

ÍNDICE INTERATIVO

[Hospital Israelita Albert Einstein inaugura unidade da Rede Universitária de Telemedicina](#) - Fonte: Saúde Business

[Logística na saúde: Um novo olhar em 2020](#) - Fonte: Saúde Business

[Preservação do equilíbrio econômico-financeiro nos contratos dos planos de saúde](#) - Fonte: Conjur

[ANS concede portabilidade especial para beneficiários da Salutar Saúde](#) - Fonte: ANS

[Presidente da Cassi diz que com novo estatuto e injeção de recursos do BB, regulariza finanças](#) - Fonte: O Globo

[Brasileiro está mais preocupado com saúde mental](#) - Fonte: IESS

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN INAUGURA UNIDADE DA REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA

Saúde Business - 11/12/2019

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) vai inaugurar neste dia 13, às 9h, a sua unidade da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), que é coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP). A inauguração no Einstein, hospital referência em atendimento na América Latina, encerra as ações de 2019 da Rede, que completa 14 anos, com a expressiva marca de 139 unidades no país.

Participarão da cerimônia o presidente do HIAE, Sidney Klainer; o diretor-geral da RNP, Nelson Simões; o coordenador da Telemedicina no HIAE, Eduardo Cordioli; e o coordenador nacional da RUTE, Luiz Ary Messina; além de outros responsáveis pela iniciativa.

O evento contará com dois momentos especiais: uma palestra curta, via videoconferência, do professor de Harvard, Joe Barkai, que é autor de importantes livros sobre novas oportunidades com tecnologias emergentes e modelos de negócio; e a sessão inaugural do SIG Ciência de Dados e Inteligência Artificial (CiDIAS), com o tema: “Ética, Segurança e Governança de Dados para Ciência de Dados”.

Segundo o coordenador da unidade RUTE no Einstein, Dr. Eduardo Cordioli, se tornar membro da Rede irá possibilitar a troca de informações e conhecimentos acadêmicos. “A RUTE vai possibilitar o compartilhamento de conhecimento com outras instituições de ensino e saúde. Afinal, o hospital também é um centro acadêmico. Poderemos compartilhar dados, discutir casos e debater atendimentos com os profissionais da RUTE”, aponta.

Edson Amaro, coordenador do SIG CiDIAS, ressalta a importância deste feito na história da instituição. “Acreditamos que este será um marco na gestão da saúde pública e

privada. Permitirá a geração de insights e de conhecimentos baseados em dados complexos para criação de modelos preditivos e prescritivos de referência replicáveis, expansíveis e escaláveis nos diversos domínios da saúde e regiões do país”, afirma o coordenador.

Nos encontros promovidos pelo SIG, serão traçadas as estratégias de organização de dados (Big Data); análise avançada de dados (Inteligência Artificial) e processos de transformação da prática médica (Medicina de Precisão). No hospital, as sessões do SIG serão realizadas em conjunto com o setor de Big Data do HIAE, com participação aberta para todos os interessados.

Sobre a RNP

Qualificada como uma Organização Social (OS), a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) é vinculada ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações (MCTIC) e mantida por esse, em conjunto com os ministérios da Educação (MEC), Cidadania, Saúde (MS) e Defesa (MD), que participam do Programa Interministerial RNP (PI-RNP). Pioneira no acesso à internet no Brasil, a RNP planeja, opera e mantém a rede Ipê, infraestrutura óptica nacional acadêmica de alto desempenho. Com Pontos de Presença em 27 unidades da federação, a rede conecta 1.174 campi e unidades nas capitais e no interior. São mais de 4 milhões de usuários, usufruindo de uma infraestrutura de redes avançadas para comunicação, computação e experimentação, que contribui para a integração dos sistemas de Ciência e Tecnologia, Educação Superior, Saúde, Cultura e Defesa.

LOGÍSTICA NA SAÚDE: UM NOVO OLHAR EM 2020

Saúde Business – 11/12/2019

Estamos prestes a entrar em uma nova década e com ele um grande movimento em torno do 2020. Um futuro promissor para a logística na saúde.

Veremos o desenvolvimento ainda maior dos recursos de automação alinhado às necessidades do paciente 4.0 e que promoverão mais eficiência em processos que permeiam todos as etapas do atendimento da saúde.

Também serão favorecidas as aplicações regulamentações importantes inseridas na qualidade e segurança da prestação de serviços, como a Lei da rastreabilidade e que tem tido como algumas de suas “justificativas” de serem colocadas em prática, a dificuldade de estruturação de tecnologias.

Será sem dúvida uma década de grande aceleração nos processos de automação e que irão necessitar de qualificação humana para sua implementação, gestão e operacionalização. Ou seja, novos mercados de trabalho também em expansão.

Por traz da automação em logística na saúde

Para tangibilizar um pouco os benefícios das inovações tecnológicas aplicadas de forma racional e customizada para os perfis de operação de cada instituição, vale listar:

– Implementação de processo de rastreamento lincado com serialização de medicamentos e insumos médicos,

garantindo o cruzamento de informações destes com as vias de prescrição e administração ao paciente.

– Controle de acesso aos produtos por funcionários e segurança de consumo pelo paciente, com devido mapeamento de possíveis estornos de prescrição para logística reversa.

– Menos desperdício, menor risco de desvio, aumento da economicidade.

Feliz 2020. Nos vemos na nova década.

PRESERVAÇÃO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO NOS CONTRATOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Conjur – 10/12/2019

Um dos pontos que mais causam debate no mercado de planos de saúde de saúde suplementar é a necessidade de respeito ao equilíbrio econômico-financeiro em suas relações contratuais. Todavia, o judiciário tem se revelado pródigo em violar o equilíbrio econômico-financeiro, outorgando aos beneficiários dos planos de saúde uma série de procedimentos fora das coberturas médicas contratuais.

Para se analisar a questão, com a complexidade que o mesmo envolve, mister se faz entender toda a sistemática e a natureza tanto do contrato, quanto da empresa de saúde suplementar.

Inicialmente, há que se ter em mente que a empresa, ou operadora, de saúde suplementar não se trata de uma mera prestadora de serviço. Portanto, o contrato, ou produto, de saúde suplementar, igualmente, não é um ajuste de prestação de serviços ordinária. Observe-se que há todo um conjunto econômico-normativo que imprime características peculiares ao mercado de saúde suplementar e seus respectivos institutos de direito, garantindo-lhes uma função social única.

A função social do contrato se trata de instituto jurídico que garante a sociabilidade nos negócios jurídicos travados na sociedade. Assim, por meio de uma série de imposições legais, evita-se que uma parte experimente prejuízo em face de outrem, quando da contratação para fins de celebração de negócio jurídico, isto é, de relação obrigacional que visa à circulação de bens na sociedade.

Observe-se que a finalidade maior da circulação de riquezas é permitir seu acesso a uma parcela cada vez maior da população. Para tanto, as relações jurídicas são instrumentalizadas por meio de contratos, que devem primar por seu equilíbrio econômico-financeiro, evitando-se que uma parte se ocupe indevidamente em detrimento ou causando prejuízos a outrem. Assim, para evitar que a circulação de riquezas redunde em empobrecimento para uma das partes envolvidas, o direito garante sua isonomia econômica por meio de normas cogentes.

Para que se entenda a função social de determinado tipo contratual, mister se faz analisar sua natureza jurídico-econômica. É de conhecimento basilar que, diversamente do

que ocorre com os contratos de previdência privada que se arrimam na capitalização – que é uma operação financeira em que poupadores efetuam pagamentos periódicos (em geral mensais) a uma instituição, recebendo, ao fim de certo prazo (em geral vários anos), a importância capitalizada –, o contrato de planos de saúde se fundamenta no sistema de repartição simples ou mutualismo.

O sistema de repartição simples se baseia na reunião de um grande número de indivíduos expostos aos mesmos riscos possibilitando estabelecer o equilíbrio aproximado entre as prestações dos consumidores e as contraprestações das operadoras de planos de saúde. Assim, ocorrendo um sinistro, este é absorvido pela massa de consumidores.

A lógica do sistema não é uma opção da operadora, mas uma exigência de funcionamento do próprio segmento econômico. Se ao revés da repartição simples adotássemos o sistema de capitalização, os consumidores de planos de saúde, quando da ocorrência do sinistro, somente poderiam gastar o que tivessem individualmente poupado, fato que por si só já se evidencia absurdo.

Considerando que o contrato de saúde suplementar tem por natureza o sistema de repartição simples, no qual o custo do atendimento de um de seus beneficiários é repartido com todos os integrantes da respectiva carteira de clientes, chega-se à ilação de que o contrato tem por objeto principal garantir o atendimento do respectivo usuário, no caso de eventual sinistralidade.

Assim, em que pese ser um instrumento de Direito privado, sua característica essencial é assegurar o atendimento e a qualidade da assistência à saúde à toda a coletividade que o atende, o que torna inexorável a observância de sua função social.

Ressalte-se, por oportuno, que o contrato de plano privado de assistência à saúde tem sua definição legal positivada no art. 1º, inc. I, da Lei n. 9.656, de 1998, que o caracteriza como a: (...) prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde,

livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A exegese do texto legal acima transcrito, conforme interpretação sistemática e teleológica com as demais disposições da referida norma, nos remete que a função social do contrato de plano de assistência à saúde é garantir ao beneficiário, o qual contribui periodicamente para a formação e manutenção de um fundo pecuniário do plano, o direito ao atendimento médico, nos casos de sinistralidade contratualmente coberta, assegurando, ainda, que o custo financeiro pelo procedimento prestado corra às expensas da respectiva operadora, a qual administra o referido fundo para tanto.

Destarte, depreende-se que a função social do contrato de plano privado de assistência à saúde passou a ser devidamente garantida, consoante lição doutrinária *retro*, por uma norma cogente de ordem pública, inafastável pela manifestação volitiva *inter pars*, que incide sobre a relação jurídica contratual, a saber, a

Lei n. 9.656, de 1998, que, entre diversos institutos jurídicos, garante ao usuário do respectivo plano:

- plano-referência – consubstanciando-se no princípio da dignidade da pessoa humana e da defesa do consumidor, significa garantia ao mínimo existencial e ao acesso simétrico do mercado, que nada mais se trata do que um rol de procedimentos médicos que todos os contratos devem ofertar e cobrir para todos os seus beneficiários (arts. 10, 10-A, 11 e 12);
- garantia de atendimento, mesmo em casos de inadimplência contratual (art. 13, parágrafo único, inc. II);
- vedação à exclusão de cobertura a doenças e lesões preexistentes (art. 11 e parágrafo único);
- períodos máximos de carência legalmente prefixados (art. 12, inc. V);
- vedação à recontagem de carência, suspensão de atendimento e rescisão unilateral de contrato (art. 13, parágrafo único);
- isonomia de tratamento entre os diversos consumidores, vedando-se, expressamente, qualquer discriminação em razão de idade ou deficiência física (art. 14);
- regulamentação e normatização da variação da contraprestação pecuniária em razão de faixa etária (art. 15);
- rol obrigatório de cláusulas contratuais claras e obrigatórias (art. 16);
- vedação à redução do porte de atendimento da rede médica hospitalar credenciada sem prévia autorização do Poder Público (art. 17);

- disciplinamento da prestação entre a rede médica credenciada e os consumidores (art. 18);
- garantia de internação hospitalar em acomodações superiores às contratualmente cobertas, no caso de indisponibilidade destas (art. 33);
- exclusividade de realização de objeto social na área de saúde suplementar (art. 34);
- garantia de cobertura obrigatória nos casos de atendimentos urgentes ou emergenciais (art. 35-C).

Uma das maiores conquistas com a regulação do mercado de saúde suplementar foi a padronização do rol de procedimentos médicos e eventos em saúde, a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656, de 1998, a seguir transcrito:

Art. 10. (...).

§4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Trata-se de uma técnica de complementação normativa da atividade de deslegalização, em caráter técnico, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no qual o ente regulador estabelece quais são os procedimentos médicos e eventos de saúde que serão contratualmente cobertos pelas operadoras de saúde suplementar.

Sua finalidade maior é garantir a segurança jurídica. Isto porque, em caráter temporal, assegura previsibilidade nas relações contratuais estabelecidas, uma vez que, ao dar conhecimento prévio aos beneficiários de planos de saúde sobre o rol de procedimentos médicos e eventos de saúde, lhes dá a possibilidade de fazer um planejamento a médio e longo prazo sobre os cuidados assistenciais que poderão desfrutar.

Sob aspectos econômico-financeiros, a competência normativa do ente regulador para o estabelecimento do rol de procedimentos e eventos tem relevância impar no que se refere à regulação do mercado de saúde suplementar. Isto porque, o mercado de saúde possui uma característica peculiar no que se refere ao avanço tecnológico. Diferentemente do que acontece em outros mercados, na área de saúde o aprimoramento tecnológico, ao invés de tornar mais barato o acesso à bens, produtos e serviços, facilitando a circulação de rendas e riquezas, torna-o mais caro. Em outras palavras, quanto mais se aprimora os procedimentos de saúde, deixando-os menos danosos à incolumidade física dos beneficiários, os mesmos se tornam mais caros e menos acessíveis. Assim, inexoravelmente, se a ANS permitir a incorporação ampla e irrestrita de todo avanço tecnológico, por mais benéfico que, aparentemente, possa parecer, seu efeito inexorável será o aumento dos custos nas atividades de saúde suplementar com o repasse dos custos na contraprestação pecuniária mensalmente paga pelos beneficiários, por ocasião do reajuste linear anual.

Em que pese toda a preocupação e responsabilidade do ente regulador com o equilíbrio econômico-financeiro nas relações contratuais do mercado de saúde suplementar, dado o notório conhecimento técnico e especialização da ANS, o mesmo não acontece quando da judicialização de diversas questões de planos de saúde.

Adotando uma linha de raciocínio indo por um viés muito mais consumerista, mas sem nenhuma preocupação com o equilíbrio econômico-financeiro, tampouco com as consequências macroeconômicas de se majorar o custo da atividade de saúde suplementar, sem nenhum critério de impactos nas relações continuadas.

Neste sentido, cita-se, exemplificativamente, os seguintes precedentes da Corte Superior de Justiça:

“(…) 2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, a ausência de determinado procedimento médico no rol da ANS não afasta o dever de cobertura por parte do plano de saúde, quando necessário ao tratamento de enfermidade objeto de cobertura pelo contrato.

Precedentes. 3. Agravo interno desprovido. (STJ; AgInt no REsp 1789835 / DF; Relator(a): Ministro MARCO BUZZI; QUARTA TURMA;

Data do Julgamento: 23/04/2019; Data da Publicação/Fonte: DJe 26/04/2019).

“(…) 3. Por ser o rol da ANS exemplificativo, a ausência de previsão de procedimento médico específico não afasta o dever de cobertura. (...)” (STJ; AgInt no AREsp 1405622 / SP; Relator(a): Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA; QUARTA TURMA; Data do Julgamento: 08/04/2019; Data da Publicação/Fonte: DJe 16/04/2019).

Da análise do entendimento dominante da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, resta claro que a autoridade técnica do ente regulador não é judicialmente respeitada. Todavia, do exame dos julgados, não há, por parte da justiça, uma preocupação em se garantir o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídico-contratual no mercado de saúde suplementar, tampouco há a aplicação das regras cogentes

do art. 21 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, a seguir transcrito:

Art. 21. A decisão que, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, decretar a invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa deverá indicar de modo expresso suas consequências jurídicas e administrativas.

Observe-se que nos casos acima citados, a Corte Superior de Justiça invalida ato normativo federal e cláusula contratual, a saber, resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estender procedimento médico fora do rol contratualmente previsto. Assim, em se considerando que a sistemática econômico-financeira que envolve o cálculo da contraprestação pecuniária é baseada nos de procedimentos médicos colocados à disposição do usuário e no potencial de utilização dos mesmos, tendo por base fatores pessoais de risco, a extensão de um procedimento fora dos limites contratuais representa fator externo de desequilíbrio, a saber, falha de mercado denominada de externalidade. Além disso, ao se violar o equilíbrio econômico-financeiro e, inexoravelmente, diminuir a margem de previsibilidade de resultados projetados das operadoras de planos de saúde, estas repassarão o prejuízo à toda coletividade de beneficiários, por ocasião do reajuste linear anual, fazendo com que todo o mercado e os consumidores arquem com os custos da externalidade judicial.

Assim, há que se esclarecer o judiciário que justiça social não se faz com violação da autoridade técnica do ente regulador, desrespeito a cláusulas contratuais, tampouco com inobservância do art. 21 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. As decisões que reconhecem benefícios médicos não previstos no rol de procedimentos médicos da ANS representam falha de mercado (externalidade judicial), fator de desequilíbrio econômico-financeiro que, a médio e longo prazo, representará alta geral de preços na contraprestação pecuniária mensal, barreira de entrada a novos beneficiários, bem como fator de risco de permanência aos consumidores já participantes do mercado.

ANS CONCEDE PORTABILIDADE ESPECIAL PARA BENEFICIÁRIOS DA SALUTAR SAÚDE

ANS – 09/12/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta segunda-feira (09/12), no Diário Oficial da União, a concessão de portabilidade especial para os beneficiários da operadora Salutar Saúde Seguradora S. A. (registro nº 000027). O prazo para fazer a portabilidade é de 60 dias contados a partir dessa data. Vale ressaltar que a operadora está em processo de retirada ordenada do mercado.

Os beneficiários da empresa – independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura do contrato – poderão mudar de operadora sem cumprir novos períodos de

carências. Somente os beneficiários que ainda estejam cumprindo carência ou cobertura parcial temporária por doença preexistente, deverão cumprir o período remanescente na nova operadora.

Para auxiliar na escolha do plano de saúde, a ANS disponibiliza o [Guia ANS de Planos de Saúde](#), que aponta ao consumidor os planos disponíveis, de acordo com as características selecionadas pelo beneficiário. Uma vez escolhido o novo plano, basta o beneficiário se dirigir à operadora apresentando os seguintes documentos:

- Identidade
- CPF
- Comprovante de residência
- Cópias de pelo menos três boletos pagos na operadora de origem, referentes ao período dos últimos seis meses

Em caso de dúvidas ou problemas de atendimento, os canais da ANS estão à disposição dos beneficiários para

reclamações ou esclarecimentos: Disque ANS 0800 701 9656; Central de Atendimento ao Consumidor no portal da Agência (www.ans.gov.br); Central de atendimento para deficientes auditivos 0800 021 2105; ou pessoalmente, em um dos 12 núcleos localizados em diferentes cidades do Brasil.

[Confira a Resolução Operacional \(RO\) nº 2.493.](#)

PRESIDENTE DA CASSI DIZ QUE COM NOVO ESTATUTO E INJEÇÃO DE RECURSOS DO BB, REGULARIZA FINANÇAS

O Globo – 05/12/2019

Maior operadora de autogestão do país, com mais de 680 mil participantes, a Cassi – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil acaba de aprovar uma mudança estatutária que vai resultar em aumento de contribuição de seus beneficiários. Objetivo é reequilibrar as contas da operadora que está em direção fiscal desde julho e tem até 10 de janeiro para apresentar seu programa de saneamento à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Dênis Corrêa, presidente da Cassi, garante que os problemas financeiros pelo qual a operadora passa — são R\$ 900 milhões abaixo dos critérios considerados seguros pela ANS — não trouxeram prejuízos para a assistência aos usuários e que com a capitalização de R\$ 1 bi do Banco do Brasil e a mudança no estatuto, a operação voltará ao prumo.

O que muda com a proposta aprovada na última quinta-feira?

As mudanças foram nas contribuições por dependentes. Pela proposta aprovada, funcionários e aposentados do banco continuarão contribuindo com 4% do salário, com o acréscimo de 1% para o primeiro dependente (no caso de funcionários da ativa) e 2% (aposentados); 0,5% para um segundo dependente; e 0,25% para os demais dependentes, até um teto de 7,5% da remuneração. O banco, por sua vez, também passa a pagar 3% por dependente do titulares dos funcionários ativos, limitado a três dependentes. Ao todo a participação do patrocinador pode chegar a 13,5%.

Há um grupo que diz que essa mudança pode ir parar na Justiça. Há esse risco?

A consulta ao corpo social aprovou a proposta de recuperação com 81.982 votos “sim”, atingindo o quórum de dois terços, na forma exigida pelo estatuto vigente. Não procede, portanto, a alegação de que o quórum necessário não teria sido alcançado. A opção do voto “sim” (81.982) prevaleceu em relação ao voto “não” (39.608), com 67,4% do total, considerados para isso todos os votos dos associados que responderam objetivamente à pergunta submetida à deliberação do corpo social. O resultado já foi inclusive homologado pelo Conselho Deliberativo da Cassi, que reúne representantes eleitos pelos associados e indicados pelo Banco do Brasil.

A capitalização do plano, com injeção de R\$ 1 bi pelo Banco do Brasil já está certo? Quando esse dinheiro entraria no caixa da Cassi?

Sim. Estes recursos devem entrar ainda em dezembro.

As mudanças aprovadas reequilibram as contas da Cassi?

Sim. De imediato, permitem a regularização de indicadores que levaram à instauração da direção fiscal pela ANS. A contribuição por dependente, introduzida pelo novo estatuto, também permitirá um equilíbrio entre receitas e despesas. Foi o descasamento entre os gastos com assistência, influenciados pela inflação saúde, que levaram aos sucessivos déficits e consumo integral de reservas.

Qual o tamanho da dívida da Cassi hoje? Tratam-se de dívidas curto, médio ou longo prazo?

A Cassi não tem dívidas. Tem insuficiência de aproximadamente R\$ 900 milhões para cumprir os indicadores acompanhados pela ANS, justamente porque usou suas reservas técnicas para pagar prestadores já que a receita deixou de ser suficiente. Com a entrada desses recursos, de imediato conseguirá regularizá-los.

O senhor poderia adiantar alguns pontos do plano de recuperação que deverá ser apresentado até janeiro à ANS? O plano ainda está sendo construído, mas é baseado na entrada de novos recursos que acaba de ser aprovada e em ações de gestão para redução de despesas assistenciais e administrativas. Assim que finalizado, será entregue à ANS e divulgado para os associados.

Os problemas financeiros da Cassi já repercutem em problemas de assistência?

Não. Não houve restrição de atendimentos nem prejuízos aos participantes. Diante da insuficiência de recursos, a Cassi iniciou uma série de ações de gestão voltadas à negociação com prestadores, para redução de valores contratuais e também adoção de novos modelos de remuneração. As ações começaram em meados de 2018, inicialmente focadas nos grandes prestadores (hospitais e laboratórios) de todas as regiões do país, e conseguiram gerar redução das despesas assistenciais e ganhos de eficiência, com superávits mensais entre novembro de 2018 e junho de 2019.

BRASILEIRO ESTÁ MAIS PREOCUPADO COM SAÚDE MENTAL

IESS – 05/12/2019

Os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares estão realizando cada vez mais procedimentos de assistência à saúde. Entre 2013 e 2018, o setor perdeu 1,5 milhão de vínculos, mas a somatória de serviços de saúde per capita passou de 22,8 para 29,7. No total, em 2018, foram realizados 1,40 bilhão de procedimentos de assistência médico-hospitalar, 5,4% a mais do que em 2013; o que elevou as despesas assistenciais (os gastos das operadoras de planos de saúde com os pacientes em suas carteiras) de R\$ 92 bilhões, em 2013, para R\$ 160 bilhões no ano passado. Alta de 74%. Os números integram a análise especial do [Mapa Assistencial](#), que acabamos de publicar.

Parte significativa deste aumento se deve a maior preocupação do brasileiro com sua saúde mental. Nos últimos cinco anos, o número de consultas com psiquiatras passou de 3,4 milhões para 4,9 milhões, um crescimento de 44,5%, destacando-se entre as consultas médicas ambulatoriais por especialidades. Em “outros atendimentos ambulatoriais”, o total de sessões com psicólogos quase dobrou no mesmo período, indo de 9,1 milhões para 17,6

milhões – uma diferença de 93,8%. E as consultas com terapeutas ocupacionais avançaram de 818,6 mil para 1,9 milhão – alta de 137,8%.

Essa mudança acompanha um agravamento do quadro de saúde mental nos últimos anos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o País com o maior número de pessoas ansiosas no mundo (9,3% da população) e 5,8% dos brasileiros sofrem de depressão.

Acreditamos que é fundamental acabar com os preconceitos que ainda existem acerca deste tema para reverter este cenário e o aumento da procura por serviços de saúde suplementar relacionados à saúde mental indica que estamos dando um importante passo na desmistificação do assunto.

Nos próximos dias, iremos analisar outros números revelados no documento. Não perca.

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.