

ÍNDICE INTERATIVO

[Novas regras de capital regulatório exigem adaptação das operadoras](#) - Fonte: Conjur

[Cerca de 27% dos mineiros têm plano de saúde médico-hospitalar](#) - Fonte: O Tempo

[Retrospectiva dos principais acontecimentos no mercado de saúde em 2022 e novas tendências para 2023](#) - Fonte: Segs

[Supermed anuncia parceria com o grupo Notredame Intermédica e se consolida como líder de mercado no Rio de Janeiro](#) - Fonte: Revista Cobertura

[CadSUS passa por interrupção](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Número de beneficiárias cai 0,6 milhão na saúde suplementar entre 2016 e 2021](#) - Fonte: IESS

[Novembro: Setor registrou 30.9 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Investimentos em saúde: Um balanço de 2022 e as tendências para 2023, no Brasil e no mundo](#) - Fonte: Suno Notícias

[Telemedicina é autorizada na rede pública e privada do DF](#) - Fonte: Agência Brasil

NOVAS REGRAS DE CAPITAL REGULATÓRIO EXIGEM ADAPTAÇÃO DAS OPERADORAS

Conjur – 11/01/2023

Assunto de extrema importância para o mercado de saúde suplementar, [mercado que reúne mais de 50 milhões de brasileiros com planos de assistência médica](#), as novas regras de capital regulatório que devem ser implementadas pelas operadoras de saúde, em vigor desde 1º de janeiro de 2023, são ponto de grande atenção e merecem uma análise mais cuidadosa.

O capital regulatório é definido como o limite mínimo do patrimônio líquido ajustado que a operadora deve reservar para reduzir a possibilidade de insolvência e fazer frente às suas obrigações. As regras relativas ao referido instituto garantem que as operadoras detenham patrimônio condizente para absorver as oscilações dos riscos da comercialização de planos de saúde.

Na norma vigente desde 2009, a ANS estabelecia um critério simples de cálculo para o capital regulatório que levava em consideração o capital base e a margem de solvência. Já na RN 451/2020, atualizada pelas RNs 468/2021 e 526/2022, foram criadas regras de transição que as operadoras deveriam ter adotado até o final de 2022, para um modelo que será completamente implantado neste ano, cujo cálculo não levará mais em conta a margem de solvência, mas sim o capital base e o capital baseado em risco composto por cinco fatores, quais sejam: risco de subscrição, de crédito, operacional, legal e de mercado, todos esses já disciplinados anteriormente pela ANS.

De fato, a implantação gradual das mudanças normativas busca incentivar a boa gestão de riscos pelas operadoras, contribuindo para a sustentabilidade do mercado e ampliando a segurança para os usuários de plano de saúde. A expectativa é a substituição de um modelo pouco flexível, baseado em cálculos com percentuais fixos, por um modelo mais transparente e moderno, que permite maior adaptação à realidade de cada operadora.

Vale lembrar que o que motivou a ANS a antecipar as exigências de garantias que estavam previstas para ocorrer neste ano foi o alto número de operadoras em situação irregular, que correm o risco de entrar em direção fiscal, medida em que é preciso ter uma inspeção mais rígida das finanças.

Neste cenário, visando maior adaptabilidade das regras que estão sendo implementadas e aproximação com o mercado, a ANS abriu a Consulta Pública nº 102, em setembro de 2022, por meio da qual foram feitas sugestões sobre as inúmeras exigências normativas. Segundo a agência, foram recebidas 92 contribuições, das quais 14 ocasionaram em alterações normativas.

Além disso, na 582ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS ocorrida em 12 de dezembro de 2022 restou esclarecido que, após sugestões apresentadas na Consulta Pública nº 102, 89% das operadoras encontraram-se regulares, restando somente o universo de 11% que ainda não estão completamente adequadas ao novo modelo.

Como apontado na reunião da Dicol, a reguladora afirma que todas as modalidades de operadora serão favorecidas com a diminuição da exigência do capital regulatório. No entanto, os impactos mais benéficos serão sentidos pelas cooperativas médicas e odontológicas, com redução da exigência de capital regulatório em dois terços e metade, respectivamente, além da medicina de grupo com redução significativa de mais de um terço.

Em contrapartida, certamente as administradoras de benefícios sofrerão maiores repercussões, tendo em vista que anteriormente não se deparavam com tal obrigação em relação a solvência.

Levando-se em conta as dificuldades operacionais que as operadoras de planos de saúde enfrentam, as mudanças tendem a ser positivas, já que no final das contas reduzir o valor destinado à garantia de solvência, faz com que esses recursos possam ser empregados nas melhorias dos seus próprios serviços prestados.

No entanto, é preciso lembrar que os recursos atuais destinados à garantia de solvência não podem ser levantados, tendo em vista que estão alocados em patrimônios e não em espécie, de forma que não haverá implicação no fluxo de caixa livre das operadoras.

Destaca-se ainda que na 22ª Reunião Extraordinária da Dicol, no último dia 19 de dezembro de 2022, além de integralmente aprovada a proposta normativa a respeito de capital regulatório, o diretor Mauricio Nunes da Silva fez ressalva sugerindo que a agência avance na proposta de adoção de incentivos regulatórios financeiros para os programas de indução da qualidade e atenção à saúde. Segundo sua sugestão, caberia a extensão dos fatores reduzidos para o cálculo do capital regulatório nos programas como Promoprev, Certificação de Atenção Primária em Saúde e Certificação para o Parto Adequado, com percentuais reduzidos para o risco de subscrição de forma escalonada.

Por tudo o que se vê e o que realmente pretende a agência reguladora com a implementação de tais medidas é que as alterações, de fato, visam impulsionar o setor a uma melhora na gestão de riscos, de acordo com a realidade e porte de cada operadora.

Mais do que nunca se faz necessário garantir a segurança e a estabilidade do mercado. Porém, as exigências precisam ser na dose certa, a fim de que não se tornem impeditivos para o

desenvolvimento do setor, que vem enfrentando desafios importantes nos últimos anos.

CERCA DE 27% DOS MINEIROS TÊM PLANO DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALAR

O Tempo – 11/01/2023

Número de beneficiários cresceu 6% em 2022 e atingiu 5,7 milhões; queda do desemprego impulsionou o mercado

O número de beneficiários de planos médico-hospitalares no Estado de Minas Gerais alcançou a marca de 5,7 milhões em novembro de 2022, segundo levantamento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), com base nos dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Houve crescimento de cerca de 321 mil vidas nos planos privados em comparação a novembro de 2021, o equivalente a um aumento de 6%. Levando em consideração a população estimada do Estado, de cerca de 21 milhões de habitantes, apenas cerca de 27% dos mineiros têm planos de saúde.

No âmbito nacional, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares em novembro de 2022 atingiu a marca de, aproximadamente, 50,3 milhões, cerca de 23,5% da população. Houve crescimento de cerca de 1,64 milhão de beneficiários nos planos médico-hospitalares, em comparação a novembro de 2021, o equivalente a 3,4% de aumento. No comparativo entre novembro e outubro de 2022, o crescimento foi de 127 mil usuários.

Os planos coletivos, responsáveis por 82% do total de planos médico-hospitalares contratados, se dividem entre os empresariais – que, em geral, são oferecidos pelas empresas a seus colaboradores – e os de adesão, pelos quais associações de classe reúnem e ofertam planos a seus associados. Na análise da Federação, o resultado reflete em parte a redução da taxa de desemprego no 3º trimestre de

2022, de 12,1% para 8,3% na comparação com o mesmo trimestre de 2021, sendo a menor para o período desde 2014 (6,7%), conforme aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada em novembro pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A entidade analisa que os números reforçam, também, o interesse do brasileiro pelo plano de saúde, movimento catalisado pela pandemia e que continua posteriormente ao período mais crítico. Pesquisa realizada no final de 2021, encomendada pela FenaSaúde ao Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE), aponta que o plano de saúde está entre os três principais itens de desejo do brasileiro, atrás da compra da casa própria e realização de investimentos financeiros. Os resultados da pesquisa indicam que o acesso seguro à saúde é o que 39% dos entrevistados buscam ao contratar planos, em seguida, vem a rapidez no atendimento (24%), seguido pela tranquilidade em contar com a assistência privada (13%).

Com 26% da população coberta por planos médicos, a Federação aponta que ainda há espaço para o setor crescer. "A principal missão dos planos de saúde é ampliar o acesso à saúde no país, com sustentabilidade e segurança. Para isso, uma série de mudanças são necessárias, como a modernização do marco regulatório do setor e o controle de custos em saúde, que recai sobre as mensalidades e acaba dificultando o acesso de parte da população aos planos", explica Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

RETROSPECTIVA DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS NO MERCADO DE SAÚDE EM 2022 E NOVAS TENDÊNCIAS PARA 2023

Segs – 10/01/2023

O ano de 2022 foi marcado por incertezas e desafios, contudo, trouxe também diversos aprendizados com relação à flexibilização da COVID-19. Além disso, a saúde suplementar alcançou marcos importantes e atingiu o mesmo patamar de 2014, ao encerrar o ano com mais de 50,2 milhões de beneficiários de planos de saúde, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstrando resiliência em todo o Brasil e mantendo um nível de alta, mesmo com todos os percalços da economia.

O mercado de saúde teve, ainda, um ano de intensas mudanças regulatórias, movimentações, pressão inflacionária, crise de desabastecimento de alguns insumos, avanços na medicina, surgimento de novos surtos de

doenças e muitos outros desafios e oportunidades, conforme elencados abaixo.

Ressarcimento ao SUS

Mais de 500 mil atendimentos de beneficiários no Sistema Único de Saúde (SUS) foram notificados às operadoras, totalizando cerca de R\$ 945 milhões que foram repassados ao Fundo Nacional de Saúde, no âmbito do processo de Ressarcimento ao SUS, mantendo o patamar dos últimos anos de aproximadamente R\$ 1 bilhão/ano repassado aos cofres públicos.

Inclusões no rol de procedimentos

A inclusão de 49 itens também foi um dos principais destaques de 2022 no setor de planos de saúde. Ano passado, foram feitas 15 atualizações, através das quais foram incluídos, dentre procedimentos, medicamentos, indicações ou ampliações de uso, um total de 49 itens.

Entre eles, o rol recebeu importantes atualizações como o teste rápido para diagnóstico da COVID-19; teste para a doença Monkeypox; transplante de fígado; quimioterápicos orais; métodos para tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA); e fim do limite para número de consultas com terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos.

Fusões e aquisições no mercado da saúde

A consolidação no mercado da Saúde Suplementar segue ocorrendo, tanto é que a cada 10 anos, aproximadamente, o número de Planos de Saúde com beneficiários ativos encolhe 30%. Neste sentido, a busca por eficiência, com redução dos desperdícios e controle de custos, fez com que empresas de diferentes segmentos (operadoras, laboratórios, clínicas, hospitais e etc), seguissem adquirindo outras companhias. Nota-se também um forte movimento de parcerias, criando novas empresas visando aumento de margem operacional e controle de custos.

Sobre às startups, os aportes em empresas brasileiras até agosto representaram 127,49 milhões de dólares de acordo com o Distrito HealthTech Report. Especialistas de mercado apontam que por conta da crise econômica, a alta de juros e disparada da inflação mundial, investidores se tornaram mais criteriosos e cautelosos que outrora, mas a tendência é de investimento ainda maior em 2023 com a estabilidade do mercado global de saúde.

Além disso, este ano, considerando o mercado global, há uma tendência de alta nos quesitos de fusões e aquisições, especialmente pela entrada de novos players que habitualmente não trafegavam no segmento de saúde. Em 2022, o aumento das taxas de juros e o espectro de uma desaceleração econômica fizeram com que grandes investidores olhassem para o cenário básico das empresas com uma lente mais refinada, ou seja, com maior cautela, o que refletiu numa desaceleração no que tange a fusões e aquisições.

Resultado das operadoras de planos de saúde

O ano de 2022 impôs diversos alertas e ao mesmo tempo lições ao setor de saúde como um todo. As operadoras registraram, no acumulado dos nove primeiros meses do ano passado, um prejuízo de R\$ 3,4 bilhões contra um lucro de R\$ 2 bilhões no mesmo período de 2021, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Considerando o resultado operacional, a perda no acumulado do ano chega a R\$ 10,9 bilhões, sendo que, entre janeiro e

setembro de 2021, o setor havia apurado um resultado operacional positivo de R\$ 600 milhões. Para efeitos de comparação, antes da pandemia, no acumulado dos nove primeiros meses de 2019, o resultado líquido do setor de planos de saúde somou R\$ 8,5 bilhões e a taxa de sinistralidade no setor atingiu 93,2% no terceiro trimestre deste ano, um incremento de 3,55 pontos percentuais. Assim, considerando a média acumulada no ano, o indicador ficou em 90,3%. Em 2019, antes da pandemia, a sinistralidade foi de 86,77%.

A combinação desses números, associada a uma pressão inflacionária e a mudança de alguns marcos regulatórios, como por exemplo, a questão do rol taxativo/exemplificativo e o aumento do piso salarial da enfermagem, irão impor um cenário extremamente desafiador para o setor em 2023.

Comorbidades e doenças crônicas

Dados do VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), estimam que nos próximos anos haverá um aumento no Brasil de pessoas com doenças crônicas como diabetes e obesidade, o que resultará num agravamento importante no cenário das carteiras dos planos de saúde, em especial, daquelas que possuem a faixa etária mais elevada, como por exemplo as autogestões. Desta forma, se não houver políticas públicas no âmbito do SUS e o investimento necessário das operadoras de saúde em medicina preventiva, a expectativa é que o número de brasileiros com alguma doença crônica possa pular de 10% para 30% em 2030.

Teleconsulta segue em alta

Em evidência desde a chegada da COVID-19 no Brasil, a Teleconsulta deixou de ser vista como algo pontual e passou a figurar como parte definitiva da solução dos sistemas de saúde no Brasil, ampliando para outras especialidades médicas e passando a fazer parte da rotina dos pacientes brasileiros e de outras profissões na área da saúde, como enfermagem, farmácia, fisioterapia, entre outras, regulamentada através de uma portaria promulgada por diversos conselhos de profissionais de saúde, inclusive o CFM (Conselho Federal de Medicina).

Ainda em relação ao advento da telemedicina, o mercado de saúde vem adotando o modelo de pronto socorro virtual, gerando maior comodidade e melhorando o acesso dos pacientes aos profissionais de saúde em geral.

Orçamento do mercado de saúde em 2023

O cenário que se avizinha é desalentador, uma vez que as expectativas para 2023 neste setor não são animadoras, em razão de cortes seguidos no orçamento, havendo, provavelmente, impacto na saúde suplementar. O programa FARMÁCIA POPULAR, por exemplo, encolheu significativamente do ponto de vista orçamentário, o que fará com que muitos beneficiários da saúde suplementar não tenham a aderência esperada ao tratamento medicamentoso.

Diante da reflexão e retrospectiva até o momento, por onde o mercado vai caminhar na busca por pavimentar caminhos que levem a mudanças de paradigmas no setor da saúde?

Controle dos custos assistenciais

Na busca de diminuir custos, ou ao menos controlá-los, a verticalização dos serviços de saúde se apresenta como um caminho importante, aliás, é nessa direção que o mercado está seguindo, com operações que tradicionalmente sempre foram adequadas do modelo de rede credenciada, partindo para um modelo misto de prestação de serviços e verticalizando suas ações.

Não podemos esquecer o investimento em tecnologia por parte das instituições de saúde, pois cada vez mais surgem startups oferecendo novas possibilidades e grandes corporações tradicionais de tecnologia também estão se movimentando para ampliar o portfólio de soluções e servirem de aliadas para os planos de saúde na busca da sustentabilidade.

Controle dos custos administrativos

Outro fator importante na sustentabilidade econômica dos planos de saúde, passa pela redução dos custos operacionais e com recursos humanos. Nesse sentido, a robotização de vários processos tem se apresentado como um caminho importante, tendo como objetivo principal otimizar o esforço operacional interno com consequente redução de mão de obra humana.

A especialização do time interno, através de capacitação, ou até mesmo a terceirização dos serviços com empresas especializadas em saúde são caminhos que podem ser interessantes, sobretudo quando se fala na terceirização associada à possibilidade de compartilhamento de serviços, porém, faz-se necessário um grau de maturidade operacional

muito grande, tanto da operadora como do prestador de serviço.

Inteligência Artificial e Big Data

O uso de Inteligência Artificial e Big Data presumem o aprendizado com o histórico de comportamento da carteira de beneficiários da saúde suplementar, podendo gerar um potencial de ganho imensurável à medicina preventiva e qualidade de vida ao beneficiário, que refletirá na diminuição da sinistralidade do plano de saúde.

Cartão de desconto

Um segmento que a cada dia surge novos interessados, que já possui uma massa significativa de usuários (algo em torno de 9 milhões de pessoas utilizam o conceito). Empresas que oferecem o produto tem sido vista como um caminho alternativo para os cidadãos que não tem condições de pagar um convênio médico, mas também não querem ficar totalmente dependente do SUS, o que em tese tende a crescer devido ao fenômeno que alguns chamam de “elitização da saúde”, resultado da pressão inflacionária no segmento, estagnação econômica, desvalorização cambial em alguns momentos e não recomposição salarial do coletivo empresarial.

Saúde Digital

Para finalizar, o investimento em Saúde Digital tende a crescer neste ano, com foco na interoperabilidade entre sistemas, construção de grandes repositórios em cloud, expansão e consolidação da teleconsulta, além da promoção e adesão ao conceito paperless. Por fim, a geração de valor por meio da extração de dados de mundo real (RWE) visando uma melhor performance, tanto do ponto de vista de custo, como, claro, na melhora da qualidade de vida do paciente, também se destaca como uma das tendências para o mercado de saúde em 2023.

SUPERMED ANUNCIA PARCERIA COM O GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA E SE CONSOLIDA COMO LÍDER DE MERCADO NO RIO DE JANEIRO

Revista Cobertura – 09/01/2023

Com apenas dois anos de atuação, a administradora de benefícios assume a dianteira do setor no Estado com carteira de 300 mil vidas

A administradora de benefícios Supermed segue em ritmo de crescimento e acaba de fechar parceria com o Grupo NotreDame Intermédica (GNDI) para comercializar planos de saúde coletivos por adesão aos clientes. Com esse movimento, a Supermed, somente no Rio de Janeiro, passa a ter cinco operadoras em seu portfólio, que já contava com Amil, Assim Saúde, Golden Cross e Unimed-Rio, e se consolida na liderança do mercado no Estado, com uma carteira de mais de 300 mil vidas.

De acordo com Levi Netto, Vice-Presidente da Companhia, a parceria inclui toda a grade de produtos do GNDI e trará ainda mais força de vendas para a administradora de benefícios, que tem o compromisso de oferecer ao mercado planos de qualidade com valores acessíveis. Com a entrada da nova operadora, a Supermed espera ter uma evolução de 20% em vendas nos próximos seis meses.

“Em 2022, conquistamos importantes avanços e, com apenas dois anos de atuação, superamos a concorrência e nos consolidamos na liderança do mercado de planos coletivos por adesão no Rio de Janeiro, como a administradora de benefícios que mais cresce no Estado. A parceria com a NotreDame Intermédica chega em um momento oportuno e

impulsiona nossas metas de crescimento sustentável. São mais de 25 planos disponíveis, a partir de R\$ 127,41 contribuindo para que os clientes tenham acesso à saúde de qualidade”, aponta.

Ainda segundo Levi, “para 2023, vamos expandir ainda mais os nossos negócios, levando a qualidade, a inovação, o atendimento diferenciado e a variedade de produtos da nossa carteira para o mercado”, completa o executivo.

CADSUS PASSA POR INTERRUPÇÃO

GOV (ANS) – 06/01/2023

Acesso das operadoras fica temporariamente suspenso.

O sistema CadSUS (Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde) está temporariamente interrompido. Segundo informação do Ministério da Saúde (MS), a interrupção é no acesso das operadoras ao sistema e ainda não possui previsão de retorno.

Os registros de beneficiários enviados ao SIB que possuem alta qualidade cadastral terão o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) atribuído automaticamente por meio da integração do SIB/ANS com a base do CNS. Registros com alta qualidade cadastral são aqueles que possuem nome,

CPF e data de nascimento idênticos aos que constam na base do CPF junto à Receita Federal do Brasil,

A operadora poderá acompanhar a referida atribuição por meio do arquivo de conferência CNX, obtido mediante solicitação em sua área logada.

Qualquer nova informação sobre o acesso ao CadSUS será informada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio do seu portal e comunicados enviados diretamente a todas as operadoras.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIAS CAI 0,6 MILHÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR ENTRE 2016 E 2021

IESS – 06/01/2023

Entre 2016 e 2021, o sistema de saúde suplementar registrou uma queda de vínculos de planos de saúde médico-hospitalares entre a população feminina no Brasil. Durante o período, o número de beneficiárias diminuiu de 26,6 milhões para 26 milhões. Uma redução de 0,6 milhão, ou 2,3%.

Apesar da queda, as mulheres são a maioria entre os beneficiários. Em 2016, dos 50,2 milhões de pessoas vinculadas, cerca de 53% eram do sexo feminino. E em 2021, quando a soma era de 49 milhões e vínculos, a proporção se manteve a mesma. Em números totais de beneficiários

homens, o registro nos dois anos, respectivamente, foi de 23,6 milhões e 23 milhões.

Os dados são da Análise da Assistência à Saúde da Mulher na Saúde Suplementar Brasileira, estudo realizado pelo IESS, que além de observar a relação de beneficiários durante o período, também traz uma análise sobre procedimentos de assistência à saúde entre a população feminina.

Para acessar o estudo do IESS, na íntegra, [clique aqui](#).

NOVEMBRO: SETOR REGISTROU 30.9 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

GOV (ANS) – 05/01/2023

Planos de assistência médica também seguem em crescimento e totalizaram 50.3 milhões de usuários.

Os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a novembro de 2022 estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No período, o setor totalizou 50.285.627 de usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 30.869.354 usuários, mantendo o amplo crescimento dos últimos meses.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano, houve crescimento de 1.638.397 beneficiários em relação a

novembro de 2021. No comparativo de novembro de 2022 com outubro de 2022, o crescimento foi de 126.604 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.239.090 beneficiários em um ano; e 259.739 na comparação de novembro de 2022 com outubro de 2022.

Nos estados, no comparativo com novembro de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, as 27 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

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

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
nov/22	34.999.594	6.261.454	374	8.977.290	46.915	50.285.627
out/22	34.842.610	6.282.302	373	8.986.690	47.048	50.159.023
set/22	34.802.559	6.289.361	374	8.996.508	47.234	50.136.036
ago/22	34.659.644	6.279.061	374	8.991.449	47.584	49.978.112
jul/22	34.505.751	6.281.149	374	8.991.354	47.794	49.826.422
jun/22	34.365.887	6.284.867	376	8.990.637	47.995	49.689.762
mai/22	34.212.880	6.279.459	376	8.966.533	48.191	49.507.439
abr/22	34.039.879	6.280.593	376	8.919.606	48.362	49.288.816
mar/22	33.873.434	6.271.818	372	8.896.268	48.695	49.090.587
fev/22	33.806.500	6.272.353	376	8.887.785	49.003	49.016.017
jan/22	33.724.978	6.266.880	376	8.892.068	51.089	48.935.391
dez/21	33.669.042	6.293.713	378	8.893.368	51.485	48.907.986
nov/21	33.420.009	6.293.735	379	8.880.363	52.744	48.647.230

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
nov/22	22.471.719	2.961.624	1.539	5.430.370	4.102	30.869.354
out/22	22.254.358	2.959.460	1.602	5.390.080	4.115	30.609.615
set/22	22.174.530	2.941.130	1.609	5.381.900	4.136	30.503.305
ago/22	22.028.778	2.917.526	1.610	5.357.754	4.231	30.309.899
jul/22	21.863.399	2.873.417	1.616	5.289.966	4.305	30.032.703
jun/22	21.710.539	2.856.359	1.620	5.257.682	4.314	29.830.514
mai/22	21.493.999	2.840.205	1.622	5.222.202	4.341	29.562.369
abr/22	21.332.667	2.821.375	1.623	5.156.470	4.369	29.316.504
mar/22	21.183.312	2.793.182	1.628	5.106.529	4.404	29.089.055
fev/22	21.061.971	2.773.054	1.631	5.066.233	5.148	28.908.037
jan/22	21.036.119	2.775.942	1.637	5.058.779	5.184	28.877.661
dez/21	21.025.081	2.791.413	1.639	5.072.440	5.200	28.895.773
nov/21	20.797.315	2.780.876	1.644	5.045.221	5.208	28.630.264

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	nov/21	nov/22	nov/21	nov/22
Acre	43.336	42.992	17.044	18.099
Alagoas	375.912	384.713	286.047	315.566
Amapá	62.803	60.193	51.346	53.489
Amazonas	572.635	599.596	493.060	524.478
Bahia	1.598.105	1.675.029	1.563.830	1.693.084
Ceará	1.288.416	1.332.072	1.040.315	1.140.956
Distrito Federal	925.533	924.226	621.597	652.502
Espirito Santo	1.184.442	1.237.571	621.770	670.384
Goiás	1.256.847	1.329.560	736.022	831.813
Maranhão	474.150	498.354	246.971	282.466
Mato Grosso	618.244	653.565	235.405	257.641
Mato Grosso do Sul	614.031	642.189	164.994	187.567
Minas Gerais	5.330.673	5.651.353	2.512.334	2.783.930
Pará	842.535	846.501	519.993	538.316

Paraíba	437.147	447.651	424.646	465.135
Paraná	2.948.091	3.051.273	1.548.951	1.633.811
Pernambuco	1.370.939	1.385.517	1.137.732	1.226.055
Piauí	362.740	382.201	127.934	150.646
Rio de Janeiro	5.369.059	5.466.414	3.445.611	3.612.456
Rio Grande do Norte	566.187	593.494	411.770	492.090
Rio Grande do Sul	2.576.305	2.654.128	825.278	884.778
Rondônia	153.129	158.439	110.385	115.901
Roraima	30.987	31.084	11.943	12.556
Santa Catarina	1.556.509	1.634.955	756.925	832.869
São Paulo	17.604.770	18.098.779	10.366.723	11.127.024
Sergipe	320.086	332.314	208.958	227.055
Tocantins	114.205	120.014	129.887	131.030

INVESTIMENTOS EM SAÚDE: UM BALANÇO DE 2022 E AS TENDÊNCIAS PARA 2023, NO BRASIL E NO MUNDO

Suno Notícias – 05/01/2023

As operadoras de planos de saúde, pela primeira vez na história, até setembro, apresentaram prejuízo líquido acumulado, no total de R\$ 3,4 bilhões, ante o lucro líquido de R\$ 2 bilhões apresentado no mesmo período de 2021.

O ano de 2022 foi sem precedentes para o setor de saúde. As operadoras de planos de saúde, pela primeira vez na história, até setembro, apresentaram prejuízo líquido acumulado, no total de R\$ 3,4 bilhões, ante o lucro líquido de R\$ 2 bilhões apresentado no mesmo período de 2021. Para

fins de comparação com a pré-pandemia do Covid-19, em 2019 o lucro registrado para o mesmo período foi de R\$ 8,5 bilhões. A justificativa para isso se dá por múltiplos motivos. Em 2020, as operadoras de saúde alcançaram taxas de sinistralidade baixas devido à redução significativa de procedimentos eletivos no ano, combinado com alguns trimestres de pouca utilização do sistema para tratamento de COVID. Com isso, a ANS propôs, em 2021, um histórico reajuste negativo para os preços de planos de saúde de -8,19%.

Ainda em 2021, os casos de infecção por coronavírus cresceram, mas os procedimentos eletivos permaneceram tímidos, ajudando as operadoras a sustentarem a rentabilidade. Dessa forma, foi apenas em 2022, ainda com os impactos da pandemia, que os procedimentos eletivos voltaram com força, corrigindo a demanda represada dos anos anteriores. Os exames e consultas atrasados resultaram em diagnósticos tardios, refletindo em custos mais altos de tratamentos. Além disso, estamos presenciando uma mudança importante dos hábitos da população em relação à saúde. A pandemia tornou a colocar 'saúde' como o assunto mais comentado do mundo. A população voltou a aumentar a interação com o sistema, realizando mais consultas e mais exames. Isso pode ser positivo, se o resultado fossem diagnósticos mais precoces – contudo, é inegável que, no curto prazo, o impacto na rentabilidade dos planos é negativo.

No mais, todos os setores da economia global estão passando por um movimento inflacionário que não era visto há décadas. Como grande parte dos insumos hospitalares dependem de uma cadeia global de suprimentos, e dolarizada, os preços desses produtos encareceram no mundo todo, servindo como mais uma pressão nas margens dos prestadores, o que, por consequência, afeta as margens das fontes pagadoras.

Esse preâmbulo serve para dar um contexto dos desafios mais importantes para a saúde suplementar em 2023: a redução dos custos e aumento de eficiência das operadoras do ramo. De forma geral, o Brasil segue sendo um país com assento relevante na mesa global de debate do assunto, por dois grandes motivos:

- 1. O iminente envelhecimento populacional, e
- 2. O grande potencial de penetração do sistema privado no mercado de saúde como um todo.

O primeiro ponto diz respeito à sustentabilidade do setor, pois, nas últimas décadas, a forma pela qual o sistema tinha para se adequar ao incremento de custos era com o reajuste dos preços, mecanismo que perde força, principalmente, nos contratos corporativos, sendo os altos tickets praticados um dos grandes vilões para o não cumprimento do segundo item descrito acima. Agora, a chave virou, e as operadoras de saúde estão buscando uma redução dos custos para viabilizar um reajuste menor em seus produtos, para conquistar mais market share, sem que isso resulte em uma redução da qualidade assistencial.

Além disso, com o envelhecimento populacional, a frequência do uso do sistema de saúde cresce de maneira inexorável. Sem um ganho de eficiência no sistema, isso pode resultar em um colapso do modelo de planos como existem hoje. Com isso, um dos grandes desafios globais para a saúde, será em

como reduzir os custos sem que isso resulte em uma redução da qualidade assistencial. Para isso, devemos ver um foco cada vez maior na saúde preventiva direcionada, para termos uma população idosa mais saudável, além de mecanismos e tecnologias que incentivem diagnósticos cada vez mais precoces, devido ao custo exponencialmente maior, advindo da identificação tardia de doenças, em comparação com aquelas diagnosticadas em estágios preliminares.

Outra forma de alcançar eficiência é por meio da consolidação, embora isso não seja uma garantia. Sob essa ótica, em 2022, tivemos transações importantes que prometem chacoalhar o sistema de saúde, como a conclusão da fusão entre Hapvida (HAPV3) e Notre Dame Intermédica, Hermes Pardini (PARD3) e o Grupo Fleury (FLRY3), e Rede D'Or (RDOR3) e SulAmérica (SULA11). Esses movimentos vêm na cauda de um arrefecimento geral do mercado de capitais, em um ano com pouquíssimas movimentações nas bolsas de valores globais em termos de números de IPOs e rodadas de follow-on mundo afora.

No entanto, os gargalos operacionais no sistema de saúde permanecem, e os empreendedores que buscam operar com esses players precisam entender quais são os obstáculos, para que possam ser solucionados, seja via Inteligência Artificial ou outras tecnologias que aumentem a eficiência e resolubilidade do setor. Para tanto, o segmento ainda carece de soluções econômicas para tornar os hospitais mais eficientes e para reduzir a sinistralidade das operadoras e seguradoras de saúde. Essas duas veias estão diretamente atreladas a um maior acesso ao sistema privado, e, se feito da forma correta, deveriam estar correlacionados a uma melhora na qualidade de vida da população.

Com isso em mente, empreendedores devem analisar a sustentabilidade da proposta observando três pilares-base, sendo eles o retorno gerado sobre o investimento sob o ponto de vista do cliente, o tempo estimado para o resultado e os efeitos disso para sociedade. Com resultados positivos nos três pilares, a solução será considerada com carinho por potenciais investidores, e pelo sistema de saúde como um todo. Caso contrário, a solução pode nunca atingir o product-market fit desejável.

Em conclusão, existem dúvidas acerca do impacto do próximo governo brasileiro no ambiente de investimentos em saúde, especialmente por aqui. Apesar de ainda existir muita incerteza, será necessário acompanhar o andamento de projetos de lei que se assemelham à lei 14.454, que decreta o fim do rol taxativo da ANS, e à lei 14.434, que institui um piso salarial para profissionais de enfermagem, pois podem afetar drasticamente as perspectivas de sustentabilidade do segmento.

TELEMEDICINA É AUTORIZADA NA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO DF

Agência Brasil – 04/01/2023

Médico terá autonomia para cuidar do paciente.

A partir desta semana, a prática da telemedicina está autorizada na rede pública e privada de saúde do Distrito Federal. A Lei nº 7.215/2023, sancionada pelo governador Ibaneis Rocha e publicada no Diário Oficial da União, assegura ao médico autonomia na decisão de adotar ou não a telemedicina para cuidados ao paciente, cabendo ao profissional indicar a consulta presencial quando considerar necessário.

A publicação também prevê a obrigatoriedade de capacitação do médico em bioética, responsabilidade digital, segurança digital, pilares para a teleconsulta responsável, telepedagógica e treinamento em mídia digital em saúde. Segundo a lei, o atendimento por telemedicina só poderá ser realizado após autorização do paciente ou de seu responsável legal.

O texto esclarece que cabe ao gestor responsável pelo local de provimento do serviço disponibilizar espaço fixo com

privacidade, banda de comunicação exclusiva para telemedicina e equipamentos e softwares que atendam às exigências necessárias.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a telemedicina vem para dinamizar e agilizar o acesso da população à saúde e não para substituir o atendimento presencial. O desafio, segundo a própria pasta, é a integração de sistema para que a prática se torne viável dentro da rede.

Telemedicina

Entende-se por telemedicina o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência (acompanhamento, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica); prevenção de doenças e lesões; promoção de saúde, educação e pesquisa em saúde

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

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

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

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

milliman.com

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