

ÍNDICE INTERATIVO

[Uso dos planos de saúde aumenta oito pontos percentuais entre janeiro e setembro deste ano](#) - Fonte: Fenasaúde

[Número de beneficiários de planos de saúde é o maior desde 2016, diz ANS](#) - Fonte: CNN Brasil

[5 tendências em tecnologia que vão impactar o setor de saúde em 2022](#) - Fonte: Revista Apólice

[A Judicialização e a dupla regulação da saúde suplementar no Brasil](#) - Fonte: Migalhas

[ANS: Setor de planos de saúde segue em crescimento](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS promove a primeira reunião técnica da Cosaúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS lança mais um painel dinâmico do ressarcimento ao SUS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Comissão aprova projeto que regulamenta a telemedicina no país](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

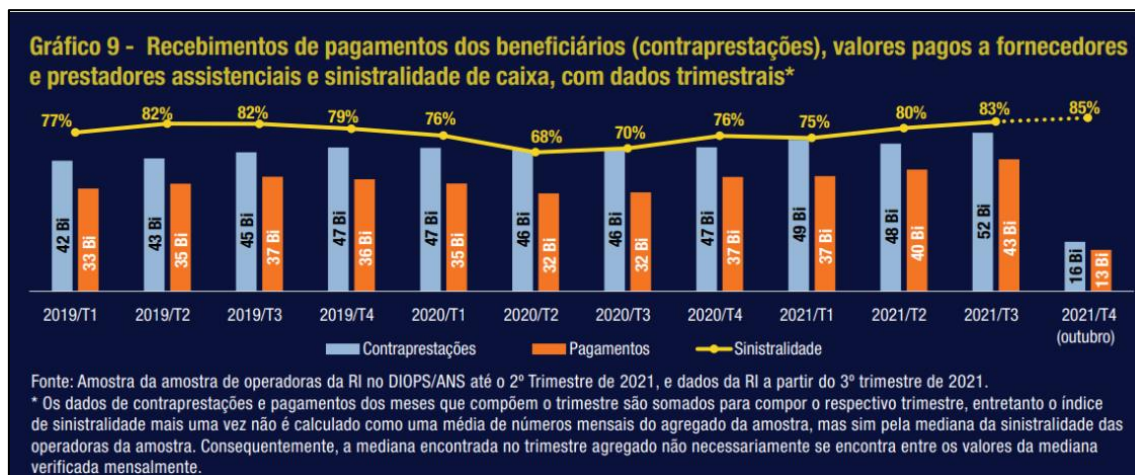
USO DOS PLANOS DE SAÚDE AUMENTA OITO PONTOS PERCENTUAIS ENTRE JANEIRO E SETEMBRO DESTE ANO

FenaSaúde – 08/12/2021

Gastos das operadoras batem recorde no 3º Tri de 2021 e chegam a R\$ 43 bilhões, maior valor desde o primeiro trimestre de 2019

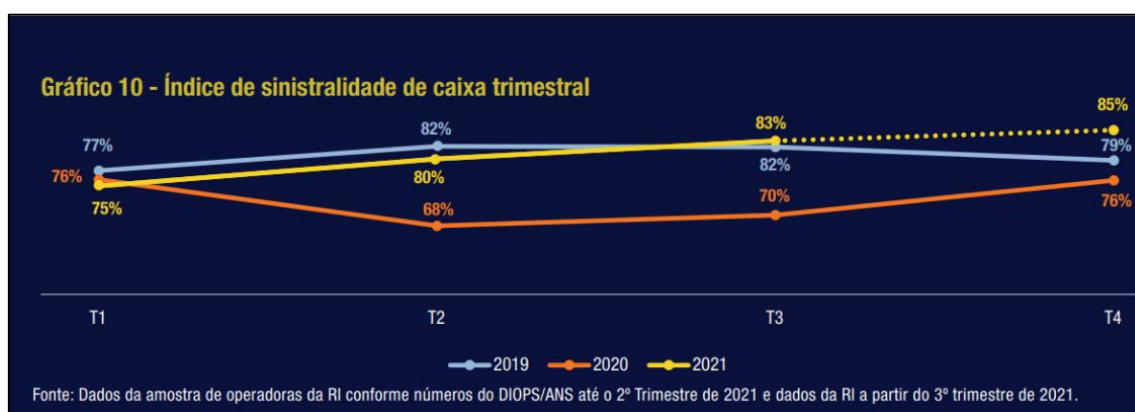
Com a pandemia estabilizada no Brasil e a vacinação caminhando, os beneficiários de planos de saúde retomaram os procedimentos antes deixados de lado. Essa retomada já impacta a operação dos planos de saúde, que no 3º Tri de

2021 pagou a fornecedores e prestadores assistenciais R\$ 43 bilhões, o valor mais alto desde o primeiro trimestre de 2019, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse custo recorde é consequência da inflação da saúde, da incerteza econômico brasileira, mas, sobretudo, pela alta demanda de procedimentos não urgentes.



Ainda segundo a ANS, a sinistralidade no 3º Tri de 2021 ficou em 83%, oito pontos percentuais maior que no primeiro trimestre do ano, que foi de 75%. Considerada a projeção feita pela agência reguladora, o quarto trimestre é ainda mais

preocupante: as operadoras podem encerrar 2021 com 85% de sinistralidade, dez pontos percentuais a mais que o apresentado no começo do ano.



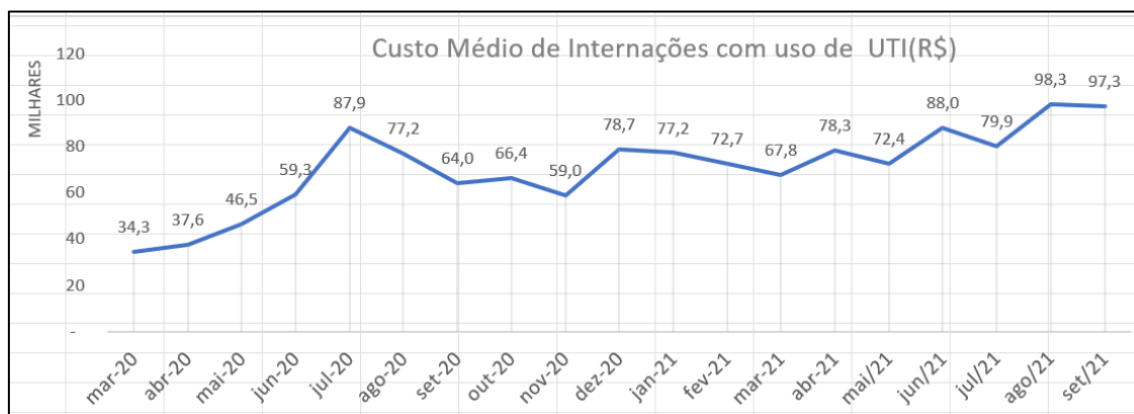
“Os números divulgados recentemente pela ANS corroboram alertas que temos feito desde o primeiro semestre: a sinistralidade está em escalada, o que indica forte aumento das despesas assistenciais. Assim como a redução do uso em 2021 resultou em queda das mensalidades neste ano, para 2022 o movimento, infelizmente, vai em direção contrária, com enorme pressão de custos que terá reflexos nos reajustes dos planos”, alerta a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Ainda de acordo com a análise de Vera Valente, o que vem ocorrendo na saúde não é diferente do que ocorre em outros setores da economia brasileira. “A inflação tornou-se novamente preocupação central dos brasileiros, com índices gerais já estão acima de dois dígitos. Todos os setores de serviços estão sofrendo. Escolas terão os maiores aumentos em 5 anos e energia elétrica terá tarifas até 20% mais altas, segundo estimativas de mercado”, conclui.

Custo Covid também em alta

Embora as internações por Covid-19 tenham despencado desde o início da campanha de vacinação, o custo por paciente com a doença em uma internação UTI está em patamares máximos na pandemia. É o que aponta estudo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) a partir de dados coletados com seis operadoras associadas à entidade, que representam 25% do total de beneficiários da saúde suplementar.

Os custos por internação Covid-19 (UTI), em setembro/20, estavam em R\$ 63.966 em média, por paciente. Após um ano, esse número saltou para R\$ 97.328, valor 52,2% a mais. Em relação a agosto/21, os valores de setembro/21 se mostram estáveis, porém, a estabilidade se dá em níveis muito altos.



Fonte: FenaSaúde (projeção baseada nos dados de seis associadas, que representam 25% dos beneficiários de planos médico-hospitalares)

A FenaSaúde entende que os dados são reflexo da variação cambial, aumento de custos logísticos e das incertezas na economia brasileira, que refletem na escalada de preços.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE É O MAIOR DESDE 2016, DIZ ANS

CNN Brasil – 07/12/2021

Total de beneficiários aumentou em 25 unidades da federação, com 48,5 milhões de brasileiros em planos de assistência médica

O número de beneficiários de planos de saúde aumentou 2,9% em outubro, no Brasil, em relação ao mesmo período do ano passado. De acordo com números divulgados pela Agência Nacional de Segurança Suplementar (ANS), o país tem 48,5 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, o maior total desde março de 2016.

Esse número representa 25,04% de cobertura da população brasileira. O total de beneficiários aumentou em 25 unidades da federação. Em um ano, o crescimento foi de 1,35 milhão de pacientes.

Atualmente, 39,6 milhões de clientes (81,6%) são oriundos de planos coletivos e, deste universo, 33 milhões são da modalidade empresarial. Apenas 8,9 milhões são de planos individuais ou familiares (18,5%).

Em comparação com setembro deste ano, mês anterior, o total de usuários aumentou em 46,3 mil (0,1%). São Paulo, Minas Gerais, no Sudeste, estados mais populosos do país, e Santa Catarina, no Sul, foram as unidades da federação houve maior registro de novas adesões, em números absolutos.

Há ainda outros 28,7 milhões de beneficiários de planos odontológicos, segmento que apresenta um crescimento mais acelerado que o de assistência médica: 9,7% em relação ao mesmo mês de 2020.

Neste caso, o crescimento do total de clientes ocorreu em todos os estados, mas com ritmo mais intenso em São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

5 TENDÊNCIAS EM TECNOLOGIA QUE VÃO IMPACTAR O SETOR DE SAÚDE EM 2022

Revista Apólice – 07/12/2021

Implementação de novas ferramentas e serviços digitais são fatores decisivos para aumentar a satisfação do paciente com o atendimento das operadoras e seguradoras

A tecnologia e a digitalização estão cada vez mais presentes na vida de gestores e profissionais da saúde. A pandemia gerou uma revolução nas práticas clínicas e na gestão hospitalar, acelerando o uso de soluções tecnológicas robustas e modernas. Mas esse movimento não deve parar por aí, já que existe a previsão de que o mercado de TI voltado à saúde continue em crescimento.

De acordo com o relatório Future of Healthcare Report, que analisa o setor e as previsões para os próximos anos, mais de 50% dos consumidores estão interessados em soluções virtuais, como a telemedicina. Isso indica a necessidade de que os profissionais continuem investindo em inovação tecnológica para melhorar o atendimento aos pacientes e aumentar a eficiência de processos e tratamentos.

“A ascensão das soluções digitais foi fundamental durante a pandemia. Esse cenário não só expôs velhas falhas dos sistemas como reforçou a necessidade de inovações baseadas na tecnologia para atender a demandas que, até então, não pareciam urgentes”, comenta Luis Barros, gerente de Marketing e de Inteligência de Mercado da MV.

A MV, especialista em desenvolvimento de softwares para a saúde na América Latina, traz algumas considerações sobre quais devem ser as tendências no setor da saúde, aliado à tecnologia, no próximo ano.

Estratégia omnichannel

Segundo uma pesquisa da McKinsey, realizada com 7.500 consumidores em 6 países, 79% dos entrevistados demonstraram uma grande preocupação com o próprio bem-estar. Dentro desse índice, os entrevistados comentaram que o uso de dispositivos médicos, acesso a serviços remotos e rastreadores de atividade física e sono, por exemplo, contribuem para a sensação de que cuidam melhor da si mesmos

A necessidade de se adaptar para atuar em múltiplos canais será a chance das empresas aproveitarem um mercado em expansão, conquistando a confiança de pacientes e contribuindo para sua saúde.

Telemedicina

Se, durante a pandemia, o número de atendimentos remotos já registrou um crescimento considerável, nada indica que vá voltar ao patamar anterior. Conforme um levantamento feito pela PwC Consultoria, 91% dos entrevistados usaram atendimento virtual por vídeo ao longo dos dois últimos anos e fariam isso novamente, confirmando que essa solução deve

se consolidar a partir de 2022. Mas, além de se preocupar com o aprimoramento da conectividade para ampliar o acesso a esse sistema, é preciso que as empresas de saúde e as equipes médicas continuem protegendo a privacidade e os dados dos pacientes, o que reforça, também, o papel das empresas e soluções em segurança cibernética.

IA e Machine Learning

A Inteligência Artificial (IA) é capaz de aumentar a produtividade dos serviços de saúde e produzir melhores resultados. Análises de variáveis como sintomas, estilo de vida, idade, status social e outros aspectos podem contribuir para diagnósticos presenciais ou remotos e tratamentos com o auxílio de IA, machine learning e big data. Além disso, o uso de IA pode apoiar em uma variedade de áreas, como a administração e assepsia hospitalar.

Outra novidade é a chegada do 5G, que pode otimizar ainda mais a gestão no setor de saúde, a partir do momento em que seja possível oferecer a possibilidade de processamento e análise de uma grande quantidade de dados médicos, auxiliando na tomada de decisões.

A IA também pode ser útil na busca e na redução dos ciclos de desenvolvimento de medicamentos e possíveis tratamentos para doenças existentes, o que gera redução de custos e torna os processos de simulações mais rápidos. Wearables por toda a parte

Dispositivos inteligentes, de inaladores a colchões, passando por aparelhos de eletrocardiograma (ECG) e monitores portáteis de frequência cardíaca, auxiliam na prevenção e manejo de doenças crônicas, permitem o acompanhamento remoto de pacientes por equipes médicas e facilitam várias operações, como intercâmbio de dados com software de telemedicina, entre outras vantagens.

A pandemia aumentou não apenas o uso de wearables, mas estimulou o crescimento de plataformas digital-first. Com o uso da tecnologia, os pacientes recebem alertas quando chega a hora de repor os remédios ou de agendar uma consulta. Com a Cloud Computing, o compartilhamento de informações é facilitado e ganha-se em agilidade. Os dados coletados desses devices podem ser úteis no dia a dia e servir como guia em caso de necessidade.

Diferentes realidades

Realidades virtual, aumentada e mesclada são exemplos de mundos gerados por computador que podem aprimorar de forma significativa a maneira como a medicina é praticada. Isso significa que, por meio dessas simulações, os profissionais de saúde podem planejar operações, terapias e analisar os resultados prováveis de diversos procedimentos.

A tecnologia VR pode ser usada para melhorar uma variedade de tarefas hospitalares, tanto no local quanto eletronicamente. O treinamento cirúrgico, o ensino de alunos com simulações de casos reais e a criação de experiências hospitalares virtuais são exemplos de uso de VR na saúde.

Com a realidade aumentada (AR), é possível melhorar sistemas de telemedicina, fazendo a combinação com os serviços e ferramentas já oferecidos de forma online. A AR também pode ajudar no transporte do paciente, por meio da previsão do itinerário por onde as equipes precisarão passar. Além disso, a tecnologia tem o potencial de melhorar a qualidade da varredura pulmonar dos pacientes, criando uma imagem em tamanho real sobre como o gás se distribui por todo o pulmão. Esse método é capaz de auxiliar na luta contra o coronavírus, por exemplo.

As soluções de realidade aumentada incluem óculos inteligentes, instrumentos dentários e sensores de veia. Outras ferramentas de AR permitem que os médicos projetem seus dedos na tela de um cirurgião habilitado para AR no local, recebam instruções durante as operações, visualizem modelos 3D e muito mais.

“A expectativa é que, assim como tem ocorrido ao longo dos últimos anos, muitas outras atividades possam ser aprimoradas no meio virtual, com o uso de tecnologias digitais mais eficientes e modernas. Com esse movimento, reformas que levariam uma década para serem implementadas vão ser feitas em poucos meses”, finaliza Luis.

A JUDICIALIZAÇÃO E A DUPLA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Mihalhas – 06/12/2021

A importante análise da judicialização da saúde suplementar e a dupla regulação que sofrem os planos de saúde visualizando o conflito de normas que impactam diretamente nos usuários desse sistema.

A importância do tema propicia aos estudiosos do direito, aos consumidores uma visão ampla sobre a crescente judicialização da saúde suplementar e a interferência do poder judiciário em normas regulamentadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Confere o art. 6º da CF/88, "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".

Podemos observar que o constituinte elencou o direito a saúde com importância diferenciada, sendo denotado em capítulo próprio, entrelaçado intrinsecamente com o direito a dignidade da pessoa humana e o direito a vida.

Em consonância com o art. 6º, o art. 196, estabelece que o direito a saúde é um direito de todos, dever do Estado, vejamos: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Perceba que o Constituinte deixa claro, que a saúde é um direito de todos e obrigação do Estado, onde o legislador reconheceu como direito social tendo o poder público por obrigação formular políticas públicas sociais e econômicas que visem a recuperação e a proteção da saúde.

Assim, a proteção constitucional dada à saúde seguiu a linha mundial sob ótica preventiva, promocional e curativa,

impondo ao Estado que forneça acesso de modo universal a essas medidas.

Deste modo o art. 6º estabelece o direito a saúde como direito fundamental e o art. 196 como capítulo próprio do direito à saúde, estabelecendo em sentido amplo o seu conceito e o acesso universal.

Adentrando na saúde suplementar a CF/88 no seu art. 199, permitiu a participação da iniciativa privada na promoção da saúde de forma suplementar/complementar. Como o próprio nome sugere, a participação da iniciativa privada suplementa o Sistema Único de Saúde.

Assim, podemos concluir que o sistema de saúde no país é dual ou híbrido com a participação pública e privada, aquele que utiliza o SUS é chamado de usuário e está sob fiscalização do ministério da Saúde e aquele que utiliza o sistema privado é chamado de consumidor com observação fiscalizatória da ANS.

O limbo jurídico e os conflitos normativos tiveram início com o advento da lei Federal 9.656/98, fazendo um traçado entre os planos regulamentados e os não regulamentados, trazendo diversos questionamentos judiciais sobre a cobertura de procedimentos.

No Brasil a judicialização da saúde cresceu de forma exponencial a partir dos anos 2000 onde o judiciário se aprofundou mais sobre o assunto, devido ao aumento de demandas sobre o tema, até então não muito rotineiro. O aumento da demanda sobre a matéria trouxe a seriedade de melhor organizar e sistematizar o judiciário, visto que, para muitos o tema era novo e fazia parte de uma nova geração temas que dominava o judiciário, chamado de temas da nova era.

As demandas judiciais na saúde tomou uma proporção tão gigantesca que do ano de 2008 até 2017 houve crescimento de um pouco mais de 130%, alcançando 498.715 processos nesse período. Tais números não impactam somente o judiciário mas também no ministério da Saúde que percebeu um aumento de 13 vezes nos últimos 7 anos com ações judiciais.

Sendo assim, é percebido que a crescente judicialização da saúde se dá na maioria das vezes pela falta de assistência do Estado com seu dever de cumprir com o regramento constitucional, sendo o poder judiciário responsável por efetivar esse direito garantido.

Com a ausência do Estado, o judiciário tem obrigado as operadoras de saúde a cumprir o papel do poder público, desvirtuando o art. 199 da CF/88 e criando a maior insegurança jurídica do Estado brasileiro.

Os entraves judiciais vão desde a disponibilização de um simples medicamento, passando pelos mais complexos, como também aqueles de cunho experimental que muitas das vezes não tem autorização da ANVISA, onde os Tribunais têm tomado decisões de cunho individual ou coletivo que impactam de alguma forma no setor da saúde.

A prática da judicialização tem se tornado um hábito, visto que, o autor já entra com processo contra a operadora com sentimento de ganho de causa e os magistrados na maioria das vezes com a falta de apoio técnico acaba impondo decisões desarrazoadas mesmo que não seja sua obrigação de arcar gerando impacto financeiro em todo sistema da operadora.

O excesso de judicialização sobre os contratos firmados entre as operadoras e os beneficiários tem virado cada dia mais objeto de preocupação das operadoras, visto que, estamos diante de um setor altamente regulado e os seus contratos já são elaborados de acordo com as diretrizes mínimas estipulados pela ANS.

Assim os impactos são altamente negativos, uma vez que, o excesso de demanda neste segmento além de gerar um verdadeiro rombo econômico, inviabiliza a previsibilidade e a operabilidade deste tipo de segmento no país, sendo necessário buscar meios eficazes para tentar reduzir as demandas.

Quando falamos em meios eficazes de redução não se trata do autor deixar de buscar o poder judiciário, mas sim o beneficiário buscar o seu direito quando houver flagrante desrespeito as normas firmadas entre as partes, o que na maioria das vezes não é o que acontece.

Analisando diversas decisões judiciais nos mais variados tribunais de justiça do país, as decisões carecem de apoio técnico científico, inclusive a falta de citação dos próprios NAT-jus, que foram criados com finalidade de prestar apoio aos magistrados em suas sentenças.

Ficou evidenciado que o embasamento das decisões é único e exclusivo com foco no direito a saúde, direito a vida, dignidade da pessoa humana, trazendo como direito absoluto, sabemos da importância desses direitos, mas por outro lado não existe direito absoluto.

Toda decisão que obriga a operadora de saúde a arcar por algo que ela não está obrigada a custear gera dispêndio econômico e todo sistema é obrigado a pagar por este custo nos aumentos anuais.

A exemplo do que estamos falando podemos citar o "home care", que é um sistema de cuidado domiciliar em que o paciente tem todo o atendimento em sua residência, a ANS já se manifestou no sentido que não existe obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora exceto se houver em contrato ou desospitalização por parte da própria operadora.

Mas a realidade é totalmente diferente, a partir do momento que operadora indefere o pedido de assistência domiciliar o beneficiário busca a justiça e na grande maioria das vezes o pedido liminar é deferido. Assim, é observado o perigo que a própria justiça cria com a insegurança jurídica, atropelando o contrato entre as partes, sendo neste caso uma negativa devida em razão da não obrigatoriedade de custeio por parte da operadora, no final, quem arcará esse custo é o próprio sistema.

De tudo que fora abordado podemos destacar alguns pontos que são cruciais e perigosos para o excesso de judicialização por exemplo a insegurança jurídica, o incentivo a máfia da saúde, impacto econômico financeiro da operadora, o surgimento de jurisprudências sem qualquer fundamento técnico científico.

A dupla regulamentação da saúde suplementar é algo que tem se tornado cada vez mais comum, infelizmente o poder judiciário na maioria das vezes tem interferido em assuntos já devidamente regulados, não estamos falando em negativa de direito, mas sim a concessão de direitos inexistentes que inclusive já possuem regulamentação de uma agência reguladora estatal.

Não é novidade que a saúde suplementar brasileira é um setor altamente regulamentado, fiscalizado seja ela nas normas de proteção aos beneficiários, nas diretrizes governamentais para o setor, como também uma severa fiscalização no equilíbrio econômico financeiro de cada entidade.

Sob a ótica simplista regulação nada mais é do que a intervenção estatal em determinado assunto entrelaçando e caminhando lado a lado entre direito e poder econômico. A própria regulação traz a ideia de medida preventiva, produzir normatividade, utiliza critério técnicos científicos e se vale da multa ou qualquer outra punição para combater a irregularidade.

O enfoque da regulação é justamente buscar um equilíbrio entre as partes envolvidas em conciliação aos valores da

sociedade justa e moderna através de critérios jurídicos e técnicos definindo os direitos e deveres de cada um.

Podemos afirmar que se caso o poder judiciário intervém de forma contrária a uma norma regulada, podemos afirmar que o judiciário está fazendo um controle de constitucionalidade de modo discreto.

A saúde suplementar como o próprio nome já denomina possui a sua essência de suplementar secundária com fundamentos baseados na onerosidade, atuaridade, sinistralidade e a contraprestação desses serviços são baseados no perfil de cada beneficiário.

Não podemos cobrar das operadoras de saúde a mesma assistência de saúde que o Estado tem o dever de efetivar, a partir do momento que isto acontece transferimos a responsabilidade do ente estatal para iniciativa privada caracterizando a partir deste momento um grande imbróglio constitucional.

A CF/88 é clara ao afirmar que a saúde é um dever do estado e que de modo suplementar a saúde pode ser explorada pela iniciativa privada, mas a Carta Magna deixa explícito que a obrigação é estatal.

Os limites da prestação dos serviços ofertados pelas operadoras de saúde são diferentes do poder público, incumbindo ao judiciário analisar minuciosamente caso a caso certificando que a pretensão autoral não seja de cunho social de competência do poder público.

A interferência do poder judiciário em atos já regulamentados que não tenham quaisquer vícios ou ilegalidades gera mais prejuízos do que benefícios, além disso essa interferência é totalmente inconstitucional de modo claro observamos a

interferência do judiciário em outra esfera de poder fazendo controle de uma norma que não apresenta qualquer ilegalidade ou ferimento de direito.

De modo discreto o poder judiciário está fazendo um papel que não compete a ela, ao tempo que emite decisões de temas que foram regulados, está exercendo o papel de regular e legislar o que está fora da sua atribuição constitucional.

A intervenção desenfreada judicial gera lacunas negativas aos beneficiários do sistema, ano após ano os beneficiários reclamam dos altos reajuste da prestação de saúde e muitos deixam de ter planos de saúde por que não conseguem pagar, de modo escondido o poder judiciário causa esse reflexo de modo direto.

O setor já é devidamente regulado com normas e atos de uma agência reguladora vinculado ao ministério da Saúde que possui capacidade técnica para regular o setor com foco no equilíbrio econômico das empresas prestadoras de serviços de saúde com proteção nos direitos dos beneficiários.

Por fim, fica evidenciado que modelo jurídico brasileiro necessita de forma urgente, definir a segurança jurídica sobre o tema, respeitando as decisões que já possuem regulações definidas, acatando a autonomia da ANS como órgão regulador, claro, desde que as regulações não infrinjam normas de hierarquia superior, interferindo o poder judiciário em casos excepcionais quando não existir regulação ou quando a norma for de encontro a preceitos constitucionais.

O poder judiciário deve entrar como pacificador e efetivador dos direitos não prolatando sentenças sem fundamentos causando diversos problemas estruturais no sistema de saúde suplementar no país.

ANS: SETOR DE PLANOS DE SAÚDE SEGUE EM CRESCIMENTO

GOV (ANS) - 06/12/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) liberou, nesta segunda-feira (06/12), os números de beneficiários de planos de saúde relativos ao mês de outubro. Nesse período, o setor se manteve em crescimento e totalizou 48.575.935 usuários em planos de assistência médica e 28.729.558 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados completos estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. Clique e acesse aqui.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.351.104 beneficiários - o equivalente a 2,9% de aumento em relação a outubro de 2020. No comparativo de outubro com setembro, o crescimento foi de 46.360 mil usuários. O total de beneficiários é o maior número registrado desde março de 2016, quando o setor atingiu a marca de 48.614.271 beneficiários nessa segmentação. Já nos planos exclusivamente odontológicos, foi registrado aumento de 2.537.748 beneficiários em um ano - o que

representa 9,7% de crescimento no período - e de 121.386 em um mês (comparativo com setembro).

Entre os estados, no comparativo com outubro de 2020, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo que São Paulo, Minas Gerais e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos.

A ANS lembra 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.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
out/21	33.313.778	6.294.460	414	8.909.711	57.572	48.575.935
set/21	33.279.029	6.280.288	414	8.912.056	57.788	48.529.575
ago/21	33.126.465	6.270.335	414	8.918.207	58.062	48.373.483
jul/21	33.008.457	6.277.161	414	8.942.908	58.339	48.287.279
jun/21	32.870.685	6.278.332	414	8.963.449	58.657	48.171.537
mai/21	32.778.709	6.260.150	415	8.964.337	58.972	48.062.583
abr/21	32.637.032	6.236.230	415	8.988.822	60.434	47.922.933
mar/21	32.524.966	6.242.109	416	9.012.407	60.781	47.840.679
fev/21	32.310.480	6.247.160	416	9.027.958	62.736	47.648.750
jan/21	32.185.286	6.261.782	417	9.042.027	63.384	47.552.896
dez/20	32.137.012	6.283.948	418	9.048.978	63.763	47.534.119
nov/20	32.017.143	6.267.886	419	9.024.781	64.664	47.374.893
out/20	31.871.986	6.255.038	419	9.027.502	69.886	47.224.831

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
out/21	20.895.814	2.774.594	1.670	5.050.909	6.571	28.729.558
set/21	20.820.925	2.770.601	1.696	5.008.368	6.582	28.608.172
ago/21	20.519.151	2.758.226	1.707	4.951.274	6.599	28.236.957
jul/21	20.285.847	2.755.421	1.712	4.869.874	6.728	27.919.582
jun/21	20.167.357	2.759.273	1.717	4.753.238	6.756	27.688.341
mai/21	19.930.251	2.763.885	1.723	4.673.472	6.804	27.376.135

abr/21	19.851.587	2.769.203	1.724	4.652.918	6.841	27.282.273
mar/21	19.782.993	2.772.060	1.726	4.650.652	6.924	27.214.355
fev/21	19.563.248	2.765.931	1.728	4.653.150	6.961	26.991.018
jan/21	19.475.161	2.762.044	1.729	4.579.820	6.995	26.825.749
dez/20	19.427.719	2.742.735	1.736	4.519.128	7.022	26.698.340
nov/20	19.200.092	2.813.981	1.737	4.449.816	7.109	26.472.735
out/20	19.008.464	2.797.692	1.738	4.376.751	7.165	26.191.810

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	out/20	out/21	out/20	out/21
Acre	43.200	42.400	15.729	17.081
Alagoas	367.105	377.169	275.540	287.890
Amapá	62.305	62.592	47.477	51.618
Amazonas	531.516	568.699	454.233	493.922
Bahia	1.546.950	1.603.525	1.470.101	1.557.295
Ceará	1.244.316	1.281.598	994.370	1.043.662
Distrito Federal	917.283	923.605	622.240	632.968
Espírito Santo	1.129.127	1.177.558	541.817	617.485
Goiás	1.228.070	1.232.252	665.357	711.514

Maranhão	483.645	473.835	220.413	246.613
Mato Grosso	598.189	641.348	221.764	236.948
Mato Grosso do Sul	599.960	613.403	152.591	163.986
Minas Gerais	5.175.583	5.373.467	2.226.353	2.545.048
Pará	813.276	845.070	463.080	526.018
Paraíba	419.337	439.415	388.652	418.712
Paraná	2.863.250	2.937.101	1.307.529	1.570.459
Pernambuco	1.340.140	1.368.816	1.019.230	1.143.034
Piauí	341.672	360.589	97.602	126.470
Rio de Janeiro	5.306.530	5.333.666	3.345.685	3.455.357
Rio Grande do Norte	522.140	565.737	364.390	411.566

Rio Grande do Sul	2.510.182	2.557.308	786.083	843.665
Rondônia	152.775	153.254	108.621	111.268
Roraima	29.775	30.701	11.667	11.993
Santa Catarina	1.456.459	1.549.283	570.076	744.736
São Paulo	17.079.040	17.592.021	9.532.017	10.428.481
Sergipe	313.860	322.872	209.259	211.062
Tocantins	110.680	112.549	64.178	107.671

ANS PROMOVE A PRIMEIRA REUNIÃO TÉCNICA DA COSAÚDE

GOV (ANS) – 06/12/2021

Comissão discute inclusão de tecnologias no Rol de Procedimentos. Evento poderá ser acompanhado pelo canal da Agência no YouTube

No próximo dia 15/12, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará a primeira reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde). O objetivo do encontro é discutir a inclusão de tecnologias submetidas para análise da Agência na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde.

Os medicamentos submetidos à apreciação são darolutamida, para câncer de próstata não metastático resistente à castração; dupilumabe, para asma eosinofílica grave; regorafenibe, para câncer colorretal metastático; e uestequinumabe, para colite ulcerativa ativa moderada a grave. Também está na pauta a discussão sobre a incorporação do teste rápido para detecção de antígeno do vírus SARS-CoV-2.

A reunião será realizada das 9h30 às 16h30, pela plataforma Microsoft Teams, e é reservada para os membros da Comissão. Os demais interessados poderão acompanhar ao vivo pelo canal da ANS no YouTube.

Sobre a Cosaúde

A Cosaúde é composta por representantes indicados pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), conforme previsto na Resolução Normativa n.º 474/21, que dispõe sobre a constituição e o funcionamento da Comissão. Seu objetivo é o assessoramento da ANS na definição da amplitude da cobertura assistencial no âmbito da saúde suplementar.

A RN nº 474/21 foi aprovada no dia 25/11/2021, na 562ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, em cumprimento à Medida Provisória nº 1.067/21, que alterou a Lei nº 9656/1998

ANS LANÇA MAIS UM PAINEL DINÂMICO DO RESSARCIMENTO AO SUS

GOV (ANS) – 03/12/2021

Nova ferramenta oferece visão sintética e amplia transparência sobre o tema

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de tornar disponível mais um painel dinâmico sobre o Ressarcimento ao SUS: o Panorama do Ressarcimento ao

SUS. Trata-se de uma nova plataforma de consulta de dados dinâmicos, a quarta que compõe os dados sobre o tema.

A publicação inova ao apresentar dados atualizados trimestralmente, com quadros e figuras que demonstram os resultados mais recentes disponíveis, além da possibilidade

de personalização de consultas a partir da aplicação de filtros, conforme o interesse específico do usuário.

Assim, é possível pesquisar uma operadora, bem como filtrar um conjunto delas por porte, modalidade e situação cadastral, aplicando cortes temporais por data de atendimento do beneficiário em unidades do Sistema Único de Saúde ou de vencimento do débito com o ressarcimento.

Na primeira edição, estão disponíveis as informações atualizadas até setembro de 2021, contemplando os casos até o 86º Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). Os ABIs são as notificações encaminhadas periodicamente às operadoras, após a verificação do atendimento prestado ao beneficiário no SUS e do preenchimento dos requisitos para a ocorrência do ressarcimento.

O conteúdo está organizado em blocos de painéis que apresentam o cenário processual, tendo como objetivo situar

o leitor sobre o universo tratado e também sobre a situação de cobrança e pagamento, incluindo dados sobre inscrição em dívida ativa e inadimplência, de forma que é possível identificar o comportamento do setor quanto ao cumprimento das obrigações legais junto ao SUS.

O Panorama de Ressarcimento ao SUS foi concebido e dirigido pelo servidor João Saraiva, com cooperação dos servidores André Duarte, Luiz Vieira e Erik Ugalde, sob coordenação de Juliana Machado, todos da Coordenadoria Tecnológica de Ressarcimento ao SUS; da gerente do Ressarcimento ao SUS, Fernanda Araújo; e do diretor de Desenvolvimento Setorial Substituto, Cesar Serra.

A nova ferramenta complementa outras três publicações já existentes: o Pannel Financeiro do Ressarcimento ao SUS, o Boletim Informativo e o Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos de Saúde

COMISSÃO APROVA PROJETO QUE REGULAMENTA A TELEMEDICINA NO PAÍS

Agência Câmara de Notícias - 03/12/2021

Conforme a proposta, operadoras de planos de saúde não poderão interferir na modalidade de atendimento ou estabelecer valores diferenciados de presencial e remoto

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que regulamenta a realização de consultas com médicos, terapeutas, psicólogos ou nutricionistas por meio de tecnologias da informação e da comunicação.

Segundo o texto, caberá ao profissional de saúde avaliar se o serviço a distância e por meio de tecnologias da informação é o meio mais adequado de atender ao paciente, devendo informá-lo de todas as limitações desse método.

Por fim, a proposta proíbe operadoras de planos de saúde de interferirem na modalidade de atendimento – presencial ou remoto – escolhida pelo paciente. As operadoras também não poderão estabelecer valores diferenciados entre atendimento presencial e remoto.

Relatora da matéria, a deputada Dra. Soraya Manato (PSL-ES) recomendou a aprovação do Projeto de Lei 916/20, do

deputado Coronel Armando (PSL-SC), e de outros quatro apensados na forma de um substitutivo.

O novo texto amplia a validade da medida para além de casos de calamidade pública ou de quarentena; exclui detalhes sobre a forma de faturamento e de comprovação dos atendimentos virtuais; e impede operadoras de planos de saúde de imporem limitações à realização do teleatendimento.

“A atual pandemia acelerou um processo que vinha ganhando corpo já há alguns anos, que é a possibilidade de prestação de serviços à saúde de forma remota, intermediada por ferramentas que utilizam tecnologias da informação e comunicação”, disse a relatora.

Tramitação

A proposta tramita em caráter conclusivo e será ainda analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

[Saiba mais sobre a tramitação de projetos de lei.](#)

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.