

11 de abril de 2018

SAÚDE DAS CONTAS

Folha de S. Paulo –10/04/2018

O índice de glosas (procedimentos realizados que não foram pagos) e o prazo de pagamento de recursos por parte dos planos de saúde aos hospitais privados cresceram em 2017, segundo Anahp, associação do setor.

O período esperado para recebimento do valor subiu de 66,8 para 73 dias.

“A retomada neste setor é mais cara e lenta. Não é como voltar a consumir um alimento, o que prolonga essa situação”, diz Martha Oliveira, diretora-executiva da entidade.

A saúde suplementar exige nova dinâmica, explica Oliveira. “Não dá para empurrar contas para o mês seguinte para melhorar o caixa.”

No caso de glosas, há casos em que a falha está dentro da própria empresa, explica Alexandre Teruya, diretor-executivo do Hospital Moriah.

“No começo de 2017, analisamos contas e percebemos que 80% das inconsistências vinham de falha interna”.

O hospital reduziu o índice de glosas para 0,1% do faturamento, diz Teruya.

No país, esse número subiu de 3,4% para 3,8%, segundo a associação.

COMBATE À FRAUDE

IESS –10/04/2018

Não é de hoje que reforçamos a necessidade de se ampliar o debate de diferentes temas por parte dos diversos agentes envolvidos nos setores de saúde. Custos de planos, modelos de pagamento, incorporação de tecnologias e outros assuntos são debatidos aqui com frequência e podemos observar que essa preocupação tem se expandido nos diversos meios.

Na última semana, apontamos a importante reflexão de Cadri Massuda, presidente da regional PR/SC da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) sobre os desperdícios no setor por meio de artigo publicado na Gazeta do Povo. Desta vez, quem falou sobre fraudes foi Silvio Toni, Presidente do Sindiplanos.

A reflexão de Toni vai ao encontro do que costumamos dizer tanto no que diz respeito a necessidade de se debater cada vez mais o assunto quanto de se enxergar as fraudes no setor como atos criminosos e que necessitam de punições severas. “Antes de mais nada todos deste segmento devem falar muito sobre o assunto, pois quanto mais o mesmo fica oculto, mais difícil será o tempo de conscientização”, analisa Toni.

“Precisamos tratar os crimes como crimes e os criminosos como criminosos. Estamos em um momento de rupturas de práticas antigas que não se sustentam mais e que exigem um novo comportamento

por parte de todos os envolvidos: corretores, corretoras, operadoras, sindicato e profissionais da saúde”, conclui o Presidente do Sindiplanos. O autor ainda elenca como a instituição faz um trabalho conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a certificação das corretoras.

Vale lembrar que nesse mesmo esforço de alertar alguns pontos essenciais para a sustentabilidade do setor, o TD 62 – “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil” mostra os impactos de práticas fraudulentas e aponta experiências bem-sucedidas para seu combate. A projeção apontou que aproximadamente 19% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no país foram consumidos por desperdícios e fraudes, ou seja, cerca de R\$25,5 bilhões no ano de 2016.

Mais do que catalogar, observar e se debruçar sobre este enorme volume de dados do setor, temos a missão de gerar conhecimento e referencial técnico para auxiliar na tomada de decisão pelos diferentes atores desta cadeia produtiva, garantindo a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira.

Importante observar que o debate tem se ampliado nas diferentes esferas do segmento. Esperamos que as mudanças também possam ser percebidas.

ANS BUSCA INCENTIVAR O PARTO NORMAL

IESS –09/04/2018

Importante medida para a ampliação da saúde de mães e bebês, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) busca incentivar ainda mais o parto normal na rede particular de saúde. Por meio do programa Parto Adequado, a entidade quer aumentar a participação das operadoras de planos de saúde na promoção desse procedimento.

Com 127 hospitais e 62 das operadoras engajados no projeto, o órgão visa orientar médicos e gestantes sobre a escolha do modelo ideal de parto e reduzir as taxas de cesárias em toda a rede.

Desde o ano passado, quando foi implementada a segunda fase do programa, o número de partos normais cresceu 6,3% entre as mulheres dos 127 hospitais participantes do projeto. O percentual para esse tipo de procedimento já chega aos 47% nessas entidades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cesárea seria o método mais indicado para cerca de 15% dos partos. No entanto, novas publicações apontam que um patamar entre 20% e 25% pode ser razoável, como mostra a matéria publicada pela Agência Brasil.

Como já mostramos, o risco de morte materna pós-parto é três vezes maior em cesarianas quando comparado a outras modalidades de parto. A publicação “Cesariana e mortalidade materna pós-parto: um estudo de caso-controle de base populacional no Brasil” aponta que os principais riscos relacionados ao procedimento são mortes por hemorragia pós-parto e complicações na anestesia.

O programa Parto Adequado visa, portanto, mudar o paradigma entre os profissionais de saúde com uma revisão dos protocolos para aumentar a confiança no parto normal já que, muitas vezes, o próprio sistema de saúde impulsiona a preferência pela cesárea. Importante

dizer que cada caso tem suas particularidades e que prevalecer a decisão tomada entre a gestante e o médico, sempre visando a segurança do bebê e da mãe.

NETA CRIADA POR AVÓS PODE INCLUÍ-LOS COMO DEPENDENTES EM PLANO DE SAÚDE

Consultor Jurídico –09/04/2018

A existência de incontroversa paternidade socioafetiva entre avós e neta após a morte dos pais biológicos permite a equiparação com genitores, por analogia, para fins de inclusão como dependentes em plano de saúde.

Esse foi o entendimento aplicado pela 7ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal ao manter sentença que obrigou um plano de saúde a aceitar os avós como dependentes da neta. Na ação, a servidora do Tribunal de Contas da União contou que foi criada pelos avós desde a morte de seus pais, quando tinha apenas quatro anos.

Após a condenação em primeira instância, o plano de saúde recorreu alegando que seu regulamento geral não prevê a inclusão dos avós na condição de dependentes. Por isso, pediu a reforma da sentença.

Ao analisar o caso, os desembargadores da 7ª Turma Cível do TJ-DF reconheceram que o regulamento geral permite apenas que genitores sejam incluídos como beneficiários. Porém, segundo eles, essa cláusula não ampara as relações decorrentes de paternidade socioafetiva, o que ofende o artigo 227, parágrafo 6º, da Constituição Federal, que prevê a igualdade entre os filhos.

Dessa forma, em virtude da existência de paternidade socioafetiva entre avós e neta, os magistrados entenderam ser possível a equiparação dos progenitores aos genitores para fins de inclusão como dependentes em plano de saúde. Com informações da Assessoria de Imprensa do TJ-DF.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM FOCO

ANS –06/04/2018

Com o lema “Saúde universal: para todos, em todos os lugares”, a campanha do Dia Mundial da Saúde deste ano, comemorado no sábado (07/04), tem o objetivo de aumentar a conscientização sobre a necessidade de acesso à saúde universal e seus benefícios para a população. Com a campanha, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a importância da atenção primária à saúde, forte e qualificada, como caminho para a cobertura universal.

Em visita recente ao Brasil, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ressaltou a importância da atenção primária como forma de evitar as doenças crônicas. Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde a sua criação, em 2000, vem atuando para promover a integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo o risco de doenças.

“A sustentabilidade do setor de saúde suplementar, tanto econômica quanto assistencial, é fundamental para garantir uma assistência oportuna e adequada aos beneficiários”, ressaltou o diretor-presidente Substituto, Leandro Fonseca.

Tanto a atenção primária como as ações de promoção da saúde constituem estratégias aplicadas em todo o mundo, não apenas como fatores de redução de custos, mas prioritariamente na qualificação da assistência prestada. “É preciso ir em direção ao modelo assistencial centrado na necessidade do beneficiário, contemplando a integração da atenção à saúde com a prevenção; a centralidade da figura do médico cuidador de referência, associado ao trabalho em equipe multidisciplinar; a intervenção baseada em uma visão integral do ser humano; e o desenvolvimento de planos terapêuticos compartilhados entre equipe e pacientes, entre outros aspectos”, destaca a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência, Karla Coelho.

Neste contexto, desde 2015 a ANS vem acompanhando experiências em atenção primária. Em 2017, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi criado o Laboratório de Inovações

sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar. O objetivo é identificar e reconhecer o esforço de operadoras de planos de saúde na implementação de projetos que objetivem aprimorar o cuidado em saúde de seus beneficiários, utilizando modelos de atenção inovadores, baseados na atenção primária. A ação reforça o estímulo da ANS às operadoras para que se mobilizem para uma mudança do modelo assistencial vigente, saindo da fragmentação do cuidado e consequente desperdício de recursos, para um modelo integral de saúde, visando a sustentabilidade do setor.

Além de normas para incremento de qualidade do serviço prestado e de ações indutoras para mudança de modelos, a Agência dissemina informações sobre o setor de planos de saúde e sobre as operadoras ativas no mercado de forma a proporcionar decisões e escolhas conscientes. “A ANS é a principal fonte de informações sobre o setor de planos de saúde e atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, estimulando o protagonismo do consumidor em relação às decisões em saúde”, salienta a diretora de Fiscalização, Simone Freire.

Indução à qualidade no cuidado em saúde

A qualificação do setor, que está diretamente ligada à saúde e bem-estar físico e mental dos beneficiários de planos de saúde, é outra prioridade para a ANS. Através de projetos como Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede, a Agência estimula a melhoria da qualidade e a mudança do modelo assistencial e de remuneração de prestadores de saúde. “São projetos que, de maneira geral, visam o cuidado centrado no paciente e conferem maior transparência e equilíbrio ao setor, beneficiando toda a cadeia de atenção à saúde”, explica Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

Em sua Fase 2, o Projeto Parto Adequado tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, reduzindo o número de cesarianas desnecessárias por meio de mudanças nas práticas de cuidado baseadas em evidência científica e na conscientização de gestantes, e de toda a rede de atenção obstétrica, sobre os benefícios do parto normal.

Em relação à saúde do idoso, o Projeto Idoso Bem Cuidado propõe um modelo inovador de atenção, envolvendo instituições comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo. Espera-se evitar redundâncias de exames e prescrições, interrupções na trajetória do paciente e

complicações geradas pela desarticulação das intervenções em saúde.

Em outra frente, o Projeto OncoRede contempla ações de promoção e prevenção ao câncer, destacando-se medidas como: busca ativa para diagnóstico precoce, continuidade entre o diagnóstico e o tratamento, informação compartilhada, tratamento adequado e em tempo oportuno e articulação da rede de assistência para garantir ao paciente o percurso ideal no cuidado da doença.

Além dos projetos de indução da qualidade, a ANS desenvolve o Projeto Sua Saúde, para estimular a participação proativa de pacientes e usuários em relação à tomada de decisão em saúde. É uma iniciativa focada na informação de qualidade compartilhada com os outros responsáveis pelo seu cuidado (médicos, enfermeiros e outros profissionais da área).

A reguladora também está empenhada no combate à obesidade e ao excesso de peso, uma vez que mais de 50% da população brasileira adulta está acima do peso, segundo a pesquisa Vigitel Brasil 2016 da Saúde Suplementar. Para analisar possíveis ações, a Agência elaborou o "Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira".

O estudo é fruto do trabalho do Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade, criado pela ANS, do qual participaram representantes de entidades do setor com o objetivo de identificar melhorias e incentivos na atenção à saúde deste problema específico, resultando em programas de prevenção e combate à obesidade que estão em vias de implementação pelas operadoras.

Atitudes para uma vida saudável

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Ou seja, não basta não estar doente. Como não basta só o corpo estar são, a mente também precisa estar sã.

Algumas atitudes são determinantes para uma vida saudável:

Procure ter um médico de confiança, que conheça o seu histórico clínico e que te direcione a especialistas e profissionais de saúde sempre que necessário.

Seja participativo nas tomadas de decisão que envolvam a sua saúde. Em consultas, indague, questione a indicação de procedimentos e medicamentos. Em caso de tratamento e intervenções cirúrgicas, pergunte sobre o antes, o durante e o depois; entenda o impacto em sua vida. O Projeto Sua Saúde traz recomendações; veja aqui.

Pratique atividades físicas regularmente. Exercícios físicos ajudam a prevenir doenças.

Tenha uma alimentação saudável, com ingestão moderada de açúcar, gordura saturada e sal. Evite os alimentos processados e mais ainda os ultraprocessados. Opte pelos alimentos in natura. Veja aqui o Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira, elaborado pela ANS.

Faça uso inteligente do seu plano de saúde. Saiba como contratar o melhor plano para você e sua família, conheça os seus direitos, saiba com quem reclamar. Veja como no Espaço do Consumidor.

Procure incorporar à sua rotina atividades que lhe deem prazer pessoal. Lazer e diversão alegam a mente. Mente sã, corpo são.

portal dia mundial saude

Lembretes para uma vida saudável

Campanha de doação de sangue na ANS

Nesta quinta-feira (05/04), servidores e colaboradores da ANS participaram de uma campanha de doação de sangue realizada na sede da Agência, no Rio de Janeiro, organizada pela entidade reguladora em parceria com o Hemorio. A ação foi um sucesso: 92 pessoas foram solidárias e fizeram a doação, ajudando a abastecer o estoque do Hemorio. Uma única doação de sangue pode salvar até quatro vidas.

A ação objetivou conscientizar e incentivar o quadro de profissionais da Agência para doar sangue regularmente e ajudar a quem precisa.

CUIDADOS INTELIGENTES: RACIONALIZANDO OS CUSTOS DE SAÚDE COM TECNOLOGIA E AÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE

Previva –06/04/2018

Entre 2017 e 2021, os gastos com saúde em todo o mundo devem aumentar a uma taxa anual de 4,1%. É o que prevê o relatório Perspectivas para o setor global de saúde em 2018: A evolução dos cuidados inteligentes, divulgado no início deste ano pela consultoria Deloitte. O documento analisa o atual cenário global da saúde e aponta tendências para as empresas que atuam neste setor.

A elevação dos gastos com saúde projetada pelo estudo representa um avanço de 2,8 pontos percentuais em comparação ao crescimento de 1,3% ao ano registrado entre 2012 e 2016. Contudo, na avaliação da consultoria, nem sempre os gastos mais elevados geram melhores resultados ou mais valor para a saúde do paciente.

No universo das operadoras de saúde, isso aponta para a necessidade de analisar melhor a relação custo-benefício para a adoção de diferentes tecnologias. Segundo a consultoria, é justamente nesse contexto que vêm ganhando cada vez mais importância os chamados "cuidados inteligentes" (smart health care).

Mas o que são cuidados inteligentes?

Os cuidados inteligentes com a saúde podem ser definidos basicamente como "o tratamento adequado oferecido ao paciente certo, no momento e local certos".

Isso envolve:

- Tecnologia para diagnosticar com precisão, tratar e oferecer cuidados
- Uso efetivo da informação e da comunicação entre todas as partes do ecossistema de saúde, de forma integrada
- Pessoas certas nas funções certas (Ex.: enfermeiras devem cuidar de pacientes, não de tarefas administrativas)
- Pacientes bem informados e envolvidos nos seus cuidados com a saúde
- Novos modelos para ampliar o acesso e entregar cuidados com a saúde com melhor custo-benefício
- Aumento da eficiência e redução do desperdício

Barreiras logísticas e tecnológicas

Desenvolver políticas, processos e capacidades para prestar cuidados de saúde inteligentes não é uma tarefa fácil, dada a magnitude e complexidade dos cuidados de saúde globais. Segundo

a análise de consultoria Deloitte, podem haver obstáculos logísticos e tecnológicos significativos a serem superados.

Como, por exemplo, o fato de que uma grande parte dos serviços de internação está migrando para ambientes de cuidados não tradicionais, como a atenção domiciliar e os ambulatórios para pacientes externos.

Outro empecilho logístico é coordenar membros da cadeia de prestação de cuidados de saúde que muitas vezes trabalham em locais diferentes (hospital, consultório médico, clínica médica, laboratório de diagnóstico). Além disso, os pacientes podem residir em uma cidade ou mesmo em um país longe de seus prestadores de cuidados.

Ou então o fato de que a jornada do paciente em alguns casos o leva de médico em médico, passando algumas vezes pelo sistema público ou por diferentes operadoras privadas. Como os registros de saúde frequentemente estão armazenados em formatos e sistemas diferentes, fica difícil acompanhar o histórico de saúde deste paciente.

Tudo isso faz com que muitos médicos e gestores de saúde acabem tendo dificuldades na gestão de processos. Ou seja: está ficando cada vez mais difícil coordenar consultas e procedimentos, compartilhar resultados de exames e envolver os pacientes em seus planos de tratamento sem o auxílio da tecnologia.

Em outras palavras, sua equipe de saúde pode estar trabalhando duro, mas não está necessariamente trabalhando de forma “inteligente”.

Principais desafios para os gestores de saúde

De acordo com o relatório Perspectivas para o setor global de saúde em 2018: A evolução dos cuidados inteligentes, os gestores de operadoras de saúde em 2018 provavelmente enfrentarão algumas questões cruciais em sua busca por desenvolver e oferecer esse tipo de cuidado a seus beneficiários.

Entre os principais desafios estão:

- Criar margens positivas em uma economia incerta e em mudança
- Mover-se estrategicamente do volume para o valor
- Responder a políticas de saúde e regulamentações complexas
- Investir em tecnologias para reduzir custos, aumentar o acesso e melhorar o atendimento
- Engajar consumidores e melhorar a experiência do paciente
- Desenvolver a mão de obra do futuro para o setor

TODOS SÃO CULPADOS PELO DESPÉRDÍCIO

IESS –06/04/2018

Artigo publicado na Gazeta do Povo esta semana reuniu, de forma objetiva e esclarecedora, informações que tratamos periodicamente nas nossas publicações e trazem impacto direto ao setor. De autoria de Cadri Massuda, presidente da regional PR/SC da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o texto aponta que o “Desperdício pode acabar com planos de saúde em 20 anos”.

Para explicar os motivos desta afirmação, o autor afirma que diversos agentes envolvidos na cadeia têm sua parcela de culpa quando o assunto é o desperdício no setor. Cadri é categórico ao apontar como o segmento está despreparado para lidar com esta questão. “O setor de saúde suplementar está a anos-luz da indústria quando o assunto é controle de desperdício. Enquanto no setor industrial o nível de excelência é tão alto que a busca do desperdício é feita na casa dos décimos, na área da saúde estudos calculam desperdícios de 30% a 50% de recursos financeiros mal utilizados”, afirma.

Elencando como os agentes do setor tem sua parcela de culpa e oferecendo soluções para a respectiva mudança, o médico fala de como, hoje, a medicina tecnológica se sobrepõe à medicina humanística, com a solicitação de exames e procedimentos desnecessários. Para o autor, essa conduta médica reflete também na postura do paciente, que acredita que “médico bom é o que pede exames” e chegam ao consultório munidos de pesquisas na internet sobre exames e procedimentos. Isso se soma ao não

comparecimento às consultas e ao fato de privilegiar o especialista em detrimento do médico generalista. Como apontamos, o valor da consulta deste profissional chega a ser aproximadamente 60% superior ao de um clínico geral.

O artigo ainda cita o modelo de remuneração vigente, já que o fee for service (FFS) privilegia a quantidade de atendimentos e não a qualidade e incentiva a maior utilização de procedimentos e insumos, gerando mais desperdício em toda a cadeia. Informações sobre outros modelos podem ser encontradas aqui (DRG, Bundled Payment, Pay for Performance (P4P), Global budget e Captation)

Já sobre a responsabilidade das operadoras, Cadri lembra que ainda falta comunicação das informações e sistemas mais interligados, que possibilitam maior conhecimento sobre o quadro clínico do paciente por parte de diversos profissionais e evitam repetição de exames e procedimentos.

Um ponto que ficou fora do artigo diz respeito à responsabilidade dos órgãos reguladores, já que é necessária a criação de legislação que trate explicitamente as fraudes e desperdícios como atos criminosos e punições adequadas quando comprovada a culpa.

Fica claro, portanto, que em uma cadeia tão complexa quanto a da saúde suplementar, cada um precisa fazer a sua parte na busca pela sustentabilidade do setor. A agenda de medidas ainda é extensa e a conscientização de todos os envolvidos é ordem do dia para que as decisões possam ser tomadas. Sem providências rápidas e eficazes, o desperdício continuará a impactar na vida dos brasileiros e ameaçar o setor.

OBESIDADE CAUSA 15 MIL CASOS DE CÂNCER POR ANO

IESS –05/04/2018

Cerca de 15 mil casos de câncer por ano são atribuíveis ao excesso de peso e obesidade no Brasil. O dado alarmante faz parte de pesquisa inédita realizada pelo Departamento de Medicina

Preventiva da Faculdade de Medicina da USP em parceria com a Universidade de Harvard e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Divulgado na revista científica Cancer Epidemiology no dia 28 de março, a pesquisa mostra que o excesso de peso está relacionado com o aumento no risco de neoplasias da mama (pós-menopausa), cólon e reto, corpo do útero, vesícula biliar, rim, fígado, mieloma múltiplo, esôfago, ovário, pâncreas, próstata, estômago e tireoide.

Somados, esses 14 tipos de câncer representam metade dos mais de 400 mil casos de câncer diagnosticados anualmente no país.

Levando em consideração 10 anos para a ocorrência dos cânceres, os pesquisadores estimaram que, em 2012, cerca de 10 mil casos de câncer em mulheres e 5 mil em homens são atribuíveis ao sobrepeso e obesidade em 2002. Para elas, a maioria foi de mama (5 mil), corpo do útero (2 mil) e cólon (700), já nos homens, cólon (1 mil), próstata (900) e fígado (650) foram os mais comuns.

A notícia é ainda mais alarmante ao lembrar que a cada 6 beneficiários de planos de saúde, 1 é obeso, segundo a última pesquisa Vigitel Saúde Suplementar 2016. No total da pesquisa, 18,7% dos homens beneficiários de planos de saúde estão obesos enquanto, entre as mulheres, a proporção é de 17%. Como já mostramos aqui, esse número é ainda menor quando comparado com o total da população brasileira. Também em 2016, 1 a cada 5

brasileiros tinha IMC igual ou superior a 30 kg/m², o que caracteriza a obesidade.

Além disso, a prevalência desse mal entre os beneficiários de planos de saúde tem aumentado consideravelmente. Subiu de 14,2%, em 2008, para 18,7% em 2016 entre os homens e de 11,2% para 17% entre as mulheres no mesmo período. Vale lembrar que o sobrepeso – caracterizado por IMC maior ou igual a 25 kg/m² – atinge 53,7% dos beneficiários de planos de saúde, segundo o Vigitel Saúde Suplementar.

Má alimentação, pouca atividade física e sedentarismo são fatores determinantes para excesso de peso e obesidade, em conjunto com outros hábitos de vida e consumo. Portanto, é cada vez mais clara a necessidade de políticas e ações voltadas para maior conscientização de diferentes populações sobre as consequências do estilo de vida.

DEPUTADOS E DIRIGENTES COBRAM REGULAMENTAÇÃO DE LEI QUE PREVÊ INCENTIVOS PARA SANTAS CASAS

Agência Câmara Notícias –04/04/2018

O presidente da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, Edson Rogatti, cobrou do governo a regulamentação da Lei 13.479/17, que foi sancionada no ano passado e cria linhas de crédito com juros diferenciados para essas instituições sem fins lucrativos.

“As Santas Casas não aguentam mais não receber esse financiamento”, afirmou Rogatti, nesta quarta-feira (4), em reunião promovida pela Frente Parlamentar de Apoio a Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

Ele destacou que as Santas Casas realizam quase a metade de todos os atendimentos públicos no Brasil, sendo muitas vezes o único hospital em uma localidade, mas, mesmo assim, não recebem uma remuneração adequada por parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa

Coordenador da frente parlamentar, o deputado Antonio Brito (PSD-BA) ressaltou a necessidade de regulamentar a lei para que as verbas possam ser previstas na Lei Orçamentária de 2019. Enquanto isso não acontece, lembrou ele, o Executivo pode liberar recursos por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), modalidade de financiamento criada por portaria do Ministério da Saúde em 2013.

“Não é só o financiamento que salva as Santas Casas porque tomar dinheiro em banco não resolve o problema, nós sabemos disso. O que sana o problema é dinheiro novo, que possa evitar o fechamento dessas instituições”, disse o deputado.

Juros menores

A Lei 13.479/17 estabelece linhas de crédito para reestruturação patrimonial das Santas Casas com juros de 0,5% ao ano. O texto prevê ainda crédito para capital de giro com juros correspondentes à Taxa de Juros de Longo Prazo, prazo de carência de no mínimo seis meses e amortização de cinco anos. Após a assinatura dos contratos de concessão de crédito, as Santas Casas devem apresentar plano de gestão a ser implementado no prazo de dois anos.

Os financiamentos serão concedidos pelos bancos oficiais ou pelo BNDES.

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