esse foi um dos eixos estratégicos, a mudança para o modelo de saúde integral com base na atenção primária. Também temos o foco em estruturar melhor o modelo cooperativo, com arranjos que nos permitam ser mais eficientes.

Quais foram os principais desafios que enfrentou desde que assumiu?

Em relação à operação da Central, qualificação de processos, com adoção de tecnologias contemporâneas. Também a qualificação do relacionamento com as associadas.

Todos passam por momentos difíceis. Temos uma engenharia de sistema complexa. No nosso modelo, cada cooperativa tem autonomia administrativa, mas temos regras de integração para garantir a sustentabilidade do sistema, temos protocolos rígidos que foram aperfeiçoados ao longo dos anos, posso garantir que o sistema está muito robusto e por isso é objeto de desejo de muitos. É o maior sistema de cooperativas do mundo.

Vamos continuar como cooperativas, mas buscando formas de melhorar nossa eficiência, para entregar mais e acompanhar a evolução da racionalidade. A Central Nacional Unimed tem um custo administrativo dentro de uma gestão moderna, temos uma disciplina de gestão voltada para isso. O Brasil precisa aprender mais sobre o cooperativismo que dá certo.

O foco na atenção primária tem sido visto como uma saída importante para garantir a saúde financeira das operadoras de saúde. Qual a importância disso para vocês?

Não é esse o foco principal. Existe desperdício na saúde, é fato, porque é um modelo que oportuniza o desperdício, é um acesso desorganizado. O fundamental é a coordenação do cuidado, ter alguém que oriente o paciente, como se fosse seu coach. Com isso vamos ter mais qualidade na entrega, as pessoas serão melhor atendidas. Quem é acompanhado na atenção primária em geral interna muito menos.

Como vocês têm avançado no uso de tecnologia na Unimed?

A partir de 2017 fizemos um robusto projeto de qualificação e evolução tecnológica, investimos em analytics, inteligência artificial e segurança. Estamos usando inteligência artificial em processos como autorização de procedimentos, agendamento de consultas. Em 2019 investimos 70 milhões de reais em tecnologia para acelerar as interações digitais, inclusive na área comercial, entregando formas de contratação menos burocráticas para os clientes. Isso nos ajudou muito a enfrentar a pandemia.

Um avanço importante na pandemia foi o da telemedicina. Como estão usando essa ferramenta?

Ainda estamos na expectativa de uma regulamentação. Entretanto, estamos firmes no uso da telemedicina nas nossas estruturas próprias de atenção primária. Recentemente incorporamos o atendimento pediátrico no modelo de teleconsulta. Não vai dar para recuar, todas as operadoras entendem que é importante. Até agora fizemos mais de 30 mil atendimentos e teleconsultas, usando em parte tecnologia própria, em parte tecnologia de parceiros. Ainda vemos ônibus que chegam ao Hospital das Clínicas com pessoas vindas de outras cidades, às vezes só para validar o uso de um medicamento receitado antes. É o tipo de situação em que a telemedicina é muito útil.

Como foi o desempenho em 2019, e como devem fechar 2020, considerando o cenário de pandemia?

A Central Nacional Unimed teve receita de 7,6 bilhões de reais em 2019, 35% superior ao registrado em 2018. Isso se deve a um momento importante de crescimento devido ao desempenho comercial mas também por que assumimos a operação de planos de quatro Unimeds da Bahia.

Em 2020, o cenário ainda é difícil, tivemos um momento de enorme preocupação de dar sustentabilidade à operação. Agora estamos com a retomada quase plena, outubro já equivale ao início da pandemia, do ponto de vista de retorno das atividades.

Estamos preocupados com o desemprego, esse é um setor sensível à empregabilidade, pois a maior parte dos beneficiários são de planos corporativos, então ainda é difícil de fazer previsões. Tivemos esse momento inicial, em que muitos incentivos surgiram e as pessoas mantiveram seus compromissos com os planos de saúde, agora, quando os incentivos desaparecerem vamos ver o que vai acontecer.

Vocês tiveram perda relevante de carteira nesse período?

Não tivemos perda de carteira, felizmente tivemos estabilidade na manutenção dos beneficiários, no primeiro semestre tivemos um crescimento de 2% na carteira.

Pretendem adotar medidas para reduzir mais a sinistralidade?

Quando assumimos, a sinistralidade era de 89,4%, trouxemos para 82%, o que é compatível com nossa atividade

como cooperativa. Entendemos que ela pode mudar um pouco, melhorando controles e parcerias com prestadores, mas a realidade nas cooperativas é bastante diferente. A remuneração do médico é fundamental para ter estabilidade na cadeia produtiva, a cooperativa tem remuneração melhor do que as operadoras, o médico é o dono da cooperativa, de forma que seu trabalho tem que ser bem remunerado.

E há planos para oferecer planos mais baratos, considerando o cenário de crise?

A convicção que temos nesse momento, que agrega valor ao beneficiário, é no modelo com base na atenção primária. O beneficiário passa a ter um cuidado coordenado, um histórico centralizado através de um prontuário eletrônico, evita exames desnecessários. Isso no médio e longo prazos representa a oportunidade de ter custos menores na saúde, porque evita os desperdícios, é nisso que estamos investindo enormemente.

Hoje nesse modelo temos clínicas de atenção primária em diversos locais em São Paulo, desde 2017 foram abertas sete clínicas e todas estão com prontuário integrado. Até 2021 a meta é ter treze unidades. O que falta é a integração com hospitais e especialistas. Estamos também, com várias campanhas para o beneficiário, todo mundo está falando sobre esse assunto, o que faz com que a sociedade adquira essa cultura de buscar a atenção primária.

Quais investimentos vocês preveem para os próximos anos?

Continuar e tornar mais robustos nossos investimentos em estrutura de atenção primária, continuar a agenda de evolução digital, para que seja elemento de apoio para interação com beneficiários de forma mais robusta, fortalecer a comunicação com as Unimeds regionais, com novos modelos de atendimento que possam qualificar a jornada do cliente e investir em novos modelos de remuneração junto aos prestadores para ter remuneração baseados na entrega de valor.

O setor de saúde passa por um período forte de consolidação. E as Unimeds são potenciais alvos desse processo, por serem fortes regionalmente. Como vê essa possibilidade?

Os beneficiários do sistema Unimed são objeto de desejo das operadoras. Mas sinto desanimá-los. As Unimeds estão super estruturadas, cada vez mais fortalecidas, vejo pouca possibilidade de isso [venda para operadoras] prosperar. A história mostra isso. Até hoje só tivemos um caso, que foi a venda da Unimed ABC para o GNDI. O sistema está super bem preparado para os desafios, está com novos modelos de atuação entre as próprias cooperativas e com a Central Nacional Unimed, com políticas de gestão fortalecidas e também do ponto de vista de econômico-financeiro, a Central Nacional é excelente exemplo. De 2017 para cá ela virou o jogo completamente e vem apoiando e fortalecendo o sistema. Ainda temos muito espaço para crescer.

COM FOCO EM PLANOS DE SAÚDE, REDE DE ACADEMIAS CRESCE MESMO NA PANDEMIA

Exame – 10/11/2020

A paulista B-Active trabalha com mais de 40 operadoras, oferecendo tratamentos terapêuticos; empresa já registra ocupação do período pré-pandemia

Com a retomada gradual do comércio e dos serviços em meio à pandemia do novo coronavírus, o consumidor começa a ganhar confiança para voltar a fazer algumas atividades, como tratamentos ligados à saúde. Neste cenário, a rede de academias terapêuticas B-Active, com 10 unidades no país, já está operando a plena capacidade e registra crescimento de 10% do número de clientes em relação ao período pré-pandemia, com foco em planos de saúde.

Isso porque as unidades da rede não são academias convencionais, mas sim voltadas para clientes que buscam fortalecimento por algum tipo de problema de saúde, como dores nas costas, por exemplo. Em vez de aulas, são sessões que vão de musculação a pilates.

“A maioria dos nossos clientes vem com encaminhamento de médicos. Nós oferecemos uma academia terapêutica”, afirma Benjamin Apter, diretor da rede.

Como cirurgião ortopedista e especialista em medicina esportiva, Apter garante que as sessões na B-Active dão resultados expressivos e, por esse motivo, a rede tem recebido grande demanda por parte dos planos de saúde. “Atualmente, é muito difícil conseguir se manter credenciado junto a operadoras de saúde diante da alta oferta no mercado”, diz.

Segundo Apter, todos os funcionários da equipe de atendimento são fisioterapeutas e a academia atende por meio de sessões, que podem ser avulsas ou em pacotes.

O empresário conta que, no início da pandemia, a rede decidiu fechar as portas para entender como seria a dinâmica da quarentena. Após adotar todas as medidas de segurança

necessárias e ampliar os horários de atendimento — as sessões só podem ser feitas com hora marcada — as unidades voltaram a funcionar. Em setembro, a rede já estava atendendo a 90% da capacidade de janeiro, período pré-pandemia.

“Aos poucos, os clientes compreenderam que é seguro voltar e que estamos adotando todas as medidas de segurança.”

Investimentos

A B-Active tem registrado um crescimento médio de 10% ao ano e a meta é manter esse desempenho nos próximos cinco anos.

A rede funciona em modelo de franquia, com um investimento total de 770.000 reais, incluindo reforma da unidade para deixá-la apta para o funcionamento, capital de giro e treinamento. Não há aporte em marketing porque, segundo Apter, 80% dos clientes vêm das operadoras de saúde. O retorno estimado é de 24 meses.

“Estamos recebendo muitas consultas e avaliando os candidatos. Temos uma preocupação forte com a qualidade. Não vamos abrir franquias a qualquer custo”, assegura Apter. “Somos considerados uma marca de academias terapêuticas premium e inovadora no Brasil.”

Um dos diferenciais, segundo o empresário, é um software exclusivo no país. “Usamos protocolos de atendimento embasados em evidências médicas.”

A meta é fortalecer a operação da rede entre São Paulo, Rio de Janeiro e região sul do país. “Em nenhuma das crises econômicas das últimas décadas o setor de saúde foi afetado, exceto por essa. Mas estamos crescendo e com uma forte retomada da demanda”, diz Apter.

SUPREMA CORTE DOS EUA PODE ACABAR COM OBAMACARE NESTA TERÇA-FEIRA

Exame – 10/11/2020

Justiça analisa a constitucionalidade da obrigação legal de que todos os cidadãos americanos tenham um seguro de saúde, um dos pilares da lei de 2010

Joe Biden pode ter levado a melhor nas eleições presidenciais americanas, mas uma de suas bandeiras de campanha — a ampliação da Lei de Cuidados Acessíveis (ACA), conhecida como **Obamacare** — pode ter sua ruína decretada nesta terça-feira, 10.

A pedido de estados republicanos, a Suprema Corte analisa a constitucionalidade da obrigação legal de que todos os cidadãos americanos tenham um seguro de saúde.

Essa obrigatoriedade garante o financiamento do programa criado em 2010 pelo ex-presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, de quem Biden era vice, e que garantiu uma porta de entrada ao sistema de saúde a mais de 20 milhões de pessoas.

Os republicanos argumentam que a regra passou a ser inconstitucional após 2017, quando a gestão Trump decretou o fim da multa a quem não tivesse um seguro de saúde.

A Suprema Corte tem sólida maioria conservadora de 6-3, mas isso não significa que o resultado está dado. “É um viés, mas muitos conservadores já deram votos liberais. O contrário é mais difícil”, diz Maurício Moura, fundador e CEO do IDEIA Big Data.

REAJUSTE RETROATIVO DOS PLANOS PODE VIR EM 2021

Estadão – 09/11/2020

Valores não cobrados neste ano, podem ser exigidos no próximo; ANS ainda decide sobre o assunto.

Em meio a um cenário de perda de beneficiários e queda no número de procedimentos na pandemia, os planos de saúde tiveram os reajustes suspensos até o fim de 2020. Mas o alívio para o bolso do beneficiário é temporário. Os aumentos retroativos devem ser cobrados em 2021. A Agência Nacional de Saúde (ANS), que regula o setor, ainda não definiu as regras, mas já deu sinais de que a cobrança atrasada deve chegar em parcelas.

Reduzir os custos e, com isso, os preços dos planos de saúde é um desafio de longo prazo. As incertezas dos dois lados são grandes. “Com o reajuste suspenso, há um valor acumulado a ser cobrado. Também vai ser feito o reajuste de quem mudou de faixa etária”, diz Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios. “No cenário atual, não dá para saber se nossos custos vão aumentar ou baratear.”

Os reajustes suspensos se referem à recomposição de custos das operadoras no ano de 2019. A ANS determinou o congelamento após avaliar que as empresas tinham boa reserva. “No início da pandemia, houve apreensão por um possível aumento de custos. Mas conseguimos dados com as operadoras, e elas estavam com folga financeira”, afirma Tatiana Aranovich, assessora da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

Uso menor dos planos na pandemia

Os custos das operadoras caíram na pandemia pois as pessoas deixaram para depois procedimentos não urgentes, acionando menos os planos. “Foi por decisão dos pacientes e médicos. E já estamos tendo uma retomada. A sinistralidade está em 70%. O efeito real a gente só vai entender quando tiver um ano fechado”, diz Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde, federação que reúne 16 dos maiores planos e seguros saúde do País. Sinistralidade é a taxa de uso do sistema. Segundo Vera, a taxa média é de 85%, mas chegou a cair para 64%.

Para reduzir preços, uma das agendas da FenaSaúde é a oferta planos modulares, com uma cartela de serviços reduzida, o que depende de regulação menos rígida da ANS.

Em 2017, por exemplo, quando Trump zerou a penalização relacionada à regra do seguro saúde, o Supremo votou contra o fim do programa, com três senadores, inclusive, tendo votado contra o próprio partido do presidente Trump.

A discussão ocorre enquanto os EUA atingem 10 milhões de casos de covid-19, o que equivale a cerca de um quinto do total no mundo, com 230 mil óbitos.

“É preciso que o consumidor tenha mais opções, para avaliar sua necessidade versus capacidade de pagamento”, diz Vera. Até nos planos ambulatoriais, as operadoras têm de incluir um rol de serviços definidos pelo governo. “Entram imunoterapias, novas tecnologias, procedimentos oncológicos, tudo que eleva muito o custo.”

A representante da ANS explica que um plano ou seguro de saúde deve prezar pela integralidade no cuidado. Também destaca que um incompleto poderia provocar problemas pelo que chama de “assimetria de informação”, a dificuldade de uma pessoa leiga entender as cláusulas contratuais ou de ter a capacidade de avaliar que serviço pode vir a precisar. “Como o beneficiário entenderia as diferenças entre os planos e as limitações? Para nós, o beneficiário tem de estar no centro”, afirma Tatiana.

Ela alerta que cartões com cotas de consultas ou serviços com mensalidade que servem exclusivamente para teleconsultas não são planos de saúde. “Um plano tem de oferecer uma gestão completa da saúde.”

Desafios a vencer para reduzir custos

As regras atuais já preveem que as operadoras ganhem produtividade, para não repassar todos os custos aos segurados, segundo José Cechin, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Mas o caminho é difícil pois há diversas questões estruturais. O envelhecimento populacional, a atual restrição orçamentária e o avanço da tecnologia médica são apontados por Tatiana, da ANS, como fatores que pressionam os preços para cima.

São situações vividas não só no Brasil, mas no mundo todo. “Nossa busca é por um modelo sustentável, porque reajuste acima da inflação ano após ano se torna insustentável”, afirma. A resposta, contudo, pode vir da própria tecnologia. Por muito tempo, a incorporação de tecnologia aumentava os preços da saúde, mas a incorporação dela para a telemedicina deve começar a baratear o cuidado aos pacientes.

“A telessaúde é instrumento importante de prevenção e cuidado continuado. Muitas questões podem ser resolvidas a distância, fora do ambiente hospitalar, que é caro e perigoso”, afirma Vera, da FenaSaúde.

Outra saída também praticada na pandemia é a parceria entre companhias contratantes e operadoras. “As empresas relatam uma aproximação e transparência que não havia antes. Todos se uniram em um projeto comum, unindo promoção da saúde, prevenção e tratamento”, diz Georgina Antony, representante da CNI/SESI. Com bons resultados, ela espera que o novo conceito se mantenha.

Tratamentos novos fazem preço subir

Os pacientes sempre querem ter acesso ao que há de melhor para seus tratamentos. “Todo mundo lê no jornal sobre uma droga nova que saiu e vem no consultório dizendo eu quero isto aqui”, conta Rafael Kaliks, oncologista clínico do Hospital Israelita Albert Einstein e diretor de Oncologia do Instituto Oncoguia. Porém, há um longo caminho antes de um novo medicamento ficar disponível para os pacientes.

O primeiro passo é a nova droga receber o registro da Anvisa, que aprova se ela tem segurança, eficácia, qualidade. Depois, é necessário que seja submetida a um processo no Sistema Único de Saúde e outro para a saúde suplementar.

Na saúde pública, há uma comissão específica. Na suplementar, quem avalia é a ANS. Quando uma medicação oral entra na lista do órgão, os planos de saúde são obrigados a torná-la disponível aos pacientes.

Entretanto, as verbas, tanto no público quanto no privado, são finitas. E as novas drogas, via de regra, chegam ao mercado a preços mais altos do que as anteriores. Por isso, a avaliação de tecnologia em saúde deve sempre levar em conta a comparação com os tratamentos que já estavam disponíveis para o uso. “Depois da aprovação da Anvisa, a segunda etapa é uma decisão sobre gasto. Em um mundo ideal, todos teríamos acesso a tudo. Mas os sistemas precisam levar em conta o orçamento de que dispõem para promover o máximo possível de saúde”, explica Daniel Wang, professor de Direito da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV-SP).

Outro problema atual é que essa lista da ANS é atualizada somente de dois em dois anos. “Na oncologia é muito demorado. Se hoje surgiu uma droga que é boa, a gente não quer esperar dois anos para poder usar”, diz Kaliks. “Essa periodicidade não faz sentido”, reclama o médico.

HAPVIDA COMPRA 100% DO CAPITAL DA PREMIUM SAÚDE E AGUARDA AVAL DA ANS E DO CADE

Money Times – 09/11/2020

A Hapvida (HAPV3) comunica que adquiriu 100% do capital social da operadora de planos de saúde Premium Saúde, em linha com sua estratégia de expansão e consolidação nacional, conforme fato relevante divulgado ao mercado na manhã desta segunda-feira (9).

A Premium Saúde conta com uma carteira de cerca de 125 mil beneficiários de planos de saúde localizados majoritariamente nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte/MG (65 mil vidas), Brasília/DF (13 mil vidas), Montes Claros/MG (9 mil vidas) e na região do Triângulo Mineiro (5 mil vidas) os quais são atendidos, atualmente, em rede credenciada.

A Premium Saúde registrou nos últimos 12 meses (base junho/20) receita total de R\$ 143 milhões e sinistralidade consolidada de aproximadamente 78%, de acordo com o comunicado divulgado.

Após a conclusão da transação anunciada hoje e da aquisição do Grupo Promed, a Hapvida alcançará 13% de

marketshare no município de Belo Horizonte e 14,3% na região metropolitana, o que configuraria uma fatia total de 8,2% no estado de Minas Gerais, contando com mais de 420 mil beneficiários de planos de saúde.

“A robusta infraestrutura assistencial permitirá que a companhia consiga verticalizar o atendimento dos beneficiários da Premium Saúde, acelerando a captura de sinergias projetadas. A aquisição, nesse sentido, é absolutamente sinérgica”, revela a Hapvida no documento.

O preço de aquisição é de R\$ 150 milhões, do qual será deduzido o montante referente às variações da dívida líquida e do capital de giro da Premium Saúde na data de fechamento.

A conclusão da transação está sujeita à apreciação e aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

MAIS RACIONALIDADE PARA DIMINUIR OS CUSTOS

IESS - 08/11/2020

Conforme já abordamos aqui, o Summit Saúde 2020, realizado pelo Estadão, reuniu importantes especialistas no setor para abordar temas essenciais para esse momento de pandemia e depois dele. Participando do painel “Lições da pandemia – Desafios da saúde suplementar”, José Cechin, nosso superintendente executivo, abordou aspectos como a

sustentabilidade financeira das operadoras, utilização da telemedicina e a importância da eficiência no setor.

Em meio a restrições orçamentárias cada vez mais severas, esse período de pandemia reforça a necessidade de mudanças no sistema assistencial que permitam ampliar

acesso e da atuação conjunta de todos os agentes da cadeia de prestação de serviços em saúde para conter custos crescentes.

O momento é de tentar enxergar possibilidades de uma importante transição nos modelos de assistência à saúde, tanto no Brasil como em todo o mundo. Com mais ênfase em prevenção e atenção primária, menos hospitalização, novos modelos de remuneração dos prestadores e uso adequado, regulado e disseminado da Telessaúde.

“É nítido o anseio da população por ter acesso à saúde privada. Com o cenário atual, torna-se ainda mais necessário termos outras formas de entrada no sistema suplementar, que deem às pessoas mais possibilidades de escolha. Ninguém está falando em tirar opções, mas sim em ampliá-las. E em qualquer setor econômico mais competição sempre beneficia o consumidor final, com preços mais baixos”, disse Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar). Para ela, a crise econômica, alta do desemprego e aumento da informalidade

também afetam a forma como planos e seguros de saúde são oferecidos, exigindo opções mais flexíveis e mais aderentes às condições de empresas e famílias.

Para Tatiana Aranovich, assessora da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde (ANS), entre agosto e setembro houve mudança no perfil do plano procurado pelos contratantes, com redução de planos empresariais e pequeno aumento do plano individual e grande aumento dos planos coletivos por adesão. “Temos de buscar um modelo sustentável, e não o aumento de custos ano a ano. Nesse cenário, o reajuste não se torna mais prioritário”, apontou.

“As empresas fizeram um esforço muito grande para não demitir nem fazer downgrade no plano de saúde. Poucas tentaram negociar alguma coisa”, afirma Georgia Antony, especialista em desenvolvimento industrial do SESI Nacional, lembrando que no caso dos planos de saúde coletivos, a negociação para o reajuste de valores é feita diretamente entre as empresas e as operadoras.

EMPREGO NO SETOR DE SAÚDE CRESCE MAIS QUE O DOBRO DO TOTAL DA ECONOMIA

IESS – 06/11/2020

O total de pessoas empregadas na saúde brasileira cresceu 2,2% em três meses. É o que aponta o “Relatório de Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde”, que acabamos de publicar. Com isso, o segmento atinge a marca de 4,3 milhões de pessoas empregadas, considerando setor público e privado com empregos diretos e indiretos.

Os números ressaltam o impacto positivo que a cadeia da saúde tem sobre o mercado de trabalho brasileiro. No mesmo intervalo de tempo, entre maio e agosto, o emprego total no país aumentou 1,0%. Excluindo os postos gerados na cadeia de saúde, esse crescimento foi de 0,8%.

O setor responde por cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) e representa 8,7% da força de trabalho no Brasil. Ou seja, uma participação intensa no mercado nacional. A pandemia do novo Coronavírus reforçou essa importância e a tendência deve se manter nos próximos anos, até mesmo pela demanda crescente que será gerada com o envelhecimento da população.

Do total de 4,3 milhões de empregados na cadeia da saúde em agosto desse ano, 3,3 milhões estavam no setor privado com carteira assinada, o que representa 76,5%, e 1,0 milhão, ou 23,5%, eram empregos do setor público, considerando todas suas modalidades (estatutários, CLT, cargos comissionados, entre outros).

No acumulado do ano, a saúde privada teve saldo positivo de 75,6 mil, o que demonstra o bom dinamismo mesmo com a crise econômica e sanitária desse período de pandemia, já que a economia como um todo registrou saldo negativo em aproximadamente 850 mil vagas formais entre janeiro e agosto. O resultado do setor privado foi puxado pelo bom desempenho do subsetor de Fornecedores, com saldo de 75,7 mil vagas, enquanto os Prestadores avançaram em 2 mil e as Operadoras registraram queda 2 mil vagas.

Traremos mais dados do setor nos próximos dias. Você pode acessar aqui a íntegra do “Relatório de Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde”.

ANS AMPLIA EXIGÊNCIAS PARA REGRAS DE CAPITAL DE RISCO DAS OPERADORAS

ANS – 06/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está acrescentando o requerimento padrão referente ao risco de crédito às regras de capital regulatório que devem ser seguidas pelas operadoras de planos de saúde. Para isso, promoveu alterações na Resolução Normativa (RN) nº 451. A inclusão dessa exigência faz parte do cronograma

previamente estabelecido na própria normativa, que visa incentivar a boa gestão de riscos pelas operadoras, contribuindo para sustentabilidade do mercado e ampliando a segurança para os beneficiários.

O capital regulatório é o limite mínimo do patrimônio líquido ajustado que a operadora deve reservar para mitigar a possibilidade de insolvência. No primeiro momento, a RN nº 451 previa somente o requerimento de capital referente ao risco de subscrição. Com as alterações que foram efetuadas, foi acrescentada a exigência referente à parcela do risco de crédito. A Resolução Normativa com as mudanças será publicada em breve no Diário Oficial da União, e a vigência desta nova regra será a partir de 1º de março de 2021, para que as operadoras tenham tempo hábil para se preparar para o cálculo.

Desde a publicação da RN nº 451, em março deste ano, as operadoras passaram a poder optar pelo novo modelo de capital regulatório, que é calculado a partir do seu próprio risco, ou permanecer no atual modelo de margem de solvência, que leva em consideração apenas seu volume de contraprestações e eventos. Até 30 de junho de 2021, o cálculo prevê parâmetros para os riscos de subscrição e de crédito, que tendem a ser as duas principais fontes de exposição aos riscos das operadoras.

Posteriormente, serão incorporadas exigências para os demais riscos: operacional e legal, até junho de 2021, e de mercado, até dezembro de 2022. Até 2023, as operadoras já deverão estar adaptadas ao capital baseado em riscos, quando a margem de solvência será extinta e a utilização do capital baseado em risco se tornará obrigatória para o setor.

A atual regra de capital tem o objetivo de incentivar a operadora a fazer uma boa gestão de seus riscos, pois assim, há uma tendência de apuração de uma necessidade de menor capital regulatório.

“A ideia com esta complementação da regra de capital, conforme previamente previsto no texto da norma, é continuar caminhando em busca do alinhamento às melhores práticas nacionais e internacionais de exigência de capital. Dando continuidade ao projeto de troca de um modelo engessado, que não atende às melhores práticas, por um modelo mais transparente e moderno, que permite maior customização à realidade das operadoras”, explicou o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebelo.

“O benefício da mudança abrange tanto operadora quanto beneficiário, pois, com maior mobilidade de investimentos, as operadoras poderão entregar melhores serviços para o usuário final”, afirma Paulo.

A norma também traz ganhos em transparência, uma vez que a fórmula de cálculo será sempre a mesma, proporcionando que a própria operadora faça o cálculo e se planeje, com antecedência, para o capital regulatório que deve reservar.

Como aderir

A operadora deve encaminhar o Termo de Compromisso, que vai anexo à norma, comprometendo-se a enviar periodicamente informações para cálculo do capital na mesma data do envio do DIOPS. A fim de facilitar e estimular a adesão, a ANS disponibilizou uma planilha de cálculo com as fórmulas.

[Clique aqui para baixar a planilha \(arquivo zip\).](#)

Saiba mais sobre o assunto (área será atualizada a partir da publicação da nova RN).

Entenda os riscos

Risco de Subscrição: medida de incerteza relacionada a uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas e relativas à precificação.

Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros, ou de ter alterada sua classificação de risco de crédito.

Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada à exposição a perdas decorrentes da volatilidade dos preços de ativos, tais como cotações de ações, taxas de juros, taxas cambiais, preços de commodities e preços de imóveis.

Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a operadora particularmente vulnerável a litígios.

Risco Operacional: medida de incerteza que compreende os demais riscos enfrentados pela operadora relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas.

HOSPITAIS PRIVADOS APRESENTAM SINAIS DE RECUPERAÇÃO

Saúde Business - 05/11/2020

Apesar da reabertura das atividades econômicas no Brasil, a recuperação dos setores tem se mostrado lenta. No setor hospitalar, segundo o que mostra a 3ª edição da Nota Técnica Observatório Anahp, embora os indicadores demonstrem melhora nos números de junho e agosto de 2020, as

instituições ainda lutam para se recuperar e alcançar os resultados que apresentavam antes da pandemia. Mesmo com o crescimento gradativo ao longo desses dois meses, entre os 121 hospitais membros da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), a taxa de ocupação do primeiro

semestre deste ano foi de 13% abaixo da média registrada no mesmo período do ano passado – de 78% caiu para 65,5%. O menor índice, registrado em abril, foi de 53%. Os dados completos estão disponíveis podem ser acessados pelo link.

Mesmo com a alta demanda relacionada à pandemia – em 2020 houve aumento de 4,1% na participação das internações relacionadas a doenças infecciosas (categoria na qual se enquadra a Covid-19) – o número total de internações caiu 22,3% entre os meses de janeiro e agosto, em relação a 2019. Somente em relação às doenças do aparelho circulatório, nas quais se enquadram quadros como infarto, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, a queda na participação foi de 0,7%.

“Acredito que ainda há uma demanda reprimida por causa do isolamento e que poderá causar um grande impacto negativo não apenas no setor de saúde, mas na vida das pessoas que postergaram os cuidados”, comenta Ary Ribeiro, editor do Observatório Anahp e CEO do Sabará Hospital Infantil.

Considerando que a maior parte das despesas dos hospitais é fixa, a redução na receita hospitalar com o adiamento dos procedimentos eletivos somada ao aumento de custos variáveis (insumos, medicamentos e equipamentos de proteção individual, por exemplo), o resultado financeiro dos associados Anahp no primeiro semestre foi cerca de metade do registrado no mesmo período de 2019. Mas apesar da queda, segundo André Medici, editor da Nota Técnica – Observatório Anahp, economista de saúde e consultor internacional, é possível enxergar uma recuperação a partir de junho, quando o número de casos de Covid-19 começou a cair. “Essa crise é diferente da de 2008, por exemplo, porque ela acompanha a pandemia. No segundo trimestre deste ano, tanto a economia do Brasil quanto os hospitais tiveram os resultados mais baixos do ano. A margem EBITDA dos hospitais-membros da Anahp que ficou em -1,9% em abril, chegou a junho com 6% e fechou agosto com 11,8%”, disse.

No que tange à gestão de pessoas, nos oito primeiros meses do ano, a taxa de absenteísmo (ausência no trabalho) aumentou para 3,3%, percentual superior ao registrado no mesmo período de anos anteriores (cerca de 2%, na média de 2017 a 2019). Com o aumento desse índice e a abertura de mais de 43.500 leitos entre janeiro e agosto de 2020, o setor hospitalar gerou 55,4 mil vagas, o que representa um aumento de 41,9% em relação ao mesmo período do ano passado. Este número representa 76,9% das vagas criadas no setor de saúde brasileiro como um todo, de acordo com dados registrados pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

Redução dos casos de Covid-19

O número de pacientes atendidos na urgência e emergência com suspeita de Covid-19 em relação aos atendimentos totais subiu progressivamente de março a junho, quando atingiu 19,5%, seguindo a crescente da pandemia. Porém, é possível notar uma queda já nos meses de julho e agosto, que apresentaram percentual de 18% e 15,4%, respectivamente.

A taxa de pacientes com suspeita de Covid-19 atendidos no pronto-socorro (PS), que após exame tiveram o diagnóstico positivo confirmado, também teve seu pico no mês de junho, quando atingiu 41,5%. No mês seguinte, essa taxa caiu para 35% e, em agosto, ficou em 36%, demonstrando certa estabilidade nesses dois meses.

Os atendimentos na urgência e emergência de pacientes com o diagnóstico confirmado de Covid-19 convertidos em internação também seguiram tendência de queda entre maio e agosto, quando representaram 2,7% dos atendimentos totais do setor.

Investimento em telemedicina

Na 3ª edição da Nota Técnica – Observatório Anahp, a entidade realizou uma pesquisa de opinião inédita com dirigentes de hospitais associados para saber como os executivos adaptaram os negócios para enfrentar a pandemia de Covid-19 e as perspectivas para o fechamento de 2020.

Segundo o levantamento, 55,6% dos participantes consideraram que, em função da pandemia, houve algum impacto no aumento das ferramentas de tecnologia da informação, especialmente de analytics, inteligência artificial e electronic medical records. Para 77,8% dos respondentes, o uso das ferramentas tem alterado de forma positiva a performance do hospital durante a pandemia, sendo citados como exemplos a otimização na tomada de decisões e no uso da telemedicina.

Segundo o resultado da pesquisa, o hospital da maioria dos entrevistados (75%) faz uso de práticas da telemedicina ou telessaúde e 58,3% disseram possuir serviços próprios de telemedicina. A distribuição dos pacientes atendidos por este método se dá da seguinte forma, segundo constatado na pesquisa: 58% dos pacientes que passaram a ser atendidos por telemedicina já eram cadastrados no hospital; 24,2% são pacientes novos que procuraram os serviços por conta própria, e 17,1% são referenciados por planos ou outros serviços de saúde.

Já sobre a importância da telemedicina na receita dos hospitais, mais de 69% dos dirigentes afirmaram que a tecnologia tem ajudado a instituição a sair da crise causada pela pandemia. Os executivos indicaram ainda que, no último trimestre (abril-junho/2020), os serviços de telemedicina já representaram, em média, 5,8% das receitas ambulatoriais do hospital, e preveem que esse número deve subir para 8,8%, no segundo semestre do ano. Para 90% dos dirigentes, entre os meses de julho a dezembro, as consultas à distância deverão representar até 25% do total de consultas ambulatoriais.

Confira a 3ª edição da Nota Técnica Observatório Anahp completa e os comentários dos editores no [link](#).

Lições da pandemia: desafios e perspectivas para o sistema de saúde brasileiro

Com o mote “Vamos fazer juntos”, o Congresso Nacional de Hospitais Privados (Conahp), o maior do setor de saúde da América Latina, vai reunir entidades, gestores, profissionais e cidadãos para discutir o tema. O evento, que acontece de 16 a 20 de novembro, será gratuito, online e aberto para a participação de todos.

Estão confirmados cerca de 100 palestrantes nacionais e internacionais, em 25h de conteúdo e com experiências interativas em 3D. Inscrições pelo [site](#).

PLANOS DE SAÚDE: ANS DIVULGA NÚMEROS DE SETEMBRO

ANS – 05/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou os números de beneficiários de planos de saúde relativos ao mês de setembro. No período, o setor totalizou 47.118.643 usuários em planos de assistência médica e 26.030.342 em planos exclusivamente odontológicos em todo o Brasil.

A consulta destes dados está disponível por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS. Acesse [aqui](#).

Em setembro, foi confirmada a tendência de crescimento que vinha sendo verificada nos meses anteriores: na segmentação de assistência médica, o setor registrou um aumento de 0,37% no comparativo com agosto e de 0,27% em relação a setembro de 2019. Na segmentação odontológica, foi constatado crescimento de 0,93% em relação a agosto e de 3,48% em relação a setembro do ano passado.

Entre os estados, no comparativo com setembro do ano anterior, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 17 unidades federativas, sendo Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Já no segmento exclusivamente odontológico, 21 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco os estados com maior crescimento em números absolutos. Confira os dados nas tabelas abaixo.

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

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

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação do plano						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
set/19	25.155.854	18.493.992	2.376.792	1.851	4.270.780	12.439
jan/20	25.875.064	19.038.658	2.505.578	1.818	4.318.729	10.281
fev/20	25.977.259	19.136.088	2.511.197	1.805	4.317.955	10.214
mar/20	25.951.931	19.170.581	2.524.675	1.799	4.244.743	10.133
abr/20	25.697.673	19.067.288	2.522.725	1.796	4.095.913	9.951
mai/20	25.359.370	18.824.005	2.505.907	1.780	4.017.751	9.927
jun/20	25.297.225	18.783.605	2.517.430	1.771	3.984.558	9.861
jul/20	25.407.342	18.787.407	2.519.185	1.764	4.089.175	9.811
ago/20	25.789.817	18.827.024	2.741.723	1.757	4.209.525	9.788
set/20	26.030.342	18.934.849	2.789.964	1.750	4.294.016	9.763

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
set/19	46.994.021	31.753.065	6.131.558	602	9.018.155	90.641
jan/20	46.996.922	31.745.095	6.166.103	599	8.997.166	87.959
fev/20	47.020.688	31.781.446	6.167.174	593	8.985.846	85.629
mar/20	47.104.678	31.849.643	6.174.803	593	8.994.734	84.905
abr/20	47.032.087	31.788.063	6.195.161	593	8.963.723	84.547
mai/20	46.807.920	31.590.863	6.193.512	590	8.938.959	83.996
jun/20	46.739.639	31.509.895	6.207.423	590	8.938.746	82.985
jul/20	46.857.733	31.608.606	6.208.136	590	8.958.241	82.160
ago/20	46.944.012	31.648.939	6.219.850	590	8.992.821	81.812
set/20	47.118.643	31.800.992	6.237.227	585	8.999.098	80.741

UF	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológicos	
	set/19	set/20	set/19	set/20
Acre	41.659	42.399	14.558	15.828
Alagoas	365.552	363.781	270.399	269.077
Amazonas	517.475	526.350	428.174	458.921
Amapá	66.861	61.053	44.745	47.255
Bahia	1.582.875	1.548.464	1.502.770	1.461.604
Ceará	1.258.084	1.237.551	947.429	976.278
Distrito Federal	893.321	915.448	578.192	620.338
Espírito Santo	1.102.328	1.121.039	512.049	497.349
Goiás	1.145.279	1.177.772	651.900	650.445
Maranhão	468.379	477.974	195.604	214.870
Minas Gerais	5.035.109	5.153.472	2.144.481	2.258.234
Mato Grosso do Sul	604.006	599.215	145.604	151.535
Mato Grosso	576.023	595.334	216.452	225.031
Pará	767.923	784.870	424.508	452.444
Paraíba	410.486	420.828	371.630	382.858
Pernambuco	1.330.228	1.330.373	943.292	1.017.732
Piauí	323.965	337.824	85.610	93.796
Paraná	2.847.877	2.853.074	1.289.877	1.316.566
Rio de Janeiro	5.358.489	5.309.780	3.394.343	3.354.182
Rio Grande do Norte	503.114	512.799	331.598	345.307
Rondônia	150.260	152.354	105.506	109.868

Rio Grande do Sul	2.540.077	2.510.769	778.742	784.352
Santa Catarina	1.478.709	1.448.248	523.273	571.706
Sergipe	313.821	310.745	198.128	200.464
São Paulo	17.147.054	17.162.775	8.885.742	9.414.041
Tocantins	109.011	110.452	122.546	113.310
Não Identificado	26.346	24.490	38.306	14.946
TOTAL	46.994.021	47.118.643	25.155.854	26.030.342

6 novembro, 2020 | Fonte: ANS

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