

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

19 de junho de 2024



INDICE INTERATIVO

[Abrangência geográfica dos planos de saúde diminuiu na última década, mostra estudo](#) – Fonte: O Globo

[Além da jornada de saúde: como encarar a judicialização no Brasil?](#) – Fonte: Jota Info

[ANS atualiza sobre medidas anunciadas pela Golden Cross](#) – Fonte: GOV(ANS)

[ANS inclui ecobronscopia e procedimento contra AVC no Rol](#) – Fonte: Jota Info

[ANS se reúne com movimentos em prol de beneficiários com deficiências diversas e TEA](#) – Fonte: GOV(ANS)

[Interoperabilidade entre os sistemas de saúde público e privado em prol da sustentabilidade](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS promove audiência pública sobre modelo de fiscalização](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 1º trimestre de 2024](#) – Fonte: GOV (ANS)

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DOS PLANOS DE SAÚDE DIMINUIU NA ÚLTIMA DÉCADA, MOSTRA ESTUDO

O Globo – 19/06/2024

Planos de saúde com abrangência restrita a um grupo de municípios foram mais contratados na última década e, hoje, representam 44% dos 51 milhões de beneficiários registrados no Brasil até abril deste ano, de acordo com levantamento inédito do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Essa parcela é a maior entre os planos e cresceu quatro pontos percentuais desde 2014, quando era de 40% do total de planos.

Nesse segmento, os serviços de Saúde são cobertos pelo menos dois municípios do estado onde houve a contratação, e em até metade dele.

Logo, a abrangência geográfica desses planos é mais restrita que a dos planos nacionais ou de grupos de estados — ambas em queda.

No caso dos nacionais, que contemplam todo o território brasileiro, houve queda de três pontos percentuais desde 2014. Hoje, o segmento equivale a 40% do total de convênios. Antes, era 43%. Planos para grupos de estados também caíram no período, segundo o IESS: passaram de 6% para 4%.

Além da categoria de grupos de município, tiveram alta de representatividade nesse intervalo aquelas restritas a um único município (de 4% para 5%) ou a um único estado (7% para 8%).

ALÉM DA JORNADA DE SAÚDE: COMO ENCARAR A JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL?

Jota Info – 19/06/2024

Problema não se resolve com mais controle sobre juízes e decisões, mas sim com melhores práticas no mercado.

Na última semana, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) promoveu a Jornada de Saúde, para criação de enunciados a fim de orientar juízes sobre as demandas de saúde pública e suplementar. Por mais admirável que seja o trabalho do CNJ e que se reconheça que o órgão está olhando com outros olhos o mercado de saúde suplementar, esse tipo de medida não parece efetivamente melhorar a judicialização da saúde e o mercado em geral.

Os enunciados são bem elaborados, debatidos, mas não há nenhum sinal de que eles serão aplicados pelos juízes de primeira instância. Estes já possuem os instrumentos adequados para julgar as demandas. O ministro do STJ Antonio Saldanha Palheiro, em recente evento na Escola Paulista da Magistratura sobre desjudicialização da saúde, pontuou de forma muito clara: nenhum juiz decidirá contra uma pessoa que alega estar correndo risco de vida, a não ser que tenha plena segurança de que aquela alegação não é verídica.

Judicialização é um volume de ações da mesma demanda, é um fenômeno. Ela evidencia onde estão as falhas de mercado que precisam ser sanadas e onde estão as dores de todos os agentes. O ministro Dias Toffoli, do STF, no lançamento do Anuário da Justiça de 2024, lembrou muito bem que se tudo vai parar no Judiciário, o problema não é dos juízes, mas sim da sociedade. É ela quem deve rever o seu papel.

A judicialização precisa ser encarada como o reflexo de demandas sociais que deveriam ser solucionadas pela regulação, seja qual for a forma como ela se manifesta: autorregulação ou regulação por meio de agência. Fato é que chegam ao Judiciário questões que não são solucionadas pela regulação, criada exatamente para tutelar mercados com tais complexidades.

Se os enunciados não fazem uma efetiva diferença para o real problema do volume de ações, qual a justificativa para investir tanta energia em tentar reduzir o volume de casos que

já estão no Judiciário o invés de utilizar os números que a judicialização nos apresenta e criar instrumentos jurídicos para que essas demandas não cheguem ao Judiciário? E não estamos falando aqui em impedir o direito de ação de nenhuma pessoa, o que seria um absurdo.

Do lado dos beneficiários, falta orientação, falta escuta, falta trazer esse beneficiário para que ele entenda o que está comprando e participar das discussões nos órgãos decisórios. Falta a compreensão de que plano não significa “paguei toda a vida e agora quero usar”. É preciso que os beneficiários entendam o racional do rol de coberturas, como é calculado o preço da mensalidade, como é a fiscalização da ANS, entre outros pontos. O diálogo precisa acontecer.

Do lado das operadoras, a verdade é que não há mais espaço seguro para o debate. Elas estão rotuladas como vilãs do mercado, o que é terrível para a prestação do serviço. A desconfiança parte do início da relação e não há segurança para nenhuma das partes. As operadoras precisam ter um espaço seguro para exporem suas posições em debates francos e abertos. Afinal, é elas quem prestam o serviço e, se não houver incentivo para tanto, o prejuízo será de toda a cadeia.

Do lado dos prestadores, é preciso entender seus reclamos mas que eles também entendam o funcionamento do serviço do qual estão se propondo a participar. Não se trata de um sistema predatório em que se pede o máximo possível, o mais caro, com estímulo ao gasto maior. O foco deve ser a necessidade do paciente de acordo com as melhores práticas, dentre elas a sustentabilidade. Os prestadores não podem ter a última palavra sobre a decisão para o tratamento do paciente e isso precisa urgentemente mudar, pois é muito poder para uma única parte da cadeia. A orientação ao beneficiário seria de grande ajuda aqui também.

Destaque-se também a importância de um olhar para os vendedores de planos de saúde, em suas mais diversas modalidades, para que eles tenham a obrigação de prestarem a informação mais completa e adequada aos consumidores, orientando sobre o melhor produto de acordo com as

necessidades do beneficiário e não de acordo com o melhor prêmio que ele próprio receberá.

Por fim, tudo isso passa necessariamente pelo fortalecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que necessita de investimentos e instrumentos jurídicos para uma maior efetividade de sua atuação. Para que ela consiga fiscalizar as empresas que não atuam de acordo com as regras e premie aquelas que estão em conformidade regulatória.

A judicialização não se resolve com mais controle sobre os juízes e suas decisões, mas sim com melhores práticas no mercado para evitar que as demandas cheguem ao Judiciário. Repise-se: a judicialização é fruto das demandas sociais que a regulação não conseguiu evitar. Ela é a febre de um sistema com vários problemas. E sim, existe solução, mas ela demanda trabalho e muito esforço. É essencial poupar energias e focar nas medidas que se sabe, apesar de difíceis, implicam em resultados a longo prazo mais interessantes para o mercado de saúde como um todo.

ANS ATUALIZA SOBRE MEDIDAS ANUNCIADAS PELA GOLDEN CROSS

(GOV) ANS – 18/06/2024

Operadora oficializou pedido e ANS autorizou a suspensão de venda a partir de 10/7. Medida não afeta beneficiários.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que a operadora Golden Cross (razão social Vision Med Assistência Médica Ltda e registro ANS 403911), registrou solicitação junto à reguladora para interromper a comercialização de seus planos. Dessa forma, a suspensão de venda foi autorizada em 10/6. Assim, de acordo com as regras da ANS, a partir de 10/7 a Golden Cross poderá suspender a comercialização de 114 dos seus 143 produtos ativos.

A suspensão da comercialização dos planos não afeta nenhum dos beneficiários da operadora, pois ela não cancelou os contratos existentes.

Após 10/7, a operadora seguirá com 29 planos ativos para comercialização, sendo 17 exclusivamente odontológicos e 12 médico-hospitalares. Vale destacar que a Golden Cross também poderá solicitar a suspensão desses a qualquer momento.

Parceria para uso de rede credenciada

Em relação à parceria anunciada pela Golden Cross para utilização pelos seus beneficiários da rede da Amil, a ANS também oficiou a operadora solicitando mais informações.

Embora o uso de rede de uma operadora por outra seja permitido nos termos da lei e dos normativos da saúde suplementar e não exista necessidade de autorização da Agência, é preciso que a reguladora seja comunicada nos casos de mudança do tipo de contratualização (rede direta, indireta ou própria) que havia sido registrada. Como a Golden Cross havia informado à ANS atuar apenas com rede direta, seja para prestadores hospitalares e não hospitalares, ela deve fazer essa alteração no seu registro junto à reguladora para utilizar a rede da Amil (rede indireta).

Assim, considerando a informação de que a parceria em questão se iniciará no dia 1º/7, a operadora deverá, a partir desta data, providenciar os devidos ajustes na sua rede assistencial informada à ANS, para, então, poder utilizar a rede da Amil.

Importante ressaltar que essa parceria não se trata de transferência de carteira e que nada muda no atendimento aos beneficiários. A Golden Cross continua sendo a responsável pela prestação da assistência aos seus clientes.

A Agência reforça, ainda, que as operadoras são obrigadas a oferecer aos beneficiários todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com o contrato e dentro dos prazos definidos pela ANS. Clique aqui para saber mais sobre os prazos máximos de atendimento.

ANS INCLUI ECOBRONSCOPIA E PROCEDIMENTO CONTRA AVC NO ROL

Jota Info – 17/06/2024

Os diretores da agência também analisaram em reunião outras tecnologias aprovadas recentemente pela Conitec

Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovaram por unanimidade na última terça-feira (11/6) a incorporação da ecobronscopia para pacientes em diagnósticos de câncer de pulmão no rol de procedimentos. Foi aprovada também a alteração da Diretriz de Utilização (DUT) que prevê a cobertura do exame de genotipagem HLA-B26, para diagnóstico da espondiloartrite axial sem a necessidade do exame prévio de imagem.

Essa inclusão e essa alteração no Rol de procedimentos da ANS eram obrigatórias por lei, porque essas tecnologias foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec).

Também foi aprovada na 6ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada a inclusão no Rol do fechamento de

apêndice atrial esquerdo percutâneo, para prevenção de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pacientes com fibrilação atrial não valvar e contraindicação ou falha de terapia com anticoagulantes orais.

Os diretores da ANS também analisaram na reunião outras tecnologias aprovadas recentemente pela Conitec. No entanto, no caso da alfopoetina, para tratamento de pacientes com doença falciforme, os diretores entenderam que não havia previsão legal porque o uso aprovado pela Conitec era offlabel. Pelo entendimento dos diretores, o Rol não precisa ser alterado enquanto não houver mudança no protocolo de uso.

No caso do fostensavir trometamol, para tratamento de HIV resistente a antiretrovirais, os diretores argumentaram que também não era legalmente prevista inclusão no Rol porque se trata de medicamento para tratamento domiciliar.

Outras tecnologias analisadas, igualmente incorporadas ao SUS pela Conitec, já estão previstas no Rol da ANS, de acordo com os diretores, então também não seriam necessárias providências. Esse foi o caso dos testes de triagem para HTLV em gestantes, da monitorização

neurofisiológica intraoperatória, da ecoendoscopia, do teste de porfobilinogênio urinário, da calprotectina fecal, do durvalumabe e do mepolizumabe (prevista em aplicação subcutânea).

ANS SE REÚNE COM MOVIMENTOS EM PROL DE BENEFICIÁRIOS COM DEFICIÊNCIAS DIVERSAS E TEA

(GOV) ANS – 17/06/2024

Encontro foi realizado na sede da Agência, no Rio de Janeiro, na quinta-feira, 13/6.

Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) receberam, na manhã de quinta-feira, 13/6, representantes de movimentos pelos direitos de crianças com deficiências diversas e Transtorno do Espectro Autista (TEA). O encontro foi realizado na sede da Agência, no Rio de Janeiro, e teve a participação de mães e um pai atípicos da Associação Nenhum Direito a Menos e do Grupo Autista com Dignidade.

Participaram os diretores Paulo Rebello (presidente e Gestão), Eliane Medeiros (Fiscalização), Maurício Nunes (Desenvolvimento Setorial); os diretores-adjuntos Angélica Carvalho (Desenvolvimento Setorial), Marcus Braz (Fiscalização) e Rafael Vinhas (Gestão); a secretária-executiva, Lenise Secchin; o ouvidor João Paulo de Araújo; e o procurador federal junto à ANS, Daniel Tostes.

Ao longo de duas horas, as mães expuseram as dificuldades que têm enfrentado para conseguir atendimento para seus filhos pelos planos de saúde, como o acesso a terapias e tratamentos continuados. Elas apresentaram suas reivindicações e um pedido de apoio à ANS para que os direitos às coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos fosse garantido.

Paulo Rebello reforçou a obrigatoriedade das coberturas nos prazos definidos pela Agência e deu um panorama das mais recentes ações da reguladora diante das reclamações dos movimentos. Ele também reforçou o compromisso com o aperfeiçoamento do setor, destacando a importância do debate sobre a qualidade da assistência prestada na saúde suplementar, que muito foi questionado pelas mães no encontro.

“Vocês estão trazendo um pleito fundamental aqui hoje que é a qualidade da assistência. Saibam que temos buscado incessantemente com as operadoras para que entreguem os serviços contratados devidamente e que sejam de qualidade. É claro que temos a obrigação de olhar o setor como um todo, de ter sempre em mente a sustentabilidade da saúde suplementar, mas os direitos e a qualidade são inegociáveis”, frisou Paulo.

Ele destacou, ainda, que a Agência tem regras claras para todas as demandas apresentadas na reunião e que está sempre aberta ao diálogo e à busca pelo aperfeiçoamento das normas que regem o setor. “Queremos garantir a vocês que estamos comprometidos com o cumprimento do que está nas regras da ANS. Vamos chamar novamente as operadoras na próxima semana para termos uma posição delas sobre todos esses fatos, para cobrar melhorias, e vamos nos reunir com vocês novamente”, garantiu daremos retorno dessa reunião.

INTEROPERABILIDADE ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO EM PROL DA SUSTENTABILIDADE

Saúde Business – 17/06/2024

Saiba como a integração de dados de saúde pode otimizar e melhorar o atendimento e contribuir para a estabilidade do setor.

A interoperabilidade na área da saúde é vista como fundamental tanto para melhorar a qualidade da assistência quanto para reduzir custos, atingindo-se assim a tão desejada sustentabilidade no sistema de saúde.

Mas para que a interoperabilidade avance, é preciso integrar dados de diversos sistemas que operam na saúde pública e privada, o que trará benefícios não apenas para médicos, operadoras e instituições de saúde, mas também para o paciente, que tem o direito de acessar seus dados, o que pode favorecer a promoção da saúde e levar a melhores resultados a longo prazo.

Maria Letícia Machado, gerente de Políticas Públicas do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), avalia que a integração e interoperabilidade de dados em saúde entre os diferentes serviços, sejam eles públicos, privados ou de saúde suplementar, é relevante em diversos aspectos.

“No nível do indivíduo, essa integração permite uma atenção integral, garantindo que os profissionais de saúde tenham acesso a históricos completos, resultados de exames e informações sobre tratamentos anteriores, independentemente da origem do atendimento. Isso pode resultar na oferta de um serviço mais rápido, preciso e personalizado e em uma melhoria na coordenação do cuidado, características fundamentais quando nos referimos ao desafio da gestão das filas de espera em saúde, por exemplo”, diz.

No nível populacional, por sua vez, quanto maior a qualidade dos dados e informações, melhor será a gestão da saúde populacional, facilitando a implementação de políticas públicas baseadas em evidências. “Isso pode promover a prevenção de doenças e o gerenciamento mais eficaz de condições crônicas, reduzindo os custos a longo prazo. Além disso, sistemas de saúde cujos dados e informações são integrados tendem a ter maior capacidade na tomada de decisão para o enfrentamento de crises sanitárias, como demonstrado pela pandemia de Covid-19.”

Mas os benefícios da interoperabilidade entre sistemas ainda vão além. Eles têm o potencial de proporcionar ganhos operacionais e financeiros, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde. A eliminação de redundâncias, como exames e consultas desnecessários, pode diminuir os gastos com serviços duplicados.

“Além disso, a integração pode melhorar a alocação de profissionais, insumos e equipamentos, resultando em uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. No entanto, não temos conhecimento de estudos científicos robustos que demonstrem o impacto da integração e interoperabilidade dos sistemas de informação nos ganhos financeiros do sistema de saúde no curto, médio e longo prazo”, aponta Maria Letícia.

Desafios a serem vencidos para que a interoperabilidade avance

Na jornada da interoperabilidade, o Brasil, na opinião de Paula Xavier dos Santos, coordenadora-geral de Inovação e Informática em Saúde do DataSUS e da Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, se encontra em posição de destaque no cenário internacional, sendo poucos os países que possuem sistemas interoperáveis, e por aqui muito tem evoluído, no entanto, há bastante trabalho a ser feito.

Segundo especialistas, são vários os desafios para a integração e interoperabilidade de dados, com destaque para questões de governança, relacionadas à definição clara dos papéis e responsabilidades dos atores envolvidos; questões técnicas, referentes à construção de padrões de sintaxe e de semântica para a integração e interoperabilidade que atendam às necessidades do sistema de saúde, tendo o usuário do serviço como protagonista, mas também que sejam adotados amplamente pelos provedores; e questões legais e éticas, ligadas à privacidade e segurança dos dados dos pacientes.

Outro entrave que também está relacionado ao avanço da interoperabilidade é a resistência à mudança. “A interoperabilidade requer uma mudança na gestão e compartilhamento de dados, o que pode ser desafiador devido a resistências culturais e organizacionais”, avalia Sabrina Dalbosco, gerente de Projetos Digitais da Diretoria de Compromisso Social do Hospital Sírio-Libanês.

Nesse contexto, Paula salienta ainda a importância de contar com uma equipe técnica qualificada que esteja apta a trabalhar com os padrões de interoperabilidade, além de ser necessário que o profissional de saúde tenha consciência da importância da qualidade da informação. “Por fim, um dos desafios que considero um dos mais relevantes é o desenvolvimento de uma visão integrada e holística da interoperabilidade para que possamos avançar em todas as direções com uma única diretriz.”

“Portanto, a implementação bem-sucedida da interoperabilidade depende de uma governança e gestão eficazes da mudança, incluindo treinamento e formação para profissionais de saúde e tecnologia, bem como a promoção de uma cultura que valorize a troca de informações e a colaboração entre organizações”, diz ainda Paula.

O que pode ser feito para que a interoperabilidade evolua

O IEPS publicou em 2023 o documento “Panorama nº 4 - Governança e interoperabilidade de dados para a Saúde”, apresentando algumas recomendações para que o país possa aprimorar a governança e a interoperabilidade dos dados de saúde.

“A criação de uma Política de Governança de Dados de Saúde, por exemplo, é uma iniciativa-chave para avançar com a hierarquização de prioridades para a implantação de protocolos de integração e interoperabilidade a partir de um conjunto mínimo de informações relevantes de serem compartilhadas; para a definição de uma autoridade nacional responsável por regular essa troca de dados e informações; e para a coordenação do relacionamento entre os diferentes atores interessados nessa troca”, destaca Maria Letícia.

Entre as principais tendências e oportunidades, o documento traz iniciativas como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Programa Conecte SUS como alguns esforços do sistema de saúde nas últimas duas décadas para integrar e interoperar dados dos sistemas de informação. “No entanto, ainda existem poucos casos de uso que exemplifiquem uma integração e interoperabilidade completa entre os diferentes provedores de serviços de saúde ao longo de toda a jornada do cuidado.”

Para Paula, a integração entre os sistemas de saúde, como prontuários eletrônicos na atenção primária e outros sistemas utilizados na assistência de média e alta complexidade, é fundamental, e destaca: “a RNDS, uma plataforma de interoperabilidade de dados que permite que as diferentes informações dos diferentes atores e níveis de atendimento estejam reunidas em um único lugar, está apta a receber os dados provenientes dos atendimentos da rede privada de saúde, com total segurança e privacidade sobre as informações de cada cidadão.”

Ela diz ainda que hoje a RNDS possui mais de 1,5 bilhão de dados de saúde provenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Paula ainda ressalta a parceria entre a ANS e o Ministério da Saúde no processamento de arquivos

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) para que os dados gerados na iniciativa privada sejam recepcionados na RNDS.

Parcerias entre público e privado têm evoluído

O Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), do Ministério da Saúde, têm seu foco na implementação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil para 2028 (ESD28). Para este triênio, por exemplo, há o IPS (sigla em inglês para International Patient Summary – Sumário Internacional do Paciente), do Hospital Sírio-Libanês; o DIAna na APS (continuidade do DIAna - Data Initiative for Analytics — ou Iniciativa de Dados em Análise - do triênio passado), conduzido pelo Hospital Israelita Albert Einstein; e, ainda, o FASES (Fortalecimento das Ações Estratégicas em Saúde Digital no SUS), que é a extensão do DigiSUS (do triênio passado), do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, para este triênio.

O IPS, criado este ano, irá apoiar a implementação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil por meio do desenvolvimento de um sumário com dados de pacientes do SUS, apoiando também a expansão da interoperabilidade na RNDS e a continuidade dos cuidados pelo Sistema Único de Saúde. Com ele, qualquer cidadão poderá cadastrar algumas informações pessoais, como as medicações em uso; alergias e/ou intolerâncias (se houver); condições clínicas; imunizações; e, ainda, sua lista de procedimentos clínicos/cirúrgicos. Por contar com um sistema de padrão internacional, esses dados poderão ser acessados não somente no Brasil, mas também no exterior.

“O projeto tem como principal propósito assegurar o acesso simplificado e digital a dados clinicamente relevantes para todos os usuários, através da interoperabilidade dos dados de saúde”, conta Sabrina, do Sírio-Libanês. Para o ano de 2024, o projeto tem como meta a internalização do IPS pelo Ministério da Saúde, possibilitando que as pessoas possam acessar seu sumário clínico via aplicativo MEU SUS DIGITAL.

Sabrina avalia que, sob a perspectiva do paciente, sua autonomia será diretamente impactada pelo projeto, pois

atualmente muitas informações que orientam as decisões clínicas não estão facilmente acessíveis aos indivíduos.

“Com acesso adequado aos seus próprios dados de saúde, cada indivíduo pode se tornar protagonista do seu cuidado, contribuindo para uma mudança de cultura centrada na pessoa e reduzindo custos e desperdícios. O uso do IPS diminui o tempo gasto no compartilhamento de informações clínicas e evita lacunas no atendimento, resultando em melhores resultados para os pacientes.”

Além do IPS, o Sírio-Libanês tem trabalhado em colaboração com outras iniciativas do Ministério da Saúde através do Proadi-SUS, como na formação de mais de 200 alunos em Informática em Saúde, preparando profissionais e gestores para atuarem na área.

Já o Projeto DIAna, desenvolvido pelo Proadi em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, implementado em 2021, apoiou o DataSUS no desenvolvimento de Modelos de Interoperabilidade para registro de imunobiológicos, prescrição e dispensação de medicamentos, sumário de alta, regulação de filas, registro de atendimento clínico, atestado médico e resultado de exames laboratoriais.

Agora, o DIAna na APS, que começou no triênio vigente, estará focado na Atenção Primária à Saúde, estabelecendo uma linguagem unificada e padrões para o acesso a linhas de cuidado. Desta forma, serão implementadas estruturas de interoperabilidade alinhadas aos protocolos clínicos de saúde (chamados de Smart Guidelines, da Organização Mundial da Saúde - OMS), com foco no desenvolvimento de ferramentas de inteligência artificial para agendamento de consultas, rastreabilidade de pacientes, triagem e dispensação de medicamentos, por exemplo. Complementarmente, espera-se também uma facilitação na comunicação entre gestores e equipes multidisciplinares.

Outro projeto, o FASES, que conta com o apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que é a continuidade do Projeto DigiSUS, neste triênio apoia a evolução estratégica das Plataformas do SUS Digital e da RNDS. O projeto está focado no apoio às frentes de federalização da RNDS, da aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) e da construção de planos de transformação em Saúde Digital com estados e municípios.

ANS PROMOVE AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE MODELO DE FISCALIZAÇÃO

(GOV) ANS – 17/06/2024

Objetivo é debater estudos preliminares para revisar atuação da Agência.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, em 28/6, a [Audiência Pública 43](#), com o objetivo de debater propostas para o aprimoramento do modelo de fiscalização do setor de planos de saúde.

A decisão pela realização de uma audiência pública se deu após ampla análise do atual modelo fiscalizatório utilizado pela Agência e da identificação da necessidade de

aprimoramento do modelo de fiscalização adotado, de modo a promover eficientemente a correção da operação de planos de saúde dos agentes regulados às regras regulatórias. Assim, a partir de debates e do levantamento de evidências, que consideram dados, informações e trocas de experiências com outras entidades reguladoras e com a sociedade, a Agência buscará apresentar cenários alternativos acompanhados dos estudos preliminares desenvolvidos.

A [Audiência Pública 43](#) vai ocorrer de forma remota, pela plataforma Teams, com transmissão pelo YouTube, das 14h às 18h. A gravação ficará disponível no site da Agência.

O evento é aberto à participação de toda a sociedade e os interessados deverão fazer inscrição até as 17h do dia do dia 27/6, [clikando aqui](#).

Para conferir todos os documentos referentes a esta audiência pública acesse o Portal da ANS e, no menu Acesso à Informação, entre na seção Participação da Sociedade, item [Audiências Públicas](#).

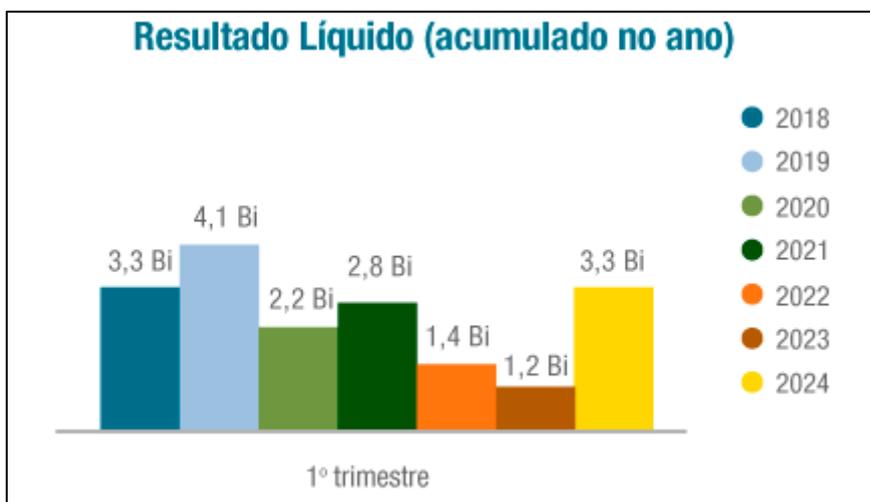
ANS DIVULGA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS RELATIVOS AO 1º TRIMESTRE DE 2024

(GOV) ANS – 12/06/2024

Informações estão disponíveis no portal da Agência, no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga em seu portal nesta quarta-feira, 12/06, os dados econômico-financeiros relativos ao 1º trimestre de 2024. Os resultados podem ser consultados no [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#).

As informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios à ANS demonstram que o setor registrou lucro líquido de R\$ 3,33 bilhões nos primeiros três meses do ano. Esse resultado equivale a aproximadamente 3,93% da receita total acumulada no período, que foi superior a R\$ 84 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor arrecadou cerca de R\$ 3,93 de lucro ou sobra.



No gráfico acima, é possível observar a evolução do resultado líquido de todas as operadoras e das administradoras de benefícios no 1º trimestre de cada ano, desde 2018

Nos números agregados, o desempenho econômico-financeiro é o mais positivo para um 1º trimestre desde 2019, o que pode ser observado em todos os segmentos: as operadoras exclusivamente odontológicas registraram lucro de R\$ 187,9 milhões; as médico-hospitalares, de R\$ 3,07 bilhões; e as administradoras de benefícios, de R\$ 66,4 milhões.

Pela primeira vez desde 2021, as operadoras médico-hospitalares - que são o principal segmento do setor - fecharam o 1º trimestre do ano com saldo positivo na diferença entre as receitas e despesas diretamente relacionadas às operações de assistência à saúde, com resultado operacional de R\$ 1,9 bilhão, patamar próximo dos anos pré-pandemia de Covid-19.

Mesmo em um contexto de redução de taxas de juros, a remuneração das aplicações financeiras acumuladas pelas operadoras médico-hospitalares – que totalizaram R\$ 115,4 bilhões ao final de março - continua a contribuir fortemente

com a composição do seu resultado líquido total. No 1º trimestre de 2024, o resultado financeiro foi positivo em R\$ 2,3 bilhões, patamar próximo do observado nos três primeiros meses de 2022 e 2023.

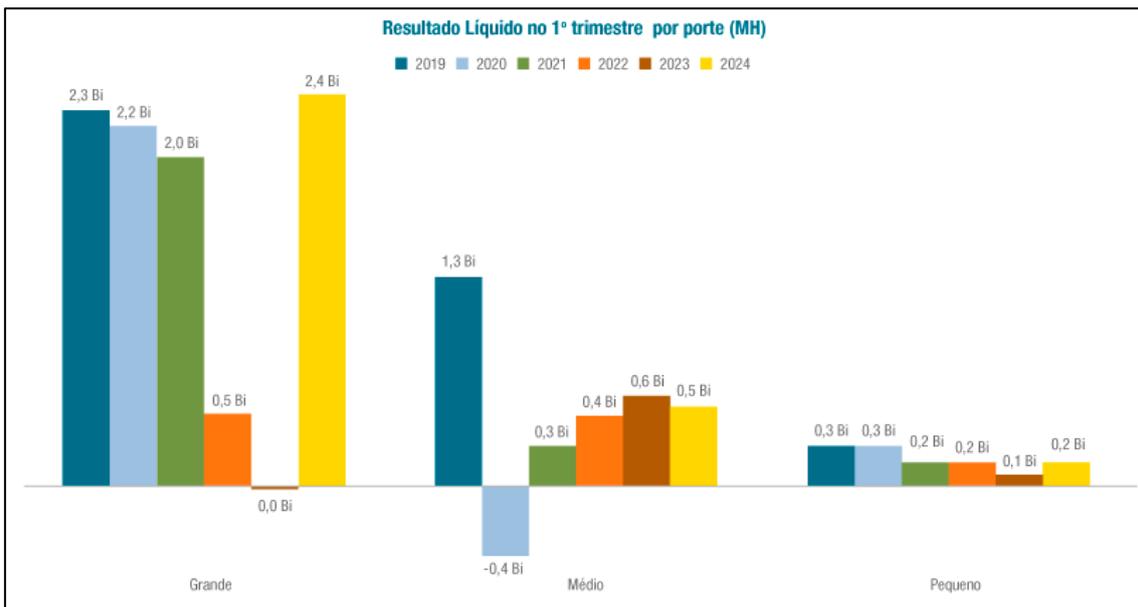
“A leitura que temos que fazer desses resultados é no sentido do que já viemos observando nos últimos trimestres, de uma recuperação econômico-financeira do setor. Mesmo que não na velocidade pretendida pelas operadoras, mas há um sólido caminho de retomada dos saldos positivos. Entretanto, é importante não perder de vista que essa recuperação precisa se refletir na garantia e na melhoria dos serviços oferecidos aos beneficiários. Por isso reforçamos que é fundamental as operadoras investirem em gestão, prestarem serviços de qualidade, desenvolverem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, pois isso é essencial para a sustentabilidade do setor”, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Jorge Aquino.

Resultado por porte de operadora

O painel também possibilita a análise dos resultados por porte de operadora. Assim, é possível verificar que as médico-hospitalares de grande porte foram responsáveis pela

recuperação do resultado líquido do setor, registrando R\$ 2,4 bilhões no 1º trimestre de 2024, frente a um resultado nulo no mesmo período do ano anterior. Já as médias tiveram redução de R\$ 0,1 bilhão na mesma comparação, enquanto

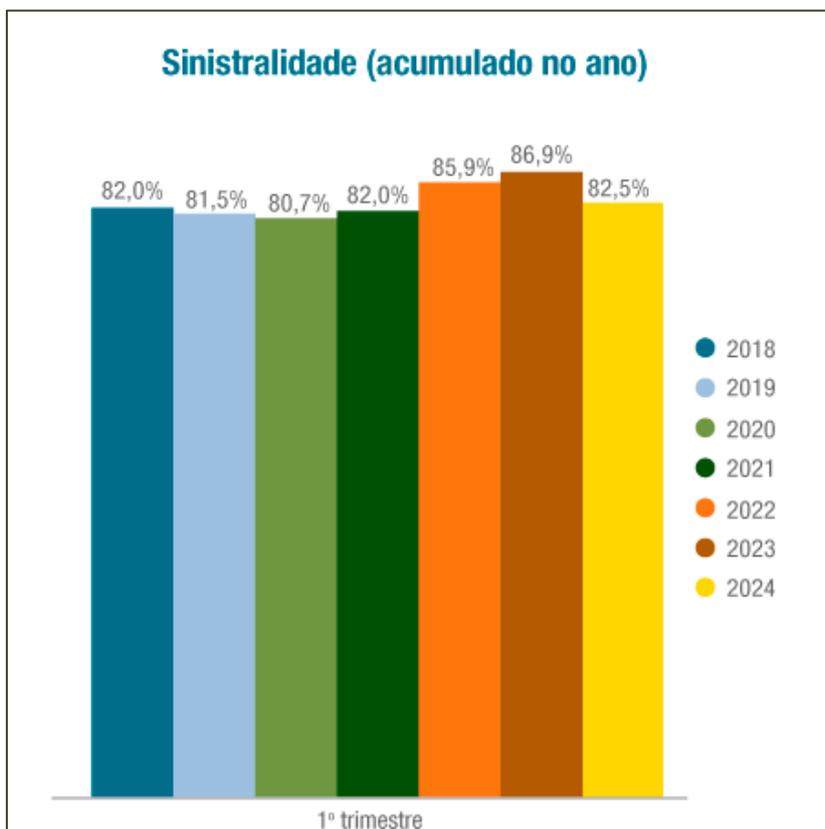
as pequenas tiveram aumento de R\$ 0,1 bilhão, o que representa o dobro do período anterior.



No gráfico acima, é possível observar a evolução do resultado líquido das operadoras médico-hospitalares por porte, considerando o 1º trimestre de cada ano, desde 2019

A sinistralidade, principal indicador que explica o desempenho nas operadoras médico-hospitalares, registrou no 1º trimestre de 2024 o índice de 82,5% (4,7 pontos percentuais abaixo do apurado no mesmo período do ano anterior), o que indica que em torno de 82,5% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais.

Sinistralidade



O gráfico acima apresenta a evolução da sinistralidade das operadoras médico-hospitalares no 1º trimestre de cada ano, desde 2018

A redução da sinistralidade apurada no 1º trimestre de 2024 em relação aos mesmos períodos de 2022 e 2023 resulta, principalmente, da recomposição das mensalidades dos planos quando comparada à variação das despesas, especialmente nas operadoras de grande porte.

Tal tendência, que já vem sendo observada desde 2023, decorre de maior crescimento das mensalidades médias (ajustadas pela inflação do período observado) em relação à despesa assistencial por beneficiário (também ajustada pela inflação), o que parece sugerir que o setor passa por um período de reorganização de seus contratos, a fim de recuperar os resultados na operação, em um contexto de aumento de beneficiários e queda dos juros.

No [Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#) também é possível consultar o desempenho individual por operadora de plano de saúde.

Entenda os conceitos

Resultado operacional: é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações e outras receitas operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

Resultado financeiro: é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

Resultado líquido: é a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Sinistralidade: de forma geral, representa o percentual das receitas assistenciais (advindas das mensalidades) que são utilizadas com o pagamento de despesas assistenciais.

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

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

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

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

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.