

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

10 de abril de 2024



EVENTO RECOMENDADO

VII ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS

Tema: A preocupação com o aumento dos custos da saúde e a sinistralidade das operadoras

Nossa diretora, **Andréa Cardoso**, será palestrante nesse evento.

O encontro ocorrerá nos dias 11 e 12 de abril de 2024 e tem como objetivos:

Abordar o aumento dos custos dos serviços de saúde sob os vieses de causas e consequências, bem como as estratégias de administração necessárias para equalizar forças e viabilizar o negócio;

Debater sobre o Rol de procedimentos - É taxativo ou exemplificativo?

Discutir a interferência do Congresso Nacional e o STF na Saúde Suplementar

As inscrições deverão ser realizadas por e-mail:

julcemarragnini@hotmail.com

ou pelos telefones: (49) 9 99891603, com o valor de R\$ 250,00 por pessoa.

ÍNDICE INTERATIVO

[Os reflexos da judicialização da saúde no Brasil](#) - Fonte: Saúde Debate

[Tecnologia na saúde mudou a relação médico-paciente](#) - Fonte: O Globo

[Integração de dados da saúde deve vir em 2028](#) - Fonte: Valor Econômico

[Envelhecimento da população desafia saúde suplementar](#) - Fonte: Valor Econômico

[Medicina privada versus pública: inovações e obstáculos no Brasil](#) - Fonte: Saúde Business

[Fevereiro de 2024: planos exclusivamente odontológicos registram 32,8 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Gastos dos brasileiros com saúde crescem, com peso maior de remédio e exames no orçamento](#) - Fonte: O Globo

[Tratamento de autismo é motivo de judicialização em planos de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Aumento das buscas por médicos no Google impulsiona investimento em SEO setor de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

OS REFLEXOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Saúde Debate - 09/04/2024

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil é crescente. Recentes dados divulgados pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) revelam que as operadoras gastaram cerca de R\$ 5,5 bilhões com procedimentos, tratamentos e medicamentos obtidos por meio de decisões judiciais em 2023. Trata-se de um valor 36,9% maior do que em 2022, quando as empresas registraram um gasto de R\$ 4 bilhões.

A judicialização é um dos reflexos de uma lacuna entre o que é ofertado pelos convênios e o que é efetivamente necessário para o tratamento do paciente. Esse fenômeno ocorre quando pacientes recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a tratamentos de saúde, medicamentos ou procedimentos que não estão sendo fornecidos pelos planos de saúde ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os planos de saúde são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece um rol de procedimentos e eventos em saúde que devem ser cobertos obrigatoriamente. No entanto, muitas vezes, os pacientes se deparam com a negativa de cobertura para determinados tratamentos que não estão previstos no rol ou que são considerados experimentais pelos convênios.

Quando isso ocorre, os pacientes podem buscar o Poder Judiciário para assegurar o direito à saúde, que é garantido

pela Constituição Federal. Desaguam nos tribunais brasileiros milhares de casos mensalmente. E cabe aos magistrados avaliarem cada caso para poder determinar que o plano de saúde custeie o tratamento, com base na interpretação de que a negativa de cobertura viola os direitos do consumidor e o direito à saúde.

A alta cifra de R\$ 5,5 bilhões pagos em tratamentos após brigas judiciais indica que há uma quantidade significativa de decisões favoráveis aos pacientes. Isso pode ser interpretado como um sinal de que os planos de saúde estão, em muitos casos, negando coberturas que, segundo a interpretação dos tribunais, deveriam ser fornecidas.

É importante destacar que a judicialização da saúde, apesar de garantir o acesso a tratamentos para muitos pacientes, também é objeto de debate quanto a sua sustentabilidade econômica e impacto no sistema de saúde suplementar. Além disso, a judicialização pode gerar desigualdades, pois nem todos os pacientes têm conhecimento ou recursos para buscar seus direitos na Justiça.

Em suma, o valor mencionado reflete a complexidade da relação entre pacientes, planos de saúde e o sistema jurídico, e a necessidade de um equilíbrio entre a proteção do direito à saúde e a viabilidade econômica dos convênios de saúde.

TECNOLOGIA NA SAÚDE MUDOU A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O Globo - 09/04/2024

O avanço tecnológico no setor da saúde tem redefinido os paradigmas da relação médico-paciente, promovendo uma nova era de interação e entendimento mútuo.

As inovações na saúde, que englobam desde prontuários eletrônicos até inteligência artificial (IA) e dispositivos wearables, trouxeram grandes melhorias à eficiência dos cuidados médicos.

Por exemplo, dois estudos citados por um artigo do *Annals of Internal Medicine*, feitos com a entrada de medicações computadorizada mostraram reduções significativas em reações adversas a medicamentos, e um terceiro estudo mostrou uma grande diminuição em erros de medicação.

Mas além de ampliar as possibilidades de tratamento, diagnóstico e prevenção de doenças, o cenário atual está estabelecendo uma nova dinâmica, onde a informação e o acesso à saúde se tornam mais democráticos e personalizados.

Isso acontece pois a integração da tecnologia na saúde permite que os pacientes tenham um maior controle sobre o próprio bem-estar. Em uma pesquisa do *Journal of General Internal Medicine*, 3 estudos (38%) relataram satisfações amplamente positivas com a comunicação e a relação médico-paciente como resultado do uso de um software de registros eletrônicos (EMR).

Nesse sentido, além dos softwares EMR, aplicativos de saúde e dispositivos vestíveis fornecem dados em tempo real sobre diversos aspectos da saúde do usuário, como frequência cardíaca, qualidade do sono e níveis de atividade física.

Essas informações, quando compartilhadas com profissionais da saúde, permitem um acompanhamento mais detalhado e personalizado do paciente, além de facilitar diagnósticos mais precisos e rápidos, como relata um artigo da *JMIR Mhealth and Uhealth*.

O prontuário eletrônico é outro exemplo de como a tecnologia está fortalecendo a relação médico-paciente. Para Richard Rivière, co-fundador e CEO da empresa *Versatilis System*, esses sistemas otimizam a gestão de informações de saúde, e ajudam a promover uma comunicação mais eficaz entre diferentes especialistas.

Dessa forma, corroborando o que diz um artigo do *Research, Society and Development*, essas funcionalidades possibilitam que o histórico médico seja acessível e atualizado, levando a um tratamento mais coordenado, com a redução de erros médicos.

A telemedicina também se tornou um componente crucial na nova relação médico-paciente. Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital em um artigo divulgado pela UFMG, entre 2020 e 2021, mais de 7,5 milhões de consultas foram realizadas por telemedicina.

De acordo com Richard, a telemedicina elimina barreiras físicas, assegurando a continuidade do cuidado em tempos de crise, além de democratizar o acesso à saúde, possibilitando que pacientes em regiões remotas consultem especialistas sem a necessidade de viagens dispendiosas.

Ainda assim, a transição para uma saúde tecnológica traz desafios, principalmente relacionados à segurança da

informação. "A adoção de tecnologia requer uma infraestrutura de segurança, assim como políticas de privacidade para proteger os dados sensíveis, por isso a importância de contar com um bom sistema médico", completa Richard.

Em suma, para muitos especialistas, a tecnologia na saúde está redefinindo o próprio conceito de cuidado médico, pavimentando o caminho para uma saúde mais acessível, preventiva e centrada no paciente.

No entanto, a expectativa para que essa transformação alcance seu potencial máximo, é que seus desafios, especialmente os relacionados à segurança da informação, sejam adequadamente gerenciados.

Para mais informações, basta acessar: <https://www.versatilis.com.br/>.

Website: <https://www.versatilis.com.br/>

INTEGRAÇÃO DE DADOS DA SAÚDE DEVE VIR EM 2028

Valor Econômico - 08/04/2024

Serão necessários investimentos significativos em infraestrutura tecnológica.

O Brasil avança em um projeto crucial para a transformação digital na área da saúde, o open health, inspirado no open banking, que promete revolucionar o cuidado com o paciente ao centralizar os dados médicos em um prontuário unificado, integrar informações entre os agentes do setor, facilitar a portabilidade dos planos de saúde e reduzir desperdícios na casa dos bilhões de reais, que poderão ser realocados em áreas da maior carência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que o Grupo de Trabalho (GT) instituído em 2022 encerrou as discussões iniciais e elaborou um relatório que prioriza a transparência dos dados abertos e a melhoria da experiência do usuário. O GT chegou ao entendimento de que o compartilhamento dos dados pessoais de saúde deve ser conduzido no âmbito do Comitê Gestor de Saúde Digital e no Conselho Intergestores Tripartite, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e do Programa SUS Digital, do governo federal.

"Com isso, o governo elaborou uma Estratégia de Saúde Digital, dentro do SUS Digital, cujo plano de ação prevê a integração dos dados até 2028", diz a ANS. A agência afirma também que está aprimorando seu guia de planos de saúde, prevendo o compartilhamento dos dados administrativos dos beneficiários para agilizar a contratação de planos de saúde e a troca de plano por portabilidade de carências. A continuidade desse projeto, no entanto, depende do envio de recursos do Ministério da Saúde.

Mesmo com o projeto em andamento, serão necessários investimentos significativos em infraestrutura tecnológica, incluindo o desenvolvimento de prontuários eletrônicos interoperáveis, sistemas robustos de segurança de dados e a

garantia de acesso à tecnologia de comunicação, como o 5G, especialmente em áreas remotas do país.

A regulamentação do uso das informações pessoais, especialmente dados pessoais sensíveis sobre saúde e utilização de serviços médicos e hospitalares, embute um grande desafio: o de respeitar os limites definidos na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Para a advogada Bruna Fabiane da Silva, sócia da DeServ Academy, a centralização dessas informações é bastante complexa, sobretudo para estar em conformidade com a LGPD que, embora esteja há mais de três anos em vigor, no segmento da saúde no Brasil ainda está distante do que a legislação exige.

Larissa Pigão, advogada especializada em direito digital e proteção de dados pessoais, diz que a LGPD estabelece diretrizes rigorosas para o tratamento de dados sensíveis, como o histórico completo de saúde dos pacientes. Isso inclui a necessidade de consentimento explícito para o uso compartilhado desses dados, medidas de segurança robustas para proteção contra acesso não autorizado e restrições ao uso dessas informações para vantagens econômicas sem o consentimento do paciente.

"O sucesso do open health também está intrinsecamente ligado à colaboração entre instituições públicas e privadas de saúde do país. Essa colaboração exige uma mudança de cultura e mentalidade, superando barreiras históricas e incentivando a cooperação entre os diversos atores do setor de saúde", ressalta Pigão.

O diretor de inteligência para saúde da Neurotech, Marco Antunes, afirma que vê a implementação total do open health em dez anos. "Não é no curto prazo, existem muitos agentes envolvidos, farmácias, muitas discussões a serem realizadas, mas serão inúmeras vantagens, pois não se faz política pública de saúde de qualidade sem dados estruturados e qualificados", diz Antunes.

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DESAFIA SAÚDE SUPLEMENTAR

Valor Econômico - 08/04/2024

Atenção primária, prevenção e gestão de pacientes crônicos são citadas por especialistas como caminhos possíveis

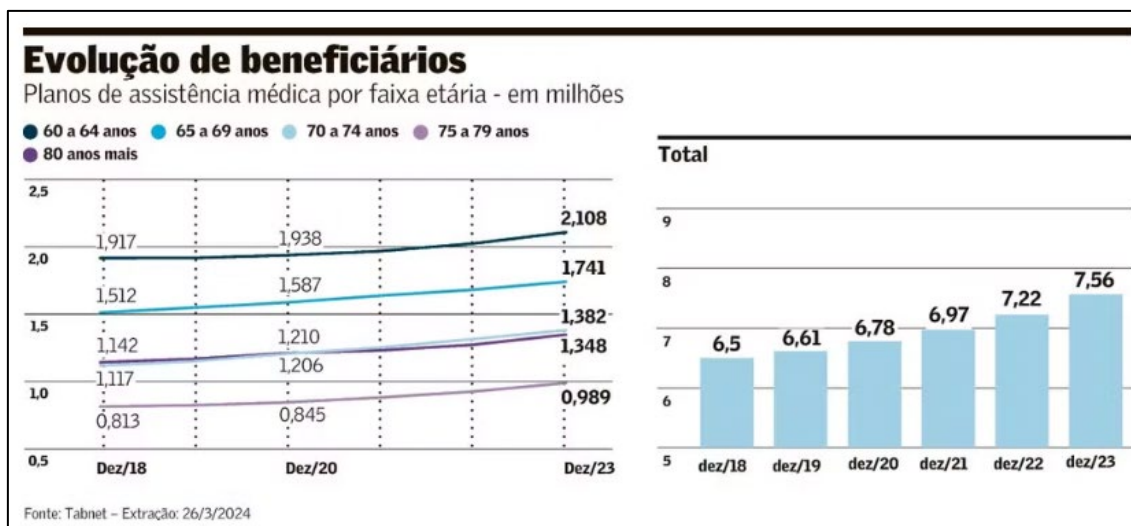
O censo 2022 do IBGE confirmou dados que desafiam o setor de saúde suplementar: os brasileiros estão envelhecendo. O número de habitantes com 60 anos ou mais chegou a 32,1 milhões - 15,6% da população - subindo 56% em relação a 2010. Dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) indicam que, nos últimos cinco anos, houve um aumento de 1 milhão de beneficiários dessa faixa etária nos planos de saúde, fechando 2023 com 7,57 milhões de pessoas.

Com a longevidade, crescem a incidência de doenças crônicas, internações e tratamentos mais longos, entre outras demandas que elevam as despesas assistenciais. Levantamento de 2021 do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) indica que o número de usuários de planos com 60 anos ou mais deve aumentar 47% até 2031.

"E os cuidados com idosos consumirão 45% do total das despesas assistenciais ante os atuais 35%", observa a diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente. Outro estudo, da

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde mostra que, em 2020, a despesa assistencial anual per capita

na faixa etária acima de 59 anos foi mais que o dobro da faixa imediatamente anterior, de 54 a 58 anos.



A ANS, que regula o setor, está engajada na mudança do modelo assistencial, tornando-o mais direcionado a medidas preventivas e menos focado no tratamento. “Embora tratar a doença seja imprescindível, é fundamental cuidar integralmente do beneficiário, prevenindo agravos e doenças”, diz o diretor presidente da agência, Paulo Rebello.

O envelhecimento populacional, lembra ele, impacta a sustentabilidade financeira do setor e exige reavaliar o modelo vigente. Por isso, a ANS desenvolve programas de incentivo à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Para o superintendente médico da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Cássio Ide Alves, a atenção primária, a medicina preventiva e a gestão de pacientes crônicos são ações fundamentais, já em curso no setor. Além disso, ele lembra a responsabilidade dos gestores em identificar quais tecnologias “realmente atendem a necessidades dos beneficiários”.

Há quem veja, nesse contexto demográfico, um nicho de negócio, como a operadora MedSênior, cuja carteira tem idade média de 69 anos. No ano passado, seu crescimento foi de mais de 50%, atingindo 141 mil beneficiários. Até dezembro pretende chegar a 420 mil usuários e, em 2030, 1 milhão.

“Focamos em medicina preventiva e atenção diferenciada”, diz o vice-presidente executivo da Medsênior, Mauly Coelho Filho. A estratégia visa aliviar o custo a partir do acompanhamento personalizado do paciente.

Presente em Vitória, Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre, Curitiba, Rio e São Paulo, a MedSênior estuda avançar para outras regiões. Sua rede de prestadores de serviço tem 37 unidades próprias e 97 hospitais credenciados.

Outro exemplo de como lidar com o envelhecimento vem da Bradesco Saúde, que está orientando seu modelo para a atenção primária e programas de cuidado. Além de ajudarem no esforço de controlar custos, essas iniciativas servem para fidelizar e atrair clientes empresariais, segmento de atuação

da operadora. “Os programas de promoção da saúde, bem como as iniciativas de atenção primária, são percebidos pelas empresas como diferenciais dos nossos planos”, diz o presidente da Bradesco Saúde, Manoel Peres.

Um levantamento de 2022, realizado com os idosos do Meu Doutor Geriatria, uma das linhas do programa Meu Doutor, da operadora, e feito em parceria com o HCor, mostrou que a ida a pronto socorros caiu 55% no primeiro ano de participação dos pacientes, em relação aos 12 meses anteriores.

“O envelhecimento da população é um fator perturbador para a saúde suplementar”, aponta o professor da USP e pesquisador da Unicamp/Fapesp, Jorge Félix. Pelo lado das operadoras, diz, há as limitações do modelo mutualista e aumento dos custos da saúde, incluindo “altas abusivas por parte dos hospitais”.

Já na ponta do cliente, Félix observa que a mensalidade dos planos vem se caracterizando como uma dívida eterna no orçamento de idosos e de famílias com idosos. “Muitos começam a abrir mão do plano devido a reajustes acima da inflação. O setor vive um desequilíbrio crônico com o fenômeno da longevidade, o que faz piorar a prestação do serviço.”

Em 2023, o reajuste dos planos individuais dado pela ANS foi de 9,6% contra uma inflação de 4,62%. Para os planos coletivos, que têm aumento negociado entre operadoras e clientes, o percentual superou a casa dos 20%.

O economista e doutor em saúde coletiva Carlos Ocké, ressalta que o modelo de negócio das operadoras normalmente impõe uma seleção de risco que acaba expulsando idosos e doentes crônicos por meio do aumento abusivo de preços. Segundo ele, a regulação deveria ser mais racional.

O setor, comenta Ocké, recebeu subsídios indiretos do Estado que somaram cerca de R\$ 25 bilhões em 2021, de acordo com dados da Receita, considerando valores que deixam de entrar nos cofres públicos por conta das deduções

no Imposto de Renda para clientes de planos (tanto famílias quanto empregadores). Esses subsídios, a seu ver, são ineficientes e retiram do Sistema Único de Saúde (SUS) verbas fundamentais.

“No entanto, uma vez que eles existem, deveria ser exigido da saúde suplementar uma contrapartida, como mensalidades menores, especialmente para os idosos”, destaca. “Seria oportuno também reduzir a ineficiência

administrativa no interior da cadeia produtiva dos serviços médico-hospitalares”, acrescenta.

Para a consultora Ana Carolina Navarrete, que integra o Conselho Nacional de Saúde, as operadoras ainda veem o envelhecimento como fator de risco para os negócios, “a ser amortizado, digamos assim, por meio de práticas abusivas, como cancelamentos de contratos sem motivo, e reajustes por faixa etária impraticáveis”, diz.

MEDICINA PRIVADA VERSUS PÚBLICA: INOVAÇÕES E OBSTÁCULOS NO BRASIL

Saúde Business - 08/04/2024

Descubra como a inovação na medicina pública e privada no Brasil está transformando a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde.

A relação entre medicina pública e privada é complexa e abrange diversos aspectos, como a forma de lidar com a inovação. No Brasil, essa dicotomia é ainda mais evidente, com desafios e oportunidades únicas em ambos os setores.

A medicina privada, geralmente financiada por seguros de saúde ou pagamento direto dos pacientes, é frequentemente percebida como mais inovadora. Isso se deve à flexibilidade financeira e à competição de mercado, que incentivam investimentos em tecnologias de ponta, equipamentos avançados e métodos de tratamento de última geração.

Na área da medicina privada, é digno de nota o uso de diversas inovações e tecnologias, tais como:

- **Cirurgia robótica:** realiza procedimentos complexos com maior precisão e menos invasividade. Essa tecnologia permite que os cirurgiões façam intervenções com movimentos mais delicados e precisos, resultando em tempos de recuperação mais curtos e menores taxas de complicações para os pacientes.

- **Medicina personalizada e genômica:** oferece tratamentos mais direcionados e eficazes para pacientes com doenças genéticas, câncer e outras condições complexas. Por meio da análise do DNA e de biomarcadores, os médicos podem desenvolver planos de tratamento personalizados, maximizando os resultados clínicos e minimizando os efeitos colaterais.

- **Cirurgia assistida por holograma ou cirurgia holográfica:** permite aos cirurgiões visualizarem informações anatômicas, como estruturas internas do corpo humano, órgãos e vasos sanguíneos de forma holográfica e sobreposta ao campo cirúrgico. O recurso proporciona melhor compreensão da anatomia do paciente e auxilia na orientação durante a cirurgia, tornando o procedimento mais preciso e seguro.

Por outro lado, a medicina pública, representada pelo SUS no Brasil, muitas vezes enfrenta restrições financeiras significativas, o que pode limitar a capacidade de inovação. Embora a medicina privada possa ser mais ágil na adoção de inovações devido ao orçamento em cena, isso não significa que a área pública esteja fadada à estagnação.

Em um país onde 77% da população é SUS dependente, ou seja, depende exclusivamente do atendimento público, com 203 milhões de habitantes, a inovação deve ser direcionada às portas de entrada e o melhor direcionamento do paciente no sistema de saúde. Com 7 em cada 10 brasileiros utilizando o sistema público, o Brasil tem um ativo importante, que são os dados. Na atualidade, quem tem posse dos dados tem nas mãos o bem mais valioso que existe, já que essa informação nutre todas as outras bases e descobertas, por ter o entendimento do consumo e do comportamento do mercado. Ferramentas de gestão de dados são cada vez mais importantes na saúde pública, caminhando em conjunto com ferramentas de proteção desses dados.

Estratégias como parcerias público-privadas, investimentos governamentais diretos em pesquisa e desenvolvimento e políticas de incentivo à inovação podem nivelar o campo de jogo. Além disso, a medicina pública muitas vezes serve como um terreno fértil para a pesquisa clínica e epidemiológica, fornecendo insights valiosos que podem impulsionar o avanço tecnológico em ambos os setores.

Nesse sentido, é possível incluir políticas de subsídios para empresas farmacêuticas e de tecnologia médica que desenvolvam soluções voltadas às necessidades específicas do sistema de saúde, bem como programas de bolsas e financiamento para pesquisadores e instituições acadêmicas que se dediquem a estudos relevantes para o SUS.

Destaca-se ainda algumas inovações e tecnologias aplicadas no Sistema Único de Saúde:

- **Programa Telessaúde Brasil Redes:** utiliza tecnologia de telemedicina para oferecer suporte a profissionais de saúde na atenção básica, por meio de teleconsultas, videoconferências e tele-educação.

- **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):** permite o compartilhamento de informações médicas dos pacientes entre diferentes unidades de saúde, facilitando a integração do cuidado, reduzindo o tempo gasto com a busca por históricos médicos e melhorando a qualidade e segurança do atendimento.

- **Programa Nacional de Imunizações (PNI):** exemplo de sucesso na aplicação de tecnologia para o controle de doenças infecciosas. O PNI monitora a cobertura vacinal, identifica áreas de risco e coordena campanhas de vacinação em todo o país, contribuindo para a erradicação e controle de diversas doenças.

Esses e outros exemplos demonstram como o SUS e a medicina pública estão utilizando a inovação e tecnologia para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde no Brasil, contribuindo para o bem-estar e a saúde da população. A relevância que o SUS traz no cenário mundial rendeu elogios do executivo e bilionário Bill Gates, que comentou sobre a capilaridade do sistema público brasileiro através da Atenção Primária à Saúde (APS).

Como se vê, a inovação na medicina é crucial para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços em todo o mundo.

Embora a área privada muitas vezes seja vista como a mais inovadora devido à flexibilidade financeira, a medicina pública também tem o potencial de alcançar níveis significativos de avanço, especialmente com incentivos e investimentos certos. No Brasil, é essencial que o SUS seja apoiado com políticas e recursos que promovam a pesquisa e o desenvolvimento de soluções inovadoras, garantindo que todos os brasileiros possam se beneficiar dos avanços médicos mais recentes.

FEVEREIRO DE 2024: PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS REGISTRAM 32,8 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) - 05/0/2024



Planos de assistência médica somam 50,9 milhões de usuários. Dados estão disponíveis no portal da ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de disponibilizar em seu portal números do setor de planos de planos de saúde referentes a fevereiro de 2024. No período, o setor totalizou 50.948.757 de usuários em planos de assistência médica e 32.833.233 de usuários em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados podem ser conferidos na Sala de Situação.

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 944.070 beneficiários em relação a fevereiro de 2023. Já no comparativo de fevereiro de 2024 com janeiro de 2024, houve um aumento de 159.286 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.499.808 beneficiários em um ano; e 231.300 na comparação de fevereiro deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com fevereiro de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 26 unidades federativas, sendo Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão 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	Adesão	Não Identificado			
fev/24	35.960.359	6.155.332	233	8.792.893	39.940	50.948.757
jan/24	35.784.580	6.155.279	233	8.809.270	40.109	50.789.471
dez/23	35.830.821	6.197.277	233	8.813.550	40.232	50.882.113
nov/23	35.761.281	6.166.170	233	8.805.991	40.380	50.774.055
out/23	35.717.693	6.176.932	233	8.825.980	40.510	50.761.348
set/23	35.681.461	6.199.546	234	8.836.879	40.637	50.758.757
ago/23	35.524.309	6.100.077	236	8.841.119	40.767	50.506.508
jul/23	35.403.122	6.130.092	238	8.874.433	40.894	50.448.779
jun/23	35.330.194	6.125.938	239	8.873.142	41.072	50.370.585
mai/23	35.247.078	6.160.426	241	8.864.116	41.221	50.313.082
abr/23	35.144.784	6.177.565	241	8.881.736	41.305	50.245.631
mar/23	35.061.299	6.184.525	241	8.884.410	41.958	50.172.433
fev/23	34.862.710	6.207.586	241	8.891.839	42.311	50.004.687

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
fev/24	23.649.020	3.614.043	1283	5.565.448	3.439	32.833.233
jan/24	23.487.960	3.538.615	1289	5.570.628	3.441	32.601.933
dez/23	23.568.069	3.409.570	1289	5.581.511	3.444	32.563.883
nov/23	23.349.019	3.415.818	1290	5.547.495	3.454	32.317.076
out/23	23.265.363	3.231.343	1290	5.539.700	3.460	32.041.156
set/23	23.121.364	3.213.333	1318	5.455.184	3.472	31.794.671
ago/23	22.983.551	3.070.555	1318	5.445.903	3.485	31.504.812
jul/23	22.868.725	3.010.468	1357	5.404.703	3.617	31.288.870
jun/23	22.786.505	2.975.039	1464	5.358.249	3.622	31.124.879
mai/23	22.659.477	2.919.073	1467	5.307.891	3.644	30.891.552
abr/23	22.511.873	2.874.964	1469	5.326.363	3.653	30.718.322
mar/23	22.331.138	2.874.382	1473	5.312.533	3.657	30.523.183
fev/23	22.143.957	2.868.715	1473	5.315.609	3.671	30.333.425

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	fev/23	fev/24	fev/23	fev/24
Acre	42.743	43.906	17.171	20.523
Alagoas	386.963	391.852	409.388	500.636
Amapá	61.547	62.209	51.609	47.022
Amazonas	579.062	606.904	539.446	565.907
Bahia	1.662.891	1.687.675	1.702.579	1.837.762
Ceará	1.341.065	1.390.267	1.166.244	1.326.129
Distrito Federal	920.426	940.599	617.630	678.771
Espirito Santo	1.240.511	1.285.744	657.616	736.873
Goiás	1.329.590	1.366.735	828.588	920.310
Maranhão	503.175	524.908	285.316	329.436
Mato Grosso	656.251	673.960	250.721	275.300
Mato Grosso do Sul	643.756	666.097	322.643	459.432

Minas Gerais	5.533.567	5.698.694	2.630.413	2.902.866
Pará	844.374	878.338	508.259	540.416
Paraíba	451.707	470.176	466.358	523.101
Paraná	3.037.886	3.098.897	1.607.266	1.795.697
Pernambuco	1.386.721	1.424.271	1.219.464	1.277.000
Piauí	389.095	408.621	155.498	200.315
Rio de Janeiro	5.531.321	5.662.749	3.494.878	3.644.141
Rio Grande do Norte	598.018	615.051	493.817	549.987
Rio Grande do Sul	2.573.738	2.619.815	848.680	1.032.700
Rondônia	150.908	153.957	112.865	122.698
Roraima	32.836	31.445	11.385	11.631
Santa Catarina	1.633.745	1.668.543	812.264	884.131
São Paulo	17.975.378	18.063.908	10.766.797	11.272.269
Sergipe	326.232	337.040	227.435	246.929
Tocantins	121.331	124.969	121.804	123.704

GASTOS DOS BRASILEIROS COM SAÚDE CRESCEM, COM PESO MAIOR DE REMÉDIO E EXAMES NO ORÇAMENTO

O Globo - 05/04/2024

As despesas com saúde no Brasil aumentaram entre 2010 e 2021, com as famílias gastando mais com remédios e exames nos últimos dois anos. Os gastos delas foram, inclusive, superiores ao do próprio governo, cujas despesas se mantiveram relativamente estáveis no mesmo período.

O maior dispêndio fez a participação do setor de saúde saltar de 8% do PIB (Produto Interno Bruto), em 2010, para 9,7% do indicador, em 2021. É o que apontam os dados da Conta-Satélite de Saúde do IBGE, pesquisa que mede despesas do país com o setor, cujos dados foram divulgados nesta sexta-feira.

As despesas com saúde somaram R\$ 872,7 bilhões em 2021. No ano anterior, foram R\$ 769,0 bilhões. O envelhecimento da população brasileira e o avanço das tecnologias são fatores que têm levado a uma tendência de gasto crescente no setor da saúde, explica Tassia Holguin, analista do IBGE.

— Antigamente, íamos ao médico e era feita uma análise clínica com poucos exames. Hoje, com novas tecnologias, a tendência é fazermos mais exames. Quando as pessoas estão internadas também. O nível de complexidade aumenta, assim como o gasto com medicamentos. A saúde tem uma tendência de participação crescente na economia, diferente de outros setores que podem sofrer redução.

A oferta do setor público e do setor privado terá que se adequar a essa maior demanda, destaca a analista.

A pesquisa também revela o peso do setor da saúde sobre os postos de trabalho no país. As atividades relacionadas à saúde representavam 5,3% das ocupações em 2010 (ou 5,2

milhões) e passaram para 8% em 2021 (equivalente a 8,4 milhões de postos). Já as remunerações do setor totalizaram R\$ 372,3 bilhões e correspondiam a 10,5% do total da economia em 2021.

Famílias gastam mais do que governo

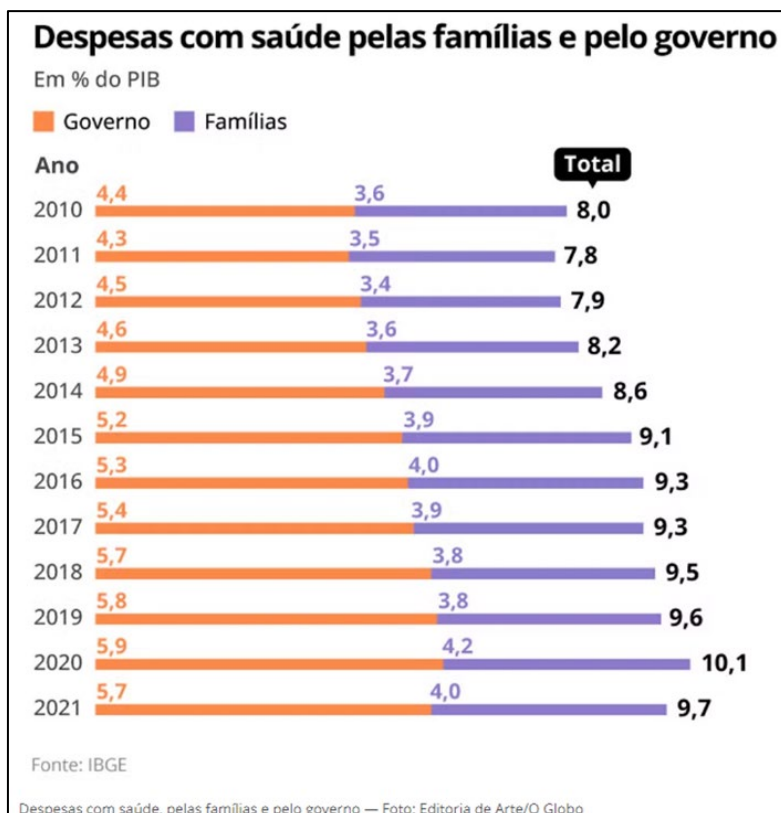
O levantamento engloba o que é consumido pelas famílias e pelo governo no âmbito do consumo de produtos e serviços no setor.

No caso das famílias, há gastos com planos de saúde, compra de medicamentos, consultas particulares, realização de exames e internações. Já as despesas do governo incluem os serviços de hospitais e unidades públicas de saúde, além de serviços adquiridos do setor privado.

A pesquisa revela que a fatia de gastos das famílias ganhou mais participação ao longo dos anos. As famílias tiveram gastos com bens e serviços de saúde equivalentes a 5,7% do PIB em 2021. Em 2010, esse percentual era de 4,4%.

Os gastos das famílias com serviços privados de saúde perderam espaço para o gasto com medicamentos, que aumentou nos últimos anos. Segundo o IBGE, a despesa com serviços privados - incluindo plano de saúde - respondeu por 63,7% do total dos gastos de consumo final com saúde das famílias em 2021. Em 2020 e 2019, esses percentuais foram de 64,9% e 67,5, respectivamente.

Já o gasto com remédios pelas famílias representou 32,5% do total das despesas em 2020 e subiu para 33,7% em 2021.



Roberto Olinto, professor da Faculdade Mackenzie Rio e pesquisador associado do FGV Ibre, explica que as famílias brasileiras enfrentam um custo elevado com planos de saúde e remédios, a despeito da ampla cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

— Apesar de você ter um sistema único de saúde que funciona bem, as famílias têm um custo muito grande. Os remédios são caríssimos no Brasil em relação à países da Europa e a saúde privada é caríssima no Brasil.

Já a despesa de saúde do governo sofreu mais oscilações ao longo da série histórica. A parcela de 3,6% em 2010 aumentou até 2016, quanto atingiu 4%. Naquele ano, o país enfrentava o início de uma crise econômica. Em 2017, o gasto caiu para 3,9% e depois manteve-se estável em 3,8% entre 2018 e 2019. Os gastos chegaram a crescer para 4,2% em 2020, mas foi reduzido para 4% em 2021.

Tássia, do IBGE, explica que mesmo no ano de pandemia não era esperado que o gasto do governo fosse maior do que o das famílias. Isso porque houve uma certa compensação por parte do serviço público. Por isso, a participação do governo e das famílias no gasto com saúde não sofreu grandes alterações:

— Se por um lado o governo gastou com a pandemia, acabou reduzindo o gasto na hora de pagar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que ficaram suspensos — explica.

Efeito pandemia

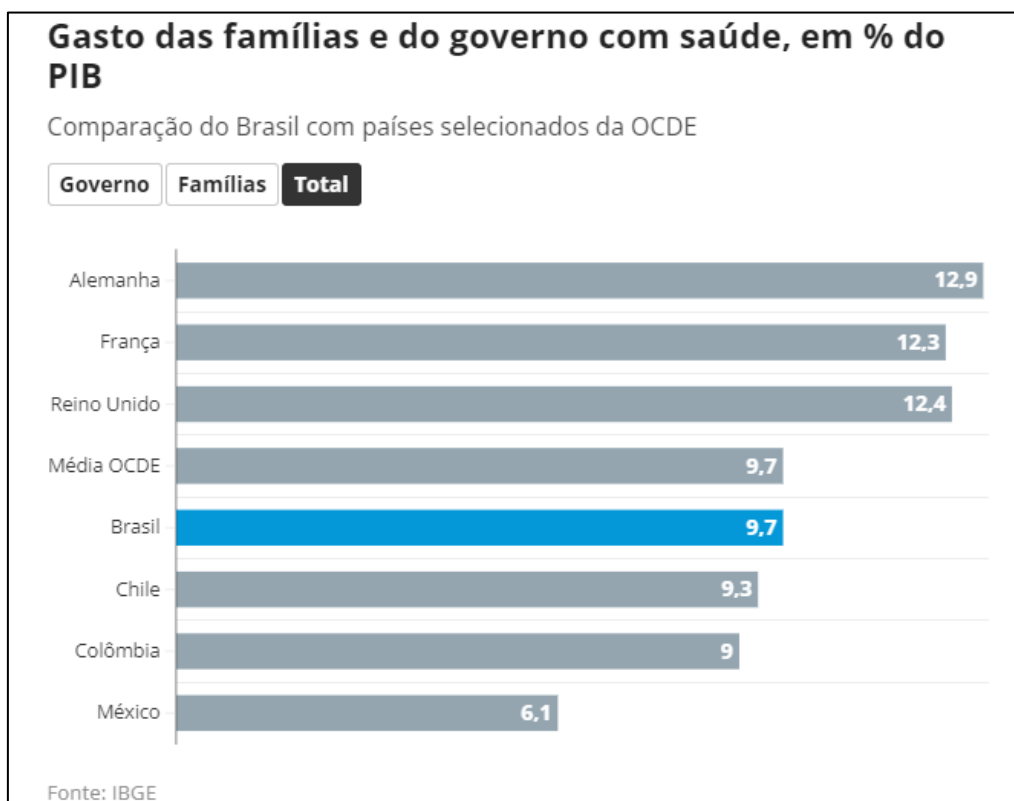
Depois de uma retração de 4,4% em 2020, o consumo de bens e serviços de saúde tiveram expansão de 10,3% em 2021. Uma recuperação mais forte do que o consumo de outros produtos 'não saúde', que também recuaram 4,4% no primeiro ano da pandemia e tiveram alta de 2,3% no ano seguinte.

Segundo Tássia, do IBGE, o setor da saúde tem uma elasticidade por conta da sua essencialidade. Num primeiro momento, a pandemia de Covid-19 e a necessidade de isolamento social fizeram com que as pessoas não fossem aos hospitais e realizassem exames de rotina. Mas a importação das vacinas a partir de 2021 e a retomada das consultas de rotina explicam a recuperação da atividade.

— Em 2020, observamos uma queda na quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, como consultas e cirurgias eletivas. No sentido oposto, em 2021 houve um crescimento do consumo de bens e serviços de saúde, o que pode ser parcialmente atribuído ao início da campanha de vacinação contra a Covid-19, ao aumento do consumo de medicamentos e à retomada da realização de consultas, exames e cirurgias eletivas.

Comparação com países da OCDE

O IBGE também compara o gasto com saúde com o de países selecionados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em termos gerais, a despesa com saúde no país era semelhante à média dessas nações. Mas o Brasil fica atrás de países como Alemanha (13,0%), França (12,3%) e Reino Unido (12,4%), que apresentam participação total superior à do Brasil (9,7%).



No âmbito do gasto público, o Brasil tem uma das menores participações do governo no gasto com saúde em relação ao PIB: 4%. Só perde para o México, com 3,1%, dentre os países selecionados.

Em termos de gasto per capita, ou seja, quanto cada país gastou em saúde por habitante, as despesas no Brasil são maiores do que a de outros países da América Latina, como Colômbia e México. Mas eram 2,9 vezes menores do que a média dos integrantes da OCDE.

TRATAMENTO DE AUTISMO É MOTIVO DE JUDICIALIZAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business - 04/04/2024

Entenda porque a cobertura de terapias para esta condição gera tantas causas no judiciário, debatendo acesso, qualidade e custo na saúde suplementar.

O tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma das principais causas de judicialização nos planos de saúde. As questões mais recorrentes geralmente envolvem acesso, cobertura e equidade no sistema de saúde suplementar. Os casos variam desde garantia de cobertura para terapias especializadas até adequação dos protocolos de atendimento. Conversamos com diferentes atores envolvidos neste contexto para entender as complexidades do atendimento ao autismo e como poderia haver uma redução da necessidade de recorrer a ações judiciais.

Direito dos beneficiários

O tratamento do autismo exigem terapias de alto custo. Porém, Fernando Bianchi, especialista em Direito da Saúde Suplementar e sócio do M3BS Advogados, esclarece que os direitos de cobertura dos beneficiários não são definidos pelo custo, mas sim pela natureza e tipo de cobertura assistencial.

“Independente do custo, se o tratamento estiver previsto no rol de coberturas obrigatórias da ANS, haverá cobertura integral. Caso contrário, a definição do direito de cobertura decorrerá das regras da Lei 14.454/22, que trata de tratamentos fora do rol”, explica.

Saúde suplementar e autismo

Do ponto de vista da gestão do setor, Anderson Mendes, presidente da UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, afirma que há uma preocupação central das autogestões: a qualidade dos tratamentos oferecidos a quem tem autismo na saúde suplementar. No entanto, Mendes pontua que existem desafios para metrificar o desfecho do caso.

“A primeira preocupação que as autogestões têm, acho que deveria ser a preocupação de todos, é a qualidade dos tratamentos ofertados. A grande maioria das autogestões já pagava o tratamento para autistas. Agora, havia uma dificuldade muito grande de encontrar profissionais e de estabelecer indicadores para poder medir o desfecho e entender o benefício do tratamento”, ressalta.

O presidente explica que a falta de critérios na liberação do tratamento para autismo resultou em uma corrida

desenfreada no mercado, o que levou à presença de profissionais não qualificados oferecendo tratamentos inadequados. “Muitas vezes, pais sobrecarregados e necessitados de suporte são atraídos por clínicas que prometem longas horas de tratamento, gerando uma falsa sensação de segurança. Nesse contexto, as operadoras de saúde têm a responsabilidade de avaliar e garantir a qualidade dos tratamentos, mas enfrentam dificuldades em confrontar clínicas que insistem na prestação de serviços inadequado”, conta.

Bianchi compartilha da mesma opinião. “O problema não está nos critérios das operadoras de planos de saúde, mas sim na falta de planejamento terapêutico adequado por parte dos profissionais de saúde assistentes”, enfatiza. O advogado frisa que as prescrições genéricas e padronizadas, sem considerar as necessidades individuais de cada paciente, podem resultar em tratamentos inadequados, motivados por interesses econômicos de alguns profissionais.

“Quando as prescrições são adequadas e fundamentadas, as operadoras não negam os tratamentos, mas resistem quando se deparam com abusos e prescrições inadequadas que não têm respaldo técnico”, explica Bianchi.

Recusa das operadoras a tratamento do autismo

Para Anderson, a situação reflete uma visão generalizada de que os planos de saúde são relutantes em fornecer acesso adequado ao tratamento, criando uma dinâmica desafiadora para as partes envolvidas.

“A gente precisa de um agente público isento que valide esses tratamentos, que identifique quais os critérios, expectativas de tratamento e desfecho para não ficar essa coisa tão solta e dentro de um olhar pouco criterioso”, analisa. Desta forma, haveria segurança e confiabilidade para todos, inclusive para pacientes e os respectivos responsáveis que precisam se sentir protegidos sobre o tratamento que está sendo ofertado.

Em paralelo, o presidente afirma que as autogestões estão buscando identificar clínicas que detêm essa qualidade, onde há uma deficiência clara. “Estamos estudando promover clínicas que sejam compartilhadas entre várias operadoras para que possa garantir o acesso. É importante deixar claro que as autogestões foram criadas para dar acesso ao tratamento, não para restringir”, destaca.

Custos do tratamento de autismo

Sobre o custo das terapias, Anderson é categórico ao dizer que é secundário, mas precisa ser algo sustentável, sem desperdício. "Vai ter que caber no bolso, por meio do

mutualismo, corrigindo as necessidades se for necessário, buscando mais recursos, economizando talvez em outras coisas. Mas não se discute formas de negligenciar ou até mesmo de criar barreiras ao tratamento por uma questão de financiamento", finaliza.

AUMENTO DAS BUSCAS POR MÉDICOS NO GOOGLE IMPULSIONA INVESTIMENTO EM SEO NO SETOR DE SAÚDE

Saúde Business - 03/04/2024

Estratégias de otimização de mecanismos de busca tornam-se cruciais para reduzir custos de aquisição de clientes em empresas de saúde.

Com o aumento significativo nas buscas por médicos na internet nos últimos anos, empresas do setor de saúde estão apostando em estratégias de SEO (Search Engine Optimization) para otimizar sua presença online e reduzir os custos de aquisição de clientes.

De acordo com estudos recentes, as buscas por médicos na internet cresceram em média 50% nos últimos quatro anos. O Google, em particular, é o meio mais citado por 47% dos respondentes para obter informações sobre questões de saúde, como sintomas e doenças.

"Neste contexto, estratégias como SEO se tornam fundamentais para que as empresas possam aumentar sua presença online e melhorar seu ranking nos resultados de pesquisa, o que impacta em um maior tráfego orgânico para seus sites", destaca João Lee, CEO da Simplex, startup especializada em aumento de tráfego, conversão e vendas online.

Uma empresa que obteve sucesso com essa abordagem é a Melvi, uma healthtech que conecta pacientes a profissionais de saúde especialistas. Após seis meses de campanha focada em SEO, a empresa viu um retorno sobre o

investimento de mais de 50% e uma redução de 40% no custo de aquisição de clientes.

"Com esta constatação, entendemos que era preciso investir em uma estratégia de SEO para aumentar a presença nos resultados de pesquisa de forma orgânica. Em praticamente um mês percebemos o aumento do fluxo de visitas orgânicas do site, que passaram de 10% para 20%. Nosso Custo por Clique (CPC), por exemplo, caiu de R\$5,37 para R\$3,52, se refletindo na redução do Custo de Aquisição de Clientes (CAC)", relata João Baccarin, head de Growth da Melvi.

Ao contrário de outras formas de publicidade online, o SEO é uma estratégia de longo prazo, construindo uma base sólida para o crescimento contínuo do tráfego orgânico ao longo do tempo. Isso significa que as empresas podem colher os frutos do SEO por um período prolongado, gerando um retorno sobre o investimento duradouro e sustentável.

"O SEO não deve ser usado como único motor para a conversão de vendas. Ele existe para gerar tráfego qualificado e aumentar a relevância do domínio, o que consequentemente aumenta as chances de conversão das vendas", explica João Lee.

Portanto, o investimento em SEO está se tornando uma tendência cada vez mais forte no setor de saúde, onde empresas buscam não apenas atrair clientes, mas também estabelecer uma presença digital sólida e duradoura.

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.

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.