

### *ÍNDICE INTERATIVO*

[Custo médio com internações hospitalares dá salto de R\\$ 4 mil em três anos](#) - Fonte: Saúde Business

[Reajuste de até 25%: por que os planos de saúde ficaram tão mais caros](#) - Fonte: Uol Notícias

[Retomada firme do setor privado de saúde só deve ocorrer em 2025](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde registram mais de 2 mil notícias-crime e ações cíveis em 2023](#) – Fonte: Fena Saúde

[Internações por ansiedade mais que dobram em quatro anos, diz estudo](#) - Fonte: CNN Brasil

[Cada vez mais exames são pedidos no Brasil e excesso sobrecarrega sistemas de saúde](#) - Fonte: Medscape

[TEA: o desafio de compatibilizar o atendimento a pacientes e a viabilidade dos planos](#) - Fonte: Jota Info

[Setor fecha 2023 com 51 milhões de beneficiários em planos de assistência médica](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Tendências e desafios dos planos de saúde privados no Brasil em 2024](#)- Fonte: Saúde Digital News

# CUSTO MÉDIO COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES DÁ SALTO DE R\$ 4 MIL EM TRÊS ANOS

Saúde Business – 30/01/2024

Estudo realizado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde traz dados inéditos sobre o mercado nos últimos quatro anos. Internações seguem sendo o item que mais gera gastos para planos de saúde.

Pesquisa realizada pela UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde mostra que o custo com internações segue sendo o principal gasto assistencial e que os valores médios gastos com uma internação aumentaram de R\$ 6.455 em 2019 para R\$ 10.153. A principal causa de internações são doenças do sistema circulatório, responsável por cerca de 10% do total de hospitalizações no período analisado. Participaram da pesquisa 46 operadoras associadas à UNIDAS, que representam 2.530.753 milhões de vidas. Os transtornos mentais e comportamentais, que no auge da pandemia representavam 9% das internações hospitalares, caíram para 6%.

As despesas com internações apresentam um aumento significativo de acordo com a faixa etária dos pacientes. Para se ter um paralelo, na faixa acima de 60 anos, o custo médio com uma hospitalização é mais que o dobro do que entre pessoas de 24 a 28 anos. “Sabemos que os idosos demandam um cuidado maior. Como temos dentro das autogestões uma realidade etária que o Brasil terá em 2050, fica o alerta para o sistema de saúde como um todo: os custos com internações irão onerar de maneira significativa os sistemas de saúde público e privado na próxima década”, explica Anderson Mendes, presidente da UNIDAS.

Outro ponto que chama atenção é o aumento no custo médio das consultas que, na região sudeste, cresceu 14% (maior aumento no país). Já o valor médio dos exames teve o maior reajuste na região Centro Oeste (4,17%). Ao mesmo tempo, o custo médio com internação domiciliar baixou R\$ 10 mil em quatro anos, enquanto a hospitalar aumentou quase R\$ 10mil, ultrapassando os R\$ 24.252 de 2021, auge da pandemia.

Além disso, as medidas de distanciamento social adotadas no início da pandemia influenciaram a redução de atendimentos menos urgentes, concentrando a demanda por serviços de saúde em casos mais complexos. Com isso, foi registrado um crescimento substancial na taxa de exames em 2021 (7,25 por consulta) e uma ligeira queda em 2022 (6,68 por consulta). Esse número mostra que em 2021 tivemos um aumento no volume de exames pedidos, muito possivelmente por represamento de diagnósticos não realizados em 2020. Em 2022, a média aponta uma volta aos patamares normais, após o efeito Covid-19.

As variações observadas em relação à faixa etária demonstraram que os beneficiários com mais de 59 anos tiveram a média mais alta de consultas e exames, enquanto os mais jovens tendem a realizar menos consultas e exames em média. “Daí a importância de aprender a cuidar deles para que sejam idosos saudáveis. Esse desafio de manter a sustentabilidade e a acessibilidade nas autogestões, em breve, será uma dor de todo mercado de saúde suplementar”, complementa Mendes. Com relação aos atendimentos de internação, a evolução do indicador da taxa de internação demonstra uma influência substancial da pandemia de COVID-19 em seus resultados.

## Perfil dos beneficiários

A população brasileira está ficando mais velha. Segundo dados que o IBGE divulgou, do Censo de 2022, ano passado, Brasil teve o maior salto de envelhecimento entre censos desde 1940. Em 2010, a cada 30,7 idosos, o país tinha 100 jovens de até 14 anos. Agora, são 55 idosos para cada 100 jovens. Essa mudança também se reflete na saúde suplementar como um todo, mas de maneira ainda mais aguda nas autogestões. O índice de envelhecimento (que calcula a proporção entre beneficiários com mais de 80 anos comparados aos com menos de 14), atingiu o patamar histórico de 304,13 nas operadoras de autogestão com até 20 mil vidas. Ou seja, para cada beneficiário com menos de 14 anos, temos 3 com mais de 80, o que traz um desequilíbrio gigante. Nas autogestões com mais de 100 mil vidas, o número também é alto, mas está na faixa de 146,46. “As operadoras menores cumprem um papel fundamental porque, muitas vezes, estão localizadas em regiões que o mercado não está. Mas, claro que elas sofrem com os impactos mais rapidamente quando comparadas as maiores, que têm mais elasticidade”, explica Mendes.

As autogestões também concentram a maior parte dos idosos que estão na Saúde Suplementar. Enquanto a média do setor é de 15,34%, entre as participantes da pesquisa, pessoas com 59 anos ou mais são 28,5% da carteira. “Com menos receita e mais custos, a sinistralidade continuará aumentando, mesmo porque, a operadora permanecerá, em sua maioria, com uma cartela de cliente mais dependente do sistema, que precisa de cuidados e que apresenta determinados atributos de risco que aumentam a chance de utilização da cobertura contratado”, diz Anderson Mendes. Nas autogestões, em 2022, o índice de sinistralidade atingiu 94%, ultrapassando o patamar histórico de 92% em 2019. Isso significa que, de cada R\$ 100 recebidos pela operadora de saúde, R\$ 94 são gastos com pagamentos de despesas médicas e assistenciais.

## Perfil das operadoras de autogestão

A análise dos dados revela que a maioria das operadoras pertence ao grupo de pequeno porte, representando 51,2% do total. No entanto, esse grande número de operadoras de pequeno porte contrasta com sua representatividade em número de beneficiários, que corresponde a apenas 7,8% do total desta pesquisa. Em contrapartida, as operadoras de grande porte, embora representem apenas 12,2% do total de operadoras, abrangem significativos 66,6% dos beneficiários. Quanto ao tipo de plano, os planos regulamentados predominam, com destaque para os planos coletivos empresariais e de cobertura nacional.

Em dezembro de 2022, os segmentos de “Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico” e “Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia” representaram a maior parte dos beneficiários, totalizando 51,3% e 44,4%, respectivamente. Isso sugere que as operadoras têm oferecido planos abrangentes que oferecem amplas opções de assistência. É importante notar que a grande maioria dos beneficiários está inscrita em planos com coparticipação, abrangendo aproximadamente 90% dos beneficiários. Isso pode indicar uma estratégia das operadoras para oferecer opções mais

acessíveis aos seus clientes, com mecanismos de moderação de uso, embora seja fundamental acompanhar o

impacto dessa coparticipação na acessibilidade aos serviços de saúde.

## REAJUSTE DE ATÉ 25%: POR QUE OS PLANOS DE SAÚDE FICARAM TÃO MAIS CAROS

Uol Notícias – 30/01/2024

Os planos de saúde ficaram bem mais caros no ano passado e, em alguns casos, os reajustes dos valores pagos ultrapassam os 20%, de acordo com uma análise publicada pelo BTG Pactual. Essa correção feita pelos convênios, porém, ficou muito acima do apontado pelo IPCA para o setor, de 11,52% no período. A justificativa das empresas é de que o reajuste é reflexo do aumento dos custos médico-hospitalares e apontam prejuízo bilionário no setor nos últimos anos.

### O que aconteceu

O IPCA, índice que mede a inflação nos preços de bens e serviços no país, fechou 2023 em 4,72% ao ano. No setor da Saúde e cuidados pessoais, a maior contribuição veio do reajuste dos convênios médicos.

Os convênios ficaram 11,52% mais caros no ano passado, em média. Uma análise mais detalhada publicada pelo BTG Pactual no relatório "ANS Pricing X-Ray", porém, mostrou que os reajustes foram ainda maiores. Isso vale para os planos coletivos por adesão ou corporativos, em que o reajuste é negociado entre as seguradoras e os contratantes.

- SulAmerica: reajuste de 25,8%
- Bradesco Saúde: 22,6%
- Amil: 21,2%
- Hapvida: 15%
- Unimed: 13,5%

Reajuste do plano tem teto? Quem define até quanto pode subir?

- Há uma diferença nas regras de correção dos valores dos planos de saúde dependendo da modalidade.
- Planos individuais e familiares, contratados diretamente pelo beneficiário, têm o teto de reajuste definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em 2023, esse aumento foi limitado a 9,63%.
- Planos coletivos por adesão ou corporativos, contratados por intermédio de sindicatos ou empresas, têm negociações diferentes. Neste caso, as negociações são feitas diretamente entre as operadoras e as empresas contratantes.
- Há mais pessoas em convênios coletivos ou corporativos. Dados mais recentes do relatório Cenário Saúde, da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) mostram que, em junho de 2023, existiam 8,9 milhões de beneficiários para planos individuais e familiares, ao passo que, no mesmo período, o número de pessoas com planos coletivos corporativo ou por adesão somavam 41,8 milhões de beneficiários.

- Desta forma, cerca de 82% dos convênios médicos não têm reajuste regulamentado pela ANS.

### Por que o preço subiu tanto?

Analistas do setor explicam que os reajustes dos convênios médicos levam em consideração três fatores:

- Faixa etária: parte do princípio de que o aumento da idade acompanha mais utilização dos serviços de saúde.
- Inflação: para acompanhar o aumento dos preços no país e pode utilizar, além do IGP-M, o IPC Saúde ou o Índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar, próprios da área da saúde.
- Sinistralidade: é o quanto o plano é utilizado. Busca manter o equilíbrio entre o preço pago ante a utilização efetiva dos serviços de saúde do plano. Este último fator, a sinistralidade, define a relação entre o custo por acionar o plano de saúde, o sinistro, e o valor que a operadora do plano recebe pelo contrato, o prêmio. Ou seja, parte do lucro das seguradoras está justamente no quanto o plano é pago e não utilizado.

No pós-pandemia, as empresas estão vendo muito mais beneficiários fazendo exames, consultas e terapias. Em 2019, levando em consideração todos os planos de saúde (individuais e coletivos), esse índice de sinistralidade era de 83,1%. Caiu bastante em 2020, o primeiro ano da pandemia, até 76,4%. Porém, recobrou o fôlego e voltou a subir nos anos seguintes, atingindo 85,6% em 2021, 87,4% em 2022 e 86,6% até setembro de 2023. "Esses valores são altos, visto que as operadoras ainda precisarão cobrir suas despesas administrativas, comerciais e obter resultados positivos da operação", diz Ulisses Rezende, diretor de negócios da XVI Finance, consultoria especializada no setor da Saúde.

Isso prejudica os resultados financeiros das empresas. Como reflexo deste aumento de sinistralidade, 50,5% das operadoras de saúde não apresentaram resultados operacionais positivos até setembro de 2023, diz Rezende. Isso demonstra que parte do negócio pode ser insustentável e que as operadoras têm certa dependência de outras receitas como as financeiras, analisa.

Prejuízo acumulado é bilionário. Conforme o relatório da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o setor acumula um resultado operacional negativo de R\$ 4,3 bilhão em 2023. Nos últimos três anos (2021, 2022 e 2023), o prejuízo soma R\$ 20 bilhões e que, hoje, as mensalidades não são suficientes para o pagamento das despesas assistenciais.

### O que dizem as seguradoras

O UOL procurou as cinco seguradoras citadas com questionamentos sobre as razões dos reajustes acima da inflação medida pelo IPCA.

- A Unimed, que teve o menor reajuste percentual ante as demais (13,5%) disse, por nota, que o índice de reajuste dos planos de saúde tendem a ser superiores ao da inflação, "porque além do aumento dos preços de insumos e serviços, a maior frequência de utilização também impacta no cálculo do índice".

- "Nos últimos anos, a variação dos cursos assistenciais (sinistralidade) e da utilização foi influenciada por fatores como novos tratamentos que estão sendo incorporados ao rol de coberturas de forma mais acelerada, sendo muitos deles de alto custo; envelhecimento da população; e mudanças regulatórias no rol de coberturas que trouxeram instabilidade ao setor", disse.

- Bradesco Seguros e Amil informaram que se posicionaram pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). A federação, por sua vez, defendeu que o reajuste reflete a variação das despesas assistenciais e "é indispensável para garantir a manutenção e o aperfeiçoamento da oferta da assistência médica a seus beneficiários.

- Apontou, ainda, que entre os fatores que mais influenciam o reajuste estão a inflação da saúde, representada pela evolução do custo da assistência; a obrigatoriedade da oferta de tratamentos "cada vez mais caros, com doses, em alguns casos, a cifras milionárias"; a ocorrência de fraudes e a judicialização.

- A HapVida informou que se manifesta via Abramge. A associação, por sua vez, informou que os reajustes anuais têm como objetivo garantir o equilíbrio entre os valores recebidos com mensalidades e os valores pagos para o tratamento de saúde dos beneficiários participantes do plano.

Disse, ainda, que o reajuste é reflexo do aumento dos custos médico-hospitalares, cuja variação é superior aos índices de inflação devido aos níveis crescentes de utilização dos serviços de saúde e a incorporação acelerada de tecnologias.

- A SulAmerica não retornou até a publicação desta matéria.

### Preços devem continuar subindo, dizem analistas

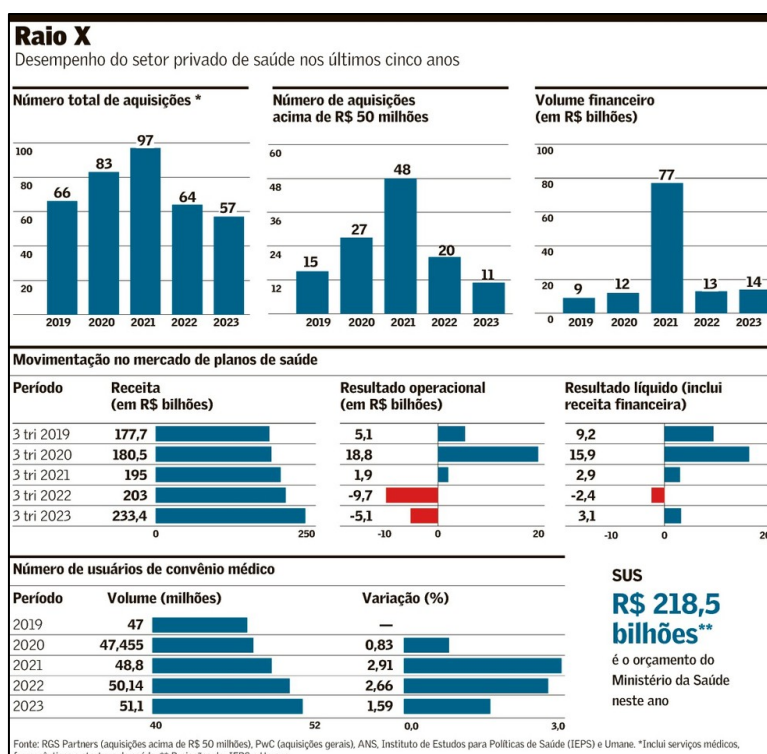
- Para este ano, é esperado que a correção do preço dos planos siga crescente. O aumento médio dos preços para o setor foi de 14,9% em 2023, apontou a ANS. Em 2022, foi de 12,7% e, em 2021, de 7,4%. "Espera-se que os reajustes permaneçam altos, porém a níveis menores", aponta Ulisses, da XVI Finance.

- Com população cada vez mais velha, preço deve continuar a subir. Leonardo Giusti, do setor de Infraestrutura, Governo e Saúde da consultoria KPMG no Brasil, aponta que além do fator pós-pandemia, o envelhecimento da população brasileira também pressiona a sinistralidade para cima e que, uma vez que isso não deve mudar, é provável que os preços continuem a subir pelos próximos anos.

- Os cuidados com a saúde mental também aumentam a procura por serviços nessa área. Além disso, há a judicialização de casos que garantem cobertura para procedimentos e medicamentos antes não cobertos pelo convênio médico, o que eleva os gastos da seguradora. "É difícil termos uma freada. Se queremos resultados diferentes, precisamos agir diferente. Não vejo uma grande mudança nesses componentes [que empurram os preços para cima] para este ano", diz.

## RETOMADA FIRME DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE SÓ DEVE OCORRER EM 2025

Valor Econômico – 29/01/2024



Para voltar ao azul, operadoras de convênio médico devem manter este ano reajuste médio de 25% e empresas ainda dependem da maior redução da taxa de juros para reduzir endividamento.

O mercado privado de saúde só deve ter uma retomada mais firme a partir de 2025. O desempenho do setor para este ano deve seguir fraco como em 2023, ainda com as empresas dependendo da maior redução da taxa de juros para reduzir endividamento, em especial os hospitais e laboratórios, segundo especialistas ouvidos pelo Valor. As operadoras de convênio médico também vão levar boa parte do ano aplicando um reajuste médio de 25% para voltar ao azul.

As projeções de mercado indicam que a taxa de emprego terá queda nesse ano quando comparada a 2023, o que afeta diretamente o volume de pessoas com plano de saúde. As operadoras movimentaram, até setembro, quase R\$ 235 bilhões - é esse valor que financia a cadeia de saúde, uma vez que cerca de 95% dos procedimentos médicos são realizados via plano de saúde.

“No setor privado, acredito que teremos mais um ano de arrumação de casa, o setor de saúde tem ciclos longos, com reajuste anual. O desemprego, ao meu ver, é o ‘driver’ mais importante”, disse Leandro Bastos, analista do Citi. “A área da saúde é altamente dependente do PIB. Por isso, ainda teremos um ano difícil para fusões e aquisições de porte relevante”, afirmou Osías Brito, sócio da assessoria BR Finance.

A expectativa é de que o setor tenha crescimento de 10% a 20% no volume de transações neste ano, mas são operações de cheque pequeno, segundo projeções da PwC. A tendência é de uma concentração de negócios envolvendo startups, clínicas médicas em áreas como oftalmologia, fertilidade, oncologia, reumatologia, entre outras especialidades médicas que já vinham em processo de consolidação puxados pelas gestoras da XP e Pátria, além do Fleury, mas que deram uma freada em 2023.

Os dados da PwC mostram que, no ano passado, foram fechadas 57 aquisições, uma queda de 12,3% em relação a 2022.

Em 2023, o setor movimentou R\$ 14 bilhões em fusões e aquisições. A venda da Amil respondeu por R\$ 12 bilhões”

#### — Renato Stuart

Considerando transações acima de R\$ 50 milhões, o mercado de saúde encerrou o ano passado com 11 aquisições que, juntas, somaram R\$ 14 bilhões, segundo levantamento da RGS Partners, boutique de fusões e aquisições. Nesse montante, está a venda da Amil e da rede de hospitais Américas para empresário José Seripieri Filho, mais conhecido como Júnior (fundador da Qualicorp e

Qsaúde). O negócio, avaliado em R\$ 12 bilhões, foi, sem dúvidas, o mais relevante no ano.

“A venda da Amil impactou o balanço de fusões do ano passado. Se retiramos essa transação, o setor teria movimentado apenas R\$ 2 bilhões. Em 2022, foram 20 negócios, somando R\$ 13 bilhões. Ou seja, houve uma queda expressiva”, disse Renato Stuart, sócio da RGS Partners. “Apesar de outro ano difícil, as aquisições fazem sentido porque a área da saúde precisa ter escala”, complementou Stuart.

Não à toa, há uma tendência de operadoras com menos de 20 mil usuários se juntarem, um movimento que pode se intensificar entre 2024 e 2025. Entre os motivos dessa consolidação, estão a atual taxa de sinistralidade (percentual de uso do plano de saúde), que está na casa de 86,5% - e há dúvidas se retorna aos patamares pré-pandemia -, e uma inclusão crescente de procedimentos de alto custo como cobertura obrigatória nos convênios que dificultam operadoras com carteiras menores de diluir seus custos.

Na visão de Fernando Kunzel, da JGP, boutique de fusões e aquisições, o segundo semestre pode apresentar os primeiros sinais de melhora, com alguns grupos de maior porte podendo vender parte do seu negócio ou fazer fusão, neste ano, como um caminho para reduzir a alavancagem.

Entre os potenciais grupos citados no mercado estão, por exemplo, as redes de hospitais Kora, controlada pela gestora HIG, e Hospital Care, holding dos fundos Crescera e Abaporu (do empresário Eli Horn). Na rede de hospitais e clínicas Américas, que agora pertence a Júnior, ainda é uma incógnita se o empresário vai se desfazer de ativos para fazer caixa para compensar o prejuízo da carteira de planos individuais da Amil.

Um ponto de atenção neste ano diz respeito às taxas de emprego e usuários de planos de saúde - dois indicadores com correlação. Segundo o Valor Data, a expectativa é que neste ano a taxa média de desemprego fique entre 7,5% e 8,3%, sendo que no trimestre, encerrado em novembro, esse percentual foi em 7,5%. Na área da saúde, já houve desaceleração na taxa de crescimento em 2023. No ano passado, o setor ganhou 940 mil novos contratos de planos de saúde. Em 2022 e 2021, esse incremento foi de 1,3 milhão, por ano - nesse período houve forte demanda pelo produto devido à pandemia.

Já na indústria farmacêutica, a expectativa do Citi é de um volume de vendas no varejo um pouco maior, mas com reajuste próximo da inflação. “As vendas de produtos farmacêuticos podem naturalmente perder algum fôlego em 2024 devido a preços mais fracos, o que pode impactar negativamente as tendências de receita de farmacêuticas como Hypera e Blau, além de Viveo e Raia Drogasil”, informa trecho do relatório do Citi.

## PLANOS DE SAÚDE REGISTRAM MAIS DE 2 MIL NOTÍCIAS-CRIME E AÇÕES CÍVEIS EM 2023

Fena Saúde – 29/01/2024

Nos últimos cinco anos, volume de ações cíveis e notícias crime contra fraudadores já ultrapassa 4 mil, aponta FenaSaúde.

Levantamento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), representante das principais operadoras de planos de saúde do país, aponta que nos últimos 5 anos, as associadas da entidade abriram mais de 4 mil notícias-crime e ações cíveis contra fraudadores de planos médicos e

odontológicos no país. Só em 2023 foram 2.042 casos, representando um aumento de 66% em comparação ao ano anterior.

Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, destaca que esse enfrentamento tem se intensificado e sido fundamental para garantir a sustentabilidade do setor. “As práticas fraudulentas comprometem a operação dos planos de saúde e causam impactos financeiros expressivos, exigindo esforços contínuos para preservar a integridade e confiança no setor. Sabemos que a maior parte dos usuários e prestadores são íntegros, e nosso intuito é continuar convocando a sociedade para se aliar a nós no combate às fraudes. Além das ações de comunicação, as operadoras lançam mão de todas as ferramentas e ações necessárias para investigar e coibir essas práticas prejudiciais para todos”, afirma a executiva.

Os dados revelam um aumento de 10 vezes no número de notícias-crime e ações cíveis entre 2019 e 2023. Na avaliação da entidade, o problema acentuou-se principalmente a partir da pandemia, impulsionado pela digitalização, sendo os reembolsos uma porta significativa para essas práticas. A realização de fraude em saúde é caracterizada crime e pode ter uma série de consequências, desde o descredenciamento do prestador, passando pela demissão do beneficiário em caso de fraude contra plano corporativo, até a prisão por estelionato ou lavagem de dinheiro.

Em 2022, mediante o crescimento do volume de fraudes, a FenaSaúde lançou a campanha Saúde Sem Fraude, que visa informar e orientar a sociedade sobre o bom uso do plano de saúde e a importância do engajamento na prevenção e combate às fraudes. Entre outras informações, a campanha alerta para os tipos de fraudes mais comuns contra planos de saúde, convocando a sociedade a denunciá-las caso identifique sua ocorrência.

#### Principais tipos de fraudes contra planos de saúde:

- **Uso de dados pessoais de terceiros** - Os beneficiários podem ser induzidos a fornecer seus dados, como login e senha do aplicativo da operadora, com a

promessa de ter ajuda para a realização de reembolso. No entanto, para que o beneficiário tenha direito ao reembolso, é necessário que tenha pagado previamente os valores dos serviços de saúde. Com posse dos dados pessoais do beneficiário, terceiros podem ter acesso a informações sigilosas e utilizá-las de forma inadequada, por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados.

- **Empréstimo de carteirinha** - Quando uma pessoa se passa por outra para usar o plano de saúde de um terceiro, está cometendo crime. Assim como aqueles que cedem sua carteirinha para uso. Além das punições previstas em lei para esse tipo de caso, fraudes contra o plano de saúde contratado pela empresa podem ocasionar demissões.

- **Fracionamento de recibo** - Quando uma única consulta ou procedimento é realizado, mas emite-se mais de um recibo ou nota fiscal, com o objetivo de conseguir um reembolso total mais alto, configura-se uma prática irregular e fraudulenta. O pedido de reembolso deve informar corretamente o procedimento ou a consulta realizada, assim como o valor efetivamente desembolsado, para pagamento com base nas cláusulas contratuais.

- **Informações falsas na contratação do plano** - A omissão ou falsificação de dados pessoais como idade, condições pessoais de saúde ou vínculos empregatícios, para contratação de plano de saúde ou obtenção de vantagens contratuais, é fraude.

- **Falso estado clínico** - A alteração do estado clínico do paciente (classificação da doença no pedido médico) para solicitar procedimentos desnecessários, excessivos ou não cobertos pelos planos de saúde – por exemplo, para fins estéticos –, é fraude, e dependendo do caso, pode colocar a saúde do paciente em risco.

- **Golpes virtuais** - A criação de sites falsos ou outros recursos para emitir ou alterar boletos de planos de saúde é outro crime que merece atenção. Nesses casos, o dinheiro depositado é desviado para a conta dos fraudadores, afetando diretamente os beneficiários.

## INTERNAÇÕES POR ANSIEDADE MAIS QUE DOBRAM EM QUATRO ANOS, DIZ ESTUDO

CNN Brasil – 25/01/2024

Percentual de beneficiários de plano de saúde com depressão passou de 11,1% para 13,5%, de 2020 a 2023, segundo levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Casos de depressão cresceram na saúde suplementar entre 2020 e 2023, de acordo com o estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), divulgado com exclusividade à CNN. O percentual de beneficiários com a doença passou de 11,1% para 13,5%, no período. Em novembro do ano passado, havia 50,9 milhões de beneficiários no Brasil.

A pesquisa mostra que a maior prevalência da depressão ocorre entre as mulheres. O resultado da análise indica que houve aumento de casos entre 2020 e 2023, de 15,3% para 18,5%, respectivamente. Assim, uma a cada cinco beneficiárias de planos de saúde apresentam a doença.

Durante o período, houve maior volume de casos entre os jovens de 18 a 39 anos. O número subiu de 9,8% para 13% dos beneficiários nessa faixa etária, com crescimento de 3,2 pontos percentuais.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, os dados são preocupantes e acendem um sinal de alerta. “Os dados mostram que a pandemia da Covid-19 foi um dos agravantes para o aumento de casos de doenças relacionadas. Isso também resulta em mais custos para o setor, que apenas com procedimentos de psicoterapia, teve seu gasto elevado, de R\$ 181 milhões para R\$ 269 milhões, entre 2018 e 2022”, afirma.

O estudo intitulado “Janeiro Branco na Saúde Suplementar – Panorama da saúde mental entre beneficiários de planos de saúde”, foi baseado em dados de três pesquisas realizadas pelo Inquérito Telefônico para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel).

## Aumento de internações por ansiedade

O levantamento mostrou que a quantidade de eventos registrados por ano tiveram como causa o CID F411, relacionado à ansiedade generalizada que cresceu nos últimos anos. De 2018 para 2022 o número de eventos mais que dobrou — de 794 para 2100 eventos.

“Com esse aumento grande de eventos de internações relacionadas a casos graves de ansiedade que precisam de atendimento médico, vemos que o número revela grande incidência e aumento dessa incidência entre os brasileiros.

Isso precisa ser olhado com bastante cuidado”, afirma Cechin.

## Crescimento em número de consultas

Outro estudo do instituto, com dados do Mapa Assistencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostrou que, entre 2019 e 2022, houve crescimento representativo (60,8%) no número de consultas e sessões com psicólogos no Brasil. No primeiro ano, foram 21,7 milhões e saltou para 34,9 milhões três anos depois.

# CADA VEZ MAIS EXAMES SÃO PEDIDOS NO BRASIL E EXCESSO SOBRECARREGA SISTEMAS DE SAÚDE

Medscape – 25/01/2024

A quantidade de exames feitos por pessoa vem crescendo a cada ano no Brasil. Conforme os registros da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número total de exames e procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde alcançou quase 1,1 bilhão no país só em 2022.

Nesse mesmo ano, cada beneficiário realizou cerca de 22,2 exames, média que foi superior à registrada nos anos anteriores (20,6 em 2021; 16,5 em 2020; e 19,8 em 2019). Os números chamam a atenção e levam a um questionamento: será que todos esses exames são, de fato, necessários?

Dados do Ministério da Saúde apontam para a mesma direção. Entre janeiro de 2022 e novembro de 2023, foram realizados mais de 76 milhões de exames de urina no país (análises de caracteres físicos, elementos e sedimentos). No mesmo período, foram feitas mais de 17 milhões de radiografias de tórax póstero-anterior. As informações foram reunidas a partir da Base de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIASUS/DATASUS) pela assessoria de imprensa do Ministério a pedido do Medscape.

## Os dados

Segundo o relatório de 2022 "SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde", elaborado em conjunto por Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), enquanto em 2016 a ANS registrou uma taxa de 149 ressonâncias magnéticas a cada 1.000 habitantes na saúde suplementar, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) contabilizaram 52 exames a cada 1.000 pessoas em 2013.

Passando para um contexto mais específico, os números também saltam aos olhos. Um estudo publicado no final de 2023 na Revista da Associação Médica Brasileira [4] mostra que o excesso de exames e de consultas é uma realidade mesmo em serviços especializados.

A análise retrospectiva, que avaliou os registros de 60 pacientes com câncer de mama tratadas em 2018 no Departamento de Oncologia do Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) identificou que, durante o acompanhamento, foram realizadas 125 consultas excedentes (33,6%). Nesse período, houve ainda a realização de 111 exames excedentes, representando um aumento de 100,9%. No primeiro ano de acompanhamento, 18 pacientes foram submetidas a 423 exames laboratoriais; já no segundo ano foram realizados 229 exames em 14 pacientes.

O Dr. Daniel Cubero, médico oncologista, professor na FMABC e um dos autores do estudo em tela, contou ao Medscape que a pesquisa publicada no final de 2023 faz parte de uma série de estudos que o grupo vem fazendo para avaliar o desperdício de recursos na medicina nos últimos anos. A ideia do trabalho, segundo o médico, foi fazer uma autocrítica e encontrar oportunidades de melhora que já vêm sendo trabalhadas na instituição.

Segundo o pesquisador, os exames desnecessários identificados na pesquisa tiveram diferentes origens. No caso dos de imagem, o destaque foi o conjunto de exames de estadiamento. “Esses exames não devem ser feitos em todas as pacientes, só naquelas que têm certo risco de a doença efetivamente já ter se disseminado. Então, para os estágios clínicos iniciais (I e II), por exemplo, a literatura médica diz que não é necessário fazer esses testes”, destacou.

# TEA: O DESAFIO DE COMPATIBILIZAR O ATENDIMENTO A PACIENTES E A VIABILIDADE DOS PLANOS

Jota Info – 24/01/2024

Nos últimos dois anos, valor gasto pelos planos no atendimento de pacientes com TEA e TGD aumentou 74% e já supera tratamentos de câncer.

Musicoterapia, equoterapia, cromoterapia, terapias com ozônio e mais. A lista de tratamentos para pacientes que têm Transtorno do Espectro Autista (TEA) é ampla e cresceu

ainda mais depois que, em julho de 2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tornou a cobertura de sessões obrigatória e ilimitada. Isso provocou um aumento da procura por tratamentos e, consequentemente, a pressão sobre os planos privados de saúde.

O aumento do diagnóstico de autismo no Brasil e no mundo, o desenvolvimento das terapias de tratamento e a crise do sistema de saúde suplementar pós-pandemia deram ao tema um destaque inédito – com dados recentes e argumentos importantes dos dois lados para serem objetos de reflexão.

## O que alega o setor

Não há diretrizes claras para a realização dos tratamentos para pessoas com TEA, o que, segundo especialistas do setor, pode gerar inseguranças para os pacientes, além de comprometer o orçamento dos convênios.

“Muitas dessas terapias não têm evidências científicas. Já atendemos mães reclamando que fizeram tratamentos equivocados e desnecessários e acabaram perdendo uma ótima janela terapêutica para suas crianças autistas”, afirma Cassio Ide Alves, superintendente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Essa situação fez com que o atendimento de saúde suplementar para autistas tenha entrado numa lógica mais mercantilista, segundo Fernando Bianchi, sócio do escritório de advocacia M3BS, que atua nesse setor. “Hoje, de 15% a 20% do custo assistencial dos planos de saúde são de TEA. Há cidades em São Paulo que tinham três clínicas especializadas e, em um ano, passaram a ter 19”, conta.

De acordo com levantamento da Abramge até novembro de 2023, os valores desembolsados com terapias de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) representaram aproximadamente 9,13% do custo médico das operadoras de saúde e já superaram os gastos com tratamentos de câncer, que representaram 8,7% do custo médico. A pesquisa indica ainda que a taxa de crescimento das terapias oncológicas foi de 3,52% de 2021 a 2022 e de 32,66% de 2022 a 2023, o que representa em dois anos um crescimento de 37,33%. Já as terapias de TEA e TGD tiveram taxa de crescimento de 20,21% de 2021 a 2022 e de 45,07% de 2022 a 2023, o que representa em dois anos um crescimento de 74,38%.

A linha de cuidado preconizada para pacientes com autismo em todo o mundo é realizada em três esferas: clínica, familiar e escolar, com terapias complementares que tenham evidências clínicas sólidas. O objetivo é que o paciente melhore suas condições cognitivas e de habilidades sociais. “Liberar o acesso a todo tipo de terapias sem nenhum tipo de qualificação não vai fazer bem para os pacientes. E, diferente de uma cirurgia, por exemplo, que em poucos dias depois você vê se deu certo ou não, essa avaliação no TEA demora mais tempo”, alerta o superintendente da Abramge.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, houve um aumento de 240% no diagnóstico de TEA nos últimos 20 anos. No Brasil, não há números oficiais, mas estima-se que a prevalência seja semelhante, o que criou uma demanda maior por serviços ligados ao transtorno. Conforme as informações do mapa assistencial da ANS, em 2022 foram observados aumentos na quantidade de consultas e sessões de fonoaudiologia (aumento de 26%), terapia ocupacional (aumento de 42,5%) e atendimento psicológico (aumento de 25%), em relação a 2021.

“As terapias ilimitadas têm como principais consequências as brechas para a ocorrência de desperdícios e abusos e o aumento de custos provocado pelo crescimento do uso do sistema. Os diversos tipos de técnicas que são lançadas a

todo momento, somadas à prescrição de elevada carga horária, têm causado esgotamento da rede de atendimento”, diz Vera Valente, diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Segundo ela, em 2022, as operadoras de planos de saúde acumularam um prejuízo operacional de R\$ 10,7 bilhões, seguido por um prejuízo operacional de R\$ 4,4 bilhões no primeiro semestre de 2023, considerando a assistência médico-hospitalar.

De acordo com os dados mais recentes da ANS, as operadoras registraram um lucro líquido de R\$ 3,1 bilhões no acumulado dos três primeiros trimestres de 2023. Contudo, as operadoras médico-hospitalares mantiveram a tendência mencionada acima e tiveram um resultado operacional negativo de R\$ 6,3 bilhões acumulado ao longo desse período. Ainda assim, esse prejuízo foi compensado por um resultado financeiro recorde de R\$ 8,37 bilhões, advindo principalmente da remuneração das suas aplicações financeiras, que acumularam ao final do período quase R\$ 107 bilhões.

## Argumentos do lado dos pacientes

Enquanto os planos de saúde se desdobram para cumprir as novas regras da ANS, os familiares de pacientes autistas brigam, principalmente na Justiça, para fazer valer seus direitos. As reclamações contra planos de saúde mais do que dobraram nos últimos cinco anos, desde que a ANS criou o Índice Geral de Reclamação (IGR), que mede a satisfação dos usuários com os convênios, em 2018. Esse número, que era de 15,5 quando surgiu, chegou a 37 em 2022 e, subiu para 44,8 até novembro do ano passado. Em 2022, a ANS registrou 189.000 queixas contra planos de saúde. De janeiro a dezembro de 2023, foram registradas 291.913 reclamações.

Em abril, o gabinete da deputada estadual Andréa Werner (PSB), presidente da comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp), passou a receber queixas de cancelamentos unilaterais de pessoas em tratamento de autismo, câncer e outras doenças graves. Em resposta, ela apresentou, em maio, uma proposta de alteração na Lei dos Planos de Saúde para que seja vedada essa rescisão unilateral e a garantia de que clínicas, hospitais e outros espaços de atendimento médico só possam ser descredenciados se substituídos por outro equivalente.

“Os planos de saúde têm descredenciado clínicas de excelência que atendem crianças e adolescentes com deficiência, por exemplo, e priorizam atendimento em clínicas próprias, menores e de difícil acesso à maior parte da população que precisa desse atendimento”, afirma a deputada. A situação também é relatada por associações de pacientes e familiares de pacientes, como o Instituto Resiliência Azul, voltado para crianças com deficiências ocultas, como o autismo. “Nosso advogado reuniu casos de 100 famílias para apresentar uma denúncia ao Ministério Público”, conta Diva Batista, presidente da organização e mãe de um garoto autista de 11 anos.

As fontes do setor ouvidas pelo JOTA afirmam que não têm negado atendimento a pacientes autistas. Em resposta aos questionamentos feitos pela reportagem, a ANS informou, em nota que “não é possível afirmar, com segurança, quais os motivos” para o aumento das queixas e denúncias contra convênios de saúde, mas lista algumas possibilidades, como “os reflexos pós-pandemia”, o aumento do número de



beneficiários e o maior entendimento dos consumidores sobre seus direitos.

Outra questão é a falta de profissionais qualificados para atender pacientes autistas. “Mesmo nos Estados Unidos, onde o tratamento de TEA começou há 30 anos, não há o número suficiente de trabalhadores para atuar na área. Por isso, o tratamento deve ser hierarquizado, para que não haja um apagão profissional”, afirma Cassio Ide Alves.

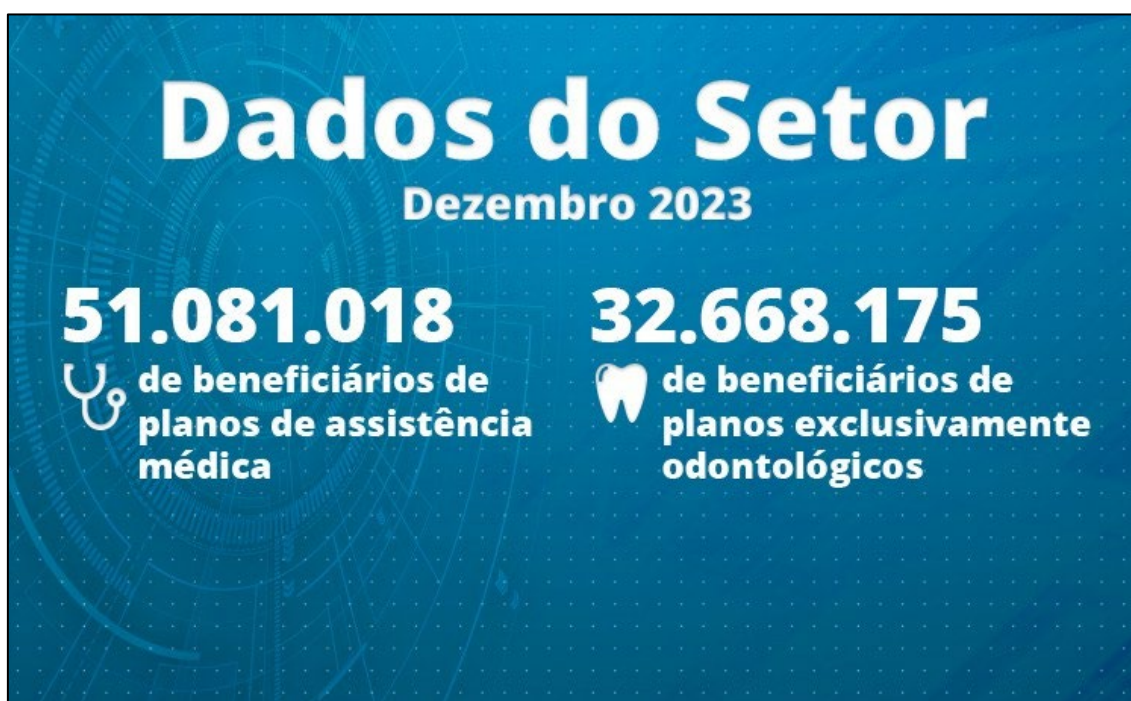
Como a demanda é maior que a oferta e os convênios têm de garantir o atendimento, eles pagam o valor que cada profissional cobra. “É preciso avançar na precificação das sessões”, defende Marina Shizuko Andrade Yasuda, diretora técnica da Unidas.

“Não existe receita de bolo para esses pacientes, cada caso é um caso, mas ajudaria bastante ter um protocolo que norteasse as ações da saúde suplementar. Poderíamos pensar em clínicas compartilhadas para linha de cuidados em TEA, com profissionais especializados”, acrescenta. Ela conta que, em Belo Horizonte (MG), onde reside, há três clínicas especializadas em TEA e nenhuma delas tem a quantidade necessária de trabalhadores da área.

“Para pacientes autistas, há a necessidade de uma abordagem individualizada, monitorizada e que seja revista periodicamente. Mas cabe ao poder público atuar em conjunto com o setor privado para estabelecer diretrizes que permitam a oferta desse tratamento com qualidade”, conclui Cassio Ide Alves.

## SETOR FECHA 2023 COM 51 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

GOV (ANS) – 24/01/2024



Planos exclusivamente odontológicos superaram a marca de 32,7 milhões.

O setor de planos de saúde manteve, em 2023, o crescimento significativo em números de beneficiários em suas duas segmentações. De acordo com levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no mês de dezembro, o setor totalizou 51.081.018 usuários em planos de assistência médica - é a primeira vez que esse segmento supera a marca dos 51 milhões. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 32.668.175 beneficiários.

[Clique aqui e acesse os dados de beneficiários na Sala de Situação, ferramenta de consulta do portal da ANS.](#)

Vale destacar também que, em um ano, os planos médico-hospitalares apresentaram crescimento de 957.197 beneficiários em relação a dezembro de 2022. No

comparativo de dezembro de 2023 com novembro de 2023, o crescimento foi de 150.118 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.469.502 beneficiários nos 12 meses; e 287.751, na comparação de dezembro de 2023 com novembro de 2023.

Em relação aos dados por estado, no comparativo com dezembro de 2022, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as 26 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo também São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Quanto aos dados por faixa etária, observa-se que a faixa de 45 a 49 anos foi a que apresentou o crescimento mais

expressivo na assistência médica (240.716 novos beneficiários nos últimos 12 meses), seguido pela faixa etária de 40 a 44 anos (183.201 novos beneficiários). Já as faixas etárias que tiveram maior crescimento nos planos odontológicos foram 45 a 49 anos (aumento de 281.144 beneficiários) e 40 a 44 anos (mais 253.934 beneficiários).

"Esse crescimento no número de beneficiários de planos de saúde acompanha um movimento de aquecimento da economia do País, já que dados preliminares apontam para

um crescimento do PIB do Brasil na casa dos 3% em 2023. Outro dado bastante relevante é que 1,9 milhão de empregos formais foram gerados entre janeiro e novembro do ano passado, segundo o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados). Isso reflete diretamente no aumento do número de beneficiários nos planos coletivos empresariais, que passou de 34,8 milhões em janeiro de 2023 para 36 milhões em dezembro", analisou o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Maurício Nunes.

### Números do setor em dezembro de 2023:

- ✓ 51.081.018 Beneficiários em planos de assistência médica;
- ✓ 32.668.175 Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos;
- ✓ 680 Operadoras ativas médico-hospitalares com beneficiários;
- ✓ 238 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas com beneficiários;
- ✓ 706 Operadoras ativas médico-hospitalares;
- ✓ 252 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas;
- ✓ São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez.22 e 23 (Assist. Médica).
- ✓ São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez.22 e 23 (Exclusivamente odontológico)

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 Unidade da Federação (UF) em diferentes competências.

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
dez/23	36.024.109	6.180.285	235	8.835.800	40.589	51.081.018
nov/23	35.885.784	6.174.737	235	8.829.433	40.711	50.930.900
out/23	35.818.963	6.184.500	235	8.850.731	40.829	50.895.258
set/23	35.750.727	6.208.058	236	8.862.468	40.954	50.862.443
ago/23	35.533.019	6.107.408	238	8.866.822	41.082	50.548.569
jul/23	35.391.384	6.136.170	240	8.899.020	41.206	50.468.020

jun/23	35.322.002	6.131.411	241	8.897.475	41.389	50.392.518
mai/23	35.238.724	6.164.431	243	8.887.942	41.538	50.332.878
abr/23	35.138.776	6.180.501	243	8.904.299	41.622	50.265.441
mar/23	35.052.968	6.186.874	243	8.906.189	42.273	50.188.547
fev/23	34.853.749	6.209.412	243	8.912.978	42.626	50.019.008
jan/23	34.809.286	6.223.927	243	8.927.655	43.297	50.004.408
dez/22	34.869.002	6.260.690	246	8.950.398	43.485	50.123.821

**Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação**

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
dez/23	23.683.704	3.408.470	1.289	5.570.954	3.758	32.668.175
nov/23	23.403.431	3.420.591	1.290	5.551.344	3.768	32.380.424
out/23	23.297.576	3.233.197	1.290	5.545.515	3.774	32.081.352
set/23	23.146.637	3.215.590	1.318	5.461.335	3.787	31.828.667
ago/23	23.003.100	3.073.270	1.318	5.452.295	3.803	31.533.786
jul/23	22.873.162	3.011.075	1.357	5.411.191	3.936	31.300.721
jun/23	22.790.575	2.975.564	1.464	5.364.720	3.942	31.136.265
mai/23	22.662.675	2.919.639	1.467	5.314.369	3.964	30.902.114
abr/23	22.515.386	2.878.582	1.469	5.332.712	3.973	30.732.122
mar/23	22.334.570	2.878.029	1.473	5.318.840	3.977	30.536.889
fev/23	22.147.117	2.872.274	1.473	5.321.772	3.991	30.346.627
jan/23	22.041.161	2.880.282	1.474	5.313.521	4.005	30.240.443
dez/22	22.001.251	2.877.079	1.482	5.314.845	4.016	30.198.673

## Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	dez/22	dez/23	dez/22	dez/23
Acre	42.928	44.014	17.284	19.805
Alagoas	386.938	390.950	392.344	495.382
Amapá	61.742	61.939	52.088	48.011
Amazonas	575.466	595.895	510.692	555.850
Bahia	1.661.952	1.697.961	1.690.982	1.841.116
Ceará	1.339.034	1.357.836	1.158.890	1.317.359
Distrito Federal	933.652	949.370	618.070	679.596
Espírito Santo	1.239.251	1.287.179	655.934	729.484
Goiás	1.334.882	1.370.357	819.871	911.592
Maranhão	501.904	523.146	281.860	324.887
Mato Grosso	652.898	672.163	246.812	272.321
Mato Grosso do Sul	639.408	662.146	320.841	460.630
Minas Gerais	5.541.233	5.698.412	2.619.310	2.865.016
Pará	849.764	873.465	510.050	537.375
Paraíba	450.505	468.598	463.901	514.987
Paraná	3.053.201	3.100.077	1.615.277	1.716.092
Pernambuco	1.390.513	1.421.065	1.214.221	1.272.887
Piauí	385.961	405.865	152.356	194.010
Rio de Janeiro	5.535.025	5.683.821	3.502.746	3.670.916

Rio Grande do Norte	597.542	613.216	492.228	544.405
Rio Grande do Sul	2.579.092	2.619.144	846.743	1.024.446
Rondônia	154.595	154.969	112.256	120.847
Roraima	31.658	31.012	12.272	12.535
Santa Catarina	1.634.385	1.669.992	809.110	872.951
São Paulo	18.051.123	18.224.713	10.727.837	11.290.501
Sergipe	331.291	334.827	228.188	242.485
Tocantins	120.689	125.100	121.601	127.321

## TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL EM 2024

Saúde Digital News – 24/01/2024

O ano de 2023 revelou-se um marco histórico no setor de planos de saúde privados no Brasil, trazendo consigo desafios e transformações significativas. Com um recorde de mais de 26% da população brasileira inscrita em planos de saúde particulares, onde cerca de 70% das contratações ocorreram via planos coletivos empresariais, o cenário evidenciou um aumento na sinistralidade, com a inflação médica variando entre 11,53% e 19,46% entre as principais operadoras.

Este aumento na sinistralidade decorre de vários fatores complexos, como o envelhecimento da população beneficiária e mudanças legislativas no comportamento de utilização do plano de saúde. Além disso, a ANS vem atualizando constantemente o seu rol, o que levou a um aumento de gastos assistenciais, com maior impacto nas terapias de baixo custo como as psicoterapias e terapias relacionadas ao tratamento do Transtorno do Espectro Autista. Estas mudanças, juntamente com o crescimento nos custos com novas medicações e tecnologias, exacerbaram os desafios nas negociações dos reajustes dos planos coletivos empresariais.

Curiosamente, na carteira da Alper Seguros, registramos um salto no impacto do reembolso de 3,92% em 2019 para 10,26% em 2022, ressaltando a necessidade de uma gestão eficaz da saúde populacional. Essa gestão envolve

diagnóstico, ação, resultados e revisão contínua, complementada por estratégias como telemedicina e programas focados em públicos específicos, essenciais para resultados sustentáveis a curto, médio e longo prazo.

Do ponto de vista corporativo, os custos assistenciais diretos representam apenas 30% do impacto financeiro total relacionado à saúde dos funcionários, com os 70% restantes associados à perda de produtividade, problemas emocionais e absenteísmo. Isso destaca a importância de uma abordagem holística na gestão da saúde, considerando não apenas os custos médicos diretos, mas também o impacto mais amplo no bem-estar dos funcionários.

Além disso, a gestão eficaz de saúde requer a navegação por várias etapas, do reconhecimento de riscos até o controle efetivo, com a prevenção primária como um componente chave. A promoção da saúde, prevenção, gestão de doenças e manejo de casos graves são ações estruturadas fundamentais para enfrentar os desafios do setor.

Em resumo, 2023 foi um ano de mudanças significativas e desafios no setor de saúde privada no Brasil, exigindo das operadoras e empresas uma adaptação estratégica e uma gestão eficiente para enfrentar os novos desafios e aproveitar as oportunidades em um cenário em constante evolução, algo que esperamos ver intensificar ainda mais em 2024.

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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](mailto: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](https://www.milliman.com)

© 2023 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.