

ÍNDICE INTERATIVO

[Maior aumento mensal de beneficiários](#) - Fonte: IESS

[Cresce número de clientes de planos de saúde médicos e odontológicos](#) - Fonte: Agência Brasil

[Encontro ans reúne, em São Paulo, operadoras e prestadores para discutir temas regulatórios](#) - Fonte: ANS

[Ministros debatem novos rumos da saúde suplementar durante o 5º fórum Fenasaúde](#) - Fonte: Fenasaúde

[Dilema na saúde: pronto-socorro ou atenção primária?](#) - Fonte: Saúde Business

[Beneficiários de planos de saúde: números relativos a agosto estão disponíveis](#) - Fonte: ANS

[Novas tecnologias em saúde](#) - Fonte: IESS

[142 mil beneficiários passaram a ter 80 anos](#) - Fonte: IESS

MAIOR AUMENTO MENSAL DE BENEFICIÁRIOS

IESS - 07/10/2019

Em agosto deste ano, o mercado de planos de saúde médico-hospitalares registrou o melhor saldo mensal desde outubro de 2017. Os dados estão na [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#) que acabamos de divulgar. Com avanço de 0,4%, o saldo para o mês ficou em mais de 190 mil novos vínculos.

O resultado está relacionado com o desempenho do mercado de trabalho nacional. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram que, em agosto, a produção da indústria brasileira encerrou três meses de perdas e registrou o melhor resultado em cinco anos com alta de 0,8% em relação a julho. Apesar de ser apenas um primeiro sinal, esta ligeira alta pode representar o início de uma retomada efetiva da produção industrial e da criação de novas vagas de emprego e mais beneficiários de planos médico-hospitalares.

O executivo ainda lembra que publicação da Confederação Nacional da Indústria (CNI) afirmou que o Índice de Medo do Desemprego caiu 1,1 ponto em setembro desse ano. A pesquisa é trimestral, então a base de comparação é junho desse ano. A queda indica que as famílias também estão mais confiantes para adquirir novos produtos e serviços, inclusive de assistência privada à saúde. Vale lembrar que o plano de saúde é o terceiro maior item de desejo do brasileiro, atrás apenas de educação e casa própria segundo a pesquisa IESS/Ibope.

O boletim voltou a registrar ligeira variação positiva de 0,1% entre agosto deste ano e o mesmo mês de 2018, o que representa cerca de 49 mil novos vínculos firmados nesse período. Em números absolutos, Minas Gerais registrou aumento de 51 mil novos vínculos, ou 1,0%. No entanto, o Rio Grande do Sul registrou perda de 44.871 beneficiários no período de 12 meses.

CRESCER NÚMERO DE CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

Agência Brasil - 06/10/2019

Os dados foram divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e indicam ainda expansão em relação aos números registrados em agosto de 2018: 47.063.447, para beneficiários de planos de assistência médica; e 23.783.278, para beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

De acordo com a ANS, entre agosto de 2018 e agosto de 2019, houve crescimento de beneficiários em planos de assistência médica em 15 estados. Lideram a lista: Minas Gerais, Goiás e Espírito Santo. Nessas unidades da Federação, o total de beneficiários em agosto deste ano foi 5.059.002, 1.141.174 e 1.115.156, contra 5.007.698, 1.114.826 e 1.100.184, em agosto do ano passado, respectivamente.

No segmento odontológico, 23 estados tiveram expansão. São Paulo liderou no país com um total de 8.947.347 beneficiários em agosto deste ano, seguido do Rio de Janeiro, com 3.283.912; Minas Gerais (2.143.721), Bahia (1.486.273), e Paraná (1.305.046). Em agosto do ano passado, os números de beneficiários que essas unidades federativas apresentavam eram, respectivamente, 8.398.228, 3.180.733, 2.024.660, 1.449.886 e 1.227.848.

De acordo com a ANS, os dados podem sofrer modificações devido às revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Os dados foram divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e indicam ainda expansão em relação aos números registrados em agosto de 2018: 47.063.447, para beneficiários de planos de assistência médica; e 23.783.278, para beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

De acordo com a ANS, entre agosto de 2018 e agosto de 2019, houve crescimento de beneficiários em planos de assistência médica em 15 estados. Lideram a lista: Minas Gerais, Goiás e Espírito Santo. Nessas unidades da Federação, o total de beneficiários em agosto deste ano foi 5.059.002, 1.141.174 e 1.115.156, contra 5.007.698, 1.114.826 e 1.100.184, em agosto do ano passado, respectivamente.

No segmento odontológico, 23 estados tiveram expansão. São Paulo liderou no país com um total de 8.947.347 beneficiários em agosto deste ano, seguido do Rio de Janeiro, com 3.283.912; Minas Gerais (2.143.721), Bahia (1.486.273), e Paraná (1.305.046). Em agosto do ano passado, os números de beneficiários que essas unidades federativas apresentavam eram, respectivamente, 8.398.228, 3.180.733, 2.024.660, 1.449.886 e 1.227.848.

De acordo com a ANS, os dados podem sofrer modificações devido às revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

ENCONTRO ANS REÚNE, EM SÃO PAULO, OPERADORAS E PRESTADORES PARA DISCUTIR TEMAS REGULATÓRIOS

ANS – 04/10/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou esta semana, em São Paulo, o Encontro ANS, oportunidade em que reúne os agentes do setor para debater temas relacionados ao mercado de planos de saúde e prestar esclarecimentos sobre questões regulatórias. A atividade é realizada periodicamente, em diferentes regiões do país. O objetivo é levar a operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor informações atualizadas sobre as ações e normas estabelecidas pela reguladora e aproximar os entes regulados, aprimorando os serviços ao consumidor e o mercado de maneira geral. Nesta edição, foram registradas mais de mil presenças em três dias de evento e realizados 181 atendimentos individualizados para tirar dúvidas técnicas.

Na abertura, segunda-feira à noite (30/09), os diretores da Agência deram as boas-vindas aos cerca de 180 participantes, destacando a relevância da região Sudeste no mercado de planos de saúde e reforçando a importância do evento. “É a possibilidade de termos contato mais próximo com o setor, sem dúvida um momento enriquecedor e que deve ser aproveitado ao máximo”, frisou o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello. O diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, destacou que é um encontro profícuo e, por ser em São Paulo, especialmente relevante, dada a concentração de beneficiários e operadoras. “Conseguir passar nossa mensagem aqui significa cobrir grande parte do público da reguladora”, apontou.

Em seguida, a diretora de Fiscalização, Simone Freire, elencou temas que a área trataria durante o evento, como a Notificação de Notificação Preliminar (NIP). “Teremos diversos servidores da ANS prestando atendimento individualizado durante todo o dia. Aproveitem para tirar dúvidas”, recomendou. O diretor Rogério Scarabel, de Normas e Habilitação dos Produtos, apontou assuntos relevantes que estão em discussão na diretoria e que fazem parte da Agenda Regulatória da ANS e pontuou a importância da participação da sociedade nos debates envolvendo o setor. “Estamos aqui à disposição de vocês para prestar as informações necessárias. Vamos aproveitar também para visitar operadoras, conhecer iniciativas e ver qual contribuição podem dar para melhorias do trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças”, disse.

Finalizando a abertura, o diretor-presidente Leandro Fonseca reforçou a relevância desse tipo de evento para o debate dos temas que afetam o mercado regulado. “A ANS tem uma lista de desafios e iniciativas pela frente, explicitada em nossa Agenda Regulatória. São ações importantes e estratégicas e que aqui, neste encontro, teremos chance de aprofundar. É a oportunidade para o setor regulado entender melhor a regulação e se adaptar a ela”, destacou.

[Confira aqui as apresentações do Encontro ANS](#)

Debates do primeiro dia (1º/10)

Os painéis da manhã foram conduzidos pela Diretoria de Fiscalização. No primeiro deles, a gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória, Erica Schiavon, apresentou a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta de intermediação de conflitos entre beneficiários

e operadoras. Ela explicou como se dá o processo de registro, apuração e auditoria das demandas e, ao final, juntamente com Karina Sobrinho e Rafael Caldeira, responderam às dúvidas dos participantes. Questões como prazos, dificuldades técnicas e documentos comprobatórios necessários durante o processo de apuração da NIP foram abordadas.

O segundo painel tratou de processos administrativos sancionadores, com a diretora Simone Freire e o gerente gerente-geral de Operações Fiscalizatórias, Frederico Cortez. Ele explicou como a ANS tem tratado do tema e apresentou o fluxo dos processos. Em seguida, falou sobre a Resolução Normativa nº 395, que trata dos canais de atendimento que as operadoras devem disponibilizar aos beneficiários, e deu ainda um panorama geral das solicitações de informações e reclamações efetuadas pelos beneficiários à ANS através dos diversos canais de atendimento.

Cortez falou do controle e acompanhamento das metas de fiscalização aplicados pela ANS para trazer maior eficiência e razoabilidade aos processos administrativos sancionadores, como o mapeamento de tarefas realizadas no curso das atividades fiscalizatórias e o estabelecimento de metas de produtividade para os agentes de fiscalização, entre outras. Falou ainda sobre a Intervenção Fiscalizatória, explicando como se dá o processo de seleção e exclusão de operadoras, etapas e objetivos. Finalizou informando que em qualquer fase do processo podem ser firmados Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) para pactuar obrigações e a correção de irregularidades. Na sequência da apresentação, Simone e Cortez esclareceram dúvidas da plateia.

À tarde, a gerente de Tecnologia da Informação, Luciene Capra, iniciou as apresentações falando sobre o processo de transformação digital pelo qual a agência está passando - ANS Digital, destacando que a medida visa implantar serviços que melhorem a experiência do cidadão. Ela explicou que as ações estruturais para a primeira fase do projeto (primeira “onda”) duraram três anos e envolveram medidas como a implantação do SEI (Sistema Eletrônico de Informações), promoção da segurança no acesso aos sistemas, integração de sistemas e modernização da infraestrutura interna da ANS. A segunda etapa, que está em andamento, tratou do aprimoramento das ações, com medidas que visam melhorar a experiência do usuário, simplificar processos, ampliar a segurança das informações e a integração sistêmica com os entes regulados e com o Governo Federal.

Em 2021, será iniciada a terceira etapa, de otimização. A gerente elencou os objetivos a serem atingidos: integração dos sistemas da ANS com os sistemas das operadoras, mais transparência de informação, mais eficiência e eficácia, maior apoio à tomada de decisões, automação dos processos, mais agilidade aos processos de trabalho, mais segurança nos acessos às informações e aos sistemas, otimização de custos e esforços para a ANS e regulados e a melhoria da experiência do usuário. Ao final do painel, Luciene e Bruno Conde, coordenador de Sistemas, tiraram dúvidas da plateia.

Na sequência, foram discutidos temas da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. O diretor-adjunto Maurício Nunes falou sobre assuntos estratégicos contemplados na Agenda

Regulatória, como: debate sobre acesso ao plano de saúde; aperfeiçoamento de regras sobre transferência de carteiras; alteração de rede hospitalar; notificação de inadimplência; suspensão de contratos; e Nota Técnica de Registro de Produto. Também ressaltou que a diretoria tem realizado diversas reuniões com entidades representativas do setor para tratar desses assuntos e apontar soluções para desafios como a manutenção da sustentabilidade do sistema diante do aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o rápido envelhecimento populacional.

Em seguida, o gerente-geral Rafael Vinhas falou sobre perspectivas na regulação da estrutura dos produtos. Ele reforçou informações sobre a Resolução Normativa que amplia a portabilidade de carências e informou que a ANS tem verificado um significativo aumento na emissão de protocolos para realização de portabilidade de carências - feita através do Guia ANS de Planos de Saúde - após a entrada em vigor da RN nº 438. Entre janeiro e maio de 2019 (ainda sob vigência da normativa antiga) foram emitidos 9.228 protocolos de portabilidade; de junho a agosto, já com as novas regras, foram emitidos 67.104 protocolos. Segundo Vinhas, os principais motivos que têm levado os consumidores a pedirem portabilidade de carências são questões concorrenciais: a busca por um plano mais barato (39%), falência da operadora ou cancelamento de contrato (17%) e a busca por melhor qualidade da rede (14%).

Na apresentação seguinte, a gerente-geral de regulação assistencial, Carla Soares, falou sobre a busca por um modelo de atenção que estimule o cuidado e o resultado em saúde. Ela ressaltou que o setor deve avançar em direção à busca da sustentabilidade, citando algumas ações como: conhecer o perfil epidemiológico da carteira, melhorar a escuta do beneficiário, estimular a gestão da saúde populacional com foco na coordenação do cuidado e desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças.

Carla também falou sobre o regime de Direção Técnica, no qual a operadora com dificuldades assistenciais tem a oportunidade de se recuperar e voltar à normalidade, entregando os serviços ao consumidor com qualidade e em tempo oportuno. Sobre o Rol de Procedimentos, elencou alguns desafios do processo de revisão (o qual está em andamento), entre os quais, gerenciar conflitos de interesse, estabelecer critérios de priorização, promover uma maior participação de entidades representantes de consumidores e focar em desfechos em saúde (valor em saúde).

Debates do segundo dia (2/10)

As discussões iniciaram com a palestra do gerente de Planejamento, Renato Cader, que apresentou um panorama da Agenda Regulatória e do novo marco regulatório. Cader destacou algumas mudanças da nova Lei das Agências Reguladoras, como a obrigatoriedade de instrumentos de planejamento como o desenvolvimento de planos estratégicos, de gestão anual e de comunicação, mapa de riscos e outros itens. Apontou como desafio a convergência de cada um dos instrumentos para o objetivo institucional da Agência.

O segundo painel, conduzido pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, tratou de mudanças recentes nas regras prudenciais e econômico-financeiras das operadoras. O gerente de Habilitação e Estudos de Mercado, Washington Alves, explicou itens como o Programa de Escala Adequada, que facilita a saída ordenada de operadoras pequenas e médias sem condições de se manterem no

mercado, cujo objetivo é a continuidade da assistência aos beneficiários. Alves também falou sobre a RN nº 443, que preconiza a adoção de práticas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos nas operadoras.

Robson Cruz, gerente de Acompanhamento das Operadoras, explicou como é feita a seleção de operadoras para os ciclos regulares anuais, ciclo de visitas técnicas e ciclos trimestrais, entre outros. Roberto Araújo, gerente de Regimes de Resolução, falou sobre o regime de Direção Fiscal e deixou claro que o diretor nomeado não tem poder de gestão sob a operadora, mas pode recomendar afastamento de diretores.

À tarde, abrindo os temas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, o primeiro painel foi sobre Atenção Primária à Saúde (APS). Ana Paula Cavalcante, gerente de Estímulo à Inovação, falou sobre os dados demográficos que apontam o envelhecimento populacional e afirmou que com a transição demográfica e epidemiológica do país, também as dimensões do cuidado em saúde precisam ser transformadas, colocando o cuidado coordenado em primeiro lugar. A APS propõe que a porta de entrada do paciente no sistema seja reorganizada de maneira resoluta e não apenas para encaminhar a um especialista. Ana Paula também falou sobre o Programa de Certificação de Boas Práticas em APS, no qual a certificação é realizada por entidades acreditadoras em saúde independentes, mas que são reconhecidas pela ANS.

O último painel do Encontro ANS São Paulo foi reservado para discussão sobre o relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. Gustavo Macieira, gerente de Assessoramento Jurídico e Contratualização com Prestadores, falou sobre o marco legal que rege o assunto, em especial a Lei nº 13.003, que estabelece as regras para essa relação. Também prestou informações sobre o andamento e as discussões realizadas no âmbito da CATEC, Câmara Técnica que trata do assunto. Entre as principais questões abordadas nesse fórum, estão temas como rescisão contratual, dificuldades na negociação, glosa sobre faturamento e não-pagamento de remuneração devida, remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar e aplicação irregular do reajuste do contrato entre operadoras e prestadores.

Macieira destacou que o compromisso da ANS é com a melhoria do mercado, e as ações previstas e medidas implementadas são nesse sentido, para gerar impacto positivo. Para isso, a área está trabalhando na elaboração de um canal eletrônico para recepção de reclamações de prestadores, na construção de um painel de indicadores de glosas e na revisão da RN nº 363 para um maior dirigismo contratual. Ao final, com o diretor-adjunto substituto, Pedro Villela, responderam questionamentos da plateia.

O encerramento do Encontro ANS foi feito pelo diretor Rogério Scarabel, que agradeceu aos participantes e aos servidores e colaboradores da ANS que atuaram na realização do evento. "Todos os que vieram até aqui e que trabalharam para o sucesso deste encontro estão buscando prestar um bom trabalho à sociedade e à regulação. Os números não são poucos, foram mais de mil presenças e 181 atendimentos. Sem dúvida foi um evento exitoso, que ajudou a aproximar a ANS da sociedade e mostrar que estamos abertos e disponíveis para trabalhar por uma regulação mais ajustada à realidade e que traga mais benefícios ao consumidor de planos de saúde", afirmou.

O próximo Encontro ANS será em dezembro, em Fortaleza. Mais detalhes serão divulgados oportunamente.

Visita a operadoras

Durante o Encontro ANS, o diretor Rogério Scarabel, acompanhado de equipe técnica, visitou duas operadoras com iniciativas voltadas à promoção da saúde e prevenção do risco de doenças. Na Notredame Intermédica, conheceu programa destinado a idosos com foco em modelo

assistencial baseado em prevenção e coordenação do cuidado. Na Prevent Sênior, discutiu projetos em andamento que também atendem prioritariamente a esse público. Nessas atividades, a Agência tem buscado conhecer iniciativas, discutir alternativas e colher contribuições para enfrentar os desafios e promover a melhoria do sistema de saúde suplementar.

MINISTROS DEBATEM NOVOS RUMOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR DURANTE O 5º FÓRUM FENASAÚDE

Fenasaúde – 04/10/2019

O ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso são presenças confirmadas no evento deste mês em Brasília

No próximo dia 24 de outubro, em Brasília, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, fará a abertura do 5º Fórum FenaSaúde, apresentando a palestra magna “O Desafio da Saúde Suplementar na Ampliação do Acesso da População aos Serviços de Saúde”. Além de abordar as necessidades de saúde da população brasileira, o ministro falará sobre o aprimoramento da participação do setor privado e seu papel na ampliação do acesso aos serviços de saúde.

O evento, cujo tema será os “Novos Rumos da Saúde Suplementar”, também terá a participação do ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso, que abordará as particularidades do “Sistema de Saúde no Brasil e o Papel do Judiciário”. Entre outros pontos, Barroso apresentará um panorama dos desafios do Judiciário diante das crescentes demandas sociais por novas tecnologias e procedimentos e a necessidade de garantir o equilíbrio econômico dos planos de saúde.

Realizado pela primeira vez em Brasília, o 5º Fórum da FenaSaúde irá discutir propostas e mudanças para a sustentabilidade da saúde suplementar, por meio da revisão da lei vigente e da garantia de oferta de novas modalidades

mais adequadas ao contexto atual do país. Para entender a importância do tema, somente nos últimos cinco anos cerca de 3,5 milhões de brasileiros perderam acesso aos planos de saúde. Atualmente, 80% dos contratos são coletivos, contratados por empresas ou por adesão. A queda no número de contratos está relacionada à crise econômica enfrentada pelo país e o avanço dos índices de desemprego nos últimos anos, o que levou muitas pessoas a perderem os benefícios oferecidos pelos antigos empregadores.

A volta ao mercado da oferta de planos de saúde individuais e a revisão da legislação vigente para que as empresas possam oferecer novas opções de cobertura, customizadas às demandas dos consumidores e adequadas aos seus orçamentos mensais, são algumas alternativas que serão debatidas no fórum em Brasília.

Marco legal - Além de promover um balanço dos 20 anos da promulgação da Lei 9656/98, que regula o setor, o evento discutirá a proposta de modernização e readequação do marco regulatório para atender as necessidades de beneficiários, operadoras e prestadores de serviços. “Pesquisas mostram que o acesso ao plano de saúde é uma das principais aspirações dos brasileiros”, diz a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente. “É hora de aprimorar o marco legal para que possamos satisfazer essa demanda”.

DILEMA NA SAÚDE: PRONTO-SOCORRO OU ATENÇÃO PRIMÁRIA?

Saúde Business – 04/10/2019

Atualmente, mais de 60% dos atendimentos em emergências de hospitais privados – conhecidas também como pronto-socorro (PS) ou pronto atendimentos (PA) – são de casos de baixa complexidade, segundo estimativas de especialistas da área. Ou seja, situações que poderiam ser tratadas em unidades ambulatoriais, uma vez que não oferecem risco de morte.

Mas por que os pacientes optam por procurar um PS? A resposta é simples: resolubilidade. Pois, apesar de serem casos sem gravidade, terem um tempo de espera alargado na estratificação de risco – por vezes, o cliente amarga cerca de cinco horas até a finalização do atendimento –, no modelo atual, ainda é na emergência que o paciente consegue ser atendido no mesmo dia, realiza exames laboratoriais e de imagem e os resultados são avaliados pelo médico, que já inicia o tratamento indicado para o quadro clínico diagnosticado.

No caminho usual, que poderia ser percorrido por esses casos de baixa complexidade, em quanto tempo o paciente

conseguiria agendar uma consulta com um médico de seu convênio? Somado a isso, quantos dias seriam necessários para que esse paciente consiga realizar os exames prescritos pelo médico e agendar a consulta de retorno e, a partir daí, ter um diagnóstico fechado e dar início ao tratamento? Alguém arrisca um palpite?

É nesse vácuo entre consulta e tratamento que acontece o êxodo dos ambulatorios para as emergências. A peregrinação é em massa, a espera é angustiante e os custos do atendimento disparam. Acredito que o resgate do médico de família em um centro integrado de saúde que proporcione acolhimento, resolubilidade e custos saudáveis pode ser o equilíbrio entre as cinco horas, em média, de espera no PS e os vários dias para o início do tratamento pelo atendimento ambulatorial.

Nosso desafio como gestores de saúde é buscar alternativas de qualidade e resolubilidade com viabilidade financeira para que os pacientes tenham acompanhamento constante através do modelo de atenção primária à saúde.

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE: NÚMEROS RELATIVOS A AGOSTO ESTÃO DISPONÍVEIS

ANS – 04/10/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou nesta sexta-feira (04/10) os dados do setor de planos de saúde, disponibilizando os números relativos ao mês de agosto. A consulta pode ser feita por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS.

[Acesse aqui a Sala de Situação.](#)

Nesse mês, o setor contabilizou, em todo o país, 47.112.323 beneficiários em planos de assistência médica e 25.139.419 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados apontam leve aumento na segmentação médica em comparação ao ano anterior, o que mantém a tendência de estabilidade. O segmento odontológico segue sua trajetória de ampla expansão nos últimos anos.

Crescimento em 15 unidades federativas

Entre agosto de 2018 e agosto de 2019, foi registrado crescimento de beneficiários em planos de assistência médica em 15 Unidades Federativas, sendo Minas Gerais, Goiás e Espírito Santo os líderes em números absolutos. Na segmentação odontológica, 23 UFs registraram aumento.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras. Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF.

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		al	Por adesão	Não identificado		
ago/18	47.063.447	31.483.955	6.332.370	714	9.108.053	138.355
ago/19	47.112.323	31.676.736	6.328.087	661	9.009.871	96.968

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
ago/18	23.783.278	17.557.379	2.054.516	2.536	4.148.486	20.361
ago/19	25.139.419	18.395.834	2.284.375	2.422	4.444.115	12.673

Beneficiários por UF

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	ago/18	ago/19	ago/18	ago/19
Acre	45.456	45.108	15.107	15.049
Alagoas	376.592	370.470	274.235	270.842
Amapá	71.085	69.136	44.732	44.431
Amazonas	515.090	517.650	390.109	422.640
Bahia	1.584.262	1.576.746	1.449.886	1.486.273
Ceará	1.277.300	1.259.861	932.214	976.352
Distrito Federal	866.909	869.983	534.911	564.358
Espírito Santo	1.100.184	1.115.156	448.151	515.571
Goiás	1.114.826	1.141.174	616.129	648.093
Maranhão	464.345	474.313	193.449	193.783
Mato Grosso	568.913	576.277	197.874	217.544
Mato Grosso do Sul	583.238	579.130	140.720	148.359
Minas Gerais	5.007.698	5.059.002	2.024.660	2.143.721

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	ago/18	ago/19	ago/18	ago/19
Não Identificado	32.428	36.658	77.974	48.618
Pará	797.084	807.675	405.114	429.930
Paraíba	414.139	415.716	319.339	362.590
Paraná	2.849.452	2.844.937	1.227.848	1.305.046
Pernambuco	1.341.417	1.338.677	890.685	939.013
Piauí	314.483	315.918	79.900	85.092
Rio de Janeiro	5.393.448	5.397.776	3.180.733	3.283.912
Rio Grande do Norte	507.168	507.135	325.667	333.306
Rio Grande do Sul	2.615.094	2.570.223	765.310	789.453
Rondônia	155.746	150.527	110.413	108.508
Roraima	28.961	29.391	9.145	10.259
Santa Catarina	1.494.347	1.485.418	487.265	528.583
São Paulo	17.116.557	17.128.020	8.398.228	8.947.347
Sergipe	319.153	320.430	195.969	198.409

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	ago/18	ago/19	ago/18	ago/19
Tocantins	108.072	109.816	47.511	122.337
TOTAL	47.063.447	47.112.323	23.783.278	25.139.419

NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

IESS – 04/10/2019

A incorporação de novas tecnologias é um dos temas mais sensíveis para a saúde, sendo um dos principais impulsionadores dos custos do setor no mundo. Por isso, é um dos assuntos que mais buscamos analisar aqui no Blog e no portal IESS como um todo. O tema já foi abordado 158 posts do blog (159, contando com este), 29 vídeos, 25 estudos, e 21 apresentações em eventos. Todo esse material pode ser acessado facilmente em nossa [Área Temática](#).

Claro, como já falamos aqui, a [inovação tecnológica é boa e desejada](#), mas precisamos ponderar bem em que casos ela deve ser empregada e, principalmente, que não há como prover tudo o tempo todo para todos. Para garantir equilíbrio, a Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), em moldes semelhantes ao que o Conitec faz para o Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental.

Ou seja, acreditamos que antes de uma nova tecnologia ser incorporada na saúde suplementar é necessário um extenso processo avaliatório com critérios bem claros para indicar em que casos a nova tecnologia é ou não eficiente, bem como sua relevância frente ao uso de outros dispositivos.

Apenas para ter um exemplo prático e claro: a tomografia computadorizada é um exame reconhecidamente efetivo para diversos casos, especialmente para a detecção de câncer, mas há outros que um simples raio x pode resolver. Quando uma criança bate a cabeça e é levada ao hospital, por exemplo, é mais prático e seguro para a própria criança tirar uma radiografia e colocá-la em observação do que tentar manter a criança imóvel para passar por um tomógrafo que emite uma quantidade maior de radiação. Realizar os dois exames, então, nos parece completamente descabido.

Claro que há outras questões que podem contribuir para o uso mais eficiente dos recursos de saúde e para que a incorporação de novas tecnologias não tenha um impacto tão elevado nos custos do setor, como a mudança do modelo de remuneração dos prestadores de serviços de saúde, [comentada aqui](#), o emprego de recursos como franquia e coparticipação para trazer o beneficiário mais para perto do processo decisório, [como analisamos aqui](#), e mesmo uma mudança de consciência dos próprios beneficiários, [como destacamos recentemente](#).

Entendemos, contudo, que nada disso deve ser empecilho para o setor procurar adotar ações mais claras e avançar na Avaliação de Tecnologias em Saúde.

142 MIL BENEFICIÁRIOS PASSARAM A TER 80 ANOS

IESS – 02/10/2019

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento e, entre os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, essa mudança demográfica é ainda mais intensa. Apenas nos 12 meses encerrados em julho de 2019, 141,6 mil beneficiários passaram a ter 80 anos ou mais, conforme mostra a [análise especial da NAB](#).

Além disso, agrupando os beneficiários por faixas etárias, o total de vínculos com pessoas de 60 anos ou mais é o único

que cresceu no País ao longo desse período. Há 148,5 mil beneficiários nessa faixa etária a mais do que havia em julho de 2018. Por outro lado, o total de vínculos com pessoas de 19 anos ou menos encolheu 71,3 mil e o total de beneficiários com idades entre 20 anos e 59 anos apresentou retração de 210,5 mil vínculos. Confira:

Faixa Etária	Total de beneficiários		Variação	
	Julho de 2018	Julho de 2019	Absoluta	%
Até 1 ano	678.451	644.147	-34.304	-5,1%
01 a 4 anos	2.825.005	2.837.571	12.566	0,4%
05 a 9 anos	3.115.766	3.136.127	20.361	0,7%
10 a 14 anos	2.667.716	2.656.860	-10.856	-0,4%
15 a 19 anos	2.591.202	2.532.162	-59.040	-2,3%
20 a 24 anos	3.219.491	3.159.383	-60.108	-1,9%
25 a 29 anos	3.930.330	3.773.472	-156.858	-4,0%
30 a 34 anos	4.736.529	4.646.515	-90.014	-1,9%
35 a 39 anos	4.890.095	4.885.258	-4.837	-0,1%
40 a 44 anos	3.808.912	3.945.731	136.819	3,6%
45 a 49 anos	3.090.620	3.104.714	14.094	0,5%
50 a 54 anos	2.797.757	2.737.389	-60.368	-2,2%
55 a 59 anos	2.377.407	2.388.183	10.776	0,5%
60 a 64 anos	1.899.752	1.905.356	5.604	0,3%
65 a 69 anos	1.484.571	1.527.111	42.540	2,9%
70 a 74 anos	1.092.640	1.130.567	37.927	3,5%
75 a 79 anos	801.251	820.798	19.547	2,4%
80 ou mais	1.124.684	1.167.600	42.916	3,8%
Até 19 anos	11.878.140	11.806.867	-71.273	-0,6%
20 a 59 anos	28.851.141	28.640.645	-210.496	-0,7%
60 ou mais	6.402.898	6.551.432	148.534	2,3%

Olhando as faixas etárias de cinco em cinco anos, o total de vínculos com pessoas de 40 anos a 44 anos também apresentou um resultado positivo bastante interessante, com acréscimo de 136,8 mil vínculos nos 12 meses encerrados em julho de 2019. Alta de 3,6%. Proporcionalmente, o resultado só não é mais expressivo que o de beneficiários com mais de 80 anos, que avançou 3,8% no período. Em números absolutos, contudo, o resultado é mais modesto. Foram 42,9 mil novos vínculos no total.

Quer saber mais sobre como o envelhecimento da população brasileira está influenciando o setor de saúde suplementar? Os números detalhados estão disponíveis no [IESSdata](#) e, além disso, todos os nossos 111 blogs, 18 estudos e 25 vídeos, entre outros materiais sobre o assunto podem ser acessados facilmente por meio da [Área Temática](#)

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.