

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS disponibiliza números do setor referentes a março](#) - Fonte: ANS

[Evento debate Planos Odontológicos](#) - Fonte: IESS

[Remuneração adequada desenvolve o setor](#) - Fonte: IESS

[Seminário de Acompanhamento do Laboratório de Inovações em Atenção Primária](#) - Fonte: ANS

[O que é o Pacto Intergeracional?](#) - Fonte: IESS

[Planos de saúde adotam novo modelo de gestão que deve reduzir rede credenciada](#) - Fonte: O Globo

[Novo Código de Ética Médica](#) - Fonte: IESS

[Demanda por Home Care aumenta e inspira investimento em saúde no País](#) - Fonte: Istoé

ANS DISPONIBILIZA NÚMEROS DO SETOR REFERENTES A MARÇO

ANS – 08/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou os dados atualizados do setor de planos de saúde relativos ao mês de março. A consulta pode ser feita através da Sala de Situação e pelo Tabnet, ferramentas disponíveis no portal da ANS.

[Acesse aqui a Sala de Situação.](#)

Em março, o setor contabilizou 47.053.184 beneficiários em planos de assistência médica e 24.479.494 em planos exclusivamente odontológicos. Na segmentação assistencial, é verificada estabilidade em relação ao mesmo período do ano anterior. No recorte por Unidade Federativa, 14 estados e o Distrito Federal registraram crescimento no período de um ano, sendo São Paulo, DF, Paraná, Mato Grosso e Goiás, nesta ordem, os cinco com o maior ganho de beneficiários em planos de assistência médica, em números absolutos.

Nos planos odontológicos, a tendência de crescimento no quantitativo de beneficiários se mantém. Houve aumento em 24 estados e no Distrito Federal, sendo São Paulo o destaque em números absolutos deste segmento, com 535 mil beneficiários a mais no período de um ano.

Cabe notar que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Também foram atualizados os dados econômico-financeiros das operadoras, com receitas e despesas acumuladas no último trimestre de 2018. [Clique aqui e acesse o Tabnet para conferir as informações.](#)

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por Unidade Federativa.

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação

Competência	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
mar/18	47.016.508	31.311.775	6.388.230	1.329	9.153.256	161.918
mar/19	47.053.184	31.484.043	6.399.196	1.199	9.049.601	119.145

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação

Competência	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
mar/18	22.722.274	16.902.664	1.804.152	3.995	3.989.594	21.869
mar/19	24.479.494	17.817.257	2.311.354	3.963	4.333.010	13.910

Beneficiários por UF

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos odontológicos	
Acre	45.343	45.370	14.268	15.384
Alagoas	379.337	374.902	259.772	277.124
Amapá	69.212	71.574	46.741	43.728
Amazonas	522.980	515.074	365.987	407.891
Bahia	1.588.850	1.581.567	1.390.172	1.460.073
Ceará	1.271.737	1.267.727	864.740	959.128
Distrito Federal	857.563	887.988	498.545	567.058
Espírito Santo	1.092.765	1.112.056	435.402	488.853
Goiás	1.102.185	1.122.948	600.687	629.899
Maranhão	460.206	468.208	182.053	192.579
Mato Grosso	557.286	579.151	192.899	205.834
Mato Grosso do Sul	580.496	580.056	139.517	143.733
Minas Gerais	5.051.611	5.012.438	1.953.220	2.092.909
Pará	792.376	804.284	393.584	425.158

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos odontológicos	
Paraíba	415.591	422.695	308.039	342.601
Paraná	2.815.890	2.844.790	1.178.634	1.269.558
Pernambuco	1.318.204	1.315.966	871.675	945.204
Piauí	311.516	320.111	77.822	84.965
Rio de Janeiro	5.416.484	5.359.821	2.870.200	3.267.901
Rio Grande do Norte	513.934	514.413	305.307	334.390
Rio Grande do Sul	2.617.766	2.583.474	735.718	778.587
Rondônia	156.902	152.529	110.459	102.507
Roraima	29.021	28.714	9.033	9.684
Santa Catarina	1.490.706	1.473.871	482.285	502.557
São Paulo	17.114.251	17.153.216	8.106.625	8.642.096
Sergipe	309.249	319.459	185.772	194.142
Tocantins	104.584	108.817	47.722	49.765
Não Identificado	30.463	31.965	95.396	46.186

EVENTO DEBATE PLANOS ODONTOLÓGICOS

IESS - 07/05/2019

Como já abordamos em diferentes momentos e, recentemente, na última edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#) e em nosso [“Painel da Odontologia Suplementar \(2011 a 2017\)”](#), o segmento de planos exclusivamente odontológicos tem evoluído a passos largos no País.

Por meio dessas publicações, mostramos a [maior profissionalização](#) e a oferta cada vez maior desta modalidade por parte das empresas aos seus colaboradores com o objetivo de [atrair e reter talentos](#). Importante ressaltar que enquanto os planos médico-hospitalares registraram o rompimento de mais de três milhões de vínculos desde 2014, os exclusivamente odontológicos passaram a atender quatro milhões de novos beneficiários. Movimentos completamente antagônicos.

Importante, portanto, iniciativas que colaborem ainda mais com o desenvolvimento desse setor, como a nova edição do

SIMPLO, realização do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG) e da Universidade Corporativa ABRAMGE (UCA), que acontece essa semana em São Paulo. Desde 2006, o evento apresenta conteúdos e discussões que fazem parte da rotina das operadoras de planos odontológicos, como novas tecnologias, métodos e processos para o aperfeiçoamento desse mercado.

Inspirado no tema Resiliência e adaptação: os caminhos para a sobrevivência da Odontologia Suplementar, a 14ª edição acontecerá nos dias 9 e 10 de maio, no Centro Fecomércio de Eventos, em São Paulo.

A programação completa pode ser vista no [site oficial do evento](#). Nós estaremos por lá e traremos novidades sobre esse setor. Fique ligado.

REMUNERAÇÃO ADEQUADA DESENVOLVE O SETOR

IESS – 06/05/2019

Quem nos acompanha há um tempo, sabe que um dos temas que mais comentamos é sobre os modelos de remuneração no setor de saúde suplementar. A questão é crucial para o desenvolvimento do segmento e evita desperdícios e fraudes em toda a cadeia.

Afinal, como já falamos aqui e em diversas outras oportunidades – em nossa Área Temática você pode ver todas rapidamente –, o fee-for-service, o modelo de pagamento mais adotado no Brasil, premia o desperdício ao remunerar por serviço executado e não por desfecho clínico.

Vale lembrar os dados da nossa publicação “Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar”. O estudo mostra que, só em 2017, quase R\$28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do País com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários.

É importante ver, portanto, que não só o setor tem se movimentado cada vez mais sobre a questão, mas a própria imprensa tem pautado o tema e repercutido para o público em geral. Importante reportagem o jornal O Globo publicada na última semana mostra um pouco melhor o funcionamento da remuneração no setor.

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem buscado incentivar atualizações nos modelos. “A cada

atendimento, exame, cirurgia, é feito um pagamento ao prestador, não importando a qualidade do serviço, e não importando o resultado em saúde para aquele paciente. O Brasil é, por exemplo, o campeão mundial em realização de ressonância magnética. Isso ocorre porque há um estímulo à produção. Os profissionais ganham quanto mais eles produzirem”, disse recentemente Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS. À época, a agência lançou o Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, cartilha que apresenta 5 modelos que podem ser adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

Vale lembrar também dos esforços da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde). No último ano, a entidade realizou o 4º Fórum da Saúde Suplementar com especialistas nacionais e internacionais para fomentar e aprofundar os debates no setor sobre diferentes áreas. Na ocasião, foram apresentadas 11 medidas para fortalecer o setor, como já falamos aqui.

Para entender melhor cada um dos modelos, recomendamos a leitura do TD 64 – “Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar”, que destaca os benefícios de modelos de pagamento prospectivos. Em caso de dúvidas, estamos à disposição.

SEMINÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

ANS - 03/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou em 30/04, no Rio de Janeiro, o Seminário de Acompanhamento do Laboratório de Inovações em Atenção Primária na Saúde Suplementar. O evento contou com a participação de 120 representantes de operadoras de planos de saúde, que puderam conhecer as principais melhorias e desafios das práticas consideradas inovadoras pelo Laboratório de Inovações, uma ação da ANS em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Além de apontar os resultados observados no acompanhamento das práticas selecionadas pelo Laboratório, o seminário permitiu um debate qualificado onde os participantes puderam, juntos, repensar o modelo de atenção em saúde predominante no setor.

"Muitas operadoras já evoluíram bastante, realizando importantes e diferentes práticas. Não há um padrão único. Pretendemos mostrar essa evolução, os resultados já alcançados em APS e o quanto ainda precisamos melhorar a coordenação do cuidado na saúde suplementar", explicou o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel.

Fernando Leles, da OPAS, lembrou que há um uso descontrolado e fragmentado de procedimentos em saúde, sendo necessária a organização do cuidado em redes de atenção que considerem questões familiares e culturais da carteira de beneficiários das operadoras. "Temos muito orgulho dessa parceria com a ANS. Sabemos que os usuários do setor precisam ser conhecidos e monitorados pelas operadoras, especialmente os pacientes de doenças crônicas. Essa conduta evita custos futuros e mantém o setor sustentável para todos", disse Leles.

Katia Audi, gerente de Monitoramento Assistencial da ANS, defendeu a necessidade da atenção primária caminhar lado a lado da promoção de saúde e prevenção de doenças: "A obesidade, por exemplo, pode causar hipertensão, diabetes e câncer; e a depressão, um problema de saúde mental, o suicídio. São situações graves que podem ser prevenidas. As operadoras precisam cuidar de seus beneficiários de forma integral, investindo na formação de profissionais e na utilização de tecnologia". Alberto Ogata, da OPAS, acrescentou: "A APS passa pelo conhecimento e estratificação da população, mantendo os usuários da rede sempre no radar".

O seminário também abordou o Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde da ANS, que incentiva as operadoras a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários. "O programa prevê a concessão de uma Certificação em APS às empresas que

cumprirem requisitos pré-estabelecidos", explicou Eduardo Neto, especialista da ANS.

Os participantes do seminário puderam conhecer 11 práticas consideradas inovadoras em atenção primária pelo Laboratório de Inovações, através de apresentações realizadas por representantes das seguintes operadoras:

- Saúde BRB
- Fundação São Francisco Xavier
- Unimed de Santa Bárbara D'Oeste e Americana
- Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi
- Unimed Belo Horizonte
- São Francisco Saúde
- Unimed João Pessoa
- Unimed Jaboticabal
- Unimed Guarulhos
- Unimed Florianópolis
- Amil Assistência Médica

Confira aqui as apresentações

A ANS seguirá acompanhando as experiências selecionadas pelo Laboratório de Inovações em APS, com a abertura para entrada de novas operadoras a partir de julho de 2019. Esse acompanhamento levará em consideração a jornada do beneficiário desde a prevenção e diagnóstico precoce até o tratamento, abrangendo as seguintes linhas de cuidado: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer (mama, colo de útero, cólon e reto) e saúde mental, por meio de indicadores de resultado em saúde.

"Vamos definir a metodologia de avaliação a ser utilizada no acompanhamento das experiências, inclusive os indicadores. As contribuições referentes aos indicadores de resultado em saúde, considerando a jornada do beneficiário, podem ser enviadas até o dia 20/05, para promopreve@ans.gov.br", explicou Renata de Campos, especialista em regulação da ANS.

Iniciado em 2017, o Laboratório buscou identificar e reconhecer o esforço de operadoras em aprimorar o cuidado

em saúde de seus beneficiários, utilizando modelos de atenção inovadores, baseados nos princípios da atenção primária. Ao todo, foram analisados 41 projetos e as 12

práticas selecionadas foram sistematizadas e publicadas na série técnica Navegador SUS, disponível no portal da ANS.

O QUE É O PACTO INTERGERACIONAL?

IESS – 03/05/2019

Sinistralidade, mutualismo, regime financeiro de repartição simples, pacto intergeracional. Complexo, o setor de saúde suplementar também possui uma série de expressões e termos que podem até assustar, mas são de fácil compreensão. Entendemos que o esclarecimento de das especificidades do segmento é de grande importância para o desenvolvimento do segmento e esta é uma de nossas missões.

Foi com isso em mente que lançamos recentemente a cartilha “Reajuste dos Planos de Saúde”, que traz um manual simples para a compreensão do público em geral sobre o tema. A publicação também esclarece diversos aspectos relacionados com o setor, como os que citamos ali em cima. Mas afinal, o que é pacto intergeracional? A gente explica!

Sempre falamos sobre a sustentabilidade do setor de saúde suplementar no País e de como um dos fatores que influenciam nisso é a mudança de perfil da população e o envelhecimento. Com o passar da idade, aumenta a incidência de doenças crônicas que exigem mais cuidados médicos, exames de alta complexidade e internações mais frequentes. Ou seja, é natural que os mais idosos usem mais os serviços do plano de saúde e que o gasto também seja maior.

Portanto, nossa legislação permite que os grupos de risco sejam organizados por faixa etária. Além disso, estabelece um limite de idade a partir do qual não poderão incidir reajustes em função da faixa etária. Até esse limite, de 59 anos, no entanto, é necessário que os reajustes aconteçam para garantir o equilíbrio do sistema – entre aqueles que usam mais e os que usam menos.

O pacto intergeracional determina, basicamente, que as pessoas mais jovens, em tese mais saudáveis, paguem um pouco a mais do que seria indicado pelo seu perfil de uso dos serviços de saúde e, em contrapartida, os beneficiários nas últimas faixas etárias paguem um pouco menos. Isso permite a permanência dos idosos nos planos de saúde, já que na maioria dos casos suas fontes de renda são aposentadorias, geralmente com valores modestos.

Com o intuito de responder uma demanda do “Estatuto do Idoso” – que visa a não discriminação dos idosos nos planos de saúde devido à variação de valores em razão da mudança de faixa etária - ficou definido que a partir da faixa etária de 59 anos ou mais não fosse ultrapassado o valor da mensalidade em seis vezes em relação a primeira faixa etária.

Ficou mais claro agora? Confira a [publicação na íntegra](#) e entre em contato conosco em caso de dúvidas.

PLANOS DE SAÚDE ADOTAM NOVO MODELO DE GESTÃO QUE DEVE REDUZIR REDE CREDENCIADA

O Globo – 02/05/2019

Em crise, setor já perdeu 3,1 milhões de usuários. Na semana passada, Amil descredenciou 10 hospitais da Rede D'Or

Com a perda de 3,1 milhões de beneficiários desde o fim de 2014 e a alta de custos, as operadoras de saúde estão revendo seu modelo de gestão. A mudança passa pela assistência ao beneficiário, que se volta para a medicina preventiva, e pela forma de pagamento de fornecedores, que está deixando de ser feito por serviços.

Na semana passada, a Amil, maior operadora do país, anunciou o descredenciamento de unidades da Rede D'Or São Luiz, entre Rio e São Paulo, por divergências no modelo de remuneração.

O movimento, que surpreendeu consumidores, vem a reboque de aumento significativo de investimento dos grupos do setor em redes próprias de hospitais, laboratórios e ambulatórios.

Na prática, dizem especialistas, isso pode levar a uma menor oferta de rede credenciada e a uma maior concentração de planos de saúde.

Esse é um fenômeno visto no mundo inteiro. A tendência é a oferta de uma rede menor, mas mais articulada entre si, dentro da ótica de cuidado de saúde. E também de concentração da saúde suplementar. No Brasil, isso pode ser um pouco diferente no que diz respeito aos planos pela regionalização – diz uma fonte do setor que preferiu não se identificar.

Número de operadoras cai

A concentração já começou. O número de operadoras do setor caiu de 1.135, em 2008, para 745, em fevereiro deste ano, num movimento visto como natural nesse mercado.

A mudança no modelo de pagamento caminhava até agora, porém, a passos lentos. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2018, apenas 4% dos pagamentos feitos por operadoras foram em modelos diferentes da remuneração por serviços.

Há um trabalho de muita conversa entre operadora e prestadores de serviço. Tentamos um movimento coletivo, mas fomos convencidos de que as negociações bilaterais são mais produtivas. É um trabalho de desenvolvimento de confiança e transparência. O pagamento por procedimento não estimula eficiência – diz José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, que reúne as maiores empresas do setor.

Hospitais criam planos próprios

Em 2010, lembra a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o Relatório Mundial sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde da OMS já apontava que usar modelos de pagamento alternativos ao de remuneração por serviços seria eficaz na redução de desperdícios e custos desnecessários.

Segundo fontes, a negociação entre Amil e Rede D'Or emperrou porque a operadora propõe remuneração por orçamento anual, com base no gasto do ano anterior, com um redutor. Já o grupo de hospitais defende remuneração por pacote de serviços.

A Amil é o terceiro maior cliente da Rede D'Or. O descredenciamento de todos esses hospitais terá impacto. Trata-se de uma estratégia de verticalização da Amil – conta uma fonte.

Verticalização é como o setor explica a concentração do atendimento na rede própria de um grupo. A Amil conta hoje com uma rede hospitalar. E a Rede D'Or passou a vender, em parceria com uma seguradora, um plano criado a partir da gestão de sua carteira de funcionários. Procurada, a Amil não

comentou. A Rede D'Or diz que as negociações com a operadora continuam.

Quando uma operadora inaugura um novo hospital, tem sido comum no setor o descredenciamento de unidades próximas, segundo fontes.

Efeitos de longo prazo

No curto prazo, diz Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a ampliação do número de hospitais próprios das operadoras pode ter um efeito de redução de preços dos planos, com o aumento do poder de negociação com as demais unidades da rede credenciada.

A questão é o resultado de longo prazo. Com a concentração, no futuro, os preços podem subir. A maior preocupação, diz, é com a qualidade da assistência:

Será necessário termos indicadores claros de qualidade e transparência para que se tenha certeza de que estão sendo adotadas as melhores práticas e não aquelas que oferecem o melhor custo.

Para Fernando Boigues, vice-presidente da Feherj, que reúne os hospitais do Estado do Rio, é preciso incluir os médicos na discussão:

Aumentar a remuneração dos médicos pode ampliar a qualidade do atendimento e reduzir gastos com exames e internações. Em paralelo, o impasse entre Amil e Rede D'Or deixou os hospitais receosos. Temem o que pode ser feito com os pequenos.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) diz que já há diversos sistemas de pagamento de fornecedores implementados no setor.

NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

IESS – 02/05/2019

Nesta semana entrou em vigor o Novo Código de Ética Médica em todo o País. Anunciado no dia 23 de abril, o documento entrou em vigor na última terça-feira (30) e traz mudanças que permitem avanços na telemedicina e sobre o tratamento de dados dos pacientes. Composto por 26 princípios listados como fundamentais para o exercício da profissão, prevê pontos como preservação do sigilo profissional; respeito à autonomia do paciente, inclusive aqueles em fase terminal; direito de exercer a profissão de acordo com a consciência; e outros.

O novo código de ética aponta para o respeito ao médico com deficiência ou doença crônica, o que assegura ao profissional o direito de exercer as atividades dentro de sua capacidade e sem colocar em risco a vida e a saúde de seus pacientes.

Em entrevista à Revista Época, corregedor e coordenador-adjunto da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM), José Fernando Maia Vinagre, comentou as alterações. “O ato médico implica responsabilidades pessoais e intransferíveis. O profissional que atende um paciente assume as consequências das decisões que tomou. Muitas vezes o contexto no qual esse atendimento acontece é decisivo para o resultado alcançado. Por exemplo, um médico que não conta com leitos de internação, medicamentos ou insumos tem grande dificuldade para garantir ao seu paciente o diagnóstico adequado e o tratamento para sua doença”, alertou. Para ele, a recusa do atendimento é um alerta aos gestores e instituições de saúde.

A partir de agora, os médicos ficam desobrigados a exercer suas atividades em locais em as condições precárias, por exemplo. Os profissionais poderão ainda se recusar a prestar atendimentos em casos que contrariem sua consciência, como no caso de aborto legalizado — exceto em emergências e quando for o único médico disponível.

"Trata-se da versão atualizada de um conjunto de princípios que estabelece os limites, os compromissos e os direitos assumidos pelos médicos no exercício da profissão", explicou o Conselho Federal de Medicina (CFM).

Uma das questões centrais do setor ao longo desse ano está no debate acerca da telemedicina. Para o novo código, "o uso

de mídias sociais pelos médicos será regulado por meio de resoluções específicas, o que valerá também para a oferta de serviços médicos a distância mediados por tecnologia".

Após intenso debate, o novo código transfere a regulação da telemedicina para resoluções avulsas, passíveis de frequentes atualizações. Nós já debatemos o tema em outras publicações, como quando falamos sobre redução na espera; dos gastos com saúde; seus benefícios; o debate do tema; e também a recente revogação de resolução por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Continuaremos repercutindo o assunto nos próximos dias. Acompanhe.

DEMANDA POR HOME CARE AUMENTA E INSPIRA INVESTIMENTO EM SAÚDE NO PAÍS

Istoé – 29/04/2019

O setor de saúde é considerado pelos mercados de capitais um dos mais atraentes para investir no Brasil. A área mostrou-se capaz de suportar os desafios e as crises em recentes desacelerações econômicas. Nesse nicho, chama atenção o papel e crescimento de empresas especializadas em saúde domiciliar (Home Care) no país. "Os números do último relatório global da Home Health Care Services–INSEAD indicam que o potencial de mercado na América Latina se manterá alto e o Brasil corresponde a 33%", afirma Ricardo Spilborghs, médico sócio-fundador da Pleno Saúde. O aumento no número de estabelecimentos que prestam serviços de Home Care se dá por algumas razões básicas: o envelhecimento da população, que demanda novos tipos de cuidados, e consequentemente, de planos e operadoras que ofereçam a cobertura deste serviço.

Além disso, há ainda uma maior necessidade de desospitalização, o que pode provocar uma redução de custos entre 30 e 50% para as operadoras de saúde. "Considerando que grande parte da população está envelhecendo com doenças crônicas/degenerativas ou sequelas de outras, as pessoas precisarão de cuidados específicos por profissionais qualificados, mas sem a necessidade de permanecer no hospital", explica Spilborghs. O Home Care tem como principais

benefícios a redução das infecções hospitalares em pacientes crônicos com complicações (diabéticos e pacientes com sequelas neurológicas após um acidente vascular cerebral, por exemplo), e proporcionar uma maior convivência do paciente com a família e outros que façam parte do seu círculo social.

Dados recém divulgados pelo Ministério da Saúde, através do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), apontam que cerca de 70% dos idosos no Brasil possuem alguma doença crônica. Dentre as principais não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias), existem quatro fatores de risco em comum que são: tabagismo, uso nocivo de álcool, alimentação não saudável e atividade física insuficiente.

Pesquisas prévias do Ministério da Saúde indicam que 66% dos idosos estão com excesso de peso; 57,1% possuem hipertensão; 25,1% têm diabetes; e 18,7% são obesos. Atualmente, o país conta com 29,3 milhões de pessoas na terceira idade. Em 2030, o número de idosos irá superar o de crianças e adolescentes, gerando impactos importantes na saúde e economia.

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

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

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



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

milliman.com

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