

ÍNDICE INTERATIVO

[Promoprev: Envio do formulário deve ser feito até o dia 01/04](#) - Fonte: ANS

[Telemedicina a favor do paciente](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Total de empregos formais cresce em fevereiro](#) - Fonte: IESS

[FenaSaúde participa de congresso internacional sobre Saúde Suplementar](#) - Fonte: Fenasaúde

[Audiência debate relação contratual entre operadoras e prestadores](#) - Fonte: ANS

["Reajustes elevados ficaram para trás", diz diretor da Bradesco Saúde](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Atenção primária é alternativa para garantir saúde no envelhecimento dos brasileiros](#) - Fonte: Exame

[Responsabilidade x judicialização da saúde](#) - Fonte: Estadão

[Norma altera regulamento dos planos de saúde de 47 milhões de pessoas](#) - Fonte: SaúdeBusiness

[Remuneração no mercado informal compromete capacidade de contratação de planos desejados pelos brasileiros](#) - Fonte: IESS

[Fórum discute Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar](#) - Fonte: Fenasaúde

[ANS recomenda uso de modelos de pagamentos prospectivos](#) - Fonte: IESS

PROMOPREV: ENVIO DO FORMULÁRIO DEVE SER FEITO ATÉ O DIA 01/04

ANS – 26/03/2019

O prazo para envio do formulário de monitoramento do Promoprev à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está se encerrando. As operadoras que desenvolvem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e

doenças, que tenham sido devidamente cadastrados junto à reguladora até o dia 31 de agosto de 2018, deverão enviar até o dia 1º de abril o Formulário de Monitoramento (FM) de seus programas.

O encaminhamento do formulário deve ser realizado somente por meio de preenchimento eletrônico, disponível aqui. A ANS lembra que o não cumprimento do envio do FM no prazo pode acarretar no descadastramento do respectivo programa junto à reguladora.

TELEMEDICINA A FAVOR DO PACIENTE

Folha de São Paulo – 26/03/2019

Prática é bem-vinda, mas merece ser mais debatida

Acertou o Conselho Federal de Medicina (CFM) não só ao propor a regulamentação da telemedicina no Brasil, mas também por ter tido a sensibilidade de suspendê-la e permitir a consulta pública, uma vez que o tema merece ser mais bem discutido pela comunidade médica.

É preciso entender que a telemedicina nada mais é do que o emprego de novas tecnologias digitais que facilitam a comunicação à distância dos profissionais de saúde entre si e com seus pacientes, em especial em assistência, pesquisa e educação.

Seguramente, ninguém discute o impacto positivo de quaisquer tecnologias em prol de atividades educacionais e de pesquisa, precisando ficar mais claro, tanto para a comunidade da saúde quanto para a sociedade, como a telemedicina pode beneficiar a assistência aos pacientes.

Uma das áreas de atuação, já bastante difundida e largamente incorporada à rotina de várias instituições, é a emissão de laudos à distância de exames gráficos, anatomopatológicos, radiológicos e dermatológicos, o que pode assegurar diagnósticos mais precisos, desde que haja o devido direcionamento dos exames para especialistas.

Outra área de grande potencial é a do telemonitoramento de exames invasivos e cirurgias, mormente em situações de urgência, em que uma opinião externa pode ajudar na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas. Telecirurgias, com o cirurgião operando à distância, são factíveis, mas de alcance limitado, pois requerem equipamentos sofisticados e caros em ambas as pontas.

Na verdade, o campo no qual o emprego das novas ferramentas digitais mais pode ser difundido é o da teleconsulta.

É consensual para a classe médica, diria que até mesmo dogmático, que a primeira consulta deve ser sempre presencial, aliás como também dispõe a proposta do CFM, uma vez que é nela que se inicia a fundamental e sagrada relação médico-paciente e na qual se integram aspectos técnicos, sociais e emocionais, assim como se estabelecem os alicerces do alinhamento de expectativas, tanto para o paciente quanto para o médico.

São exceções aceitáveis apenas aquelas em que o encontro presencial não é factível pela inexistência local de médico generalista ou especialista. Já o seguimento clínico do paciente e a discussão de resultados de exames podem muitas vezes ser realizados de forma não presencial, evitando deslocamentos desnecessários e agilizando o atendimento, além de evitar dispêndio de tempo, tanto para os pacientes quanto para os médicos (algo que se faz há décadas por meio de contatos telefônicos). Evidentemente, para tanto é necessária a anuência do paciente, que tem o direito de preferir o seguimento presencial.

Na minha opinião, essa prática não afasta os médicos de seus pacientes; pelo contrário, intensifica pela maior facilidade de interação. Outra situação de grande alcance diz respeito às consultas de segunda opinião por e-mail e, em especial, por teleconferência, envolvendo especialistas de outros locais, até mesmo do exterior.

Finalmente, alguns aspectos complementares devem ser considerados. Assim, é fundamental que se mantenha o direito do paciente à privacidade de suas informações e que estas, quando por atendimento não presencial, sejam registradas nos prontuários dos pacientes, à semelhança do que se faz em consultas presenciais.

Por outro lado, cabe aos nossos juristas definir como proteger pacientes e profissionais de saúde em situações de atendimento à distância. Outro ponto a contemplar é o da remuneração dos profissionais de saúde nos atendimentos não presenciais, uma vez que existe o receio de as fontes pagadoras não valorizarem as consultas não presenciais.

Em conclusão, é incontestável que as novas tecnologias, atuais e futuras, inclusive com a incorporação da inteligência artificial, podem, de fato, beneficiar o atendimento dos pacientes em geral, e as faculdades de medicina têm

obrigação de incluir esse tema em seus currículos e ensinar seus alunos a empregar quaisquer tecnologias de forma sábia e ética.

TOTAL DE EMPREGOS FORMAIS CRESCE EM FEVEREIRO

IESS – 26/03/2019

Há algum tempo temos reforçado a importância da geração de postos de trabalho com carteira assinada para uma retomada consistente do mercado de saúde suplementar, especificamente no que tange à contratação de planos médico hospitalares. Em nossa [Área Temática](#) você pode encontrar várias referências ao tema.

Basicamente, contudo, a relação é simples: os planos de saúde são um dos três bens mais desejados pelos brasileiros, de acordo com a [pesquisa IESS/Ibope](#). É um dos últimos bens que as pessoas abrem mão quando perdem renda e tem que cortar custos e um dos primeiros serviços que recontratam quando recuperam o emprego ou recompõem a renda de alguma forma.

Os trabalhos informais, no entanto, não costumam oferecer nem estabilidade para as pessoas investirem em um plano,

nem o benefício de um plano de saúde, como já apontamos [aqui](#).

Assim, a informação apontada no último levantamento do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) de que a economia brasileira fechou fevereiro com saldo de 173,1 mil postos de trabalho formal é extremamente positiva para o setor.

O resultado foi a maior alta para o mês nos últimos cinco anos. E se analisamos os dados por setor da economia, é fácil notar que Serviços (+112,4 mil) e Indústria (+33,5 mil) foram os segmentos que mais contrataram. Esses são, também, os setores que historicamente mais oferecem o benefício de plano de saúde aos seus colaboradores, normalmente amparados nos acordos coletivos.

Resta, agora, ver como o total de beneficiários vai se comportar na próxima [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#). Não deixe de acompanhar.

FENASAÚDE PARTICIPA DE CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

Fenasaúde – 26/03/2019

Diretor executivo destaca a necessidade de enfrentar os entraves do setor para ampliar o acesso do serviço à população

Ao participar do XIII Congresso Brasileiro de Direito de Seguro e Previdência, na última sexta-feira (22/03), em Campo Grande (MS), José Cechin, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), destacou os impactos da escalada dos custos e a influência do envelhecimento da população como dois dos grandes desafios enfrentados pela Saúde Suplementar. O evento foi uma realização da Associação Internacional de Direito do Seguro (AIDA), seção Brasil.

Ao lado do ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, Cechin participou do painel “Saúde Suplementar – desafios para o aprimoramento”. O painel foi organizado com cinco questões: desafios da saúde pública e suplementar na atual conjuntura econômica e social do país; possibilidade de aproximação da saúde pública e suplementar para atuação

conjunta em aspectos como a assistência primária à saúde; o sistema de compartilhamento de riscos para medicamentos de alto custo e a possibilidade de utilização em dispositivos médicos implantáveis; e o pagamento dos serviços de saúde pelo sistema fee for service e a eventual substituição por outros modelos. Entre esses pontos, Cechin destacou a proposta de aumentar a integração e cooperação entre os sistemas de saúde público e privado.

A ideia passa pela utilização ou instalação de capacidade (infraestrutura médica) conjunta entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar, principalmente em regiões onde a população é desassistida de ambos os sistemas. De acordo com Cechin, esse compartilhamento permitiria uso mais adequado das instalações existentes, instalar conjuntamente infraestrutura nos vazios assistenciais, levar mais recursos para a modernização das instalações e equipamentos, e melhor remuneração aos profissionais de saúde. “ Não é uma proposta acabada, mas uma ideia para amplo debate”, assinalou o executivo.

Revisão – Após contextualizar a relevância do SUS para o atendimento à sociedade, Mandetta afirmou que a regulação do setor de Saúde Suplementar precisa ser revista. O ministro da Saúde destacou a necessidade de repensar a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9656/98); e a revisão e consolidação das normas criadas pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), com intuito de ter uma regulação menos intervencionista. Mandetta destacou, ainda, a necessidade de criação de espaço específico para maior diálogo entre o Ministério da Saúde e o setor de Saúde Suplementar.

Desafios 2019 – Durante sua apresentação, José Cechin apresentou o conjunto de propostas contidas no documento “Desafios da Saúde Suplementar 2019”, elaborado pela FenaSaúde e entregue à equipe econômica do presidente Jair Bolsonaro. Entre os pontos defendidos pela Federação e suas associadas como forma de enfrentar a escalada de custos e melhorar a qualidade assistencial do serviço, estão a Atenção Primária à Saúde (APS) e rede hierarquizada; mudança do modelo de remuneração dos profissionais de saúde; e combate às fraudes com tipificação de crimes.

“Essas e outras propostas das associadas à FenaSaúde visam dinamizar o mercado de Saúde Suplementar. Para tanto, precisamos aprofundar esses debates sobre os entraves do setor, para podermos ampliar o acesso da

população aos serviços médicos de qualidade”, explica Cechin.

Em resposta às perguntas feitas pela plateia, José Cechin ressaltou o trabalho que o setor tem feito para dialogar com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e contribuir para o aprimoramento das relações com os usuários. Cechin destacou, ainda, os pontos mais sensíveis do setor como a questão dos reajustes das mensalidades dos planos de saúde, a inserção de novas tecnologias no Rol de Procedimentos da ANS e o impacto de seus custos, e a necessidade de proteger o fundo mutual, no qual são oriundos os recursos para custeio dos procedimentos.

Por fim, Cechin ressaltou também a necessidade de vigilância constante para que não ocorram novas organizações ilícitas na área de dispositivos médico implantáveis, como já ocorreu no passado e que trazem grandes prejuízos para toda a sociedade.

AUDIÊNCIA DEBATE RELAÇÃO CONTRATUAL ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

ANS – 25/03/2019

A relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços foi debatida na última sexta-feira (22), no Rio de Janeiro, em audiência pública promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No evento, foram apresentados problemas regulatórios identificados na contratualização entre as partes e sugestões de encaminhamentos da agência reguladora para solucionar conflitos, com foco na boa prestação de serviço ao beneficiário de plano de saúde. A agenda faz parte das discussões que vêm ocorrendo no âmbito da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), espaço técnico da ANS que realizou quatro reuniões, desde novembro de 2018, com representantes de operadoras, prestadores e entidades de defesa do consumidor.

“A realização dessa audiência pública visa dar mais visibilidade à essa questão, garantir espaço para que a sociedade e outras entidades representativas participem do debate. É o momento dessa participação, após o levantamento inicial de temas e encaminhamentos. Todas as sugestões feitas aqui serão avaliadas pela ANS”, explicou o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência, Rodrigo Aguiar, na abertura do evento.

Participaram da agenda o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, e a diretora de Fiscalização, Simone Freire. Alinhamento que atende à necessidade de maior interlocução entre as diretorias, para permitir ações mais concretas sobre o tema. “Somente com a construção

coletiva podemos avançar em um mercado de mais qualidade”, afirmou Scarabel. A diretora Simone Freire lembrou que a agenda da ANS tem buscado cada vez mais diálogo entre todos os atores do setor. “Uma das demandas identificadas é a criação de um canal de denúncias para os prestadores de serviços, que será comandada pela área de Fiscalização”, antecipou.

O diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira, explicou sobre os itens que foram abordados na CATEC e o gerente-geral de Assessoramento Normativo e Contratualização, Gustavo Macieira, fez a apresentação das pautas e de sugestões de encaminhamento da reguladora. Participaram da audiência pública 143 pessoas, entre representantes de operadoras, prestadores, sociedade civil e da própria ANS. O evento foi transmitido via Periscope e pode ser acessado aqui.

Foi apresentada uma das agendas que já está em andamento na Agência, possível a partir da discussão na CATEC, que é a realização de análise e estudos sobre glosa (cobrança contestada) e não pagamento por parte das operadoras. Também foram abordados temas como a remuneração de materiais de uso hospitalar, aplicação irregular de reajuste no contrato e subnotificação de irregularidades. Os presentes puderam fazer apresentações e explicações acerca do tema. FenaSaúde, AMB, Anahp e Abrange foram algumas das entidades que contribuíram com as discussões.

O diretor Rodrigo Aguiar encerrou o evento lembrando que a ANS tem determinação legal de atuar em face de desequilíbrios no setor e problemas regulatórios. “A proposta é ser o menos interventivo possível, mas é nossa obrigação atuar em prol da equidade e da isonomia, para que essa balança seja justa e esse equilíbrio beneficie o consumidor”, destacou. O diretor lembrou ainda que a proposta da audiência não era sair com um resultado definitivo, mas

levantar subsídios para avaliar uma regulamentação sobre a contratualização entre as empresas.

[Acesse aqui a apresentação da ANS](#)

Encaminhamentos foram apresentados na 4ª reunião da CATEC

Na quinta-feira (21), a ANS realizou a 4ª reunião da CATEC, onde apresentou antecipadamente o detalhamento dos temas discutidos durante as reuniões e as sugestões de encaminhamentos que foram debatidos posteriormente na audiência pública. Além de entidades representativas de ambas as partes e de órgãos de defesa do consumidor, participaram da agenda representantes do Ministério Público Federal (MPF) e da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).

“Fizemos a análise de todas as atas e documentos que foram apresentados e trouxemos as sugestões viáveis, casos em que a legislação permite atuação da ANS sem interferência na relação comercial entre empresas”, explicou o diretor Rodrigo Aguiar, lembrando aos presentes que o foco das propostas é a melhoria contratual, visando induzir à transparência e ao diálogo entre as partes.

Inicialmente, seria a última reunião da Câmara Técnica, mas ainda haverá pelo menos mais um encontro para encerrar os debates acerca dos temas levantados. Ao longo dos encontros da CATEC, participaram também das reuniões representantes do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e do Ministério Público do Consumidor (MPCON).

[Saiba mais sobre as reuniões da CATEC](#)

"REAJUSTES ELEVADOS FICARAM PARA TRÁS", DIZ DIRETOR DA BRADESCO SAÚDE

Correio Braziliense – 25/03/2019

Diretor-presidente da Bradesco Saúde afirma que o avanço dos custos é menor e que a reacomodação vai favorecer clientes

O executivo Manoel Peres, diretor-presidente da Bradesco Saúde, maior operadora de planos de saúde do país, com 3,6 milhões de clientes, atravessou períodos desafiadores nos últimos três anos. De 2016 a 2018, a empresa perdeu nada menos do que 700 mil clientes, mais do que toda a população de Uberlândia, no Triângulo Mineiro, ou quase o dobro do número de habitantes de Ceilândia, em Brasília. Apesar da forte retração, a companhia conseguiu crescer. No ano passado, faturou mais de R\$ 23 bilhões, aumento de 6% frente a 2017. Segundo Peres, a expansão foi resultado de mudança no modelo de operação da empresa, que ele comenta nesta entrevista.

O setor de saúde privada foi um dos que mais encolheram com a crise da economia e o desemprego dos últimos anos. Como a empresa se comportou nesse período?

Os três últimos anos, de 2016 a 2018, foram muito difíceis. O ano de 2017 foi o mais difícil desde 2004. O Brasil perdeu 3 milhões de segurados. A Bradesco Saúde perdeu cerca de 700 mil clientes nos últimos três anos. Não é pouca coisa. Todas as grandes operadoras perderam muitos segurados. Obviamente, com a crise e a recessão, todas as empresas, que são o foco de nossas atividades e atuação, tiveram seus orçamentos revistos. Muitas delas tentaram manter ou reduzir custos com despesas médicas de seus funcionários; mas,

mesmo com esse cenário desafiador, conseguimos manter nosso crescimento.

Como foi possível crescer com a economia em crise e o encolhimento do mercado de saúde?

Fizemos uma série de ajustes em todo o nosso modelo de operação. Mantivemos os nossos custos de administração menores do que eram, mas o ponto principal, sem dúvida, foi a questão da reformulação do modelo de remuneração da rede referenciada. Eu acho que esse foi o principal fator que contribuiu para que a gente conseguisse manter a saúde financeira e os resultados. Fechamos 2018 com receita de prêmios superior a R\$ 22,3 bilhões, crescimento da ordem de pouco mais de 6%.

O que foi feito na prática?

Passamos a remunerar os prestadores por meio de um modelo que chamamos procedimento padronizado. Para explicar: trata-se de todos os procedimentos que têm elevada previsibilidade de desfechos clínicos, como hérnias, partos e outros procedimentos costumeiros. Eles têm a tendência de um desfecho muito previsível. Então, fica mais fácil para o hospital, para os prestadores de serviços, estipular valor de acordo com a complexidade do caso. Na prática, é definir valor fixo, em vez do antigo modelo de custos abertos, em que cada agulha, gaze, seringa ou comprimido que era usado entrava na conta. Dessa forma, conseguimos ter mais previsibilidade de custos. Isso deu também mais segurança para os clientes empresariais, algo que ajudou a manter o custo da assistência mais estável.

Só definir preço fixo de procedimentos resolveu o problema?

Esse foi o principal fator, porque aí não há oscilações de custos de materiais, de atendimento de pronto-socorro, de medicamentos. Essa previsibilidade foi o que nos ajudou.

Esse modelo de operação é uma saída para que os planos de saúde parem de reajustar seus preços sempre muito acima da inflação?

A assistência à saúde, infelizmente, no mundo todo tem a tendência de evolução de custo acima da inflação média. Isso ocorre por vários fatores. Sem dúvida nenhuma, em um cenário de crise como a que atravessamos, os reajustes dos custos de assistência se elevam em patamares acima da inflação, e trazem um grande desafio embutido para todos nós. Mas, de toda a forma, o Brasil se saiu bem em 2018 nessa questão.

Por quê?

Posso dizer que foi um dos melhores períodos pra nós, do ponto de vista de resultado final, ainda que com a perda de clientes, que todo o setor experimentou. Conseguimos manter os nossos clientes corporativos, atendê-los dentro das necessidades, repassando o menor custo possível, e revendo nossos custos, renegociando com a rede de credenciados uma condição que mantivesse o custo assistencial num patamar aceitável para a maioria dos nossos clientes. Apesar dos desafios, a gente conseguiu se sair bem em 2018.

A expectativa positiva é a mesma para este ano?

Temos a expectativa de que, em 2019, a vida melhore um pouco com a economia se movimentando, com crescimento do PIB e o retorno da renda e do emprego.

É de conhecimento público que o setor de saúde vive um problema sério que é a fraude. Isso é um problema para a Bradesco Saúde?

Com certeza é um problema. Somos muito atacados por fraudes em reembolsos, principalmente. Infelizmente, como nós somos uma seguradora e temos uma forma diferente das medicinas de grupo, temos um sistema aberto de atenção. O segurado pode optar e tem a liberdade de escolher onde ele vai e apresentar recibos. Por isso, há muita fraude de reembolso, não por parte do segurado necessariamente, mas também de prestadores que não integram a rede credenciada.

Como isso ocorre?

Eles estimulam ou ensinam ao segurado uma condição fraudulenta e, pior de tudo, se utilizam de um instrumento da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), chamado de NIP (Notificação de Investigação Preliminar), como um artifício de pressão contra nós. É como se fosse uma reclamação à agência reguladora, fazendo com que as operadoras tenham que, forçosamente, reembolsar recibos falsos, sob risco de sermos penalizados.

Os planos de saúde já alertaram a ANS sobre essa situação?

Sim. Felizmente, as agências têm se dado conta de que esse instrumento de proteção ao segurado tem servido para fraudes. A ANS tem se mostrado sensível a reavaliar essa posição.

A que cifras chegam as perdas da Bradesco Saúde com fraudes?

É difícil fazer uma estimativa. Pagamos cerca de R\$ 19,5 bilhões em despesas médicas e hospitalares no ano passado. Desse total, entre 8% a 10%, quase R\$ 2 bilhões, foram reembolsos. A gente estima que o volume de fraude nesses cerca de R\$ 2 bilhões seja número relevante, mas não é algo que podemos cravar. Temos conseguido detectar volume expressivo de fraudes, mas não dá para estimar um percentual.

Como se identifica a fraude?

As fraudes têm uma natureza muito criativa, mas nem tudo é recibo falso. O uso inadequado também gera grandes perdas. Não dá para dizer exatamente que é fraude, pode ser também abuso. Há um limite muito tênue, no caso do atendimento médico, entre fraude e abuso.

Abusos verificados por parte dos hospitais e dos médicos?

O uso inadequado dos serviços de saúde, com excesso de solicitações, que não são necessárias para determinado procedimento, é um abuso. Temos recebido solicitações de 100 a 150 exames de um único paciente, de uma só vez. Temos de convir que, para fazer um diagnóstico ou uma avaliação de um paciente, não é necessária uma centena de exames. Do ponto de vista médico, do ponto de vista técnico, não faz sentido dosar tanta coisa assim num paciente. Há casos de pedidos de 10 tubos de sangue para fazer dosagem de todo tipo, de toda natureza, sendo que o paciente, às vezes, nem tem queixa que resulte nessa necessidade.

As fraudes e os abusos são argumentos para justificar os reajustes dos planos de saúde?

Acho que, em fraudes, nem é tanto. Claro que é importante a questão da ação pedagógica sobre os prestadores de serviço, mostrando que os recursos são finitos. Mas, acima de tudo, temos que investir em ações pedagógicas sobre o segurado, no sentido de que a gente está à disposição para auxiliá-los a navegar no sistema de saúde e auxiliá-los na gestão da sua saúde.

Quem deveria ter a responsabilidade de transmitir?

As empresas têm feito muito esse papel. Temos auxiliado muito no sentido de orientar as pessoas a usarem adequadamente. Os produtos que têm coparticipação exercem papel fundamental, porque a pessoa vê, recebe a

demonstração daquilo que ela usou, questiona, e verifica aquilo que foi pago. Sem dúvida, os produtos com coparticipação têm auxiliado muito na conscientização das pessoas para o uso adequado do benefício. Por outro lado, há o papel de orientação das pessoas com relação à própria saúde, da responsabilidade individual com os hábitos de vida, alimentação e atividade física.

Isso já está mudando...

A indústria alimentícia está melhorando seus processos, no sentido de fazer produtos com menos sal, menos gordura e menos açúcar. Tudo isso contribui. São fatores que têm a ver com a ação pedagógica. Nesse sentido, temos uma área na companhia que vale a pena conhecer, chamada Juntos pela Saúde. São todas as medidas voltadas justamente para essas ações junto aos segurados. Isso inclui vacinação

também. Depende de nós motivar as pessoas a se vacinarem contra febre amarela, gripe, meningite e tantas outras situações.

Como será o setor de seguro-saúde privado no futuro próximo?

Com ritmo de reajuste na faixa de 20% ao ano, poucos poderão pagar...

Você tem razão, mas é importante destacar que essa aceleração foi mais forte em 2016 e 2017. No ano passado, foi menos. Reajustes elevados dos planos de saúde ficaram para trás. Hoje, há um ritmo menor de crescimento dos custos. Haverá uma acomodação do uso e da utilização dos recursos. Nisso é no que eu acredito que vai ocorrer nos próximos anos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA É ALTERNATIVA PARA GARANTIR SAÚDE NO ENVELHECIMENTO DOS BRASILEIROS

Exame – 25/03/2019

O número de brasileiros com idade acima dos 65 anos deve quadruplicar até 2060, chegando a 58,4 milhões de pessoas, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Isso é reflexo da queda das taxas de natalidade e de mortalidade registradas no país. A maior expectativa de vida exige ações que garantam um envelhecimento saudável. A alternativa mais eficiente encontrada pelas operadoras de planos de saúde para alcançar esse objetivo é o investimento em programas eficazes de atenção primária à saúde.

De modo resumido, a atenção primária é uma forma de intervenção precoce na história natural das doenças, para evitar a necessidade de intervenções mais drásticas e emergenciais, como internações e procedimentos cirúrgicos.

Esse é um caminho promissor já identificado e adotado, por exemplo, pela Geap, autogestão que administra planos de saúde para servidores públicos, em todo País. A operadora criou a Política Mais Saúde, que referencia programas estratégicos em várias frentes de atenção primária à saúde.

Um deles é o Programa Idoso Bem Cuidado. Além de atendimento com médico geriatra, gerontólogo e generalista, nutricionista e psicólogo, isentos de coparticipação, o programa inclui os resultados em um Registro Eletrônico de Saúde, que permite o acompanhamento e o monitoramento de cada um.

Essa estratégia preventiva acerta em cheio, especialmente, as necessidades do público com mais de 80 anos. Resultado que é ainda mais positivo para o público atendido pela Geap, tendo em vista que a Operadora tem o maior percentual da sua carteira de beneficiários composto por idosos. Sem contar que, entre eles, há mais de 500 centenários.

Para a Diretora de Saúde da Geap, Luciana Rodriguez, doutora em Bioética, programas como esse vão estimular as pessoas a preservarem sua saúde com ações permanentes e cotidianas, o que evitará que os idosos precisem procurar constantemente atendimento clínico para tratamento de doenças que poderiam ser evitadas.

“A saúde precisa de cuidados permanentes e precoces. A inclusão de práticas de estímulo e promoção à saúde, desde cedo, na vida das pessoas é a garantia de um futuro envelhecimento saudável e longo”, declarou Luciana Rodriguez.

Mas não é apenas a população idosa que está crescendo. O total de habitantes em todas as faixas etárias também está. Ainda conforme projeção da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE, toda a população brasileira chegará ao seu máximo no ano de 2030, quando atingirá um total 204,3 milhões de habitantes. Para 2035, a projeção é de que esse número caia para 200,1 milhões.

Por isso, os diversos públicos demandam ações de atenção primária. Notando essa necessidade, a Geap Saúde também criou, dentro da Política Mais Saúde, outros programas paralelos, direcionados a perfis específicos, como os programas Saúde da Criança e do Adolescente (para beneficiários de zero a 18 anos), Saúde da Mulher e Saúde do Homem, sem falar de outros mais estratégicos como Hiperdia, Movimento-se com Saúde, Saúde Mental e Expande.

Assim como Luciana Rodriguez, o Gerente de Atenção e Promoção à Saúde da Geap (Geprom), Breno Piovezana, mestre e graduado em enfermagem, a assistência primária da saúde garante a qualidade de vida das pessoas. “Além disso,

ações como esta reduzem danos e agravos por doenças, sem falar na diminuição de custo assistencial a médio e longo prazos, reduzindo a utilização de serviços de saúde de alta complexidade”, concluiu.

RESPONSABILIDADE X JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Estadão – 23/03/2019

O crescimento das ações judiciais tratando de questões relacionadas à saúde, tem cada vez mais conquistado relevância na movimentação e no volume de demandas junto ao Poder Judiciário.

Em recente pesquisa realizada pelo Insper, encomendada pelo CNJ, divulgada no Hospital Sírio-Libanês em São Paulo em março de 2019, foi constatado o aumento de 130% de ações judiciais relativas à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Nesse período foi contabilizado cerca de 500 mil ações dessa natureza.

Conforme constatado também pela referida pesquisa, a qualidade da prestação jurisdicional em tais ações não tem sido a desejada.

Tal reconhecimento tem decorrido da própria cúpula do judiciário, tanto que o próprio Presidente do Supremo Tribunal Federal, Min. Dias Toffoli, afirmou que “os magistrados não podem administrar o orçamento das empresas de saúde”, assim como sobre “a necessidade de minorar a participação da Justiça na resolução de conflitos ligados à saúde”.

E boa parte da responsabilidade pela má prestação jurisdicional no julgamento de ações afetas à matéria relacionada à saúde se dá pela postura de magistrados que não utilizam ferramentas criadas pelo próprio CNJ em parceria com conceituadas instituições médicas como Hospital Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês, para melhorar a qualificação das decisões, como o “NATs, NAT-JUS e COMITEC”, por exemplo.

Conforme dados da referida pesquisa produzida pelo Insper, menos de 20% dos acórdãos utilizam pareceres técnicos e fundamentação específica.

O que se vê na prática forense contenciosa, são decisões com pouco embasamento técnico à luz da medicina e até mesmo jurídico à luz das respectivas legislações específicas. Para os planos de saúde e hospitais, o resultado de tais decisões é catastrófico, injusto e extremamente danoso.

Para os pacientes, há situações que também se mostram danosas, pois existem decisões que consideram exclusivamente a posição do médico assistente, sem qualquer filtro ou ponderação, não obstante, por vezes, estar contaminada por conflito de interesses, gerando perigo e má

prestação jurisdicional, mesmo nas hipóteses de procedências dos respectivos pleitos.

Em São Paulo, 82% das ações relativas a saúde, se referem às operadoras de planos de saúde privado.

E nesse peculiar, se verifica milhares de decisões contrárias a tais empresas que exercem importante papel na prestação da saúde complementar, num estado, cuja saúde pública não tem condições de cuidar da população.

A lida processual do dia a dia, demonstra o desequilibrado assistencialismo indevido, trazido por decisões judiciais que ignoram o sub sistema legislativo editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como disposições contratuais e pareceres médicos, considerando meramente a necessidade da cobertura do atendimento por parte do paciente, e, não, o seu efetivo direito à luz do contrato e da legislação.

Ocorre que esse tipo de “pseudo solução” individual, no âmbito global, provoca uma reação em cadeia, que prejudica milhares de outros beneficiários e a própria sociedade.

O cenário se torna ainda pior, em relação a desenfreada concessão de tutelas de urgência, “liminares”, em sede de ações judiciais, que impõe imediato desembolso de verdadeiras fortunas no custeamento de coberturas que ao final, em seu julgamento de mérito, são julgadas improcedentes.

Nessas situações, em que pese a lei processual civil garantir que o autor da ação é responsável pelos prejuízos decorrentes da concessão das medidas de urgência, na prática, os beneficiários, em grande parte, detentores dos benefícios da justiça gratuita e sem patrimônio pessoal para fazer frente aos prejuízos, saem impunes e com o tratamento que não tinham direito gratuito e, por sua vez, a operadora com o prejuízo.

O pior é que a própria lei processual civil determina aos magistrados que as tutelas de urgência não devem ser concedidas quando se mostrarem irreversíveis, como no exemplo supra, porém, ainda assim, a concessão de tais medidas não encontra efetivo filtro.

É de vital necessidade que os magistrados desconstruam o pré-conceito de que as operadoras de planos de saúde adotam posturas ilegais como regra, assim como ter a sensibilidade sobre a irreversibilidade prática das medidas de urgência antes de sua concessão.

Tudo porque, nas hipóteses de erro judiciário na concessão das medidas de urgência, confirmados por decisões de improcedência de mérito no julgamento da ação, mesmo existindo lei processual civil garantindo em tese, o respectivo ressarcimento pelos prejuízos gerados pela liminar, na prática, o prejuízo e dano definitivo à operadora de plano de saúde são certos.

Portanto, tão importante quanto a discussão sobre o crescimento da judicialização da saúde, é a responsabilização de suas consequências de forma eficaz, situação que convida os operadores do direito a refletir sobre eventual alteração legislativa, visando de forma objetiva e autônoma, a responsabilização pessoal e direta do magistrado responsável por uma medida de urgência mal concedida, sem o anteparo do Estado e de todos os atuais óbices protetivos impostos pela legislação infraconstitucional.

NORMA ALTERA REGULAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE DE 47 MILHÕES DE PESSOAS

Saúdebusiness – 22/03/2019

Conjunto de mudanças causam profunda alteração no negócio dos planos de saúde e a relação com os clientes, na casa de 47 milhões de beneficiários, segundo dados da ANS de dezembro de 2018. Uma das mais importantes é a Resolução Normativa – RN n. 443, de 25 de janeiro de 2019 – que dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde.

De acordo com José Luiz Toro da Silva, presidente do Instituto Brasileiro de Direito de Saúde Suplementar (IBDSS), a norma visa estimular a adoção de boas práticas de governança corporativa pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Poderá significar um verdadeiro marco na regulação dos planos de saúde.

O diretor da DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, Leandro Fonseca, afirmou que “..estudos apontaram que boa parte do setor regulado possui práticas de governança corporativa e gestão de risco pouco maduras” e que “é de interesse da sociedade, principalmente de quem contrata e usa os serviços, saber se as operadoras observam práticas de gestão que internalizem condutas adequadas e reduzam risco de descontinuidade de suas operações por conta de falhas de controles internos e baixa capacidade de gestão de riscos, o que fortalece a sustentabilidade do setor e ajuda a proteger os interesses dos beneficiários”.

As principais mudanças foram listadas por José Luiz Toro:

1. A norma estabelece que as práticas e estruturas de governança, controles internos e gestão de riscos implementadas pelas operadoras devem ser efetivos e consistentes com a natureza, escala e complexidade das suas atividades, respeitadas as características e estruturas estabelecidas nos seus estatutos ou contratos, bem como que devem considerar os princípios de transparência, equidades, prestação de contas e responsabilidade corporativa.

2. Estabelece a necessidade de se implementar sistemas de controles internos voltados para suas atividades e seus sistemas de informações financeiras, operacionais e gerenciais, com vista a assegurar a confiabilidade das informações, dados e relatórios produzidos, bem como a busca na utilização eficiente dos recursos, com eficácia em sua execução, e o atendimento à legislação e às normas internas aplicáveis à operadora.

3. A gestão de risco deve ter como objetivos: a) uniformizar o conhecimento entre os administradores quanto ao risco das suas atividades, em especial aqueles relacionados aos riscos de subscrição, de crédito, de mercado, legais e operacionais; b) conduzir tomadas de decisão que possam dar tratamento e monitoramento dos riscos e consequentemente aperfeiçoar os processos organizacionais e controles internos da operadora; e c) promover a garantia do cumprimento da missão da operadora, sua continuidade e sustentabilidade alinhadas aos seus objetivos.

Para o presidente do IBDSS, a verificação dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos das operadoras irá ocorrer através do envio anual do Relatório de Procedimento Previamente Acordados – PPA, elaborado por auditor independente, tendo por base os dados do exercício antecedente, sendo que será obrigatório, a partir de 2023, para as operadoras de grande e médio portes, e administradoras de benefícios, e facultativo para as operadoras de pequeno porte e as operadoras classificadas nas modalidades de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos.

Toro destaca que até a citada data, a adoção dos mencionados processos será facultativa, porém a ANS irá estabelecer incentivos regulatórios, ou seja, a possibilidade de redução de fatores de capital regulatório a ser observado para a atuação no setor de saúde suplementar para aquelas operadoras que cumprirem todos os requisitos de boas práticas estabelecidos pela ANS. Os fatores reduzidos de capital regulatório serão regidos por resolução normativa específica que ainda será editada.

Os efeitos imediatos da aplicação da norma são verdadeira mudança na cultura das operadoras, bem como expressivas iniciativas em capacitação e treinamento, entre outros aspectos, sendo que os incentivos regulatórios irão prestigiar aquelas operadoras que cumprirem os mencionados requisitos de boas práticas de governança corporativa.

REMUNERAÇÃO NO MERCADO INFORMAL COMPROMETE CAPACIDADE DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DESEJADOS PELOS BRASILEIROS

IESS – 22/03/2019

Acabamos de publicar a última edição do boletim [Conjuntura Saúde Suplementar](#). A publicação traz os dados consolidados do mercado de saúde em 2018 e os compara aos principais indicadores econômicos, traçando um paralelo para explicar, por exemplo, a alta de beneficiários de planos de saúde, especialmente nos planos coletivos. Um movimento que está intrinsecamente ligado à geração de empregos no País, especialmente aos postos de trabalho com carteira assinada.

De acordo com o Conjuntura a taxa de desocupação encerrou o ano passado em 11,6%, com tendência de queda. O que é

positivo para o setor de saúde e para a economia como um todo.

Infelizmente, o resultado foi impulsionado, principalmente, por empregos informais e por isso teve sua influência do mercado de planos de saúde dissipada. Como o boletim explica, isso acontece porque esses trabalhos oferecem uma remuneração menor e sem benefícios, como plano médico-hospitalar, plano odontológico, ou mesmo outras contrapartidas ainda mais comuns, como vale transporte e alimentação.

Além de possuir esses benefícios, a remuneração média de uma pessoa com carteira assinada no setor privado no País é de R\$ 2.129. Por outro lado, um colaborador no mercado informal recebe em média R\$ 1.371 e os trabalhadores por conta própria, R\$ 1.670. O que compromete a capacidade dos indivíduos e das famílias de contar com um plano de saúde, por mais que o desejem - como já mostramos [aqui](#) e em outras oportunidades que tivemos de comentar a [pesquisa IESS/Ibope](#).

FÓRUM DISCUTE QUALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Fenasaúde – 22/03/2019

Evento teve assinatura de acordo de cooperação técnica no Projeto Parto Adequado

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu nesta quarta-feira (20/03) o Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar. O evento aconteceu no auditório da Confederação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), no Rio de Janeiro, e foi destinado a operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde. Na ocasião, houve o lançamento do Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor e assinatura de acordo de cooperação técnica com duas importantes entidades que darão reforço ao Projeto Parto Adequado: a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

O Fórum, que contou com a participação de quase 150 pessoas de mais de 80 entidades, muitos deles parceiros de projetos da Agência, abordou assuntos fundamentais para aprimorar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde para os beneficiários de planos, como: modelos de remuneração baseados em valor na saúde suplementar; programas de

indução da qualidade (projetos Parto Adequado, Atenção Primária em Saúde e Idoso Bem Cuidado); e rede de atenção oncológica na saúde suplementar (Projeto OncoRede).

Segundo o diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, "queremos que a melhoria da atenção à saúde seja a base de uma grande transformação no setor suplementar. É fundamental fomentar discussões a respeito do assunto, com o objetivo de aprimorar o cuidado e buscar modelos inovadores na forma de organizar o sistema e atender as pessoas com base na Atenção Primária, de modo preventivo, integrado e contínuo. Cada vez mais a Agência desenvolve programas e ações que estimulam as boas práticas nas operadoras em prol da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários. No Fórum, os participantes tiveram a oportunidade de conhecer de perto projetos da Agência, debater sobre os temas relacionados à qualidade, bem como compartilhar experiências no setor".

Na abertura, o diretor anunciou que a ANS está desenvolvendo o projeto Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde, em parceria com o Hospital Moinhos de Ventos (no Rio Grande do Sul), por meio do programa PROADI-SUS, com o objetivo de avaliar o desempenho das instituições hospitalares privadas do Brasil. E que está elaborando um painel de indicadores de qualidade que considera as características demográficas, culturais e do sistema de saúde suplementar brasileiro. O diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira e a gerente-executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da

Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, também participaram da abertura do evento.

Modelos de remuneração baseados em valor na saúde suplementar

O evento teve início com a discussão sobre modelos de remuneração baseados em valor na saúde suplementar. Ana Paula Cavalcante explicou que a proposta significa reorganizar a forma de pagamento aos profissionais, clínicas e hospitais, de modo a contemplar a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários de planos, além de incentivar a redução de custos desnecessários. Priscilla Brasileiro, coordenadora substituta, também participou do painel, onde houve também o lançamento do Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, que já está disponível no site da ANS.

Entre os parceiros convidados, o diretor-superintendente do Hospital Israelita Albert Einstein, Miguel Cendoroglo Neto, apresentou a experiência do hospital com modelos de remuneração baseados em valor. O presidente da Federação de Hospitais da Bahia e vice-presidente da Confederação Nacional da saúde, Marcelo Britto, abordou um Modelo de Remuneração Inovador na Saúde Suplementar, o "Capitation Reverso". O diretor nacional de Inovação e Estratégia da Amil, Eduardo Reis Maia, compartilhou a experiência da operadora com modelos de remuneração.

Estímulo ao parto normal

A programação do Fórum incluiu a formalização da assinatura do Acordo de Cooperação Técnica do Projeto Parto Adequado com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), representada por Kleyde Ventura, presidente da Associação, e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), representada por Juvenal Barreto, diretor de Defesa Médica e Valorização Profissional da Federação, que agora se unem à ANS, ao Hospital Albert Einstein e ao Institute for Healthcare Improvement (IHI) na iniciativa. A diretora de fiscalização da ANS, Simone Freire, participou ao lado do diretor Rodrigo Aguiar e da coordenadora do Projeto, Jacqueline Torres, da formalização da parceria. O objetivo é aprimorar o diálogo com os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros obstetras e médicos, contribuindo na elaboração ou revisão de materiais técnicos, colaborando na elaboração de protocolos de trabalho de assistência ao parto por enfermeiros e médicos, realizando visitas às maternidades participantes e favorecendo oportunidades de engajamento, troca de experiências, formação e treinamento para os profissionais. Essas iniciativas serão fundamentais também para incrementar o suporte científico ao Parto Adequado.

Desde a sua criação, em 2015, o Projeto Parto Adequado, que tem como objetivo estimular os partos normais na saúde suplementar, já evitou 20 mil cesarianas desnecessárias. Jacqueline Torres fez um balanço dos quatro anos de experiência do Projeto. Débora Coutinho, da Petrobras; Mariana Haddad, do Hospital São Francisco Instituto Vida e

Jeyner Valério Júnior, da operadora Unimed Jaboticabal, falaram sobre seus resultados como participantes.

O Parto Adequado conta hoje com 113 hospitais participantes, sendo 87 da rede privada e 26 da rede pública de saúde. Dados da ANS apontam que, em 2015, a taxa de partos cesáreos chegava a 84,6% na saúde suplementar. Em 2017, a taxa caiu para 83%. O objetivo do programa é que a taxa de partos normais aumente entre os participantes, chegando a 40%, e que essas mudanças positivas estimulem a adesão de mais hospitais a iniciativas em prol da saúde das gestantes e dos bebês. Já está comprovado cientificamente que o trabalho de parto é bom para a saúde dos bebês, uma vez que têm menos chances de desenvolver doenças como asma, diabetes, alergias e obesidade. Já as mães evitam riscos inerentes às cirurgias e se recuperam mais rapidamente, além de terem a amamentação favorecida.

[Conheça mais sobre o Projeto Parto Adequado.](#)

Atenção Primária à Saúde

No painel sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e Idoso Bem Cuidado, o destaque foi o Manual de Certificação em Boas Práticas em APS e o Processo de Certificação em APS. A atenção primária é uma estratégia de organização dos serviços de saúde para responder forma, preventiva, contínua e sistematizada às necessidades da população atendida, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. A ANS editou o Manual para orientar as operadoras de planos organizarem suas operações e os serviços prestados por suas redes conveniadas ou credenciadas nesse sentido. Operadoras que atenderem aos requisitos necessários poderão ser certificadas, tendo a qualidade de seus serviços reconhecida por instituições especializadas e autorizadas pela ANS para verificar o nível de qualidade. Contribuíram nesse debate Daniel Knupp, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMF) e Renato Veras, da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ).

O Projeto Idoso Bem Cuidado, que atualmente integra o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS), é um modelo inovador de atenção aos idosos, que tem como objetivo estimular o debate acerca do cuidado ao idoso na saúde suplementar, com foco em melhorias de qualidade e na prestação de serviço em todos os níveis de atenção - em especial no primeiro nível, a chamada porta de entrada ou cuidados primários. As operadoras de planos Notredame (representada por Walter Moschella Júnior) e Unimed Belém (representada pelo Dr. Yuji Ikuta) compartilharam suas experiências nesse Projeto, em debate que contou com a contribuição de Martha Oliveira, diretora de estratégias e novos negócios na Qualirede e ex-diretora da ANS.

[Conheça mais sobre o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde.](#)

Rede de atenção oncológica na saúde suplementar (OncoRede)

A reorganização da Rede de Atenção Oncológica no setor foi o tema de encerramento do evento. Uma rede oncológica integrada e resolutiva é fundamental em um contexto que reúne o crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o aumento da expectativa de vida e uma consequente elevação da incidência dos cânceres na população brasileira. Em função disso, a ANS está elaborando a Certificação em Boas Práticas na Atenção Oncológica (OncoRede), como forma de reconhecer as operadoras de planos de saúde que demonstrem maior qualidade na prestação dos cuidados aos pacientes com câncer. Eduardo Neto, coordenador da ANS, apresentou o tema, acompanhado das experiências com atenção oncológica integral das operadoras Unimed São Sebastião do Paraíso (representado pelo Dr. Matheus Colombaroli) e Unimed Recife (representado pela Dra. Penélope Araújo). A debatedora do painel foi Germana Hunes, diretora do Hospital do Câncer IV/Inca.

A Certificação OncoRede visa a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde. O modelo propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no país. A ANS convidou entidades parceiras ligadas ao tratamento de pacientes oncológicos para compor um Comitê Consultivo, que será responsável pela elaboração da Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica.

[Conheça mais sobre o Projeto OncoRede.](#)

O evento foi transmitido via Periscope. Para assistir ao Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar acesse o site <https://www.periscope.tv/> e procure o perfil ANS reguladora.

ANS RECOMENDA USO DE MODELOS DE PAGAMENTOS PROSPECTIVOS

IESS – 21/03/2019

Não é de ontem que apontamos a necessidade de mudança no atual modelo de remuneração de serviços de saúde adotado no Brasil, o fee-for-service. Afinal, como já [falamos aqui](#) e em diversas outras oportunidades – em nossa [Área Temática](#) você pode ver todas rapidamente –, premia o desperdício ao remunerar por serviço executado e não por desfecho clínico.

Felizmente, dessa vez, não somos nós (não somos apenas nós) que estamos fazendo a afirmação, mas a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de seu diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar. “A cada atendimento, exame, cirurgia, é feito um pagamento ao prestador, não importando a qualidade do serviço, e não importando o resultado em saúde para aquele paciente. O Brasil é, por exemplo, o campeão mundial em realização de ressonância magnética. Isso ocorre porque há um estímulo à produção. Os profissionais ganham quanto

mais eles produzirem”, Aguiar afirmou à Agência Brasil – a reportagem foi replicada por diversos canais, como o site da [revista Exame](#).

Para combater esse problema, a ANS está lançando o [Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor](#), uma cartilha que apresenta 5 modelos que podem ser adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) para remunerar profissionais, clínicas e hospitais em substituição ao fee-for-service ou mesmo de forma complementar: pagamento por performance (P4P, como é mais conhecido), capitation, pacotes (global e parcial), DRG, e assalariamento.

Para entender melhor cada um dos modelos, recomendamos a leitura do [TD 64 – “Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar”](#), que destaca os benefícios de modelos de pagamento prospectivos.

Ainda não está claro como se dará o processo de adoção desses modelos, mas a recomendação de utilização deles pela ANS é, certamente, um fato a se comemorar. Nós, claro, ficaremos de olho em seus desdobramentos.

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.