

19 de dezembro de 2018

ANS LANÇA PROGRAMA DE INCENTIVO À ATENÇÃO BÁSICA NOS PLANOS DE SAÚDE

Apólice – 18/12/2018

Iniciativa irá certificar redes e linhas de cuidado específicas, estimulando mudança do modelo assistencial prestado na saúde suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está lançando o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. A iniciativa visa incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, através da implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado em atenção primária certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS.

A primeira iniciativa do programa é o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS), que prevê a concessão de uma certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia. O objetivo é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar preferencialmente no sistema de saúde. Também estão em elaboração projetos para certificação em duas outras linhas de cuidado: atenção oncológica e atenção ao parto.

A certificação em APS propõe um modelo para reorganização da porta de entrada com base em cuidados primários em saúde, de forma a induzir à mudança do modelo de atenção e do modelo de remuneração para geração de valor. O programa é baseado nos principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional: acolhimento, acompanhamento do paciente, coordenação e integralidade do cuidado, reconhecimento da heterogeneidade das demandas, centralidade na família e orientação comunitária.

“O programa de certificação de boas práticas busca induzir à melhoria do cuidado através do acesso à rede prestadora de serviços de saúde, da qualidade da atenção à saúde e da experiência do beneficiário”, resume o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar. “A atenção primária pode ser considerada a pedra fundamental do cuidado em saúde e isso é visto em diferentes sistemas e na experiência de muitos países. A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial que hoje é caracterizado pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor”, explica o diretor.

Formas e condições de participação

A participação no programa é voluntária e as operadoras podem integrar a iniciativa de duas formas: através da certificação ou com a implantação de projetos-piloto que se enquadrem nessa finalidade. A certificação será realizada por meio de entidades acreditadoras em saúde reconhecidas pela ANS, que farão a avaliação in loco dos requisitos e itens de verificação. A ANS homologará a certificação e realizará o acompanhamento dos indicadores, com a finalidade de avaliar o impacto do programa no setor.

Os indicadores vão medir: a ampliação do acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar e do número de médicos generalistas por beneficiário; a vinculação de pacientes com condições crônicas complexas a coordenadores do cuidado; a redução de idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência; a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária; e a ampliação da proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde.

A operadora poderá obter a certificação em APS em três níveis – básico (nível 3), intermediário (nível 2), ou pleno (nível 1). Para obter a certificação em qualquer nível, a operadora deve atender condições obrigatórias de cobertura populacional, composição de equipe e oferta de carteira mínima de serviços.

População-alvo e cobertura populacional

A ANS estimula que as operadoras incluam toda a população da carteira no programa, mas estabelece como condição obrigatória a inclusão de idosos e adultos para obtenção da certificação básica. A certificação intermediária deverá compreender, além de adultos e idosos, crianças e adolescentes e mulheres grávidas, em situação de parto e puerpério. Já a certificação plena deverá envolver todos os módulos para toda a carteira, independente de faixa etária ou condição de saúde dos beneficiários, ou seja, inclui também saúde mental, saúde funcional e saúde bucal para os beneficiários de planos com odontologia.

A operadora deverá assegurar a cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando uma equipe de APS para, no máximo, 2,5 mil beneficiários. Para as operadoras com porte reduzido (até 3.572 beneficiários), a regra geral de uma equipe de APS para cada 2,5 mil beneficiários fica flexibilizada. Nesses casos, a operadora deverá contar com pelo menos uma equipe de APS, que deverá cobrir pelo menos 70% da sua população de beneficiários. Para operadoras com mais de 16 mil beneficiários, o número de equipes deverá ser maior e proporcional ao número de beneficiários. Todas as especificações estão detalhadas no Manual de Certificação que a ANS está disponibilizando em seu portal.

A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo, médico de família e comunidade ou médico especialista em clínica médica com capacitação e experiência em APS; enfermeiro especialista em saúde da família ou generalista; e outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório.

Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Profissionais de saúde com outras formações serão necessários, de acordo com as especificidades de cada projeto. Por exemplo: caso a APS contemple saúde bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários de planos com odontologia.

As operadoras que participarem do Programa receberão pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

A Resolução Normativa que estabelece o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde foi publicada no Diário Oficial da União desta sexta-feira (14/12).

NORMA DE FISCALIZAÇÃO DA ANS RECEBE MENÇÃO HONROSA NO PRÊMIO FGV DIREITO RIO

ANS – 18/12/2018

A [Resolução Normativa nº 388](#), elaborada pela diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recebeu menção honrosa no “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação”, entregue nesta quarta-feira (12/12), no Rio de Janeiro. A norma, de 2015, foi contemplada por seu protagonismo para a melhoria das atividades fiscalizatórias do setor de saúde suplementar. O prêmio foi entregue à diretora de Fiscalização, Simone Sanches Freire, ao final do I Seminário Nacional do Projeto Regulação em Números, promovido pela Fundação Getúlio Vargas.

O conjunto de medidas dispostas na resolução promoveu profundas alterações nos procedimentos adotados pela ANS para a estruturação da fiscalização das operadoras de planos de saúde, tendo como foco a racionalização do processo administrativo sancionador da Agência. Na cerimônia, a diretora de Fiscalização fez uma síntese dos principais pontos da resolução e dos resultados alcançados após sua implementação. Após a vigência da norma, a ANS atingiu índices de resolutividade de reclamações mais elevados, houve substancial redução dos prazos em que os processos sancionadores permanecem em apuração, aumento na lavratura de autos de infração e dos valores arrecadados com as multas aplicadas às operadoras.

A diretora dedicou o prêmio à equipe que atuou na construção da norma, destacando que foi um trabalho coletivo, construído pelo corpo técnico da área de fiscalização da reguladora, cujo conhecimento permitiu avaliar o que era necessário mudar na legislação. “Essa norma é um orgulho da nossa equipe, foi construída pelos servidores da Agência, que são também meus colegas, e estamos muito felizes com esse prêmio, pois reflete os resultados positivos que temos alcançados”, disse. “O que fizemos foi pegar um processo administrativo sancionador que apresentava falhas e que fazia com que levasse dois mil dias dentro da Agência e transformar num processo muito mais ágil e eficiente. Aliamos a isso à intermediação preliminar de conflitos entre beneficiários e operadoras, o que fez com que a chegássemos a esses resultados”, explicou a diretora.

Um dos objetivos da norma era eliminar o passivo processual existente na diretoria de Fiscalização da ANS. Em abril de 2014, a área tinha mais de 50 mil processos acumulados ao longo dos anos. Hoje, o passivo está zerado. O tempo médio de tramitação processual foi reduzido para 96 dias, entre apuração, decisão e recurso. Com o fim desse acúmulo de processos e maior eficiência das análises, os resultados também se refletiram no aumento do número de multas aplicadas e de valores arrecadados.

A diretora falou ainda sobre outros avanços que beneficiaram diretamente o consumidor. “Nós melhoramos a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), tornando o processo mais ágil e eficiente para o consumidor, e hoje já estamos ultrapassando os 90% de êxito nessa conciliação entre operadoras e beneficiários de planos de saúde justamente porque o processo punitivo agora é mais rápido. Assim, a operadora dá uma resposta mais célere à administração pública e ao seu cliente”, destacou.

“A RN 388 é realmente merecedora dessa menção e traduz a eficiência que norteia a atividade da diretoria de Fiscalização da

Agência. Os números estão aí para comprovar o excelente trabalho que vem sendo desenvolvido”, avaliou a diretora-adjunta Flávia La Laina. O fortalecimento da mediação de conflitos e a eliminação do passivo processual foram dois resultados importantes alcançados pela norma, na opinião do gerente-geral de Operações Fiscalizatórias, Frederico Cortez. “A RN nº 388 fortaleceu ainda mais o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar e teve papel fundamental na redução do passivo de processos administrativos sancionadores”, destacou.

A gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória, Érica Schiavon, apontou os benefícios da normativa para o consumidor: “A resolução trouxe melhorias em relação à agilidade no tratamento dos processos e à qualificação das respostas das operadoras às demandas. Assim, o beneficiário tem um retorno da ANS em tempo menor, proporcionando, também, o aumento de sua satisfação em relação ao órgão”, destacou.

Outra ação importante nesse conjunto de medidas implementada pela RN nº 388 é a fiscalização proativa realizada pela ANS junto às operadoras através do Programa de Intervenção Fiscalizatória. A gerente de Processos Sancionadores, Julgamento e Intervenção, Alexandra Campos, ressaltou os objetivos: “A intervenção fiscalizatória tem o objetivo de identificar e corrigir processos de trabalho no âmbito das operadoras a partir da identificação de demandas, com vistas à melhoria da prestação do serviço”, explicou.

“O mais importante é mudar a conduta da operadora e esse programa age nesse sentido: mostramos às empresas os procedimentos errados que estão sendo feitos para que ela corrija e, dessa forma, melhore o atendimento ao consumidor e, consequentemente, não gere reclamações e multas. A medida tem feito muito sucesso, a melhora é muito grande. Um ano depois da intervenção, verificamos que a operadora muda completamente a forma de atuação”, complementou a diretora Simone.

Sobre o Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação

O “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação” objetiva reconhecer e dar destaque às melhores práticas de regulação adotadas por agências reguladoras no Brasil, premiando iniciativas inovadoras em matérias como transparência, governança, participação, gestão e proteção aos direitos dos consumidores ou usuários. Puderam concorrer iniciativas implementadas no âmbito das agências reguladoras federais, estaduais ou municipais, tanto individualmente quanto em parceria com outros órgãos e entidades.

“Regulação é um tema muito caro para nossa escola e há espaço muito grande para pesquisas sobre o tema”, disse o diretor da FGV Direito Rio, Sérgio Guerra. Ele destacou que o prêmio para as melhores práticas em regulação busca dar maior visibilidade a práticas regulatórias de agências que inovaram e implementaram iniciativas bem-sucedidas nessa área.

Resultados

Projeto vencedor: Um modelo prático e funcional da Gestão do Estoque Regulatório (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa)

Autora responsável: Raianne Coutinho

Menções honrosas

Projeto: A Resolução Normativa nº 388/2015 e seu protagonismo para a melhoria da fiscalização do setor de saúde suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS)

Autora responsável: Simone Sanches Freire

Projeto: Aplicativo InterAGIR (Agência Intermunicipal de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos Municipais do Médio Vale do Itajaí - AGIR)

Autor responsável: Vitor Zanella Junior.

PRESIDENTE DO STJ DEFENDE MUDANÇA NO PAPEL DAS AGÊNCIAS REGULADORAS

FenaSaúde – 17/12/2018

Ministro Noronha participou do Seminário Jurídico sobre setor de seguros

O presidente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), ministro João Otávio de Noronha, participou nesta quinta-feira (13), no Rio de Janeiro, do I Seminário Jurídico da CNseg, evento promovido pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg) para discutir o setor de seguros no Brasil.

Responsável pela palestra magna do evento, o ministro falou aos presentes sobre o tema “Crise financeira e democracia: desafio para a supervisão estatal e administração”. Ele defendeu uma revisão no papel das agências reguladoras.

“As agências têm a função de coibir abusos, orientar o mercado, não de interferir nos contratos entre agentes econômicos. É urgente melhorar o ambiente de contratação no Brasil, até para que nós possamos reduzir o custo das operações”, afirmou Noronha.

O presidente do STJ lembrou os 30 anos da Constituição de 1988 e os desafios atravessados pelo país nesse período, como dois processos de impeachment e grandes crises internacionais com reflexo direto na economia interna.

Na abertura do evento, o presidente da CNseg, Marcio Coriolano, destacou o papel do setor de seguros no contexto macroeconômico do Brasil. Segundo ele, esse segmento passou a fazer parte da pauta de mudanças promovidas pela política, já que em maior ou menor grau a participação dos governos em áreas como saúde e previdência diminuiu, aumentando o protagonismo do setor de seguros.

Com o protagonismo, crescem os desafios, segundo Coriolano. “Assistimos à crescente judicialização no setor de seguros. É certo que todos precisam se debruçar sobre o assunto para verificar a existência de eventuais falhas regulatórias ou de lacunas contratuais.”

Os ministros do STJ Paulo de Tarso Sanseverino e Villas Bôas Cueva também participaram do evento como expositores.

Segundo a organização do evento, o seminário jurídico tem por objetivo debater caminhos para o aprimoramento das relações com os consumidores, visando à redução da judicialização e ao fortalecimento de relações contratuais de colaboração e boa-fé recíprocas, em conformidade com a legislação e a construção jurisprudencial brasileira.

Revista jurídica

Durante o evento foi lançada a nona edição da Revista Jurídica de Seguros da CNseg. A publicação traz 14 artigos escritos por especialistas. Um dos textos é do presidente do STJ.

No artigo, Noronha aborda as crises financeiras e a democracia, afirmando que o processo de “financeirização”, a partir da década de 1970, foi dissociando o capital da esfera da produção, deixando o Brasil mais suscetível a essas crises.

ANS REALIZA A ÚLTIMA REUNIÃO DA CAMSS DE 2018

ANS – 18/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou nesta segunda-feira, 17, a última reunião de 2018 da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), onde foi feito um resumo das ações da reguladora ao longo do ano. A 96ª Reunião reuniu os cinco diretores da Agência, sendo a primeira com a presença do diretor Paulo Rebello, cuja posse ocorreu em 09/10. O evento teve 85 presentes, entre representantes de operadoras, prestadores de serviços de saúde, associações de pacientes e órgãos de defesa do consumidor, além de servidores da ANS.

O diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca, abriu o encontro dando as boas-vindas aos presentes e anunciando alterações na composição de duas entidades participantes da CAMSS. Na sequência, o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, apresentou os encaminhamentos da proposta de nova metodologia de reajuste dos planos individuais e familiares. Ao longo deste ano, o tema foi objeto de audiência pública e apresentado a órgãos de defesa do consumidor, Advocacia Geral da União e Senado Federal, entre outros.

Além deste tema, Scarabel abordou outros assuntos tratados recentemente pela diretoria de Normas e Habilitação de Produtos,

como a normatização da atualização do Rol, com ampliação da participação popular; as novas regras para portabilidade de carências, que extingue a janela e abre possibilidade para os planos empresariais; e o novo Guia ANS, ferramenta de consulta qualificada dos planos de saúde, que será atualizado já em 2019 com as novas regras da portabilidade, que entram em vigor em junho.

Na sequência, Bruno Rodrigues, gerente-geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado (diretoria de Normas e Habilitação da Operadoras), explicou as mudanças no Plano de Contas Padrão da ANS para operadoras de planos de assistência à saúde. Entre as alterações, instituídas na Resolução Normativa nº 435/2018, estão a possibilidade de novas formas de remuneração de prestadores e maior transparência aos processos de análise de contas.

A gerente de Planejamento, Mirella Amorim, apresentou as definições da Agenda Regulatória 2016-2018 e elencou os encaminhamentos da Agenda 2019-2021, que terá a participação da sociedade em sua construção, através de consulta pública. A proposta da ANS é publicar a nova Agenda Regulatória ainda no primeiro trimestre de 2019.

Rosana Neves, coordenadora de Estímulo à Inovação da Qualidade Setorial, abordou a reformulação do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), um dos temas da Agenda Regulatória que se encerra este ano. Rosana destacou que o novo índice leva em conta principalmente os indicadores de qualidade e tem linguagem mais amigável para o beneficiário. Os especialistas em Regulação

Anete Gama e Eduardo Neto trataram sobre dois outros temas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, do diretor Rodrigo Aguiar: Fator de Qualidade, que sofreu alterações após consulta pública e normativa publicada este mês (entre as novidades estão os novos percentuais aplicados ao IPCA e critérios de qualidade); e o Programa de Atenção Primária em Saúde (APS), que visa desfragmentar o sistema de saúde e focar no cuidado ao beneficiário, através da certificação de operadoras.

Gustavo Macieira, gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores, apresentou os trabalhos iniciados pela Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (Catec), criada este ano. O gerente explicou os temas da primeira reunião e lembrou que os materiais avaliados estão disponíveis no site da ANS. Para a constituição da Câmara, a Agência avaliou demandas institucionais no intuito de solucionar problemas regulatórios através da harmonização na relação entre operadoras e prestadores. A segunda reunião da Catec está marcada para o dia 20/12.

A gerente de TI da ANS, Luciana Capra, falou das mudanças nos sistemas de acesso das operadoras. Os principais temas agora estão hospedados no Portal Operadoras, no site da ANS, com integração ao E-protocolo. A diretora de Fiscalização, Simone Freire, aproveitou para reforçar a importância do preenchimento do novo Sistema de Cadastro de Operadoras (Cadop). A diretora também destacou que a ANS recebeu menção honrosa no "Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação", por seu protagonismo para a melhoria das atividades fiscalizatórias do setor de saúde suplementar.

Ao final da reunião, Erasmo Sampaio, secretário adjunto de Gestão de Pessoas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), falou sobre recém-criado grupo de trabalho que o Ministério forma junto à ANS, e outras entidades do setor de saúde, para enfrentamento das dificuldades dos servidores federais na prestação de serviços em saúde. A próxima CAMSS será realizada no dia 14 de março de 2019.

CDC NÃO SE APLICA A PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO, REAFIRMA STJ

Consultor Jurídico – 17/12/2018

Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de saúde administrado por entidade de autogestão. O entendimento, pacificado na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, foi aplicado pela 3ª Turma do STJ ao negar um recurso que questionava aumento de 37% nos planos de saúde da Geap, em 2016.

No recurso, o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal no Estado de Santa Catarina (Sindprev-SC) buscava reverter decisão do Tribunal de Justiça estadual que considerou legal o aumento.

Ao negar o recurso, a 3ª Turma entendeu que o acórdão do TJ-SC está de acordo com a jurisprudência do STJ sobre a matéria e foi devidamente fundamentada. A relatora, ministra Nancy Andrighi, afirmou que não há vício de contradição ou omissão no acórdão do TJ-SC, rejeitando as alegações feitas pelo sindicato.

A ministra destacou que não era papel do tribunal estadual examinar minúcias acerca da estrutura interna disposta no estatuto da Geap para julgar a questão referente à suposta incompetência da Justiça estadual, devido ao alegado interesse da União no caso.

Nancy Andrighi citou jurisprudência quanto à impertinência de um tribunal atuar como órgão de consulta, respondendo a "questionários" postos pela parte sucumbente na tentativa de reverter a decisão.

A relatora lembrou que a questão sobre o interesse da União na matéria foi devidamente analisada pelo tribunal estadual, tendo em vista que o interesse processual poderia ser motivo para deslocar a discussão para a Justiça Federal.

"Na linha do que foi registrado pelo acórdão recorrido, efetivamente não se identifica interesse jurídico superveniente da União Federal acerca dos percentuais de reajuste dos planos de saúde oferecidos pela Geap, mesmo que haja outra demanda judicial a questionar as modificações estatutárias da entidade de autogestão", explicou a ministra.

Outro ponto rejeitado no recurso foi a aplicação do CDC ao caso. A ministra destacou que recentemente, em abril de 2018, a 2ª Seção do STJ aprovou súmula segundo a qual não se aplica o CDC ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão.

Ao contrário do que foi afirmado pela recorrente, o colegiado entendeu que também não houve violação da boa-fé objetiva no caso, já que o reajuste anunciado e aprovado teve suas razões demonstradas no acompanhamento financeiro da Geap feito por agência reguladora e auditoria independente.

"A partir dessa conjuntura, pode-se concluir que não deve o Judiciário se substituir ao próprio conselho de administração, organicamente estruturado em estatuto da operadora de plano de saúde de autogestão, para definir os percentuais de reajuste desejáveis ao equilíbrio técnico-atuarial e à própria sobrevivência da entidade", concluiu a relatora. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

SETOR PRIVADO RESPONDE POR QUASE 60% DOS GASTOS COM SAÚDE NO PAÍS

Terra – 17/12/2018

Análise do IESS aponta que famílias gastam mais do que o governo com saúde, em 2015

Os gastos privados com saúde somaram R\$ 314,6 bilhões, o que representa 57,6% do total de R\$ 546,1 bilhões gastos com saúde no País em 2015. Os números integram o estudo "O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica" – Período 2010/2015", realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base nos números da Conta-Satélite de Saúde Brasil, recém-publicado pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). "Apesar de o modelo de saúde pública no Brasil ser universal, os gastos do governo com SUS são inferiores aos privados. Um padrão que não é visto nos demais países que adotam modelos universais de saúde", destaca Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

Segundo o estudo, países com este modelo tendem a ter gastos públicos superiores aos privados. A lista de exemplos é ampla. Começando no Reino Unido, onde os gastos públicos representam 80% do total e acabando na África do Sul, onde os gastos públicos com saúde respondem por 56% do total. Outros países nessa lista são: França (79%), Itália (75%), Canadá (74%), Argentina (72%), Espanha (71%) e Chile (61%). "Os números de investimento público no setor ajudam a entender resultados como o da pesquisa IESS/Ibope, que aponta que em 2015, mesmo ano analisado no novo estudo, o plano de saúde se tornou o terceiro bem mais desejado pelo brasileiro", analisa Carneiro. "Vale lembrar que na atualização da

mesma pesquisa, em 2017, os planos de saúde se mantiveram como um dos três bens mais desejados, atrás apenas da casa própria e educação.”

Entre 2010 e 2015, o estudo deixa claro que houve um avanço expressivo tanto dos gastos públicos quanto privados. No público, os gastos saltaram de R\$ 139,7 bilhões para R\$ 231,5 bilhões. Alta de 65,7%. Já no privado, os gastos avançaram de R\$ 169,7 bilhões para R\$ 314,6 bilhões – sendo R\$ 120 bilhões apenas de despesas assistenciais dos planos de saúde com seus beneficiários. Variação de 85,4%. Ainda segundo o estudo, do total de gastos privados, 66,6% foram destinados à saúde privada (planos de saúde e despesas pagas do próprio bolso) e 30,1%, a medicamentos.

O aumento dos gastos também resultou em ampliação do mercado de trabalho. No período analisado, o setor de saúde privada foi responsável pela geração de 1,3 milhão de postos de trabalho com

carteira assinada. No total, o segmento passou a responder por 6,6 milhões de empregos formais em 2015, ante 5,3 milhões em 2010. Um avanço de 25,4%, bastante superior ao incremento de 2,7% no total de postos de trabalho registrado no restante da economia ao longo do período analisado.

“Apesar de quaisquer diferenças entre os gastos públicos e privados, é importante notar que os investimentos no setor de saúde apresentaram uma taxa de crescimento médio real de 14,5% ao ano entre 2010 a 2015, enquanto a economia brasileira apresentou uma queda de 18,6%”, destaca Carneiro. “Claro que o setor ainda representa uma fatia muito pequena do investimento total da economia nacional, apenas 0,8% do R\$ 1,06 trilhão, o que equivale a R\$ 8,7 bilhões. Mas o resultado demonstra o potencial do setor para crescer e ajudar a economia como um todo”, completa.

PLANO DE SAÚDE NÃO PODE SE RECUSAR A FORNECER TRATAMENTO INDICADO POR MÉDICO

Consultor Jurídico – 17/12/2018

Não cabe ao plano de saúde decidir qual o melhor tratamento e, com isso, se recusar a prover os cuidados indicados pelo médico. Com este entendimento, o juiz Adílson Aparecido Rodrigues Cruz, da 34ª Vara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, julgou procedente uma ação ajuizada por paciente acometida por insuficiência renal aguda e linfoma não-Hodgkin que questionava a administradora de seu plano de saúde por não se responsabilizar pela cobertura de custos com alguns procedimentos feitos durante tratamento.

Como a administradora do plano de saúde alegou ausência de cobertura contratual e de previsão no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) para a prescrição do medicamento “defibrotide” e para a realização de exame de genotipagem, utilizados durante o tratamento, o hospital passou a cobrar os valores diretamente da paciente.

Rodrigues Cruz julgou procedente a ação impetrada pela paciente, determinando que o hospital emitisse os devidos boletos de cobrança – que somam mais de R\$ 600 mil, sem considerar correções e demais custas – em nome da administradora do plano de saúde, para que esta efetivasse o devido pagamento dos procedimentos anteriormente vetados. Além disso, fixou o pagamento solidário pela Amil e pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira de R\$ 10 mil à paciente por danos morais.

“A requerente firmou contrato com a parte ré, onde o objeto é a prestação de serviços de saúde e, sendo tal relação regida pelo CDC (Código de Defesa do Consumidor), as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em prol do contratante, a fim de garantir sua saúde (art. 47, CDC), não cabendo à operadora verificar qual o melhor tratamento para a paciente, mas, sim, ao médico”, destacou o magistrado em sua decisão.

Para **Vinicius Zwarg**, defensor da paciente no caso e sócio do escritório Emerenciano, Baggio e Associados, a decisão reforça o entendimento de que o acesso ao melhor tratamento de saúde, de acordo com a avaliação médica, é um direito do consumidor, que no caso era cliente de uma administradora de planos de saúde que se submeteu a tratamento naquele hospital.

“Não cabe, portanto, à empresa administradora do plano de saúde decidir qual o tratamento a que a pessoa tem direito, mas, sim, os médicos responsáveis pelo atendimento”, disse o advogado.

BRDESCO SEGUROS REFORÇA REDE DE CLÍNICAS COM R\$ 120 MI EM INVESTIMENTOS

O Estado de S. Paulo – 14/12/2018

A Bradesco Seguros está reforçando a sua rede de clínicas Novamed, em um investimento que totalizará R\$ 120 milhões até o final do ano que vem. Recentemente, inaugurou mais uma unidade, somando cinco no total no Estado de São Paulo e que vão atender

cerca de 1,6 milhão de beneficiários da Bradesco Saúde e da sua controlada, a Mediservice.

De família

A estratégia do grupo é expandir a rede com 26 novas unidades em capitais do País. As novas clínicas estão focadas no atendimento primário e personalizado com médico de família, além de consultas em diferentes especialidades, exames e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

ANS DETALHA CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE OPERADORAS PARA O 7º CICLO DA INTERVENÇÃO FISCALIZATÓRIA

ANS – 14/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível a nota técnica que detalha os critérios para seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória a ser executado no 7º Ciclo de Fiscalização, entre 15/02/2019 e 14/08/2019. A nota técnica estabelece a classificação no Indicador de Fiscalização como critério de seleção, índice este que corresponde à média ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) resolvidas pelo reconhecimento da reparação voluntária e eficaz

(RVE) e não resolvidas, classificadas durante o período do ciclo de fiscalização anterior.

Intervenção Fiscalizatória

A Intervenção Fiscalizatória é o programa de ações executadas, a cada semestre, nas operadoras de planos de saúde selecionadas conforme os critérios definidos em Nota Técnica previamente

publicada. O objetivo é identificar e solucionar as falhas operacionais e administrativas que resultam em condutas infrativas que geram danos concretos à coletividade de beneficiários da operadora. A medida atende o disposto na RN nº 388/2015.

[Confira a Nota Técnica.](#)

[Saiba mais sobre o programa.](#)

IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PODE TRAZER DIVERSOS BENEFÍCIOS AS EMPRESAS

SaúdeBusiness – 13/12/2018

Cada vez mais as empresas estão investindo no acompanhamento médico preventivo dos funcionários como forma de evitar problemas crônicos de saúde e para alavancar a redução de custos do setor. Componente importante de atração e manutenção de talentos em uma organização, por outro lado os planos de saúde também representam um custo importante na folha de pagamentos.

Segundo pesquisas de mercado, para 25% das corporações, os custos de assistência médica podem chegar de 10,1% a 20% do total gasto com os colaboradores, fora o salário. Além disso, para 7% das empresas pesquisadas, os custos são superiores a 20%. Para 36% das empresas a assistência médica representa de 5% a 10% da folha de pagamento. Para outros 32%, o custo é um pouco menor e não ultrapassa 5%.

De acordo com o médico e CEO do Imtep, empresa líder na gestão de saúde empresarial no país, Alexandre Berger, o alto custo com saúde acontece, principalmente, devido à inflação médica. “Nos últimos cinco anos, a inflação médica disparou no país. Para se ter uma ideia, o índice acumulado é de 108% contra uma inflação geral de 42%”, afirma.

Por conta deste aumento demasiado, muitas empresas vêm redesenhando seu modelo de benefício de saúde e várias, inclusive, vem investindo na implantação de ambulatorios próprios, que

funcionam como um núcleo de atenção primária supervisionados por médicos da família. “Estes profissionais têm preparo para atender todos os gêneros e faixas etárias. O acompanhamento de saúde contínuo dos funcionários evita a procura pelo especialista e o uso constante do plano de saúde, o que contribui para a elevação da sinistralidade”, garante Berger.

Atuando há 25 anos no mercado corporativo com gestão de saúde, o Imtep disponibiliza uma eficiente metodologia neste segmento, cujos resultados asseguram economia e aumento de produtividade nas empresas. Denominado Núcleo de Atenção Primária (NAP), o programa consiste em uma abordagem estruturada e organizada dos serviços de tratamento de saúde, no qual se prioriza a prevenção das doenças por meio de orientação, acompanhamento sistêmico, diagnóstico precoce, entre outros. “Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 85% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos por meio de um programa de atenção primária.

“Baseados neste índice e em dados comprovados por outras pesquisas do mercado, propomos às empresas a implantação do conceito da medicina de família através dos atributos da atenção primária por meio da capacitação das equipes de saúde das empresas”, afirma a Dra. Aline Pasiani, médica responsável pela metodologia científica do projeto.

Ainda de acordo com Pasiani, os benefícios para os funcionários e para empresa são expressivos “Para se ter uma ideia, dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, apontam que este tipo de sistema similar pode trazer um índice de resolutividade de até 90%. Além disto, segundo pesquisas do mercado, também é possível uma redução de até 29% nas internações, 51% nas consultas de urgência, 27% na redução anual de exames e 12,5% o custo per capita de exame”, enfatiza ela.

ANS AMPLIA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DA COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE

ANS – 12/12/2018

O processo de atualização da cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde foi aprimorado. A partir de agora, a revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, feita periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seguirá etapas e fluxos previamente definidos, dando mais visibilidade à metodologia aplicada e ao processo de tomada de decisão. A Resolução Normativa nº 439 de 03 de dezembro de 2018, que estabelece esse processo, foi publicada hoje (12/12) no Diário Oficial.

Uma das principais novidades trazidas pela medida é a ampliação da participação social no pleito por incorporações. Isso será feito através de um formulário específico, o FormRol, que será disponibilizado no portal da ANS, para toda a sociedade, sempre no início dos ciclos de atualização do Rol. Até então, as demandas de alteração do Rol eram

encaminhadas apenas pelos membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - Cosauúde. Agora, toda a sociedade poderá participar em dois momentos: na fase inicial, mediante submissão de proposta de atualização do Rol, e, posteriormente, na habitual Consulta Pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias.

A análise das propostas será respaldada por estudos realizados por técnicos da ANS ou por entidades públicas ou privadas, valendo-se de acordos de cooperação técnica. Com isso, a reguladora busca aprimorar as análises técnicas que subsidiam a decisão pela incorporação de novas tecnologias.

Embora as etapas de atualização do Rol fossem bem delineadas, até hoje não havia um normativo reunindo esse fluxo e os procedimentos. Com a resolução aprovada pela Agência, espera-se garantir segurança jurídica aos atos administrativos, dar previsibilidade a beneficiários, prestadores e operadoras, apontar os critérios de elegibilidade e parâmetros técnicos para o recebimento e análise das demandas, apresentar as instâncias decisórias e suas atribuições e aprimorar a transparência dos atos institucionais.

“O que esperamos com essa normativa é garantir clareza aos atores do setor e ratificar compromissos da Agência na atualização do Rol: atenção aos custos provenientes e ao estabelecimento de rede assistencial, por parte das operadoras, que garanta acesso às novas coberturas; e incorporação adequada de novas tecnologias, de modo que sejam seguras, eficazes e efetivas, num contexto de participação social ampliada”, afirmou o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

A Resolução Normativa mantém a gestão permanente do Rol mediante revisões periódicas a cada dois anos, como estabelecido na RN nº 211 de 2010. Esse é o intervalo mínimo, tendo em vista as etapas a serem cumpridas, propostas no normativo, e a complexidade do processo. Também são levados em consideração as tecnologias avaliadas e recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), a observância dos princípios de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de saúde baseada em evidências, e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

As discussões para elaboração do normativo foram realizadas em grupo de trabalho com integrantes das cinco diretorias da ANS. A proposta inicial proveniente destas discussões foi levada à consulta interna na Agência, para que fossem apresentadas contribuições de todo o corpo técnico. Também foi apresentada aos membros do Cossaúde e à especialistas em ATS, por fim, submetida à Consulta Pública nº 69, aberta no período de 19/07 a 17/09 de 2018, e que recebeu 802 contribuições de consumidores, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, entre outros.

No começo de 2019 a ANS divulgará nota de abertura do ciclo para a próxima atualização do Rol, contendo o cronograma dos trabalhos.

[Confira aqui a Resolução Normativa nº 439](#) que estabelece os fluxos e etapas de atualização do Rol.

[Saiba mais](#) sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

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