

10 de outubro de 2018

PAULO REBELLO TOMA POSSE COMO DIRETOR DA ANS

ANS –09/10/2018

O advogado Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho tomou posse, nesta terça-feira (09), no cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O decreto com a nomeação para o mandato de três anos foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 25/09, após sanção do presidente da República. Por decisão da Diretoria Colegiada, Rebello ocupará o cargo de diretor de Gestão,

decisão que passa a valer nesta quarta-feira (10), após publicação no Diário Oficial da União.

Graduado em Direito pelo Centro Universitário de João Pessoa – Unipê – PB, com curso de Capacitação em Gestão e Direito da Saúde em andamento, Paulo Rebello tem ampla experiência na vida pública. Em 2016, ingressou no Ministério da Saúde como Chefe de Gabinete do Ministro.

A indicação de Rebello foi aprovada pelo Senado Federal no dia 05/09, após o indicado passar pela sabatina da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) da Casa.

PARA REDUZIR CUSTOS, PLANOS DE SAÚDE MUDAM PAGAMENTO A HOSPITAIS

Extra –07/10/2018

Um movimento silencioso entre hospitais e operadoras de planos de saúde começa a substituir o modelo de pagamento de serviços médicos e hospitalares predominante no sistema de assistência privada do país. A ideia é adotar alternativas que tornem o custo de cada atendimento mais previsível e associado ao desempenho. A preocupação, porém, é como manter a qualidade do atendimento aos pacientes, especialmente em casos de internação. A mudança pode afetar 47,4 milhões de usuários de saúde suplementar, ou seja, um em cada quatro brasileiros.

Hoje, a maioria dos planos faz pagamento por serviço (fee for service), a partir de cada exame ou procedimento realizado, material utilizado, diária de internação etc. Ou seja, o valor final varia muito, e a remuneração do hospital ou da clínica depende do volume de serviço e material envolvido — o que pode induzir ao desperdício. Um paciente internado por mais tempo pode remunerar mais a unidade.

Alguns centros médicos em São Paulo já começaram a adotar o novo modelo. Um deles é o Hospital Albert Einstein, que adotou um modelo de remuneração fixa para procedimentos de ortopedia e atendimento ambulatorial. Além disso, a unidade desenvolve um projeto-piloto para avaliar a possibilidade de ter pacotes com preço fixo para tratar câncer de mama.

— É preciso pensar na qualidade de atendimento. O modelo tem que ser rediscutido para ser mais eficiente. Os grandes hospitais serão capazes de operar a mudança. O que preocupa são os hospitais de pequeno e médio portes, a maioria no país. Hoje, 30% das Santas Casas não têm nem computador. Se cada operadora decidir aplicar um modelo diferente, o risco será grande — disse Leonardo Barberes, secretário-geral da Associação de Hospitais do Rio (AHERJ).

ANS não irá definir modelos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que a mudança de modelos de remuneração dos hospitais e prestadores de serviço possibilita a sustentabilidade e a redução de custos do setor.

A ANS afirmou, no entanto, não pretende estabelecer modelos de remuneração obrigatórios, e que essa medida fugiria de suas atribuições. A agência disse que pretende estabelecer diretrizes e apoio técnico para a adoção de modelos que favoreçam a qualidade

e a sustentabilidade, a serem negociados e pactuados diretamente entre as operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Na prática, hospitais e operadoras de planos de saúde estão negociando diretamente e ajustando os sistemas aos seus modelos de negócios. Somente a Amil já alterou as contas médicas em 36 hospitais em vários estados do país. A operadora espera chegar até o final do ano com 45 acordos fechados:

— Nossa intenção com novos modelos de remuneração propostos é priorizar o aumento na qualidade do serviço prestado, e não a economia. Mas, de fato, a redução de custos está associada à diminuição de desperdícios. Com essa mudança, a expectativa é que a inflação médica passe a acompanhar cada vez mais os índices oficiais de inflação, conforme o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA). Um dos modelos começou a ser implementado em algumas especialidades nos municípios de Niterói e São Gonçalo, no Rio. Há várias negociações em andamento em outras cidades do país, nas especialidades de cirurgia vascular, ortopedia, urologia, cirurgia bariátrica e oncologia — observou Daniel Coudry, diretor- médico da rede da Amil.

Um dos modelos testados prevê o acompanhamento de indicadores clínicos para monitoramento da qualidade da assistência com pagamento de um valor fixo por mês.

Transparência e atendimento do consumidor

Para o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a preocupação é com a transparência do processo de mudança de remuneração e o atendimento ao paciente. A advogada e pesquisadora em Saúde do instituto, Ana Carolina Navarrete, explica que a responsabilidade pela gestão dos custos não deve ser transferida para o consumidor:

— Hoje, o que temos é uma transferência de responsabilidade de custos para o consumidor, a partir do sistema de franquia e coparticipação. Agora, o que está sendo proposto é a substituição no modelo de remuneração, que até agora é focado no procedimento, para o foco no desfecho do atendimento. O importante é que consumidor saiba o que está sendo realizado e executado nele. O que defendemos é que houvesse mecanismos de avaliação da qualidade do atendimento pelo usuário — observou Navarrete.

DEPOIMENTO: ‘O paciente hoje fica perdido na rede’, observa Martha Oliveira, diretora da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp)

“O modelo agora privilegia a ineficiência. Quanto mais ineficiente, maior poderá ser a remuneração. Prestadora e hospital vão encontrar seus modelos. Hoje, o paciente fica perdido na rede, sem

continuidade de tratamento. Ele não tem registro de histórico e vive repetindo etapas. É preciso ter continuidade.”

ENTREVISTA: ‘A operadora deixa de pagar por tudo e remunera pelo conjunto dos custos’, explica Marcos Novais, economista-chefe da Associação de Planos de Saúde (Abramege)

O que prevê a mudança de modelo de remuneração?

O principal é deixar de trabalhar com uma conta aberta e remuneração sobre todos os itens. Havia uma discussão médica sobre a individualização do paciente, mas pesquisas mostram que grupos de pacientes que têm o mesmo perfil também têm gastos muito semelhantes. No novo modelo que estamos discutindo, a operadora deixa de pagar por tudo que o hospital faz, item a item, mas passa a pagar pelo conjunto.

O que muda para o hospital e para o paciente?

O prestador não vai conseguir cobrar a mais da operadora. O objetivo é operar a partir da orientação de um protocolo de atendimento e não deixar o paciente ficar tempo a mais hospitalizado. Dessa forma, o prestador atua da melhor forma para o paciente e para o custo do

hospital, que tem que reduzir o desperdício. O hospital vai trabalhar com eficiência.

O paciente terá acesso a todos os recursos do hospital, mesmo com uma conta de pagamento fechada? E se houver complicações?

A complicação faz parte do processo. Os hospitais, às vezes, cobram pela utilização do medicamento comercial mais caro, mas, na hora, utilizam o genérico. A previsão do valor será feita pela condição do usuário que entrou nesse hospital, com análise sobre idade, sexo, utilização ou não de ventilação mecânica (condição de piora clínica por utilização desse valor), entre outros fatores.

Você espera que o custo da assistência vai cair?

Não espero que o custo de internação depois da mudança de remuneração vá cair. O que vamos fazer é parar a progressão de alta dos custos da saúde. Esta não pode crescer 20%. Isso aconteceu nos Estados Unidos, na década de 1980, quando o modelo de remuneração foi alterado. Lá, o custo que subia dois dígitos, passou a crescer um dígito por ano.

O QUE OS PACIENTES REALMENTE QUEREM E POR QUE AS EMPRESAS DE SAÚDE DEVEM SE IMPORTAR

SaúdeBusiness –05/10/2018

A [Experiência do Paciente](#) (PX) merece atenção: as mudanças nos modelos financeiros da saúde estão levando a um maior poder de escolha do paciente. Com o aumento da idade da população, os cuidados com a saúde tornam-se uma parte mais regular de nossas vidas, e a tecnologia e inovação tem um papel disruptivo em todos os aspectos da saúde.

Os analistas do The Beryl Institute divulgaram recentemente os resultados das pesquisas que realizaram sobre PX, incluindo grupos focais seguidos por uma pesquisa online com 2.000 consumidores de saúde em cinco países. Em seu relatório, *Consumer Perspectives on Patient Experience 2018*, revela o que os pacientes realmente querem e porque as empresas de saúde precisam prestar atenção. Eles mostram que, enquanto a indústria da saúde pode até estar preocupada com a qualidade do cuidado e empatia através dos cuidados que prestam aos pacientes, os pacientes estão procurando provedores que, de fato, entendam a humanidade.

PX é importante para praticamente todos

A pesquisa do Instituto Beryl descobriu que mais de 90% dos entrevistados acreditam que PX é importante, com 59% dizendo que é “extremamente importante”. Isso porque, segundo os entrevistados: “minha saúde e bem-estar são importantes para mim.” Embora esse achado não seja surpreendente, os pesquisadores observam que esse dado em si reforça a natureza única e significativa dos cuidados de saúde. A experiência do paciente só se tornará mais importante para mais pessoas à medida que envelhecerem e tiverem mais necessidades de cuidados de saúde.

O PX também é importante porque as expectativas das pessoas foram levantadas em outras áreas de suas vidas, como varejo e hospitalidade. A maioria das organizações de saúde continua a operar com uma abordagem orientada a provedores e pagadores, quando deveriam estar modelando processos de PX seguindo experiências de clientes em outros setores. Mesmo que as pessoas não se considerem clientes em um ambiente de saúde, o Beryl Institute descobriu que os pacientes esperam “uma experiência que

os trata de certa maneira e reconhece quem eles são como pessoas no processo”. O Instituto Beryl conclui “As lideranças de saúde seriam ingênuas em pensar que eles não estão sendo comparados com as outras experiências que as pessoas estão tendo.”

O que os pacientes realmente querem

Os pesquisadores queriam entender o que o PX realmente significa para os consumidores de saúde, então perguntaram aos entrevistados em que medida eles acreditavam que várias áreas faziam parte da experiência do paciente e o que era importante para eles. Eles descobriram que a definição de PX das pessoas representa a natureza integrada de um encontro de saúde. É a soma de todas as interações que alguém tem em toda a continuidade do atendimento, “através de pontos de contato e transições, em qualidade, segurança e esforços de serviço, nas implicações de custo e na questão do acesso”, informa o Instituto Beryl.

O aspecto mais importante de ter uma boa PX, eles descobriram, é que as pessoas que cuidam “escutam você”, com 71% dizendo que isso é “extremamente importante” e 24% mais dizendo que é “muito importante”. “Comunicar-se claramente de uma maneira que você possa entender” e “tratá-lo com cortesia e respeito” também foram avaliados em 95% como extremamente ou muito importantes. Isso sugere que ser tratado como pessoa é a maior prioridade para os pacientes.

Os outros aspectos que foram classificados como altamente importantes para os profissionais de saúde, como “Dar confiança em suas habilidades”, “Levar sua dor a sério” e “Fornecer um plano claro de cuidado e razões para as suas ações”, reforçam a importância da conexão pessoal e humana em PX. Também “um ambiente de saúde que seja limpo e confortável”, “a capacidade de agendar uma consulta ou procedimento dentro de um período de tempo razoável” e “um processo de alta/próximas etapas do tratamento sejam claramente explicadas”, foram classificados em alta importância.

Pacientes querem ver compaixão e empatia em ação

Juntos, esses motivadores de PX fazem uma distinção sobre o que as organizações de saúde devem abordar, diz o Instituto Beryl. Eles observam que “o uso da linguagem usada na saúde, como ‘centrada no paciente’, onde a terminologia e a prática parecem representar uma visão de dentro para fora, ou seja, as organizações de saúde dizem que devem ser centradas no paciente ou fornecer empatia e compaixão, mas o que os consumidores querem são as ações tangíveis que exemplificam essas práticas”. De fato, “expressar

empatia e compaixão "foi classificada como de menor importância (84%). Isso indica claramente que as pessoas não querem que os profissionais de saúde digam que são compassivos ou compreensivos, querem que os profissionais de saúde escutem e ajam de maneira a demonstrar claramente que se importam e compreendem.

As organizações de saúde também devem observar que mais de dois terços dos entrevistados classificaram aspectos muito ou extremamente importantes do ambiente, incluindo "uma unidade de saúde na qual você pode encontrar o caminho facilmente (por exemplo, sinalização clara, informações etc.)" e "um serviço de saúde que ofereça estacionamento". Isso reforça o fato de que as pessoas esperam dos serviços de saúde o mesmo nível de desempenho de suas experiências em outros lugares – e esses pontos contribuem para uma PX que realmente atende às necessidades dos pacientes.

PX Importa

O Instituto Beryl perguntou às pessoas o que elas ou alguém que conheciam, tiveram como atitude frente a uma experiência de cuidados de saúde positivos e negativos. Para experiências positivas, 73% – a porcentagem mais alta – responderam que "continuariam a usar o mesmo médico ou organização". Isso sugere que o PX tem o potencial de aumentar a lealdade e influenciar a escolha do paciente.

A principal ação relatada após uma experiência negativa (76%) foi que as pessoas disseram que contariam aos outros – isso superou em muito as outras opções de resposta para uma experiência negativa, e é semelhante à porcentagem de pessoas que dizem

compartilhar com os outros sobre uma experiência positiva (70%). Juntos, esses resultados indicam que as pessoas estão contando as histórias sobre sua experiência, boas ou ruins, em pelo menos 7 de cada 10 encontros de atendimento médico. O Instituto Beryl conclui: "Esta talvez seja uma das oportunidades de marca mais significativas para as organizações de saúde hoje ... As organizações de saúde deveriam estar se perguntando: 'Qual é a história que procuramos criar na experiência que fornecemos e o que queremos que os outros digam sobre nós?'"

Conclusão

O relatório do Beryl Institute inclui outros insights sobre como as pessoas visualizam a experiência do paciente, incluindo diferenças e semelhanças entre os entrevistados de diferentes gerações e de diferentes países. A conclusão geral de todas as descobertas, no entanto, volta-se para a necessidade de as organizações de saúde entenderem que as pessoas não são apenas participantes passivos em uma transação de cuidados ou simplesmente recebedores de cuidados, e não querem ser tratadas como tal. Ao contrário, os pesquisadores dizem que os pacientes são "parceiros em uma conversa de cuidado, que devem ser reconhecidos e cuidados como pessoas em uma experiência de saúde". Entender isso e projetar essa experiência requer uma mudança fundamental de mentalidade entre os provedores de saúde.

Segundo o The Beryl Institute: "A experiência não é algo a ser dado como garantido, não é apenas uma ideia nas bordas mais suaves da saúde, mas sim no coração e tem impacto significativo e implicações sérias para como a saúde será levada para o futuro."

PLANO DE SAÚDE NÃO TEM OBRIGAÇÃO DE ARCAR COM EXAME REALIZADO FORA DO BRASIL

STJ –05/10/2018

As operadoras de planos de saúde não têm obrigação de arcar com exames realizados fora do Brasil, pois o artigo 10 da Lei dos Planos de Saúde (que estabelece as exigências mínimas e as hipóteses obrigatórias de cobertura) afirma que os procedimentos do plano-referência devam ser feitos no país.

Com esse entendimento, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) deu provimento a um recurso da Unimed de Dourados (MS) para julgar improcedente o pedido de restituição dos valores gastos com exame realizado no exterior, bem como excluir a indenização de R\$ 6 mil por danos morais.

Segundo a relatora do recurso no STJ, ministra Nancy Andrighi, o artigo 10 da Lei dos Planos de Saúde elenca os procedimentos mínimos obrigatórios, incluindo, por exemplo, serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, a serem realizados exclusivamente no Brasil.

A ministra afirmou que, além dessa expressa disposição, a lei criou uma disciplina para a contratação dos planos, exigindo que nos contratos conste a indicação clara da área geográfica de abrangência (artigo 16, inciso X).

Nancy Andrighi destacou que o plano de saúde do qual a recorrida é beneficiária estabelece expressamente a exclusão de tratamentos realizados fora do território nacional. Para a ministra, não há abuso na decisão de negar o pedido para a realização de exame no exterior.

"Vale dizer que a procura da elucidação diagnóstica da doença pode ocorrer pelos meios disponibilizados em território nacional, não se considerando abusiva a conduta que limita o âmbito geográfico da cobertura assistencial, conforme dispositivo contratual celebrado para a prestação dos serviços de atenção à saúde", afirmou.

Reembolso

O exame Oncotype DX foi prescrito para definir a necessidade de tratamento quimioterápico. Com a negativa da Unimed Dourados, a beneficiária do plano de saúde pagou o exame e ingressou com ação para o reembolso dos valores.

Em primeira e segunda instância, o pedido de reembolso de R\$ 14.300 foi considerado procedente. O juízo estipulou ainda um valor de R\$ 6 mil a título de danos morais pela negativa da cobertura.

"O exame Oncotype DX prescrito pela médica assistente é realizado apenas no exterior. Assim, não há falar em abusividade da conduta da operadora de plano de saúde ao negar a cobertura e o reembolso do procedimento internacional, pois sua conduta tem respaldo na Lei 9.656/98 (artigo 10) e no contrato celebrado com a beneficiária", concluiu a relatora.

PROJETOS REGULAM REMUNERAÇÃO DE CONSULTAS PELOS PLANOS DE SAÚDE

Senado Notícia –04/10/2018

A Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) volta a se reunir na terça-feira (9) para analisar e votar projetos de lei. Estão na pauta da comissão, entre outras, duas propostas que criam reajuste automático de remuneração de consultas médicas pelos planos de saúde. A pauta de votação completa tem 12 itens. O colegiado também deve analisar emendas ao Orçamento de 2019.

Os Projetos de Lei do Senado 380/2011 e 358/2012, que tramitam em conjunto, determinam que os valores pagos aos médicos pelos planos de saúde serão reajustados automaticamente sempre que

houver reajuste das mensalidades pagas pelos beneficiários dos planos. Ambos têm relatório favorável do senador Ronaldo Caiado (DEM-GO).

O PLS 358 modifica a lei dos planos de saúde para determinar que qualquer reajuste de mensalidade seja obrigatoriamente repassado, no mesmo percentual, à tabela de remuneração pelos serviços médicos. Já o PLS 380, de Eduardo Amorim (PSDB-SE), altera a lei que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conferindo ao órgão a competência para homologar e fiscalizar o cumprimento de acordos que reajustem a remuneração dos médicos. O objetivo é garantir a eles a aplicação de índices equivalentes aos concedidos aos reajustes de mensalidades dos beneficiários dos planos.

Caso sejam aprovados, os projetos seguirão para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que terá a palavra final sobre eles.

PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUEM EM RITMO ACELERADO

IESS –04/10/2018

Divulgada esta semana, a nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) apontou que o total de beneficiários de planos médico-hospitalares registrou ligeira variação positiva de 0,1% entre julho deste ano e o mesmo mês de 2017, o que representa 55,1 mil novos vínculos firmados nesse período. O desempenho está diretamente relacionado com o aumento dos planos coletivos empresariais em um momento em que o saldo de vagas com carteira assinada começa a apresentar crescimento.

Aparecendo nas últimas edições do boletim como um contraponto ao segmento médico-hospitalar, os planos exclusivamente odontológicos seguem em ritmo acelerado de crescimento. No período compreendido entre julho de 2017 e o mesmo mês desse ano, o setor ampliou em 1,45 milhão o número de beneficiários, representando um avanço de 6,6% no total do país.

Vale destacar que todas as regiões do país tiveram crescimento acima de 6%. O melhor desempenho foi registrado no Centro-Oeste, com variação de 7,6%, seguido da região Sul, com crescimento de 6,9%. As regiões Sudeste, Norte e Nordeste apresentaram avanço de 6,8%, 6,5% e 6,4% respectivamente.

Já em números absolutos, o Sudeste continua como o grande destaque no País. Os mais de 885 mil novos vínculos foram puxados pela performance de São Paulo, Estado com 461.824 beneficiários no período de 12 meses encerrado em julho, seguido pelo Rio de Janeiro, com 263.794.

Importante lembrar que mesmo Estados com menor crescimento em números absolutos, mostram grandes variações proporcionais. Nesse sentido, o Acre tem grande relevância na nova edição do boletim: os 1.709 novos beneficiários representam o maior avanço registrado no país, de 13,7%.

Ou seja, a NAB mostra que, embora já venha apresentando taxas relevantes de crescimento já há algum tempo, o segmento de planos exclusivamente odontológicos ainda tem muito o que se desenvolver no país. Mesmo com custos mais “atraentes” e maior facilidade de acesso por parte da população quando comparado com os planos de saúde médico-hospitalares, a taxa de cobertura ainda é menos da metade da outra modalidade de assistência: 11,2% contra 22,6%.

Há muita margem para amadurecimento deste setor e os desafios para a garantia da boa saúde bucal no país ainda são grandes, mas o boletim mostra que a preocupação com o sorriso saudável tem crescido entre os brasileiros.

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