

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

17 de abril de 2024



INDICE INTERATIVO

[Com custos crescentes, os planos de saúde devem ficar cada vez mais limitados](#) – Fonte: Valor Econômico

[Após lei, atendimentos por telemedicina crescem 172%](#) – Fonte: Valor Econômico

[Bom senso regulatório pode equilibrar custo, qualidade e acesso à saúde](#) – Fonte: Saúde Business

[PL obriga ANS a atualizar Rol taxativo a cada seis meses](#) – Fonte: Fenacor

[Setor privado acumula 81% dos empregos formais da saúde no País](#) – Fonte: Saúde Debate

[Gestão estratégica da saúde: os horizontes para o futuro](#) – Fonte: Saúde Business

[ANS atualiza a tabela de compatibilização SIP-TUSS](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS incorpora novas tecnologias ao Rol](#) – Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga Relatório de Gestão da Ouvidoria](#) – Fonte: GOV (ANS)

COM CUSTOS CRESCENTES, OS PLANOS DE SAÚDE DEVEM FICAR CADA VEZ MAIS LIMITADOS

Valor Econômico - 15/04/2024

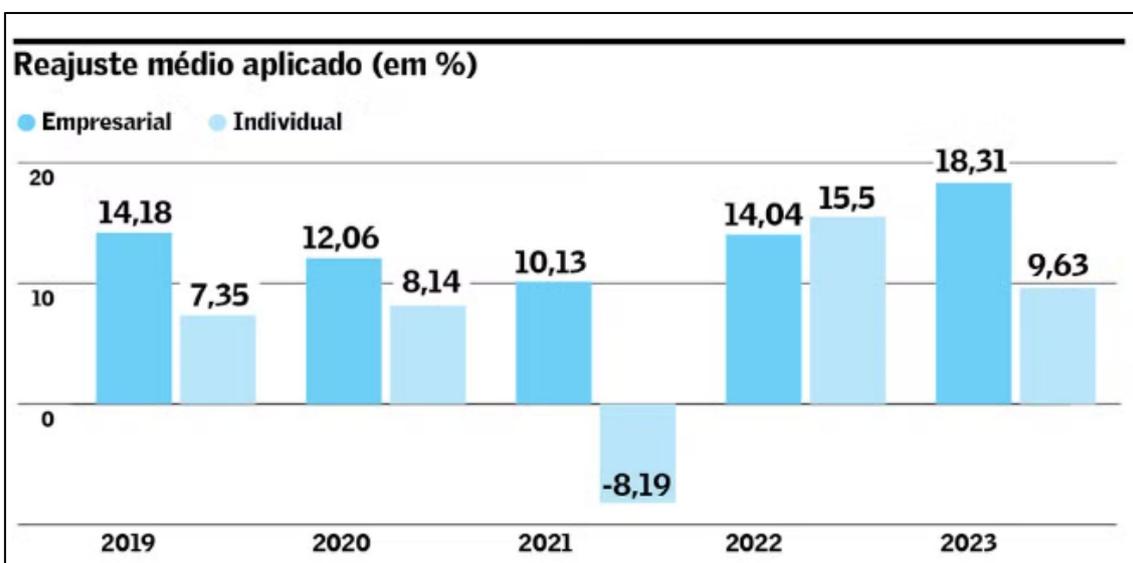
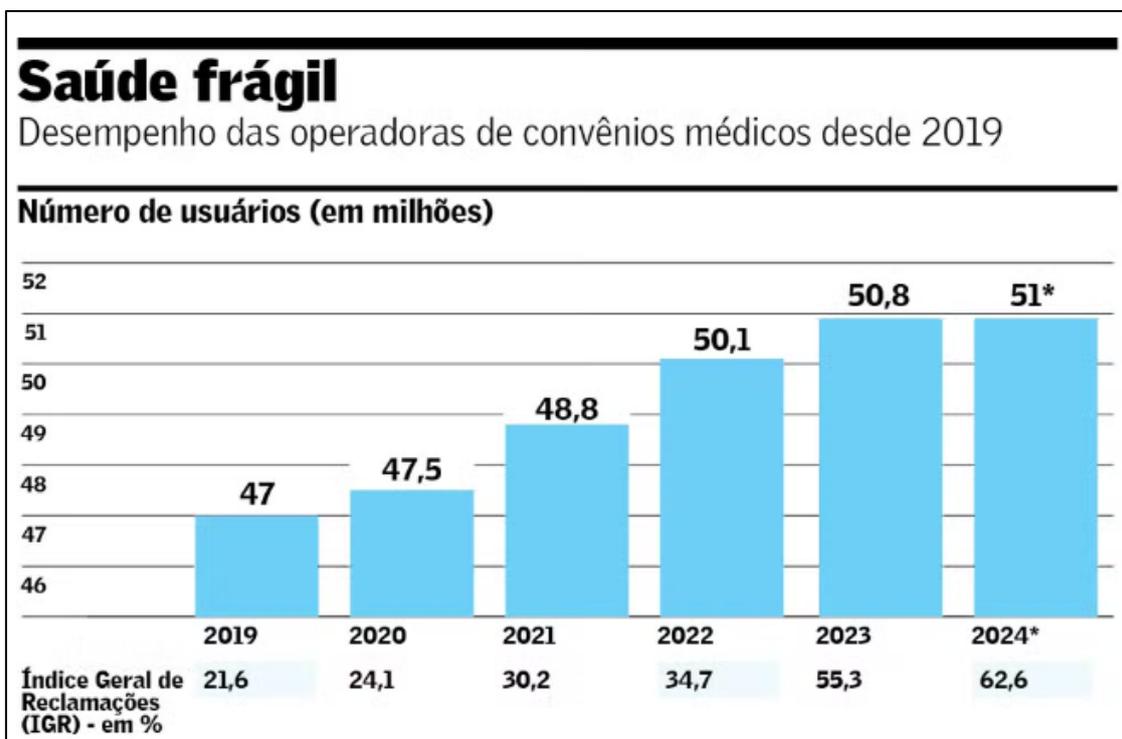
Operadoras registram prejuízo operacional de R\$ 18 bilhões entre 2021 e setembro do ano passado.

Os planos de saúde passam por uma deterioração, com rede credenciada menor, maior cobrança de coparticipação, queda no valor do reembolso, além de reajustes recordes. O índice de queixas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mais do que dobrou nos últimos três anos. Esse cenário é reflexo da crise das operadoras, que acumulam prejuízo operacional de R\$ 18 bilhões, entre 2021 e 2023 (até setembro).

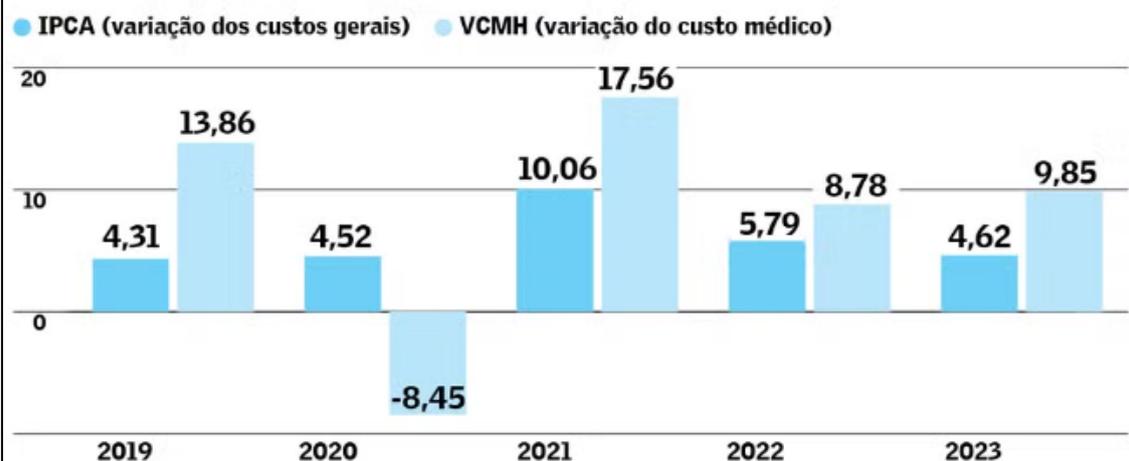
A desaceleração acentuada no setor começou em 2021 com a retomada dos procedimentos médicos não realizados

durante o primeiro ano da pandemia. Em 2020, quando houve o isolamento social e os pacientes cancelaram procedimentos médicos, as operadoras tiveram um resultado recorde, com um lucro operacional de R\$ 18,7 bilhões, três vezes mais do que o apurado em 2019, de R\$ 5,7 bilhões.

Neste ano, há uma expectativa de melhora financeira e um reajuste menor. No entanto, os convênios médicos não devem voltar àquela realidade de antes da pandemia. No "novo normal", os planos de saúde tendem a ser ainda mais restritivos, principalmente, nas modalidades adesão e PME (pequenas e médias empresas), produtos geralmente adquiridos pela pessoa física.



Comparação entre as inflações médica e geral



Desempenho financeiro (em R\$)

| Período | Receita (em bilhões) | Resultado operacional (em bilhões) | Resultado líquido (inclui receita financeira) (em bilhões) |
|-------------------|----------------------|------------------------------------|--|
| 2019 | 233 | 5,9 | 11,7 |
| 2020 | 238,3 | 18,75 | 17,5 |
| 2021 | 263,3 | -0,919,6 | 2,6 |
| 2022 | 264,5 | -10,6 | -0,529,8 |
| 2023 (nove meses) | 198,8 | -6,3 | 2,2 |

Desempenho financeiro consolidado das companhias de saúde listadas (em R\$)

| Período | Receita líquida (em bilhões) | Ebitda (em bilhões) | Lucro líquido (em bilhões) |
|---------|------------------------------|---------------------|----------------------------|
| 2022 | 120,6 | 14,8 | 2,7 |
| 2023 | 130,3 | 18,6 | 3,3 |

Fonte: ANS, Arquitetos da Saúde (reajuste) e BTG (indicadores das cias. listadas). * dado de janeiro/24. ** Allianz, Blau, Dasa, Fleury, Hapvida, Hypera, Kora, Mater Dei, OdontoPrev, Oncoclínicas, Qualicorp, Rede D'Or e Viveo

saude fragil_B.jpg — Foto: Arte/Valor

No convênio médico empresarial, que representa 60% do mercado, ainda há espaço para mais 'downgrade' e benefícios, como reembolso cobrindo boa parte do valor do procedimento médico e extensa lista de hospitais credenciados, devem se limitar a grandes contratos corporativos ou para um público de alta renda.

"Esse modelo de produto com rede muito ampla, reembolsos elevados e sem coparticipação, não vai ser de longo prazo

para o varejo [adesão e PME]. Você vai ter isso, sim, nos contratos corporativos de grande porte, onde há uma diluição da mutualidade [do risco] no mesmo contrato", disse Maurício Lopes, presidente da Qualicorp, durante teleconferência para investidores.

As operadoras já estão desenhando e comercializando planos de saúde mais enxutos. No ano passado, a SulAmérica, que atende à classes média e alta, lançou 23

tipos de seguros saúde com reembolso limitado ao perfil do produto. Na Hapvida, voltada à base da pirâmide, uma das prioridades é aumentar a verticalização, em especial, em praças como São Paulo e Rio, onde a rede própria de hospitais é menor.

“Esses produtos estão sendo ofertados porque essa é a demanda atual. Planos de saúde com todos aqueles benefícios ficaram muito caros e não há como pagar, não há demanda. Hoje, o setor de saúde tem outro patamar de custos”, disse Marcos Novais, superintendente executivo da Abramge, entidade representante do setor.

Desde 2020, a mensalidade do plano de saúde empresarial acumula alta de quase 55% - praticamente o dobro do IPCA, segundo dados da consultoria Arquitetos da Saúde. Ainda assim, os convênios médicos vêm sofrendo ‘downgrade’ para amenizar o reajuste que poderia ser ainda maior, destacam representantes do setor.

Esse aumento expressivo é explicado por alguns fatores atípicos que ocorreram após a pandemia, além da própria inflação médica que, historicamente, é muito superior ao IPCA. Entre eles, mudanças regulatórias que permitiram a inclusão de novas coberturas médicas em intervalos menores e um número ilimitado de sessões de terapias. O custo para TEA (Terapia do Espectro Autista) nas operadoras já é maior do que sessões de oncologia devido ao alto volume de atendimentos.

Outra mudança foi o aumento na venda de planos PME com até cinco usuários, que disparou 75% entre 2020 e 2023. Esse produto, conhecido como falso individual, é comercializado com preços inferiores ao adesão (ambos disputam o mesmo público), com fortes incentivos comerciais para corretores venderem essa modalidade. No entanto, “as pessoas adquiriam o plano para cobrir determinados tratamentos. Não havia diluição do risco”, disse o superintendente da Abramge. A fim de tentar corrigir essa distorção, as operadoras passaram a aplicar altos reajustes, sendo que, no ano passado, a média foi de 25%.

“Essa estratégia de incentivar o plano PME com um custo menor foi um tiro no pé”, disse Luiz Feitoza, sócio da Arquitetos da Saúde, um dos primeiros a criticar essa política das operadoras. Elas tinham interesse em trocar o adesão pelo PME porque abrem mão do custo da taxa de carregamento das administradoras de benefícios.

Com a depreciação dos planos de saúde, o número de queixas disparou. Em 2020, o IGR (índice geral de reclamações) junto à ANS era de 21,8. No ano passado, saltou para 55,3 e agora está em 58,2. Muitas das queixas dizem respeito à rede credenciada e ao valor reembolso - ambos cada vez menores.

Plano de saúde com todos aqueles benefícios ficou muito caro, não há como pagar. Hoje, o setor tem outro patamar de custos” — Marcos Novais

No último ano, o benefício mais afetado foi o pedido de ressarcimento de atendimentos médicos pagos pelos usuários diante do aumento descredenciamento de médicos,

hospitais e laboratórios descredenciados. No entanto, surgiram denúncias de fraudes. No intervalo de 2019 e 2022, o volume de reembolsos aumentou 90% para R\$ 11,4 bilhões. Considerando que, neste mesmo período, os procedimentos médicos subiram 19,5% e que, portanto, os reembolsos deveriam aumentar numa proporção parecida, há um “gap” de cerca de R\$ 7,4 bilhões que são reportados pelas operadoras como fraudes.

Diante desse cenário, Paulo Rebello, presidente da ANS, acredita que a atual tendência de planos de saúde com benefícios restritos veio para ficar e dificilmente volta ao formato anterior à pandemia. “As mudanças realmente ocorreram em prazos muito curtos e, portanto, é compreensível que o usuário reclame. As operadoras, por sua vez, estão redimensionando a rede para buscar redução de custos, mas esse movimento precisa ser feito respeitando as normas”, disse. “O modelo do setor precisa ser revisto, com acompanhamento do desfecho clínico, melhora no relacionamento entre operadoras e hospitais”, complementou o presidente da agência reguladora.

Mas essa realidade ainda está distante. “As operadoras estão adotando uma estratégia agressiva de descredenciamento. Agora autorizam a cirurgia, mas não a reabilitação. Vai contra a premissa de que o melhor, tanto sob o ponto de vista médico quanto financeiro, é manter uma linha de cuidado integrada com a mesma equipe médica”, disse Lúcia Bahia, professora associada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No ano passado, 60% dos planos de saúde tinham algum tipo de coparticipação ou franquia, o que representa um aumento de 4,58 pontos percentuais quando comparado a 2019. Há ainda um aumento gradual dos convênios com cobertura regional (grupo de cidades) que são mais baratos e hoje já representam a 43,5% do mercado. O produto com atendimento nacional, por sua vez, vem caindo.

“Os planos de saúde já passaram por um grande downgrade, o mercado de MEI está praticamente todo explorado, não dá mais para fazer ajustes justificando a pandemia. Já temos uma parcela relevante de planos com coparticipação, reembolso cada vez menor, aumento dos produtos regionais em detrimento do nacional. Até onde vamos?”, questiona Feitoza.

A discussão sobre a sustentabilidade do setor é recorrente devido aos altos reajustes praticados. Há questionamentos sobre até quando haverá demanda por um produto que representa o segundo maior gasto numa empresa, atrás apenas da folha de pagamento, e tem se tornado inacessível à pessoa física. “O desempenho do mercado de plano de saúde é muito atrelado ao Caged, se aumenta o emprego, cresce. Mas o atual modelo passa por grandes desafios, com margens apertadas, com reajustes elevados. Não é sustentável”, disse Leandro Bastos, analista do Citi.

Antônio Brito, diretor-executivo da Anahp, associação dos principais hospitais do país, também reclama que o caminho tem sido o descredenciamento, a pressão por ampliação de prazos de pagamento e não uma mudança efetiva no atual modelo de saúde.

APÓS LEI, ATENDIMENTOS POR TELEMEDICINA CRESCEM 172%

Valor Econômico - 13/04/2024

Número passou de 11 milhões de atendimentos em 2022 para 30 milhões em 2023, e a expectativa do governo federal é de atingir 50 milhões em 2024.

As dificuldades para lidar com o atendimento à saúde em um país continental são muitas, em geral envolvendo escassez de recursos, falta de profissionais habilitados e infraestrutura precária em municípios distantes de grandes centros urbanos.

Por causa disso, a telemedicina pode ser um trunfo para promover maior acesso e igualdade no atendimento médico à população.

No final de 2022, o então presidente Jair Bolsonaro (PL) sancionou a lei que regulamenta a telemedicina no país. Até então, um projeto de lei anterior, de março de 2020, havia permitido a modalidade em caráter emergencial devido à pandemia da covid-19.

A regulamentação da telemedicina no Brasil, um desejo há anos do setor da saúde, é um marco regulatório que possibilitou o seu avanço de "20 anos em 2", explica Carlos Pedrotti, gerente médico de telemedicina no Hospital Israelita Albert Einstein. "Hoje, o acesso [à telemedicina] é amplo, muito por um aumento da demanda por atendimentos remotos na pandemia, o que fez evoluir '20 anos em 2'", diz.

De 2020 até o final de 2022, foram realizadas 11 milhões de consultas via remota, segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasáude), que reúne 14 grupos de operadoras de planos de saúde. Em 2023, o número passou para 30 milhões de atendimentos, um salto de 172%.

E, para 2024, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, já alocou R\$ 460 milhões para novos projetos envolvendo a saúde digital, segundo a secretária de Informação e Saúde Digital, Ana Estela Haddad. A expectativa é que mais 50 milhões de teleatendimentos ocorram ainda neste ano.

Uma das ações é o SUS Digital, lançado na última segunda-feira (8) em um evento para jornalistas sobre as ações para o fortalecimento da assistência prestada à população no Sistema Único de Saúde (SUS).

À Folha, Nísia Trindade, ministra da Saúde, disse que a pasta está empenhada na inovação em saúde como forma de garantir o acesso igualitário à toda a população dependente do SUS. "Nós temos trabalhado a visão mais abrangente de telessaúde, porque a telemedicina é vista muitas vezes como a consulta médica, e o conceito de telessaúde já vem sendo utilizado no ministério desde 2007, no primeiro governo do presidente Lula (PT)."

Enquanto a telemedicina se refere ao atendimento clínico ao paciente, a telessaúde pode ser definida como um conjunto de ações mais abrangente, envolvendo atividades educacionais, administrativas e outras atividades de saúde não clínicas, explica a ministra.

No edital lançado no início do mês, 99,9% dos municípios (5.566 de 5.570) brasileiros aderiram ao programa. Agora, é necessário fazer um diagnóstico das redes de atenção, onde

estão os gargalos de atendimento e quais desses gargalos devem ser trazidos para o digital, diz Haddad.

"A primeira barreira, sem dúvida, é a de infraestrutura, mas tem um outro ponto que é a educação dos pacientes, profissionais de saúde, gestores, para estarem preparados para o uso da tecnologia", afirma.

Uma das estratégias para ampliar o acesso da telessaúde foi a implementação de programas em parceria com hospitais privados, que ajudam na capacitação de profissionais à distância e atuam na chamada teleinterconsulta, avalia a secretária. "Isso ajuda a trazer mais resolubilidade para a interface entre atenção básica, estratégia de saúde da família e atendimento especializado. A telessaúde pode apoiar tanto com uma opinião especializada quanto ajudar a organizar a fila."

Enquanto cresce a atuação do setor privado na saúde digital, o ministério procura ampliar o atendimento em áreas remotas por meio de programas de desenvolvimento e inovação do governo, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), iniciativa que envolve o desenvolvimento de ações para o aperfeiçoamento do SUS por parte de hospitais privados, que têm isenção de tributos como contrapartida.

Duas iniciativas surgiram nos últimos anos: a TeleAMEs, parceria do Hospital Israelita Albert Einstein com o ministério, e a TeleNordeste, que envolve cinco hospitais (BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo, Oswaldo Cruz, HCor, Moinhos de Vento e Sírio-Libanês).

A TeleAmes funciona desde 2020 na região Norte e, em 2023, ampliou os locais de atendimento também para a região Centro-Oeste. Até o final do ano passado, contava com 12 especialidades médicas e mais de 200 mil atendimentos realizados (média de 2.000 por semana). "Hoje, o objetivo é evitar que o paciente, ao precisar se deslocar de um município para outro, para poder passar por um atendimento especializado, seja abandonado no caminho. Você tem um ganho de eficiência no sistema", explica Pedrotti, do Einstein.

Já o TeleNordeste é responsável por levar assistência especializada à região Nordeste, como o próprio nome diz, e realizou mais de 50 mil atendimentos desde 2022, ano de sua criação. Conta, atualmente, com 20 especialidades médicas.

Há uma etapa também que foi implementada de visita de campo junto aos profissionais da atenção básica, afirma Dante Gambardella, gerente executivo de programas sociais da Beneficência Portuguesa.

"Convidamos todos os profissionais a entenderem o que é isso, o que é telessaúde, e inicia um processo de capacitação com as equipes que ajuda, dentre outras coisas, a estratificar risco, encaminhamento de consultas, acompanhamento, tudo isso também trazendo a população como sujeito do processo", diz.

As teleinterconsultas, como são chamadas as consultas envolvendo os médicos especialistas das redes privadas com generalistas na outra ponta, no caso dentro das UBSs (Unidades Básicas de Saúde), já fizeram crescer o atendimento por áreas como cardiologia e oftalmologia,

reduzindo a fila por exames, explica Haddad. "Estamos fazendo em média 6.000 teleeletrocardiogramas [exame cardiológico] por dia, o que ajuda também no diagnóstico médico."

"Nós tivemos uma demanda muito reprimida, especialmente de doentes crônicos durante a pandemia, que vem a rebote agora, por isso é uma pressão também dos municípios para que esse atendimento seja feito", diz Gambardella.

As próximas etapas do programa SUS Digital, de acordo com Trindade, envolvem avançar na conectividade das UBSs (cerca de 70% já estão conectadas) e as ações em conjunto com os municípios.

Enquanto no âmbito nacional o projeto ainda deve avançar para definir as estratégias de cada ente --federal, estadual, municipal, os dois programas tocados por Einstein e BP já colhem frutos, inclusive com resultados indiretos, como aumento na prescrição de medicamentos que antes inexistiam na região com as consultas especializadas e o cuidado individualizado.

"Há uma diferença de demografia médica no Brasil abissal, com cerca de 2,7 médicos por mil habitantes em São Paulo e a mesma taxa equivale a 0,1, em Roraima. Então, a telemedicina é uma forma de ofertar dignidade, articular a rede de saúde, fechar diagnóstico de forma tempestiva e tratar", completa Gambardella.

BOM SENSO REGULATÓRIO PODE EQUILIBRAR CUSTO, QUALIDADE E ACESSO À SAÚDE

Saúde Business - 12/04/2024

Regulações, judicializações, incorporação tecnológica e fraudes exigem revisão de algumas práticas para revisão das práticas para garantir sustentabilidade e ampliação do acesso

Os números demonstram que o mercado de saúde suplementar não consegue equilibrar três fatores fundamentais para a satisfação dos beneficiários, adesão dos prestadores e sustentabilidade das operadoras e seguradoras: custo, qualidade e acesso. Há muitos anos, temos advertido que a excessiva regulação, a judicialização e a incorporação tecnológica sem rigor científico acarretaria aumento de custo e ameaçaria a sustentabilidade setorial.

Não é tarefa fácil equilibrar demandas e alinhar interesses. Por exemplo, citamos a incorporação sem um plano orçamentário ou atuarial do medicamento Zolgensma, com custo superior a R\$7,5 milhões de reais por tratamento, valor esse superior ao faturamento anual de 82 operadoras e maior do que o faturamento mensal de 372 operadoras. Nos últimos meses, as terapias de TEA (Transtorno do Espectro Autista) e de TGD (Transtorno Global do Desenvolvimento) passaram a representar 9% dos custos das operadoras, superando os custos médios dos tratamentos oncológicos (8%). Em outros países muitas das coberturas são funções do setor educacional e não do setor saúde, pois essas crianças devem estar inseridas socialmente na vida das famílias e escolas, e não durante 40 horas semanais em terapias individuais em clínicas. Como consequência, os planos empresariais têm aumentado os custos em dois dígitos percentuais por ano.

Além disso, enfrentamos uma avalanche de fraudes, que fizeram a diferença entre o lucro e o prejuízo do conjunto da saúde suplementar. Em 2022, foram perdidos, para atos como empréstimos de carteirinha, declarações de saúde e reembolsos falsos, entre outros, até R\$34 bilhões. Naquele ano, o prejuízo operacional das operadoras totalizou R\$11,5

bilhões. Ou seja, sem fraudes, mesmo com o atendimento a consultas, exames e internações represadas pela pandemia do coronavírus, o segmento teria lucro operacional.

Equívocos regulatórios e legislativos não nos impediram de identificar e implantar tecnologias e processos que nos ajudassem a ajustar as finanças. Passamos a contar com a CIG (Classificação de Informações Gerenciais), um dos módulos da solução Unimetrics, que utiliza algoritmos para avaliação de custos assistenciais na rede de prestadores da Seguros Unimed. Adotamos e desenvolvemos com nossas equipes algoritmos de machine learning (subconjunto da inteligência artificial voltado para a construção de sistemas que aprendem e aperfeiçoam o desempenho) para prever padrões e otimizar operações, evitando gastos desnecessários e melhorando os desfechos assistenciais. Em 2023, criamos também uma estrutura corporativa voltada ao combate das fraudes. Na Justiça, obtivemos liminares contra clínicas que solicitaram login e senha dos clientes para requerer reembolsos de despesas médicas, muitas vezes indevidos.

O esforço nos permitiu, mesmo na adversidade setorial, trazer expressivo resultado operacional. Mas temos convicção de que há um limite para o que se possa obter de resultado por intermédio do combate a desperdícios e fraudes. Para compatibilizar custo, qualidade e acesso à saúde, será necessário rever práticas regulatórias e legislativas.

Equilibrar todos os interesses na balança com bom senso e atenção ao custo-benefício, focando no real resultado sobre a saúde da população, com atenção a prevenção quaternária que olha a intervenção desnecessária sobre a saúde de todos permitirá a ampliação do escopo de beneficiários, incluindo segmentos que hoje não tem acesso à saúde suplementar.

PL OBRIGA ANS A ATUALIZAR ROL TAXATIVO A CADA SEIS MESES

Fenacor - 12/04/2024

O deputado Lebrão (União/RO) apresentou projeto de lei que obriga a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atualizar o rol taxativo semestralmente, identificando os procedimentos que devem ser custeados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), pela operadora de plano de saúde ou seguro. De acordo com o texto, havendo indicação médica da realização de tratamento específico para as doenças

previstas na cobertura contratual "cabera à operadora de plano de saúde ou seguro privado observar a prescrição técnica", incluindo os serviços multiprofissionais na área da saúde.

A proposta estabelece ainda que, uma vez definidos os diagnósticos e ou iniciados os tratamentos e procedimentos

médicos, por decisão do plano de saúde, ou por decisão judicial, eles só poderão ser interrompidos via indicação médica ou a partir de sentença judicial transitada em julgado em contrário.

Para fornecer o atendimento intensivo necessário, os planos e seguros de saúde deverão custear as horas mínimas indicadas pelo médico e ou profissional da área da saúde responsável pelo acompanhamento do segurado.

Caso o plano e o seguro de saúde não possuam clínica e ou centro de terapia para o fornecimento do atendimento especializado, deverão promover o ressarcimento das despesas, assim como os gastos com as demais terapias descritas pelos médicos e ou profissionais da área da saúde

O autor da proposta explica que o objetivo é reconhecer o caráter obrigatório de atendimento do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e “a sua urgente necessidade de atualização”.

Na visão dele, a omissão da própria agência em não realizar necessária atualização dos procedimentos, faz com que nova regulamentação seja imposta pelo Congresso Nacional, principalmente por ficar claro e evidente um vácuo regulatório depois que o Superior Tribunal de Justiça – STJ reconheceu que não há obrigatoriedade de atendimento perante os Planos de Saúde e nem perante o SUS daquilo que não está previsto nos regulamentos de saúde suplementar. “Diante dessa realidade e da urgência em se promover o atendimento adequado e intensivo aos milhares de pacientes no País que necessitam de atendimento médico e multiprofissional na área da saúde, e se encontram desassistidos por falta de regulação, é que encontramos no presente projeto de Lei uma adequação regulatória extremamente importante, com o objetivo de impor atualização semestral por parte da ANS identificando os procedimentos que devam ser atendidos pelos Planos de Saúde e Seguros de Saúde e pelo SUS, devendo assim cumprir com a determinação Constitucional de acesso a saúde”, pontua o deputado.

SETOR PRIVADO ACUMULA 81% DOS EMPREGOS FORMAIS DA SAÚDE NO PAÍS

Saúde Debate - 11/04/2024

Os empregos gerados na cadeia produtiva da saúde tiveram alta de 0,3% nos últimos três meses encerrados em dezembro do ano passado e somam total de 4 milhões e 867 mil vínculos no País. Desses, a maior parte, 3,9 milhões (81%) são contratações diretas do setor privado, e o restante, 920,6 mil, são do setor público. As informações são do Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde nº 68, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O crescimento em 12 meses foi de 3,6%.

O estudo considera os setores público, privado e empregos diretos e indiretos sendo que, do total de vínculos na cadeia, praticamente metade (2,4 milhões) pertencem à região Sudeste. Na mesma comparação trimestral, o mercado de trabalho da economia teve leve retração de 0,3%.

A região que mais cresceu, no entanto, levando-se em conta a variação percentual do trimestre, foi a Centro-Oeste (1%). No Norte, o aumento foi (0,9%), seguido por Sudeste (0,8%),

e Sul (0,3%). No Nordeste, houve queda de 1,6% no volume de contratações.

“Os dados mostram que, com exceção do Nordeste, que teve uma leve queda, nas demais regiões houve alta nas contratações puxadas, especialmente, pelo setor privado. Norte e Nordeste se destacam por contabilizarem os maiores pesos em relação aos empregos da cadeia no mercado de trabalho total, com 13,1% e 12,7%, respectivamente”, afirma o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

Já o saldo mensal de oportunidades, registrado em dezembro ficou negativo em 18,5 mil empregos no setor. No acumulado do ano, considerando os subsetores, o que mais gerou empregos formais na cadeia foi o de prestadores (109,2 mil), seguido por fornecedores (44 mil). Já operadoras tiveram saldo de 2,9 mil postos de trabalho. No total, o saldo do setor privado (156,2 mil) representa 11,2% do volume gerado pela economia (1,4 milhão).

Para acessar o relatório na íntegra, [clique aqui](#).

GESTÃO ESTRATÉGICA DA SAÚDE: OS HORIZONTES PARA O FUTURO

Saúde Business - 10/04/2024

Saiba como inovação e planejamento estratégico são essenciais para garantir um sistema sustentável e relações saudáveis no setor da saúde .

A saúde é complexa. Empresas do setor lidam com um quebra-cabeças diariamente: cuidar da saúde da população com qualidade, enquanto enfrentam os obstáculos e a intensa competitividade do mercado. É necessário equilibrar os pesos na balança, especialmente quando falamos de atendimento direto, como hospitais. Ao mesmo tempo em que é fundamental manter uma visão de negócios, o bem-estar não deve ser esquecido.

É visível que os serviços estão cada vez mais caros, diante dos avanços velozes na tecnologia e na medicina, tornando-a cada vez menos acessível para os mais vulneráveis, por exemplo, muitos idosos não conseguem bancar um plano de saúde que atenda às suas necessidades. Neste cenário, quem paga a conta - sejam operadoras de saúde, empresas ou o próprio paciente particular - progressivamente demanda mais valor nas entregas e revisão constante das margens. Com isso, como as instituições podem se adaptar para manter relações saudáveis e um sistema sustentável?

Antes de tudo, as empresas de saúde devem aproveitar a criatividade e inovação, mas nem sempre atrelada à

tecnologia, identificando oportunidades, enxergando potencial, integrando o cuidado para o paciente, realizando parcerias no ramo e fora e, por fim, protagonizando mudanças na categoria. Hoje não é mais uma escolha que as unidades de negócios de saúde se profissionalizem. É essencial sair do papel e externalizar o mindset.

Tudo começa com aquele primeiro passo. Entretanto, para não pisar em falso, planejamento é primordial para ser usado como fortaleza neste momento. Um planejamento estratégico orienta a tomada de decisão e os caminhos a serem seguidos para se alcançar o objetivo da instituição.

O plano deve considerar não apenas o setor, suas novidades e os concorrentes, mas também todo o ecossistema, inclusive quem paga a conta. Normalmente, essas pessoas não entram nas discussões, no entanto, não faz sentido que elas não sejam consideradas para definir os próximos passos. Além disso, o olhar deve se virar para dentro da instituição, para aqueles que atuam no dia a dia e para o propósito já

existente, considerando tanto os mais velhos como os mais novos. As raízes devem permanecer firmes, mesmo em momentos de mudança, afinal são elas que nos tornam quem somos.

Mesmo com os custos crescentes, um planejamento pode ajudar a definir estratégias e adentrar caminhos para ampliar o acesso à saúde. Racionalizar o processo de forma metodológica pode tornar os resultados mais humanos e empáticos.

Uma reflexão que deixo diante da atual conjuntura é: se o acesso à saúde passa por uma equipe multidisciplinar, que facilita a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, como as instituições de saúde, que não são perenes, podem se adequar em meio a um atual cuidado tão fragmentado e um cenário tão competitivo? Nos próximos anos vamos acompanhar as novas soluções criadas e nos movimentar para desfechos clínicos e resultados administrativos mais satisfatórios

ANS ATUALIZA A TABELA DE COMPATIBILIZAÇÃO SIP-TUSS

GOV (ANS) - 10/04/2024

Documento faz a correspondência entre os itens assistenciais de envio obrigatório ao Sistema de Informações de Produtos e os códigos de procedimentos e eventos da Tabela 22 da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou o documento "Compatibilização entre os procedimentos da TUSS e os itens do SIP", conhecido como Tabela DE-PARA SIP TUSS, de acordo com a versão de março de 2024 da TUSS 22.

A cada atualização da Tabela 22 da TUSS, será publicada uma atualização da Tabela DE-PARA SIP-TUSS de forma a incorporar as alterações promovidas em códigos e termos.

A Tabela DE-PARA é a correspondência entre os itens assistenciais de envio obrigatório ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) e os códigos de procedimentos e eventos da Tabela 22 da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), considerando os conceitos e as definições dos itens assistenciais informados ao SIP, constantes no Anexo da RN 551/2022.

Orientamos as operadoras que realizem a atualização das parametrizações para envio dos dados de produção assistencial ao SIP observando a versão atualizada da Tabela DE-PARA SIP-TUSS, para maior qualificação das informações prestadas à ANS.

[Clique aqui](#) para conferir a Tabela de Compatibilização TUSS-SIP, o manual de orientação e outros documentos do SIP.

Sobre o envio do SIP

O envio do SIP é obrigatório para todas as operadoras com registro ativo na ANS que possuem ao menos um produto registrado na ANS, independentemente da data de concessão de autorização de funcionamento.

Em caso de dúvidas, as operadoras podem entrar em contato com a Gerência de Monitoramento Assistencial (GEMOA) pelo e-mail gemoa.dipro@ans.gov.br.

ANS INCORPORA NOVAS TECNOLOGIAS AO ROL

GOV (ANS) - 10/04/2024

Pacientes com dermatite atópica grave, câncer e neoplasia de próstata passam a ter mais opções de tratamento cobertos na saúde suplementar.

Em reunião extraordinária realizada na segunda-feira, 1º/04, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a incorporação de novas

tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Trata-se de dois medicamentos e um procedimento, que são:

- Dupilumabe, medicamento para dermatite atópica grave, destinado à população entre seis meses e 18 anos;

- Osimertinibe, medicamento para o tratamento adjuvante após remoção de câncer de pulmão não pequenas células (tumor CPNPC) com mutações; e

- Radioterapia de intensidade modulada (IMRT), para tratar tumores de próstata.

As sugestões de incorporação foram submetidas diretamente à ANS, tendo passado pela 25ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde) e pela Consulta Pública 125, realizadas em janeiro e fevereiro, respectivamente, bem como por criteriosa análise técnica, que utiliza metodologia de

avaliação de tecnologias em saúde, à semelhança de países como Inglaterra, Canadá, Austrália e Alemanha

As tecnologias passam a ter cobertura obrigatória na saúde suplementar, de acordo com as diretrizes de utilização, a partir de 02/05/2024.

Sobre o rol

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conta com tecnologias disponíveis aos beneficiários entre terapias, exames, procedimentos e cirurgias, atendendo às doenças listadas na Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

ANS DIVULGA RELATÓRIO DE GESTÃO DA OUVIDORIA

GOV (ANS) - 09/04/2024

Publicação apresenta informações sobre as demandas recebidas pelo órgão em 2023

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o Relatório de Gestão da Ouvidoria 2023. A publicação apresenta o resultado do trabalho desenvolvido pela Ouvidoria da ANS ao longo do último ano no recebimento, análise e respostas a manifestações de toda a sociedade sobre os serviços prestados pela Agência. Além de outras atividades desempenhadas pela equipe no período.

Por meio do documento, é possível verificar que, novamente, houve um aumento significativo da participação social: foram 10.389 manifestações de cidadãos sobre as competências da Agência recebidas, tratadas e respondidas pela Ouvidoria, o

que representa um acréscimo de 22,1% em relação ao ano anterior. Outro destaque fica por conta do tempo médio de resposta a essas manifestações: 8 dias, inferior aos 14 dias observados em 2022. A ANS ressalta, ainda, que as recomendações feitas pela Ouvidoria, para melhorias do serviço de consulta ao Rol de Procedimentos e no processo de mediação de conflitos (Notificação de Intermediação Preliminar – NIP), foram cumpridas pelas áreas técnicas responsáveis, demonstrando a preocupação da gestão da Agência em aperfeiçoar o atendimento ao cidadão.

Abaixo, seguem dois gráficos presentes no relatório e que demonstram o trabalho realizado pela Ouvidoria ANS em 2023:

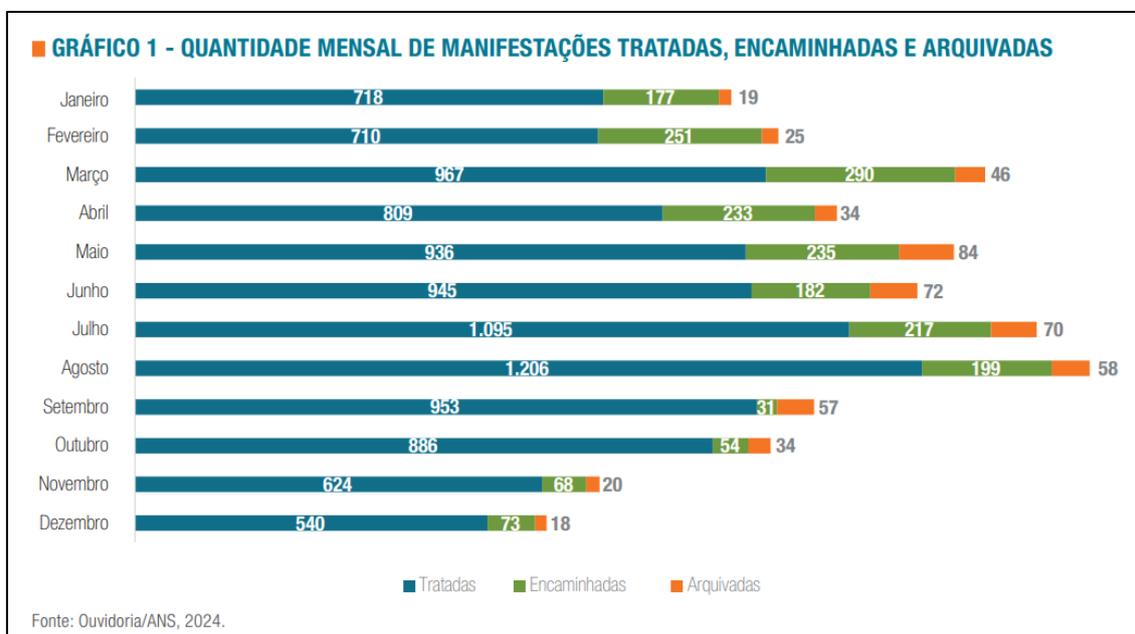


Gráfico 1

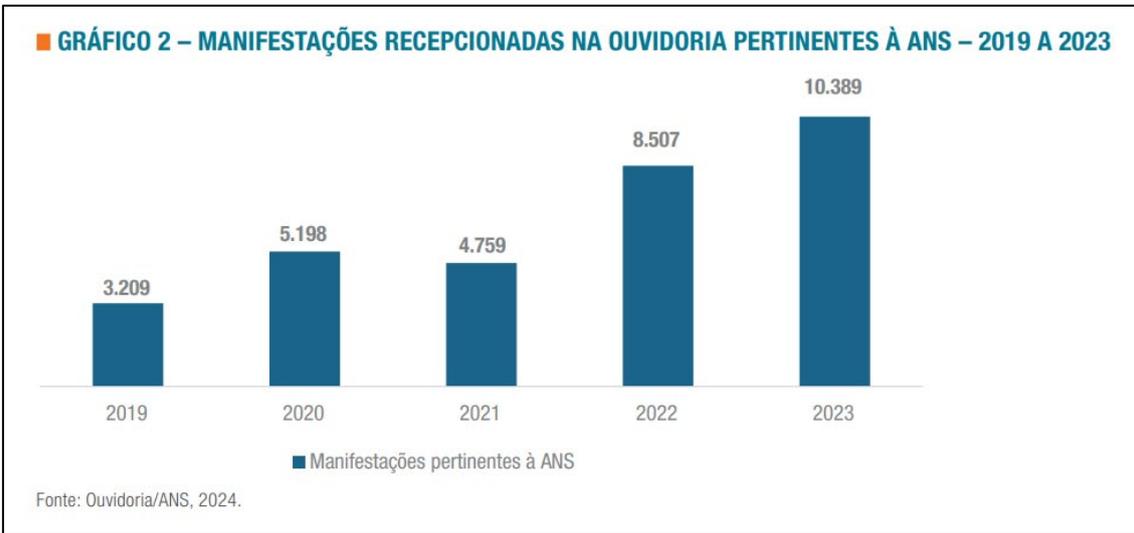


Gráfico 2

Acesso facilitado

A Ouvidoria da ANS trata manifestações sobre os serviços públicos prestados pela Agência e/ou sobre seus colaboradores. Para entrar em contato com a unidade, o interessado pode registrar sua manifestação pelo [Fala.BR](#), plataforma integrada online de ouvidorias e acesso à informação do governo federal. No próprio site da ANS também podem ser encontradas as informações de [contato das ouvidorias das operadoras](#).

Transparência

A Ouvidoria da Agência preza pela transparência ativa, já que documentos como o Relatório do Atendimento das Ouvidorias (REA-Ouvidorias), os Relatórios Trimestrais e o Relatório de Gestão da Ouvidoria são publicados proativamente no portal da ANS. Tendo em vista a Lei Geral de Proteção de Dados, a CGU apontou também os benefícios de a Ouvidoria possuir uma equipe específica e restrita para o tratamento de denúncias. Dessa forma, os dados pessoais dos usuários são protegidos de possíveis acessos não autorizados.

Todos os relatórios produzidos pela Ouvidoria ANS nos últimos anos podem ser acessados [aqui](#).

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.br.

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.