

30 de maio de 2018

ANS REALIZA CONSULTA PÚBLICA SOBRE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE

ANS –29/05/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza em seu portal, a partir desta terça-feira (29/05), os documentos que integram a Consulta Pública nº 66, que trata do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. O objetivo é reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à proposta de Resolução Normativa que institui o programa. As contribuições poderão ser feitas entre os dias 05/06 e 04/07, através de formulário específico que será disponibilizado na página.

“A consulta pública é uma etapa fundamental para a instituição de um programa justo e adequado, que efetivamente contribua com a mudança dos modelos assistencial e de remuneração de prestadores no Brasil”, ressalta Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial ANS.

O Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde busca induzir melhorias no setor através da certificação de operadoras que desenvolverem projetos relacionados à melhoria do acesso à rede de prestadores, à qualidade da atenção à saúde e à experiência dos beneficiários de planos de saúde.

1º CONGRESSO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DISCUTE NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

FenaSaúde –28/05/2018

Diretor da FenaSaúde defende envolvimento de consumidores, profissionais de saúde e operadoras de planos para viabilizar novas formas de pagamento

A 25ª Hospitalar, evento que reúne novidades do setor e avanços em várias frentes da cadeia da saúde, contou este ano com o 1º Congresso de Saúde Suplementar, realizado entre os dias 22 e 25 de maio, no estande da TM Jobs, no Pavilhão Verde.

Com o tema “A Saúde Suplementar do Futuro – Impacto Econômico e Sustentável”, o evento expôs nove seminários. Entre eles, “Novos Modelos de Remuneração e Regulação do Setor”, que reuniu o diretor-executivo da Federação Nacional de Suplementar (FenaSaúde), José Cechin; o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rodrigo Rodrigues de Aguiar; a diretora técnica Médica e Rede Credenciada na SulAmérica Saúde, Tereza Veloso; o superintendente regional da Bradesco Saúde, Flavio Mendes; e Denise Eloi, diretora do Instituto Coalizão.

Durante o debate, os representantes de operadoras apresentaram exemplos de modelos de remuneração para prestadores de serviços que já são utilizados em suas empresas, como: DRG (pagamentos por procedimentos gerenciados - clínicos e cirúrgicos); Bundles (pagamentos baseados em episódios); Capitation (pagamento per capita); etc. Houve consenso em admitir que não se deve seguir um único modelo e que o modelo utilizado deve ter foco no resultado do paciente.

A primeira iniciativa do programa é o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS), que foi apresentado pela ANS em abril, durante divulgação da Agenda para o Desenvolvimento Setorial. O Projeto APS prevê a concessão, por intermédio de entidades acreditadoras independentes, de um selo de qualidade às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos relacionados a essa temática. O objetivo de instituir o selo APS é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar no sistema de saúde.

O projeto propõe ainda o estímulo à implementação de modelos inovadores de remuneração de prestadores no setor e a implementação de indicadores de atenção primária, em conformidade com evidências científicas, para monitoramento dos cuidados primários na saúde suplementar. Ainda, está sendo discutida uma parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Setorial (BNDES) para fomentar a implementação de projetos em APS nas operadoras de planos de saúde.

Estarão disponíveis para consulta a minuta de Resolução Normativa e todos os anexos, entre eles o Manual de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde, que define o conceito de APS e detalha os critérios que devem ser adotados pelas operadoras de planos de saúde e entidades acreditadoras interessadas em aderir à iniciativa.

[Clique aqui e confira na íntegra a Consulta Pública nº 66](#)

O diretor-executivo da FenaSaúde observou que, segundo Porte/Kaplan (Scott Kaplan e Porte Brown), inovadores na avaliação de sistemas de pagamento na saúde, o modelo de pagamento por item de despesa é o maior obstáculo individual para a melhoria da atenção à saúde. Propõe, portanto, a reformulação dos pagamentos. Cechin lembrou que há inúmeros formas de pagamento, mas que é ilusória a busca pela melhor para todas as circunstâncias. “Haverá que se trabalhar com conjuntos de formas, para que se atinjam os objetivos almejados. Cada modalidade resolve alguns dos problemas causados por forma inadequada, mas pode acrescentar outros. Exemplifico com o Capitation, que transfere todo o risco para o prestador.”

Cechin contrapôs ainda que as novas modalidades de pagamento objetivem o compartilhamento do risco, ante ao contrário, objetiva a separação dos riscos: “o do seguro compete exclusivamente à operadora de planos de saúde, enquanto que o de desfecho clínico compete ao prestador. Com isso, se seguiria o princípio de cada qual responder pelos atos sobre os quais tem gestão – a operadora pelo cálculo atuarial e o prestador pelo ato médico. Para que as propostas de mudança nas formas de pagamento possam ter êxito é essencial que se reconheçam as incertezas que qualquer mudança produz, a existência de interesses legítimos e por vezes conflitantes entre os envolvidos na cadeia da saúde, que a redução de desperdícios trazidos por outras modalidades de pagamento permitem o ganhanha e que é preciso compartilhar entre todos os participantes.”

Para o diretor da FenaSaúde, o sucesso dependerá de envolver a todos no esforço pela mudança. “Consumidores (beneficiários/pacientes), pelos profissionais, pelos hospitais, clínicas e laboratórios, operadoras e inclusive a indústria supridora de equipamentos, materiais e medicamento”. José Cechin destacou que iniciativas coletivas por entidades de classe se mostraram inviáveis e que por isso deve-se seguir com negociações bilaterais e começar por casos mais simples e prosseguir pelo de maior complexidade “As negociações devem acontecer entre cada operadora com cada um

de seus prestadores. Deve também haver mudança de comportamento tanto dos consumidores quanto dos profissionais para que se faça um uso mais adequado dos recursos da medicina.”

Já o diretor da ANS destacou as diretrizes da Agência visando novos modelos de remuneração. “Colocar o paciente em primeiro lugar; estimular iniciativas centradas no paciente e em melhorias organizacionais; priorizar modelos baseados em valores em saúde; e tornar os resultados transparentes para a sociedade”, exemplificou Rodrigo Aguiar.

APOSENTADO PODERÁ MANTER PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL

Portal Nacional de Seguros –28/05/2018

Avança no Senado o projeto de lei que altera a Lei 9.656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. De autoria do senador Hélio José (Pros-DF), o projeto assegura ao beneficiário de plano de saúde decorrente de vínculo empregatício a manutenção do benefício após a aposentadoria, independentemente do período de permanência no emprego, desde que passe efetuar seu pagamento integral.

A proposta, que já está na Comissão de Assuntos Sociais, que a analisa de forma terminativa, também garante ao aposentado a continuidade do direito à assistência do plano de saúde, nas mesmas condições que tinha quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo sem ter contribuído para o plano, se assumir o seu pagamento integral.

INTERESSE POR PLANO DE SAÚDE ATINGE RECORDE

O Estado de S. Paulo –27/05/2018

Diante da qualidade da saúde pública no Brasil, os planos de saúde privados são, cada vez mais, um objeto de desejo dos brasileiros. No

CURATELADO PODE SER DEPENDENTE EM PLANO DE SAÚDE DO CURADOR, DECIDE JUIZ

Consultor Jurídico –26/05/2018

Entre as obrigações alimentares que um curador tem em relação ao seu tutelado está o atendimento à saúde. Com esse entendimento, o juiz João Henrique Coelho Ortolano, da Vara Cível de Ibiporã (PR), julgou procedente o pedido de inclusão de uma mulher portadora de deficiência mental no plano de saúde de seu cunhado.

Em ação de obrigação de fazer, a curatelada e seu curador, ambos autores, pediram à administradora de plano de saúde da Fundação Copel que incluísse a mulher deficiente como dependente do ex-funcionário, que virou seu cuidador após a morte da mulher, irmã da autora. Embora não esteja mais ativo no quadro de empregados da empresa, o requerente se manteve filiado no plano de previdência.

A companhia ré alegou que a inclusão não poderia acontecer, pois os requisitos de admissão de dependentes seguem norma interna e haveria risco de ocasionar um desequilíbrio contratual. Disse que o Código de Defesa do Consumidor não é aplicável ao caso e requereu a improcedência do pleito autoral.

Teresa Veloso ressaltou que a elevação dos custos assistenciais está chegando a um nível que os contratantes de planos (coletivos e individuais) não aguentam mais. “Precisamos focar na experiência do paciente e na qualidade do resultado final”, disse.

Segundo o superintendente da Bradesco, não é possível se pensar em novos modelos de remuneração se os prestadores de serviço não emprestarem a esses modelos capacidade e eficiência. “A fonte pagadora e o cliente final estão dispostos e receptivos a entender melhor e trabalhar com modelos de remuneração alternativos.”

O relator da proposta, senador Paulo Rocha (PT-PA), apresentou parecer favorável, argumentando que a aprovação do projeto elimina o entrave burocrático que impede a continuidade do plano de saúde para alguns aposentados, sem trazer qualquer vantagem para as empresas.

Rocha destaca ainda que o aposentado deverá arcar integralmente com as mensalidades do seu plano de saúde, não gerando impacto significativo sobre o equilíbrio atuarial dos planos de saúde coletivos empresariais.

Por fim, o relator observa que, atualmente, a grande maioria das empresas não mantém planos de saúde próprios, contratando grandes operadoras para fornecer esses produtos a seus empregados. Dessa forma, ele entende que não haverá qualquer obstáculo para a empresa manter o plano de saúde para o seu ex-empregado aposentado, que deverá arcar com os custos do contrato, enquanto o ex-empregador sequer se preocupará com a administração do plano.

primeiro trimestre deste ano, o Índice de Interesse por Planos de Saúde (IPS), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) atingiu o maior nível da série histórica, aos 65,7 pontos numa escala que vai de zero a 100. Após o setor de saúde privada perder 3 milhões de beneficiários na crise, o indicador, que mede o interesse dos consumidores pelo produto, aponta crescimento no volume de pesquisas desde meados de 2017.

Mas a decisão do juiz afirmou o contrário. De acordo com seu entendimento, a relação entre o autor e o plano é regida pelo CDC, “visto que plenamente caracterizados os conceitos de consumidor (Artigo 2º) e fornecedora da administradora do plano de saúde (Artigo 3º)”. O magistrado citou também a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, que entende que o código é aplicado em contratos de plano de saúde.

Ortolano ressaltou que se aplica à curatelada os mesmos dispositivos do Código Civil (artigos 1774 e 1781) que recaem sobre o instituto da tutela. Como tal, cabe ao curador, entre outras obrigações, prover o atendimento à saúde de sua dependente.

Ao negar a inclusão da pessoa com deficiência no plano de saúde, diz a decisão, a empresa gera uma situação de iniquidade em que, “ainda que se reconheça a condição de beneficiário dependente ao filho incapaz e ao tutelado, recusa-se o mesmo tratamento ao curatelado com deficiência”.

“Todavia, é certo que o artigo 6º, inciso II, alínea ‘h’ do regulamento do plano de saúde admite como beneficiários dependentes os filhos”, disse o magistrado. “No caso em tela, a equiparação da curatelada ao filho incapaz mostra-se razoável, pois, em razão de problemas mentais que acometem a autora, a situação do autor é semelhante a de um pai de uma pessoa com incapacidade permanente, eis que a autora necessita de cuidados com sua higiene e alimentação por parte do autor”, ressaltou.

“Mais a mais, o artigo 5º da Constituição da República, estabelece como direito fundamental a igualdade, razão pela qual deve ser interpretado sistematicamente o regulamento em questão, para que os curatelados recebam o tratamento isonômico para com os previstos nas alíneas 'h' e 'i' do inciso II, do artigo 6º, de forma a

concretizar o também princípio fundamental de assistência e amparo à pessoa com deficiência”, concluiu o juiz ao determinar que o plano de saúde deve incluir a curatelada como dependente de seu curador no prazo de cinco dias.

PACIENTE NÃO PRECISARÁ PAGAR POR CONSULTA NO CASO DE RETORNO PARA APRESENTAR EXAMES

O Globo –25/05/2018

Prazo para voltar ao consultório será definido pelo médico

RIO — Os pacientes não precisarão mais pagar por consulta médica no caso de retorno para a apresentação de exames. Proposta que impede a cobrança foi aprovada pela Comissão de Defesa do Consumidor do Câmara dos Deputados. O prazo para retorno será definido pelo médico.

De acordo com a proposta, eventual adicional ou nova consulta só será cobrado caso o paciente não dê entrada nos exames pedidos em até 15 dias da data do pedido médico. O texto aprovado é um substitutivo do deputado José Carlos Araújo (PR-BA) ao Projeto de Lei 8231/17, do ex-deputado Franklin. O texto original garantia aos

pacientes 60 dias, contados da primeira consulta médica, para realizar o retorno sem que haja nova cobrança.

Pela proposta, operadoras de planos de saúde, empresas de saúde suplementar e instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial não podem estabelecer prazos entre consultas que interfiram na autonomia do médico ou na relação com o paciente. Quem descumprir a norma estará sujeito a penalidades previstas que vão desde advertência confidencial a cassação do exercício profissional.

Segundo Araújo, o novo texto é mais justo tanto para o consumidor, no caso paciente, como para o profissional médico, levando em conta a disciplina já existente editada pelo Conselho de Medicina.

“Buscamos apresentar uma redação mais objetiva e direta”, disse o parlamentar.

Araújo acatou sugestões dos deputados Celso Russomanno (PRB-SP) e Carlos Sampaio (PSDB-SP) para estabelecer regramento mais adequado em relação a prazo e condições de retorno do paciente.

A proposta tramita em caráter conclusivo e ainda será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

SAÚDE SUPLEMENTAR CONTRATA CERCA DE 20% DE TODO O SALDO DE EMPREGOS FORMAIS NO PAÍS EM MARÇO

IESS –24/05/2018

Esse é o melhor resultado desde o lançamento do Boletim do IESS

De acordo com o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o setor manteve o ritmo positivo de contratações. O levantamento mostra que o total de trabalhadores na cadeia (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde) apresentou crescimento de 2,5% no período de 12 meses encerrado em março de 2018. Esse é o maior crescimento proporcional desde que o relatório foi lançado, com dados de abril de 2017. Já o total de empregos formais – que considera todo o conjunto econômico nacional – dá sinais de recuperação com a segunda variação positiva no ano. Desta vez, o mercado apresentou crescimento de 0,3% na mesma base comparativa.

“Nas 12 edições do relatório até aqui, vimos o setor de saúde suplementar atravessar parte da crise no país como um contraponto ao total da economia”, comenta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “Em um momento que os postos formais de trabalho começam a apresentar tendência positiva, a cadeia encerra o período com seu maior crescimento proporcional dos últimos meses”, avalia.

Carneiro lembra que o fluxo de emprego no segmento também é destaque nesta edição do boletim. “O saldo positivo de contratações de 11.030 pessoas representa, aproximadamente, 20% do saldo total de postos formais de trabalho em março desse ano”, conclui. Na economia como um todo, o saldo foi positivo em 56.151 postos formais de trabalho.

Vale lembrar que o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009 para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional. Em março de 2018, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 137, mantendo-se o mesmo desde janeiro. O número-índice da economia total manteve-se em 109, como tem ocorrido desde dezembro de 2017.

A nova edição do relatório mostrou saldo de empregos positivo na saúde suplementar em todas as regiões do país em março de 2018, com destaque para o Sudeste, com resultado de 6.307, seguido pelo Nordeste, com 2.063. A região Sul teve o terceiro melhor desempenho, com saldo positivo de 1.178 empregos, seguida por Centro-Oeste e Norte, com 1.126 e 356, respectivamente.

Subsetores

Na análise por subsetor do período de 12 meses encerrado em março de 2018, o segmento de Operadoras foi o que mais cresceu, com aumento de 2,8%, seguido pelo de Fornecedores, com alta de 2,6% e Prestadores, que expandiu em 2,4%. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,4 milhões de ocupações, ou 71,5% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 824,7 mil pessoas, 24% do total. As operadoras e seguradoras empregam 152,9 mil pessoas, ou seja, 4,5% da cadeia.

INDICAÇÃO DE ROGÉRIO SCARABEL PARA A DIREÇÃO DA ANS É APROVADA NA CAS

Agência Senado –23/05/2018

Com 9 votos favoráveis e 3 contrários, a indicação do advogado Rogério Scarabel para compor a diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), nesta quarta-feira (23). A análise da indicação, feita pelo governo federal, segue agora ao Plenário do Senado.

Durante a sabatina, Scarabel foi muito questionado pelos senadores pelo fato de, em sua atividade profissional, ter defendido os pleitos dos planos de saúde. A senadora Rose de Freitas (Pode-ES) afirmou que a indicação aprofunda o processo de captura da ANS pelos interesses privados, em detrimento dos direitos da população.

Rose disse perceber um "óbvio conflito de interesses" na presença do advogado na direção da agência, qualificou a sabatina de constrangedora e chegou a pedir a suspensão da análise à presidente da CAS, senadora Marta Suplicy (MDB-SP).

A presidente da CAS lembrou que o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) solicitaram à Comissão de Ética da Presidência da República uma averiguação sobre potencial conflito de interesses, pois Scarabel foi sócio, até abril, de um escritório de advocacia atuante em demandas das operadoras junto à ANS. Marta Suplicy deu continuidade à análise da indicação, afirmando que "nenhuma sabatina é vinculada à aprovação, e cada senador deve votar de acordo com sua consciência".

O indicado Rogério Scarabel afirmou que sua atuação como advogado junto à agência reguladora não se deu "apenas para os planos de saúde, mas muito mais na defesa das normas nas relações entre beneficiários, prestadores de serviços e as operadoras".

Questionamentos e demandas

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.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br

O senador Hélio José (Pros-DF) ainda quis saber do indicado porque ele abriria mão de atuar como dos planos de saúde na condição de sócio de um escritório, para receber R\$ 14 mil por mês na ANS. O senador defendeu que o posto fosse ocupado por um servidor de carreira.

Na resposta, o indicado afirmou que aceitou servir na agência por compromisso público, e não comentou sobre a necessidade ou não de uma CPI. Porém entende que a ANS está aperfeiçoando seus mecanismos de fiscalização, tanto que no ano passado pôde repassar mais de R\$ 500 milhões para fundos nacionais de saúde.

Já a senadora Ana Amélia (PP-RS) pediu a Scarabel que priorize, caso tenha indicação confirmada, o reajuste da tabela de diversas especialidades no que tange à remuneração dos prestadores de serviços em suas relações com os planos de saúde.

O indicado admitiu que este é um grande ponto de conflito no setor e que tratará o assunto como prioridade caso assuma o posto. Mas lembrou que a própria ANS possui normas determinando o reajuste anual das tabelas.

Em sua fala inicial, Scarabel chamou atenção ainda para o gigantismo da saúde suplementar no Brasil. Ressaltou que 47 milhões de brasileiros possuem planos de assistência médica, vinculados a 759 operadoras. Por fim, mencionou que a receita das empresas foi de R\$ 158 bilhões em 2016, responsáveis por 3,7 milhões de postos de trabalho diretos e indiretos.

ANS

Ainda durante a sabatina, o senador Hélio José (Pros-DF) defendeu que o Senado abra uma CPI para investigar a ANS, devido à "inoperância" da agência que, segundo ele, "virou uma advogada dos planos de saúde contra os contribuintes".

— Aqui no Brasil os planos de saúde deitam e rolam, enquanto dezenas de milhões de pessoas pagam preços altíssimos para ao final não terem o devido atendimento. Isto inclusive onera de forma terrível as contas públicas, porque sobrecarrega o SUS — criticou.