

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS inclui dois novos conjuntos de dados no portal de dados abertos](#) - Fonte: ANS

[70% das instituições de saúde atendem por telemedicina](#) - Fonte: CIO

[Fatores que elevam a sinistralidade dos planos](#) - Fonte: IESS

[O crescente papel da telemedicina no cuidado à saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Entenda o reajuste dos planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Plano odontológico está entre os benefícios mais concedidos pelas empresas](#) - Fonte: IESS

[Setor busca soluções para alto gasto dos brasileiros com exames](#) - Fonte: Estadão

[Cade dá sinal positivo à Hapvida ao aprovar compra de grupo de saúde](#) - Fonte: Veja

# ANS INCLUI DOIS NOVOS CONJUNTOS DE DADOS NO PORTAL DE DADOS ABERTOS

ANS – 23/02/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou dois novos conjuntos de dados no Portal Brasileiro de Dados Abertos, do Governo Federal, denominados “Faixas de preço para fins de portabilidade de carências e migração” e “Valor comercial da mensalidade por faixa etária”. Ambos serão atualizados mensalmente. Saiba mais sobre cada conjunto:

- Faixas de preço para a compatibilização de planos no [Guia ANS de Planos de Saúde](#) para a realização da portabilidade de carências e migração, calculadas por tipo de contratação e faixa etária, de acordo com os valores comerciais informados nas Notas Técnicas de Registro de Produto-NTRP de todos os planos ativos. [Acesse aqui](#).

- Valor comercial da mensalidade por faixa etária informado nas Notas Técnicas homologadas junto à ANS em conformidade com o Anexo II-B da IN/DIPRO Nº 8, de 27 de dezembro de 2002. [Acesse aqui](#).

Ao disponibilizar os dados, a ANS se alinha à Política de Dados Abertos do Governo Federal, fundamentada no desenvolvimento de um ecossistema de dados e informações que beneficia a sociedade e favorece a cooperação entre todos os setores, inclusive a iniciativa privada, o setor acadêmico e o próprio Governo.

[Acesse aqui](#) todos os conjuntos de dados abertos da ANS

## 70% DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ATENDEM POR TELEMEDICINA

CIO – 23/02/2021

**Estudo da Doctoralia e da TuoTempo mostra que mesmo após pandemia, dois em cada três clínicas e hospitais pretendem manter a modalidade.**

Mais de 70% das instituições de saúde já disponibilizam atendimento por telemedicina, sendo que 24% já aderiram à modalidade plenamente e 48% tiveram adesão parcial dos profissionais. Além disso, grande parcela das clínicas e hospitais teve que mudar a rotina devido à pandemia, e 13,5% passou a atender apenas à distância.

É o que revela o Panorama das Clínicas e Hospitais 2021, estudo feito pela Doctoralia e pela TuoTempo. O estudo ouviu 340 profissionais de diversos centros médicos do país entre 15 de setembro e 9 de outubro de 2020. Buscou entender como a pandemia transformou a rotina das instituições e profissionais da saúde.

Ao serem questionados se continuarão oferecendo ou passarão a oferecer telemedicina caso a modalidade seja regularizada em definitivo no Brasil após a pandemia, 65% dos entrevistados disseram que sim. Outros 24% disseram que não sabem, enquanto os que negaram a continuidade são apenas 11%.

Mesmo que várias opções específicas para clínicas e hospitais existam (e sejam usados por 45% dos entrevistados), mais da metade das clínicas e hospitais (51%) opta por plataformas de vídeo gratuitas, como Zoom, Skype, WhatsApp ou Google Meet para as consultas. Plataformas fornecidas pelos planos de saúde só são usadas por 2%.

O grande problema desse cenário, segundo o estudo, é que essas plataformas gratuitas de vídeo não são preparadas para lidar com os dados sigilosos como os médicos. Com a LGPD em rigor, a credibilidade e a privacidade das ferramentas devem ser levadas em conta.

Outra tecnologia comum é o agendamento de consultas online, oferecido por 84% dos ouvidos. Confirmação de consultas também são comuns para 72% das clínicas e hospitais, enquanto a aplicação de pesquisas de satisfação online acontece em 61%.

Apesar de os serviços de comunicação com o especialista (43%), pagamento (37%) e prescrição eletrônica (32%) online serem complementares à telemedicina, são menos prevalentes em centros médicos. A triagem (19%) e o check-in (16%) são as opções menos ofertadas.

### Agendas de papel

Além da telemedicina, a tecnologia está ajudando os prestadores de serviços em saúde a digitalizarem serviços. Novos softwares e tecnologias são vistos como tendências para boa parte dos ouvidos.

A maioria dos entrevistados (58%) utilizam sistemas pagos para a gestão de consultas ou desenvolvidos internamente (12%). Outros 14% usam calendários gratuitos e 16% ainda fazem o controle em agendas de papel.

O estudo completo pode ser baixado [neste link](#).

## FATORES QUE ELEVAM A SINISTRALIDADE DOS PLANOS

IESS – 23/02/2021

Quem ainda não conhece alguns dos termos do setor, pode não entender importantes mecanismos do funcionamento da saúde suplementar. Uma dessas questões é sobre a sinistralidade. E a gente deixa um pouco mais claro: cada vez que o beneficiário aciona o plano de saúde para marcar um procedimento (consultas, exames ou cirurgias), essas ações são caracterizadas como sinistros. A sinistralidade é a relação entre o número de procedimentos para os quais o plano de saúde foi acionado por um beneficiário e o prêmio (valor pago na mensalidade ou pela empresa).

Vale lembrar que os reajustes do plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão são determinados a partir das negociações entre a empresa e a operadora de plano de saúde, de acordo com as regras do contrato. Nesse sentido, são considerados diversos fatores para a negociação e, para se chegar no valor do reajuste, a sinistralidade é levada em conta. Já que os planos de saúde são contratados de forma coletiva, a sinistralidade daquele contrato será avaliada coletivamente. É necessário, portanto, o uso responsável de cada pessoa que usufruir daquele benefício.

Mas porque estamos falando tudo isso? A revista Seguro Total publicou recentemente um artigo que apresenta alguns importantes aspectos sobre o tema, a importância do maior controle dessa taxa e os principais fatores que aumentam os sinistros.

A publicação mostra que um estudo realizado por alunos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul, apontou que a falta de percepção das pessoas sobre a própria saúde é uma das questões que levam à superutilização dos serviços de saúde. Para tanto, operadoras e entidades do setor têm se movimentado. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), por exemplo, tem orientado sobre a necessidade de adoção de programas preventivos, buscando reduzir os procedimentos que poderiam ser facilmente evitados por meio da prevenção e do autocuidado.

O artigo também traz outros pontos, como da diminuição do quadro de funcionários da empresa – que irá elevar a taxa de sinistralidade –, os procedimentos desnecessários, como excesso de exames.

A revista ainda reforça a nossa pesquisa IESS/Ibope que mostra que quase 90% dos usuários de plano de saúde de fato utilizam seus serviços, apresenta a satisfação com seu benefício e outros aspectos.

[Acesse aqui a publicação na íntegra.](#)

---

## O CRESCENTE PAPEL DA TELEMEDICINA NO CUIDADO À SAÚDE

Saúde Business – 23/02/2021

### O que é a Telemedicina?

Telemedicina (do prefixo grego tele: longe) é o cuidado à saúde à distância, através do uso das ferramentas tecnológicas para a comunicação e para o compartilhamento das informações médicas.

O Conselho Federal de Medicina brasileiro define a Telemedicina como: “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”.

### Os primórdios da Telemedicina.

O conceito de telemedicina não é novo. Filmes e seriados de ficção científica já abordavam o tema, como em “Os Jetsons”, de 1962, onde “videochats” e teleconsultas são corriqueiros no mundo futurista de 2062.

A NASA já realizava a monitorização da saúde dos astronautas no espaço através da telemetria de sinais vitais. A atual tecnologia permite até que um leigo, conduzido por médicos na Terra, realize um exame ultrassonográfico na

estação espacial (ISS) e compartilhe as imagens em tempo real.

Mesmo antes da regulamentação da telemedicina, médicos e pacientes informalmente já faziam uso de conversas telefônicas, fax, “pagers” e, mais recentemente, redes sociais e aplicativos de mensagens via web, como o WhatsApp®.

Em outubro de 1999, em Tel Aviv, Israel, durante a 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, foi proposta a “Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina”, como um modelo de orientação ética para as atividades de telemedicina.

A emissão de Telelaudos, ou seja, análise das imagens e emissão dos laudos de exames como Tomografias e Ressonâncias ou eletrocardiogramas por médicos distantes do local onde o exame está sendo realizado já é realidade no país há vários anos.

### A resistência à incorporação da Telemedicina na prática clínica.

Houve muita resistência inicial à implantação da Telemedicina no Brasil, seja pelas limitações técnicas, impossibilidade de realizar exames físicos, falta de regulamentação específica, restrições éticas e até por receio da classe médica de perder consultas presenciais e pacientes.

Desde 2007 o Ministério da Saúde tem instituído o Programa Nacional de Telessaúde, com foco na atenção primária, implementado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de municípios selecionados, permitindo a emissão de laudos de exames de eletrocardiograma à distância, avaliação de exames radiológicos por radiologistas teleconsultores e a realização de exames de ultrassonografia obstétrica em unidades móveis, monitoradas em tempo real por médicos especialistas.

Porém uma consulta direta entre o paciente e um médico à distância ainda permanecia no campo conceitual.

Até o advento da assinatura digital eletrônica certificada e de plataformas de prontuários eletrônicos ágeis, confiáveis, seguras e gratuitas ou de baixo custo, integradas com os demais integrantes do ecossistema da saúde, não havia garantias de que os laboratórios, farmácias e hospitais reconhecessem um pedido de exames ou receita médica emitida via “web”.

Porém no final de 2019 um acontecimento de repercussão mundial viria a mudar radicalmente este cenário.

### **O advento da Pandemia de COVID.**

O advento da pandemia do novo coronavírus mostrou ao mundo a real importância de implementar a Telemedicina.

As restrições à mobilidade por quarentena ou “lockdown” e a necessidade de evitar o contágio nas consultas presenciais reduziram drasticamente o volume de atendimentos eletivos em consultórios médicos e hospitais, enquanto lotava prontos-socorros e unidades de terapia intensiva com doentes graves, sobrecarregando os sistemas de saúde pública.

A necessidade urgente da telemedicina para reduzir o fluxo de pacientes aos serviços de urgência e garantir a continuidade dos cuidados aos pacientes crônicos e doentes isolados em suas residências se tornou evidente.

### **Os benefícios da Telemedicina**

Além da comodidade de realizar a consulta de qualquer lugar com uma conexão disponível, sem precisar se deslocar até consultórios ou hospitais, a Telemedicina evitou que milhares de pacientes sobrecarregassem ainda mais os sistemas de saúde com idas desnecessárias aos prontos-socorros durante a pandemia, disponibilizando mais recursos para os casos mais graves e evitando assim mais mortes.

Também gerou uma grande economia quanto aos custos de deslocamentos e reduziu o risco de contágio de pacientes não-portadores de COVID e seus acompanhantes nos hospitais.

A mesma tecnologia pensada para facilitar o atendimento de pacientes em locais remotos ou isolados permitiu o atendimento aos doentes isolados pela pandemia.

### **O que vislumbrar para o futuro?**

As possibilidades de ampliar os horizontes da Telemedicina são imensas.

Já existem robôs-cirurgiões controlados à distância, que permitem que um médico especialista realize a cirurgia de um paciente à partir de outro país, apoiado por uma equipe de cirurgiões locais que posicionam o paciente e o robô.

Equipamentos médicos utilizados em cuidados domiciliares (“homecare”) permitem a uma central à distância monitorar parâmetros como oximetria, pressão arterial e frequência cardíaca, e até parâmetros dos ventiladores respiratórios.

Dispositivos “wearables” e aplicativos em “smartphones” permitirão reduzir a lacuna da inviabilidade da realização do exame físico nas teleconsultas, e permitirão que exames sejam realizados em domicílio pelo próprio paciente, sob orientação do médico.

O desenvolvimento de tecnologias não-invasivas para monitorização dos sinais vitais, a miniaturização dos equipamentos e a redução dos custos ao longo do tempo nos permitem vislumbrar que, pelo menos na medicina, o 2062 dos Jetsons parece cada vez mais próximo.

### **A Telemedicina no ClubSaúde**

A Telemedicina do ClubSaúde tem assumido um papel cada vez mais relevante, não somente no atendimento aos casos de COVID, mas como importante ferramenta de gestão e atenção primária à saúde.

Apenas no atendimento aos casos suspeitos de COVID, no contexto de um programa específico para um grande cliente Clubsaúde, foram realizadas entre Abril e Dezembro de 2020 mais de 15.000 consultas, agendadas e realizadas em menos de 24 horas em 97% dos casos, com alto índice de resolutividade e aprovação, onde mais de 95% dos pacientes consideraram o atendimento como bom ou ótimo.

Incorporando novas especialidades, implementando protocolos e linhas de cuidados para patologias como diabetes, dislipidemias, hipertensão e doenças cardiovasculares, cuidados psicológicos e saúde mental e apoio à saúde ocupacional, a Telemedicina do ClubSaúde visa não somente atender de maneira prática, eficaz e acessível o paciente que busca o tratamento, mas um verdadeiro promotor de saúde e qualidade de vida.

# ENTENDA O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

ANS – 22/02/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula tanto os planos individuais/familiares quanto os coletivos (empresariais e por adesão), inclusive no que se refere ao reajuste, mas as regras para definição e aplicação são diferenciadas. Confira abaixo cada caso:

- Nos planos individuais ou familiares, o percentual máximo de reajuste que pode ser aplicado pelas operadoras é definido pela ANS. Para o período de maio de 2020 a abril de 2021, o índice estabelecido foi de 8,14%.
- No caso dos planos coletivos com 30 beneficiários ou mais, estes possuem reajuste definido em contrato e estabelecido a partir da relação comercial entre a empresa contratante e a operadora, em que há espaço para negociação entre as partes. Nesses casos, é fundamental a participação do contratante na negociação do percentual.
- No caso dos reajustes de planos coletivos com até 29 beneficiários, a ANS estabelece uma regra específica de agrupamento de contratos. Dessa forma, todos os contratos coletivos com até 29 vidas de uma mesma operadora devem receber o mesmo percentual de reajuste anual. O objetivo é diluir o risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.
- Além disso, as operadoras devem seguir regras determinadas pela ANS para aplicação dos reajustes coletivos, tais como: obrigatoriedade de comunicação do

índice aplicado e de informações no boleto de pagamento e fatura; periodicidade do reajuste e impossibilidade de discriminação de preços e reajustes entre beneficiários de um mesmo contrato e produto; obrigatoriedade de disponibilização à pessoa jurídica contratante da memória de cálculo do reajuste e metodologia utilizada com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste. E, após a efetiva aplicação do reajuste em contrato coletivo, os consumidores podem solicitar formalmente à administradora de benefícios ou à operadora a memória de cálculo e a metodologia utilizada, que têm prazo máximo de 10 dias para o fornecimento.

- Em relação ao reajuste por mudança de faixa etária, a Agência esclarece que ocorre de acordo com a variação da idade do beneficiário e somente pode ser aplicado nas faixas autorizadas. Ele é previsto porque, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Por essa razão, o contrato do plano de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras de reajuste por variação de faixa etária são as mesmas para os planos de saúde individuais/familiares ou planos coletivos. As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato. Confira, na tabela abaixo, as regras para aplicação desse tipo de reajuste:

Data da contratação do plano de saúde	Faixas etárias para aplicação de reajuste	Regras
Até 2 de janeiro de 1999	-	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0 a 17 anos</li><li>• 18 a 29 anos</li><li>• 30 a 39 anos</li><li>• 40 a 49 anos</li><li>• 50 a 59 anos</li><li>• 60 a 69 anos</li><li>• 70 anos ou mais</li></ul>	<p>- A Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, <b>seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos)</b>.</p> <p>- Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.</p>

<p>Após 1 de janeiro de 2004 (vigência do Estatuto do Idoso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 18 anos</li> <li>• 19 a 23 anos</li> <li>• 24 a 28 anos</li> <li>• 29 a 33 anos</li> <li>• 34 a 38 anos</li> <li>• 39 a 43 anos</li> <li>• 44 a 48 anos</li> <li>• 49 a 53 anos</li> <li>• 54 a 58 anos</li> <li>• 59 anos ou mais</li> </ul>	<p>- A Resolução Normativa nº 63 determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) <b>não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).</b></p> <p>- Determina também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas <b>não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.</b></p>
--	--	--

### Sobre a suspensão e a recomposição dos reajustes suspensos em 2020

A decisão pela suspensão dos reajustes dos planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020 foi tomada pela ANS em agosto diante de um cenário de possíveis dificuldades para o beneficiário, em função da retração econômica acarretada pela pandemia, buscando conferir alívio financeiro ao consumidor, preservando a manutenção do plano de saúde, sem desestabilizar as regras e os contratos estabelecidos.

A recomposição dos reajustes suspensos deve ser aplicada a partir de janeiro de 2021 em 12 parcelas mensais e de igual valor. Buscou-se, assim, diluir o pagamento, com a recomposição a ser feita de forma escalonada para minimizar o impacto para os beneficiários e preservar os contratos estabelecidos. A Agência estabeleceu ainda que, para que o usuário do plano de saúde saiba exatamente o que está sendo cobrado, os boletos ou documentos de cobrança equivalentes deverão conter de forma clara e detalhada as seguintes informações:

- o valor da mensalidade,
- o valor da parcela relativa à recomposição e
- o número da parcela referente à recomposição dos valores não cobrados em 2020.

Cabe esclarecer que o percentual de reajuste autorizado para o período de maio de 2020 a abril de 2021 observou a variação de despesas assistenciais entre 2018 e 2019, período anterior à pandemia e que, portanto, não apresentou redução de utilização de serviços de saúde. O comportamento das despesas assistenciais de 2020 será percebido no reajuste referente a 2021.

Clique e confira mais informações sobre a recomposição dos reajustes dos planos de saúde suspensos de setembro a dezembro de 2020.

A Agência destaca ainda que vem acompanhando os impactos da pandemia e tem dado total transparência às informações por meio do Boletim Covid-19 Saúde Suplementar (confira aqui). Através desse acompanhamento, a ANS vem avaliando os cenários para que seja possível tomar as decisões mais acertadas em prol do setor, buscando proteger o consumidor e preservar o equilíbrio e a sustentabilidade do sistema suplementar de saúde.

### Transparência – percentuais aplicados

A ANS disponibiliza, em seu portal na internet, os percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras para os diferentes tipos de contratos. Clique nos links abaixo para acessar:

- Planos individuais ou familiares
- Planos coletivos com até 29 beneficiários (agrupamento de contratos)
- Planos coletivos com 30 ou mais beneficiários (Portal de Dados Abertos)

### Dados do setor

O setor de planos de saúde encerrou 2020 com 47,6 milhões de beneficiários em planos de assistência médica – um aumento de mais de 560 mil usuários em relação a dezembro de 2019 (1,18%). O número contabilizado em dezembro de 2020 é o maior registrado desde janeiro de 2017 - antes disso, foi superado em dezembro de 2016, quando foram contabilizados 47.631.754 usuários em planos de assistência médica. Essa evolução reflete o movimento de adesões dos beneficiários ao setor da saúde suplementar e indica o interesse da população em ter um plano privado de assistência à saúde.

### Intermediação de conflitos

A ANS vem acompanhando com atenção o cumprimento pelas operadoras de planos de saúde das regras estabelecidas pela reguladora para a recomposição dos

reajustes suspensos em 2020 em razão da pandemia pelo Coronavírus. A Agência também vem realizando desde março de 2020 (início da pandemia) o monitoramento diário das demandas registradas em seus canais de atendimento ao consumidor para pedidos de informação e registro de reclamações. Os dados estão disponibilizados em ferramenta específica no portal da Agência. Confira aqui.

Dessa forma, a ANS atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A partir de uma reclamação registrada na Agência, uma notificação

automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até 5 dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial, e 10 dias úteis para as demandas não assistenciais.

Até outubro de 2020, a NIP alcançou 93,3% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação. A alta resolutividade em um ano tão atípico e de tantos desafios impostos ao setor de saúde demonstra o êxito da agência reguladora na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, evitando, assim, uma potencial judicialização.

<b>Índice de Resolutividade – Brasil (até outubro/2020)</b>	
<b>Demandas de Reclamação</b>	<b>Percentual de resolutividade</b>
Em Geral	93,3%
Relacionadas à COVID-19	91,0%
Exames RT-PCR (COVID-19)	92,3%
Exames Sorológicos (COVID-19)	91,9%
<i>Fonte: SIF-Consulta - data da extração: 21/01/2021</i>	

#### **Portabilidade**

A ANS reforça, ainda, que estão disponíveis aos beneficiários – seja qual for a modalidade de contratação do plano (individuais ou coletivos) - a possibilidade de realização de portabilidade de carências, que permite aos usuários trocar de plano de saúde dentro da mesma operadora ou para uma operadora diferente sem a necessidade de cumprir carências.

[Clique aqui para saber mais.](#)

#### **Canais de atendimento:**

- Disque ANS 0800 701-9656
- Fale Conosco (formulário eletrônico) no portal [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105

## **PLANO ODONTOLÓGICO ESTÁ ENTRE OS BENEFÍCIOS MAIS CONCEDIDOS PELAS EMPRESAS**

IESS – 19/02/2021

Os benefícios oferecidos aos trabalhadores são fundamentais na estratégia de gestão de pessoas e são diferenciais para o sucesso das empresas. Já faz um bom tempo que as pessoas buscam em um emprego mais do que apenas uma remuneração adequada ou acima da média do mercado. Por isso, é fundamental que as empresas conheçam e saibam sobre a importância de se implementar auxílios, como os planos odontológicos a seus colaboradores.

Uma pesquisa sobre benefícios da Willis Towers Watson, que contou com a participação de 194 empresas nacionais e multinacionais demonstraram que, em 2012, o plano odontológico era o 4º item mais prevalente (presente em 89% das empresas) numa lista de 13 itens – atrás apenas do plano médico-hospitalar, seguro de vida e auxílio-refeição. Já num outro inquérito, com dados da pesquisa AON 2016/2017,

visualizou-se que das 536 empresas participantes, 92,4% concediam o plano odontológico, atrás dos planos médico-hospitalares (99,8%) e do seguro de vida (94,0%).

Se por um lado o profissional se tornou mais exigente, por outro as organizações também passaram a entender as vantagens alcançadas ao investir na qualidade de vida e bem-estar do colaborador, já que isso significa um aumento de produtividade. O benefício odontológico se torna, portanto, uma forma de prevenir doenças, gerar bem-estar, reter talentos, reduzir o absenteísmo e melhorar a produtividade, sendo um ponto positivo tanto para os colaboradores quanto para as empresas.

Segundo nossa recente publicação [“Painel da Odontologia Suplementar entre 2014 e 2019”](#), a exemplo do que acontece

com os planos médico-hospitalares, os coletivos empresariais (aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores) respondem pela maior parte dos vínculos exclusivamente odontológicos: eram 18,4 milhões ou 73,4% do total em 2019. No período de 2000 a 2019, também são os que mais cresceram em número de beneficiários: de 698,7 mil para 18,4 milhões (aumento de 17,7 milhões de beneficiários ou 26 vezes mais).

E os números não param de crescer. Ainda no mesmo período, os planos individuais/familiares passaram de 291 mil para 4,3 milhões beneficiários (crescimento de 4 milhões de

vínculos ou 15 vezes mais) e os planos coletivos por adesão passaram de 434 mil para 2,4 milhões de beneficiários (aumento de 1,9 milhão de beneficiários ou 5 vezes mais). Os dados também são da publicação e podem ser consultados na íntegra [aqui](#).

Como você pôde observar, grande parte dessa expansão em planos coletivos empresariais é justificado pela ampliação dos planos odontológicos aos beneficiários de empresas de pequeno e médio porte (antes, centralizadas em grandes corporações), que começam a entender a importância dos benefícios como uma estratégia.

## SETOR BUSCA SOLUÇÕES PARA ALTO GASTO DOS BRASILEIROS COM EXAMES

Estadão - 19/02/2021

O exame mais realizado é o de radiografia, com 679 a cada mil beneficiários. Em segundo lugar ficam os exames de sangue (337/mil), seguidos da ressonância magnética (179/mil) e tomografia computadorizada (164/mil). Na Holanda, por exemplo, são realizadas cerca de 52 ressonâncias e 95 tomografias a cada mil beneficiários, enquanto no Chile esse número cai para 31 ressonâncias e 96 tomografias, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Para mudar essa realidade, o mercado nacional vem buscando ano a ano pela verticalização no atendimento, ou seja, os planos de saúde, percebendo o exacerbado número de exames realizados, estão gradativamente centralizando os serviços médicos.

Uma das principais razões para o desperdício no setor de saúde está no modelo de remuneração praticado. O sistema fee-for-service, em que os pagamentos são realizados por serviço prestado, é um estímulo à solicitação de exames e procedimentos por vezes desnecessários. A tendência é que haja uma transição para modelos de remuneração mais enxutos, com corte de desperdícios, que valorizem medidas com impacto real na saúde dos usuários.

No modelo de verticalização, o primeiro passo foi a aquisição de clínicas e hospitais pelas operadoras de planos de saúde. Outra medida foi a redução do número de médicos autônomos credenciados, centralizando os serviços nos planos de saúde, reduzindo, assim, os gastos com pagamentos de exames externos. Ao buscar a verticalização, as operadoras passam a ter um controle maior sobre os seus custos.

Esse movimento tende a permanecer forte para 2021 e próximos anos. O passo seguinte para a consolidação desse modelo é o investimento por parte das operadoras de planos de saúde em sistemas de análise de big data e algoritmos de Inteligência Artificial, que possam ajudar os médicos a definirem com maior precisão a necessidade de exames e tratamentos.

Isso certamente minimizaria o número de exames complementares e tratamentos desnecessários, gerando economia às operadoras e melhores resultados para os pacientes. O uso dessas ferramentas revolucionará toda a cadeia de saúde, reduzindo custos, melhorando a precisão dos diagnósticos e a experiência do usuário.

Grandes empresas inclusive já têm voltado seus olhos para esse mercado. A IBM, por exemplo, desenvolveu o Watson Health: um software com inteligência artificial (AI) de diagnósticos, que tem o objetivo de tornar a medicina mais precisa. Ele traz informações de outros pacientes com a mesma enfermidade, alguns aspectos do estilo de vida e quais tratamentos foram mais eficazes naqueles casos.

A tecnologia estará cada vez mais presente no dia a dia do médico, em todos os aspectos, gerando melhorias significativas em suas atividades. Inclusive auxiliando na gestão financeira e gerando mais receitas aos profissionais da área médica, através de sistemas baseados em Inteligência Artificial e Machine Learning.

De acordo com o “Custômetro dos Planos de Saúde”, disponibilizado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde, apenas nos primeiros dias de 2021 foram movimentados mais de 9 bilhões de reais no mercado de medicina privada.

## CADE DÁ SINAL POSITIVO À HAPVIDA AO APROVAR COMPRA DE GRUPO DE SAÚDE

Veja – 18/02/2021

Subsidiária teve compra aprovada pelo conselho, o que indica que ainda há espaço para aquisições pela gigante da saúde

Um dos pontos de mais insegurança no futuro do negócio da Hapvida, um dos maiores grupos privados de saúde no país, era sua capacidade de continuar adquirindo empresas no setor devido a uma restrição do Conselho Administrativo de

Defesa Econômica (Cade). Contudo, o Cade deu um sinal pra lá de positivo. Na sexta-feira, 12, a superintendente-geral substituta, Patricia Sakowski, aprovou, sem restrições, a compra da Promed pelo Ultra Som Serviços Médicos, uma subsidiária integral da Hapvida. Bom sinal para os investidores que aguardam pelo anúncio da fusão entre a Hapvida com outra gigante, o Grupo Notre Dame Intermédica.

---

**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](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](http://milliman.com)