

ÍNDICE INTERATIVO

[Lei que permite socorro do FGTS às santas casas até 2022 é sancionada](#) - Fonte: Estado de São Paulo

[Experiências internacionais reforçam a necessidade de avançar em telemedicina no Brasil](#) - Fonte: IESS

[ANS disponibiliza números de abril do setor de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Telemedicina não pode se limitar a teleatendimento](#) - Fonte: IESS

[Padrão TISS: dados devem ser enviados na versão 1.00.00](#) - Fonte: ANS

[Lançamos a 25ª edição do boletim científico](#) - Fonte: IESS

[Novas regras de portabilidade entram em vigor](#) - Fonte: ANS

[Novos modelos agilizam atendimento a pacientes e reduzem custos médicos](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[ANS disponibiliza manual de governança corporativa](#) - Fonte: ANS

[Combate ao desperdício envolve hospitais, sus e empresas de convênio](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Ampliação da atenção básica pode revigorar sistema de saúde](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Informação e normas claras ajudam a diminuir busca por judicialização](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Criação de autoridade nacional de proteção de dados é mais um passo para a implantação da LGPD](#) -
Fonte: IESS

[Novo relatório internacional projeta avanço de 17% nos custos médico-hospitalares no Brasil em 2019](#) -
Fonte: IESS

LEI QUE PERMITE SOCORRO DO FGTS ÀS SANTAS CASAS ATÉ 2022 É SANCIONADA

Estado de São Paulo - 05/06/2019

Nova lei estabelece ainda que o Conselho Curador do FGTS poderá definir o percentual da taxa de risco, que deverá ser limitado a 3%

BRASÍLIA - O presidente [Jair Bolsonaro](#) sancionou lei que fixa até o fim de 2022 o prazo limite para a concessão de empréstimos do [Fundo de Garantia do Tempo de Serviço \(FGTS\)](#) às [Santas Casas](#) e hospitais filantrópicos.

A nova lei é fruto de projeto de conversão de uma medida provisória de [Michel Temer](#) que regulamentou alguns trechos de uma outra MP, já convertida em lei, que criou uma [linha de crédito de R\\$ 4,7 bilhões para o setor](#).

Em setembro do ano passado, quando a criação da linha de

crédito foi aprovada, a MP foi justificada pela grave situação financeira dos hospitais filantrópicos, que acumulam cerca de um terço dos leitos existentes no País. Esses hospitais exercem papel estratégico e respondem por metade das cirurgias do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#), sobretudo as de alta complexidade.

Na época, o governo informou que as dívidas dos hospitais somavam cerca de R\$ 21 bilhões.

Publicada no *Diário Oficial da União* (DOU) desta quarta-feira, 5, a nova lei estabelece ainda que o risco das operações de crédito ficará a cargo dos agentes financeiros. Além disso, determina que o Conselho Curador do FGTS poderá definir o percentual da taxa de risco, que deverá ser limitado a 3%.

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS REFORÇAM A NECESSIDADE DE AVANÇAR EM TELEMEDICINA NO BRASIL

IESS – 05/06/2019

“A telemedicina é um recurso importantíssimo para ofertar atendimento assistencial aos brasileiros, especialmente considerando as proporções continentais do País e as diferenças estruturais entre suas diversas regiões.” A opinião é de nosso superintendente executivo, José Cechin, que apresentou o [TD 74 – “A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos”](#) – hoje (05/06), durante o Seminário Internacional de Saúde da População, organizado pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getulio Vargas (FGV), em São Paulo.

O TD mostra a experiência internacional com o uso do recurso em sete países além do Brasil (Albânia, Austrália, Bangladesh, China, Estados Unidos, México e Noruega) e destaca que o uso da telemedicina pode trazer benefícios como a redução de tempo de atendimento, dos custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde e mesmo melhora na qualidade assistencial ao possibilitar o acesso a especialistas em áreas remotas que não contam com centros de referência em certas especialidades.

Para possibilitar o uso de todo o potencial das novas tecnologias em favor da telemedicina e da qualidade de vida dos pacientes no Brasil, entretanto, é preciso regular seu uso entre profissionais de saúde e pacientes, já que a legislação atual prevê apenas seu emprego para teleconsultoria, programas que relacionam médicos com outros médicos ou com outros profissionais de saúde.

Para a realização de teleconsultas, com o contato direto entre médicos e pacientes, é fundamental retomar os debates sobre a [resolução 2.227/2018](#), suspensa pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em função do volume de proposta de mudanças e críticas recebidas após sua divulgação, como já comentamos [aqui no blog](#).

A partir de amanhã, iremos detalhar as experiências internacionais apresentadas no TD 74 e como elas poderiam beneficiar o sistema de saúde brasileiro como um todo, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto a saúde suplementar. Não perca

ANS DISPONIBILIZA NÚMEROS DE ABRIL DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 05/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou nesta quarta-feira (05/06) os dados atualizados do setor de planos de saúde relativos ao mês de abril. A consulta pode ser feita por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS.

[Acesse aqui a Sala de Situação](#)

Em abril, o setor contabilizou, em todo o país, 47.133.325 beneficiários em planos de assistência médica e 24.557.481 em planos exclusivamente odontológicos.

Também podem ser verificados os números por Unidade Federativa. Esse recorte mostra que 15 estados, incluindo o Distrito Federal, registraram crescimento de usuários no período de um ano, sendo DF, MT e ES os líderes em números absolutos (assistência médica). Na segmentação odontológica, apenas Amapá não registrou aumento de beneficiários.

A ANS lembra que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por Unidade Federativa.

Número de beneficiários por tipo de contratação

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação

| COMPETÊNCIA | Total | Coletivo | | | Individual | Não Informado |
|-------------|------------|-------------|------------|------------------|------------|---------------|
| | | Empresarial | Por adesão | Não identificado | | |
| abr/18 | 47.127.505 | 31.406.085 | 6.405.044 | 1.315 | 9.153.904 | 161.157 |
| abr/19 | 47.133.325 | 31.566.692 | 6.395.264 | 1.191 | 9.050.702 | 119.476 |

Número de beneficiários por tipo de contratação

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação

| COMPETÊNCIA | Total | Coletivo | | | Individual | Não Informado |
|-------------|------------|-------------|------------|------------------|------------|---------------|
| | | Empresarial | Por adesão | Não identificado | | |
| abr/18 | 22.930.026 | 17.055.306 | 1.825.310 | 3.995 | 4.023.705 | 21.710 |
| abr/19 | 24.557.481 | 17.844.303 | 2.332.133 | 3.962 | 4.363.300 | 13.783 |

Número de beneficiários por UF

| UF | Beneficiários Assistência Médica | | Beneficiários Exclusivamente Odontológicos | |
|---------------------|----------------------------------|-----------|--|-----------|
| | abr/18 | abr/19 | abr/18 | abr/19 |
| Acre | 45.310 | 45.059 | 14.420 | 15.272 |
| Alagoas | 377.275 | 373.071 | 259.497 | 275.412 |
| Amapá | 68.994 | 71.624 | 47.055 | 43.896 |
| Amazonas | 522.203 | 512.642 | 368.178 | 408.272 |
| Bahia | 1.576.045 | 1.581.260 | 1.400.773 | 1.448.335 |
| Ceará | 1.271.343 | 1.268.460 | 870.623 | 952.107 |
| Distrito Federal | 859.360 | 889.888 | 533.004 | 571.660 |
| Espírito Santo | 1.092.883 | 1.114.554 | 416.136 | 495.189 |
| Goiás | 1.105.605 | 1.122.578 | 605.899 | 629.243 |
| Maranhão | 459.042 | 470.866 | 183.907 | 187.921 |
| Mato Grosso | 557.797 | 583.903 | 188.115 | 207.266 |
| Mato Grosso do Sul | 582.001 | 580.182 | 137.181 | 144.794 |
| Minas Gerais | 5.056.375 | 5.023.403 | 1.972.052 | 2.109.094 |
| Não Identificado | 30.225 | 31.622 | 92.521 | 52.927 |
| Pará | 791.467 | 805.992 | 395.616 | 424.716 |
| Paraíba | 415.401 | 422.485 | 306.546 | 343.617 |
| Paraná | 2.848.372 | 2.853.465 | 1.195.922 | 1.276.855 |
| Pernambuco | 1.317.017 | 1.315.543 | 871.532 | 945.199 |
| Piauí | 311.522 | 317.403 | 78.109 | 82.356 |
| Rio de Janeiro | 5.419.789 | 5.361.882 | 2.884.801 | 3.293.811 |
| Rio Grande do Norte | 513.092 | 515.308 | 306.086 | 333.671 |
| Rio Grande do Sul | 2.623.270 | 2.584.179 | 741.888 | 773.868 |
| Rondônia | 156.419 | 152.255 | 89.443 | 105.630 |
| Roraima | 29.098 | 28.827 | 9.027 | 9.954 |

| | | | | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| Santa Catarina | 1.504.674 | 1.495.020 | 482.311 | 508.022 |
| São Paulo | 17.178.370 | 17.183.432 | 8.246.989 | 8.676.537 |
| Sergipe | 308.837 | 319.531 | 186.337 | 190.819 |
| Tocantins | 105.719 | 108.891 | 46.058 | 51.038 |
| TOTAL | 47.127.505 | 47.133.325 | 22.959.990 | 24.557.481 |

TELEMEDICINA NÃO PODE SE LIMITAR A TELEATENDIMENTO

IESS – 04/06/2019

No Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline, na sigla em inglês) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, a maior parte dos estudos sobre telemedicina está relacionado a “Diabetologia”, o estudo da diabete. Justamente por esse volume, o estudo “Telemedicina e Diabetes”, destaque da seção [Saúde & Tecnologia da última edição do Boletim Científico](#), buscou detectar como esse tipo de assistência tem se desenvolvido e sua aplicabilidade.

O resultado mostra que a tecnologia é altamente efetiva para o acompanhamento de pacientes com diabetes, mas está longe de ser eficaz para a oferta de assistência direcionada. Ou seja, dados como o nível de glicose são transmitidos para um profissional capaz de interpretá-los, mas não retornam ao paciente ou seu cuidador como medidas que possam ser facilmente aplicáveis ao dia a dia, possibilitando melhora na qualidade de vida do diabético.

Para que a efetividade da telemedicina não se limite ao telemonitoramento, os pesquisadores recomendam o

desenvolvimento de ferramentas especiais que permitam a interação entre todos os envolvidos.

Nesse sentido, o trabalho também detectou que é fundamental oferecer treinamento aos cuidadores dos dois lados do processo. Especialmente porque muitos deles foram sujeitos a um incremento expressivo de novas tecnologias e suas rotinas de trabalho sem qualquer assistência para se adaptarem a elas. Por outro lado, os pacientes costumam ser o “elo” mais aberto ao uso da tecnologia devido a praticidade e qualidade de vida que ela pode proporcionar.

Para garantir uma transição mais suave e o melhor aproveitamento da telemedicina, o estudo aponta que as novas soluções deveriam incluir cuidadores ao longo de seu processo de desenvolvimento, o que aumenta sua chance de adoção pelos profissionais de saúde no futuro.

Continue acompanhando nosso blog para saber mais sobre os demais estudos resumidos na última edição do Boletim Científico.

PADRÃO TISS: DADOS DEVEM SER ENVIADOS NA VERSÃO 1.00.00

ANS – 03/06/2019

A partir do dia 01/06/2019, as operadoras de planos de saúde devem enviar os dados do Padrão TISS à ANS na Versão

1.00.00, conforme publicado no site da ANS (confira). Os arquivos enviados em outras versões não serão aceitos.

LANÇAMOS A 25ª EDIÇÃO DO BOLETIM CIENTÍFICO

IESS – 03/06/2019

Acabamos de publicar a 25ª edição do “[Boletim Científico IESS](#)”, que resume publicações científicas importantes para a saúde suplementar lançadas no 1º quadrimestre de 2019. Voltado para pesquisadores acadêmicos e gestores da área de saúde, a publicação apresenta trabalhos lançados nas principais revistas científicas do Brasil e do mundo nas áreas de saúde, tecnologia, economia e gestão.

O objetivo é apresentar estudos, atualizações e orientações que forneçam ferramentas para auxiliar pesquisadores e gestores da saúde suplementar na tomada de decisões. A

edição mais recente apresenta pesquisas que abordam a aplicabilidade de avaliação de custo-efetividade para incorporação de novas tecnologias, comportamento econômico-financeiro de operadoras de grande porte, prevalência de cesárea no Brasil e outros trabalhos.

Entre eles, destaque para a análise “Planos de Saúde com Franquia Anual e Prevenção”, na seção Economia & Gestão, aponta a redução de exames com caráter preventivo entre os beneficiários desse tipo de plano, o que reforça nossa percepção de que planos com franquia anual precisam ter

mecanismos para incentivar a promoção da saúde e a realização de procedimentos (consultas exames etc.) com este foco, como já comentamos [aqui](#).

Já o destaque em Saúde & Tecnologia ficou para “Telemedicina e Diabetes”, que destaca a efetividade deste

tipo de ação desde que a telemedicina não se limite ao telemonitoramento.

Nos próximos dias, vamos analisar esses e outros destaques dessa edição aqui no blog. Não perca!

NOVAS REGRAS DE PORTABILIDADE ENTRAM EM VIGOR

ANS – 03/06/2019

Começam a valer nesta segunda-feira (03/06) as novas regras de portabilidade de carências dos planos de saúde determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A partir de agora, os beneficiários de planos coletivos empresariais também poderão mudar de plano ou de operadora sem cumprir carência. Além disso, a chamada “janela” (prazo para exercer a troca) deixa de existir, assim como a necessidade de compatibilidade de cobertura entre planos – o consumidor cumpre carência apenas para os serviços extras. A norma foi aprovada pela ANS em dezembro.

[Acesse a Resolução Normativa nº 438](#)

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deve consultar os planos compatíveis com o atual. As novas regras permitem aumentar a cobertura do plano, mas mantêm a exigência de compatibilidade de preço na maior parte dos casos. É possível consultar os planos compatíveis por meio do [Guia ANS de Planos de Saúde](#), ferramenta disponível na página da Agência. A ANS preparou também uma cartilha com informações importantes sobre o tema, para orientar os consumidores sobre esclarecimentos de prazos e critérios para realização da portabilidade, como a compatibilidade entre planos, documentos exigidos e o acesso ao Guia ANS.

[Acesse a cartilha de Portabilidade de Carências](#)

O diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel, explica que a concessão do benefício para quem tem planos empresariais era uma demanda importante na agenda regulatória. “Os planos empresariais representam quase 70% do mercado e dispõem da mesma cobertura assistencial dos demais planos. A portabilidade de carências passa a ser um direito efetivo de todo consumidor de planos de saúde e vai ser mais representativa no mercado”, pontua, destacando que um dos valores fundamentais para a ANS é o empoderamento do consumidor, respaldando-o para negociar seu plano com a operadora.

As novas regras publicadas pela ANS são ainda mais relevantes para os beneficiários de planos empresariais que foram demitidos ou de contratos com menos de 30 vidas, que

precisariam cumprir novos períodos de carência ao mudar de plano de saúde. Hoje, quando um empregado deixa a empresa ou se aposenta, há normas que legislam sobre sua permanência no plano mediante a contribuição. Mas a portabilidade agora amplia o direito desse beneficiário, que pode escolher outro produto tendo respaldada sua cobertura sem carência.

Sem janela e compatibilidade de cobertura

O fim da janela para a realização da portabilidade de carências é uma das novidades da normativa. Agora, o mecanismo poderá ser requerido pelo beneficiário a qualquer tempo, desde que haja o cumprimento do prazo mínimo de permanência exigido no plano de origem. Antes, havia um período limitado a 4 meses no ano para o exercício da portabilidade, contados da data de aniversário do contrato.

Também não será mais exigida compatibilidade de cobertura entre o plano de origem e o plano de destino. Por exemplo, o beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar. A exigência que se mantém é a de compatibilidade de preços (valor da mensalidade). Como a delimitação de cobertura poderia restringir o acesso do beneficiário, uma vez que as operadoras não são obrigadas a comercializar plano com todos os tipos de segmentação, a ANS extinguiu esse item. Será necessário, porém, o cumprimento das carências previstas na Lei nº 9.656 para as coberturas que o beneficiário não possuía anteriormente.

Prazos mínimos de permanência

Os prazos de permanência para a realização da portabilidade continuam os mesmos. São exigidos mínimo de dois anos de permanência no plano de origem para solicitar a primeira portabilidade e mínimo de um ano para a realização de novas portabilidades. As exceções ocorrem em duas situações: se o beneficiário tiver cumprido cobertura parcial temporária, o prazo mínimo para a primeira portabilidade será de três anos; e se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, o prazo mínimo será de dois anos.

PARA TER DIREITO À PORTABILIDADE, É NECESSÁRIO:



Manter o vínculo ativo com o plano atual



Estar adimplente junto à operadora



Ter cumprido o prazo de permanência exigido no plano:

1ª Portabilidade

Mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária)

2ª Portabilidade em diante

Para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem



Que o plano de destino tenha faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem, com exceção dos casos de portabilidade especial, planos empresariais e pós-pagamento

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PRINCIPAIS MUDANÇAS

| | REGRAS ANTIGAS | NOVAS REGRAS (válidas a partir de 03/06/2019) |
|--|---|---|
| Quem pode fazer | Apenas beneficiários de planos individuais/familiares e coletivos por adesão | Beneficiários de todas as modalidades de contratação (individuais/familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais) |
| Período limite (janela da portabilidade) | A troca só pode ocorrer nos 4 meses contados a partir do aniversário do contrato | Não há mais a janela, ou seja, a portabilidade pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano |
| Compatibilidade de cobertura | O beneficiário só pode mudar para um plano com as mesmas coberturas do plano de origem | É permitido mudar para um plano com tipo de cobertura maior que o de origem, cumprindo apenas carência para as novas coberturas |
| Relatório de compatibilidade | É necessário imprimir o relatório de compatibilidade para solicitar a troca à operadora | O protocolo é enviado de forma eletrônica, através do novo Guia ANS de Planos de Saúde |

NOVOS MODELOS AGILIZAM ATENDIMENTO A PACIENTES E REDUZEM CUSTOS MÉDICOS

Folha de São Paulo – 31/05/2019

Mais de 500 startups já oferecem serviços para saúde

No quarto mês de gestação, Paloma Christiansen, 29, encontrou a rede de apoio que buscava para dar à luz o seu primeiro filho.

Diferentemente de tudo o que já havia feito, ela passou a frequentar consultas em grupo, tirar dúvidas com médicas que se alternam a cada atendimento e a se preparar para o parto natural —que seria realizado com a profissional que estivesse de plantão no dia.

“É um modelo prático e acessível. Eu me senti acolhida e à vontade desde o primeiro dia. Com as consultas em grupo, aprendo muito com as dúvidas das outras grávidas”, diz Christiansen.

Ela é uma das pacientes do Coletivo Nascer, criado há menos de um ano por seis obstetrias e seis médicas.

“Oferecemos parto humanizado por um preço bem menor do que aquele praticado hoje para esse tipo de assistência”, detalha Ana Cristina Duarte, obstetra e diretora-executiva do coletivo.

Segundo o modelo, as pacientes pagam uma média de R\$ 150 por consulta e entre R\$ 5.000 e R\$ 6.000 pelo parto — menos da metade dos serviços particulares oferecidos em São Paulo, onde o Coletivo Nascer está baseado.

“Nós percebemos que estamos chegando a uma população que nunca teve acesso a esse tipo de serviço”, comenta Duarte. Por meio do grupo, ela e as outras 11 profissionais realizam 40 partos por mês, feitos em dois hospitais da capital paulista.

A assistência oferecida pelo Coletivo Nascer é apenas um dos novos formatos de atendimento e acompanhamento médico que têm surgido recentemente pelo país.

Desde que inaugurou um modelo alternativo de clínica, que usa um aplicativo integrado ao prontuário eletrônico do paciente, a endocrinologista Regina Diniz diz colecionar resultados surpreendentes nos tratamentos.

“A resposta é mais efetiva, já que o contato com o paciente é também mais intensivo”, afirma a médica, que tem 18 anos de experiência e trata principalmente de casos de obesidade e de diabetes tipo 2.

Batizado de Doutor Recomenda, o modelo foi testado numa clínica em Taboão da Serra e agora conta com uma nova unidade em Higienópolis. Com pacotes que vão de um a seis meses, o tratamento é presencial e pode ser acompanhado pelo aplicativo.

Em casa, os pacientes seguem as orientações médicas pela plataforma, ajudam a criar o prontuário com informações cotidianas e podem tirar dúvidas pelo chat. Há ainda opções de videoconferências semanais entre uma consulta e outra. A assinatura do serviço está na faixa de preço das consultas oferecidas em clínicas populares, afirma Diniz, que inaugurou o modelo em 2017 com a economista Luíza Granado. “O nosso público é bem dividido: metade tem convênio e metade, não”, complementa Diniz.

Programas alternativos de assistência médica se multiplicam em plataformas digitais. Dados do Movimento 100 Open Startups apontam mais de 500 startups que oferecem serviços e soluções para o mercado de saúde.

Nem tudo, porém, é regulamentado. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) controla e fiscaliza apenas as operadoras de planos de saúde. Novos formatos de assistência fogem ao escopo de sua atuação, informou a agência à Folha.

E os atendimentos online, processos chamados de telemedicina, enfrentam também certa desconfiança. Uma mostra disso foi dada no começo do ano, quando uma nova resolução do Conselho Federal de Medicina que regulamentava a prática foi revogada logo após a publicação. “As pessoas ainda não sabem direito o que é. Até os médicos têm desconhecimento”, pontua Luis Henrique Leonardo, médico responsável pela primeira plataforma de telemedicina no país, a Teldoc.

Com uso autorizado para ocasiões em que profissionais fazem análise de resultados ou atendimento a distância mediado por médico, como acontece dentro de uma ambulância, a telemedicina não pode substituir uma consulta presencial.

Para Leonardo, essa modalidade poderia ser usada em lugares onde o acesso a serviços de saúde é restrito. “É claro que isso vale para atendimentos mais simples, de baixa complexidade, de baixo risco, como doenças respiratórias, infecção urinária, hipertensão”, explica, citando alguns exemplos.

ANS DISPONIBILIZA MANUAL DE GOVERNANÇA CORPORATIVA

ANS – 31/05/2019

Em atenção à **resolução normativa nº 443**, que dispõe sobre a adoção de práticas de governança corporativa pelas operadoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) preparou o Manual de Governança Corporativa para Fins de Solvência. A RN nº 443/19 é pautada pelo gradualismo e previsibilidade. Compreende-se que as operadoras passarão por uma adaptação de suas estruturas e cultura internas, o que demandará tempo e esforço. O Manual orienta as operadoras sobre procedimentos a serem

observados no envio de obrigações periódicas, bem como nas solicitações de redução de fatores de capital regulatório e de modelo próprio baseado em riscos, conforme requisitos que serão exigidos a partir de 2023. O documento visa sedimentar o terreno do gradualismo da RN nº 443/19, permitindo que as operadoras, desde agora, possam se preparar para as novas exigências normativas.

[Acesse aqui o Manual de Governança da ANS.](#)

COMBATE AO DESPERDÍCIO ENVOLVE HOSPITAIS, SUS E EMPRESAS DE CONVÊNIO

Folha de São Paulo – 31/05/2019

Tecnologia, foco no atendimento básico e nova forma de remunerar serviços evitam gastos inúteis e perda de tempo

Como equilibrar as contas, brecar o desperdício e oferecer mais qualidade nos serviços de saúde?

Uma estratégia é ampliar a cobertura da atenção primária no atendimento médico, dando assim os cuidados iniciais aos usuários, o que estimula a prevenção e evita custos desnecessários com exames.

Outras saídas são programas de qualidade, investimento em tecnologia e, nos planos de saúde, adoção de modelos de remuneração que não estimulem o uso excessivo de recursos.

Mudanças desse tipo são necessárias para enfrentar o desperdício, que chegou ao menos a R\$ 27,8 bilhões em 2017, segundo dados mais recentes do Instituto de Estudo da Saúde Suplementar.

O valor representa quase um quinto (19,1%) de todas as despesas assistenciais (relativas a atendimento médico e tratamentos, basicamente) que as operadoras de saúde tiveram no mesmo ano (R\$ 145,4 bilhões) e impacta diretamente nos reajustes dos planos.

“No setor de saúde, existe a dificuldade de mensurar desperdícios ou fraudes, mas o elevado crescimento das despesas assistenciais dá uma ideia de como as más práticas aumentam os custos”, diz Vera Valente, diretora da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

No ano passado, a despesa assistencial atingiu R\$ 161,5 milhões, um aumento de 7,2% em relação a 2017, puxado por gastos com internações.

Para buscar eficiência, hospitais, prestadores de serviço e operadoras de planos estão substituindo o pagamento

baseado nos serviços prestados (“fee for service”) por modelos que relacionem o custo de cada atendimento ao desempenho profissional e ao benefício ao paciente.

No pagamento por serviço, a conta é feita a partir de cada procedimento realizado (insumos, consultas, exames): a remuneração depende do volume de serviço e do material envolvido.

Uma mudança nesse modelo é essencial neste momento, mas desde que exista envolvimento de todas as partes do setor, pondera Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Ele explica que, pelo sistema atual, quanto mais pacientes contraírem pneumonia em ambiente hospitalar, melhor será para a receita do hospital. “O modelo privilegia a doença, e não a saúde do paciente, que deveria ser o foco principal”, diz. “Ao passo que, quanto mais eu investir em programas de qualidade e remunerar com base no desempenho, não haverá mais pneumonia para tratar”, compara Klajner.

O hospital tem metas para reduzir desperdício —até o de tempo. O programa de melhoria no fluxo de pacientes, por exemplo, padronizou processos e procedimentos e reduziu o tempo médio de permanência do paciente no hospital de 5 dias para 3,2 dias nos últimos sete anos. Com isso, aumentou o número de leitos disponíveis e a construção de um novo prédio foi evitada.

“A partir da análise de dados do prontuário eletrônico, também conseguimos prever com antecedência se o paciente ficará ou não internado, com mais de 90% de assertividade. Isso ajuda a ter o leito bloqueado, o que faz com que o tempo de espera caia em até uma hora e 20 minutos”, diz o presidente do Einstein.

Com o sistema de telemedicina, criado em 2012, o hospital incrementou as consultas em tempo real, que passaram de

197 para 440 por mês, e evitou que, em 98% dos casos, atendidos nas empresas em 2018, os pacientes tivessem que se deslocar para receber atendimento especializado.

No Sírio-Libanês, o monitoramento de pacientes do hospital e de 18 empresas permitiu a redução em até 50% da ida ao pronto-atendimento.

“São cerca de 130 mil pessoas acompanhadas de perto, com médicos que monitoram o paciente e seu quadro familiar”, diz Paulo Chapchap, diretor-geral do Hospital Sírio-Libanês.

AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PODE REVIGORAR SISTEMA DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 31/05/2019

Falta de médicos em áreas remotas e baixo interesse por especialização em medicina da família são desafios

A atenção primária à saúde, abordagem que integra prevenção e tratamento, realizada principalmente por médicos da família e agentes comunitários, pode ajudar a tirar o sistema brasileiro do sufoco.

“Qualquer sistema de saúde no mundo, público ou privado, que não organiza a atenção primária está fadado ao fracasso”, afirmou o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, em palestra de abertura na 6ª edição do fórum A Saúde do Brasil, realizado pela Folha na segunda-feira (27), em São Paulo.

Mandetta citou a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que começa a funcionar hoje (31), como exemplo da prioridade que o governo dará à área.

“A reorganização do sistema de saúde vai partir da atenção primária. Em qualquer discussão sobre saúde brasileira, esse será o ponto inicial”, disse.

A nova secretaria será também responsável pelas políticas de saúde para populações vulneráveis, como crianças e idosos. Para espalhar a atenção primária pelo país é preciso que mesmo as regiões mais remotas tenham estrutura de atendimento. Manter médicos em pequenas cidades afastadas dos grandes centros, porém, tem sido um dos maiores desafios.

O programa Mais Médicos, que não conta mais com profissionais cubanos, registrou 15% de desistência de médicos brasileiros em apenas três meses (entre dezembro de 2018 e março deste ano).

A baixa adesão à residência em medicina da família é outro problema no país. Dados do Ministério da Educação obtidos pela Folha no fim de 2018 mostraram que quase 70% das vagas estavam ociosas.

Ao ser questionado se programas de residência médica deveriam ter uma regulação que forçasse a procura pela área

O Banco Votorantim é uma das empresas que participa do programa Saúde Corporativa, do Sírio-Libanês. O ambulatório, que fica na sede do banco, completou um ano em março e tem foco na atenção primária, com médicos de família.

O programa gerou reduções importantes de desperdício, principalmente relacionadas a exames complementares, consultas em pronto-atendimento e faltas no trabalho.

de família, João Alceu Amoroso Lima, presidente da FenaSaúde, rejeitou a possibilidade.

Disse, no entanto, que faculdades de medicina devem se adaptar a essa nova demanda de formação.

A incorporação da atenção primária é fundamental não apenas para o sistema público, mas também para o suplementar, concordaram os palestrantes do fórum.

“É a mudança da prática que trará o resultado dentro da perspectiva econômico-financeira, não a pressão financeira”, defendeu Cláudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, multinacional controladora da Amil.

Lottenberg destacou que a atenção básica na saúde garante a resolução de problemas do paciente sem necessidade de atendimentos complementares.

O presidente da FenaSaúde concordou. “É preciso uma mudança de cultura, que consiste em fazer uma visita ao o médico da família antes de ir para o pronto-socorro”, disse Lima.

Reduzir internações potencialmente evitáveis é outro filtro que pode ser aplicado na contenção de gastos na área.

Na cidade de Belo Horizonte, a adoção da tecnologia DRG (grupo de diagnósticos relacionados, na sigla em inglês) por sete hospitais públicos reduziu o número de internações mensais de 2 mil para 1.700 desde que foi implementada, em agosto de 2017, segundo relatório do Grupo de Inovação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde divulgado em maio deste ano.

Com a metodologia, pacientes hospitalares são classificados de acordo com a complexidade assistencial, ou seja, conforme tipos de diagnóstico e consumo de insumos médicos.

Para Renato Couto, co-fundador do DRG Brasil, empresa responsável pela implementação na capital mineira, é comum que, na dúvida entre internar e liberar o paciente, profissionais de saúde tendam a ficar com a primeira opção.

Couto ainda lembrou que, no Brasil, cirurgias de baixa complexidade raramente são feitas em ambulatórios, e acabam exigindo internações dispendiosas.

“O sistema de saúde tem solução, mas são necessários modelos de recompensa e de assistência que permitam isso”, disse.

“Os planos de saúde nunca tocaram na prevenção. As pessoas sempre viram seu plano de saúde como plano de doença”, afirmou o ministro Luiz Henrique Mandetta.

Em termos de prevenção e redução de custos, a tecnologia pode ser grande aliada. “Se você consegue saber da condição de saúde ou qual tipo de doença que alguém tem probabilidade de desenvolver, é possível melhorar a eficiência do procedimento”, disse Fernanda De Negri, coordenadora do Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

INFORMAÇÃO E NORMAS CLARAS AJUDAM A DIMINUIR BUSCA POR JUDICIALIZAÇÃO

Folha de São Paulo – 31/05/2019

Para especialistas, decisão do STF que criou regras para liberação de remédios sem registro deve reduzir pedidos judiciais de saúde

Os altos custos da judicialização da saúde nas redes pública e privada só diminuirão quando houver normas claras, um entendimento uniforme da Justiça sobre o tema e informação adequada para pacientes, juízes e agentes de saúde, de acordo com especialistas no assunto.

A judicialização foi tema de debate durante o 6º fórum A Saúde do Brasil, realizado na segunda-feira (27), no auditório do MIS (Museu da Imagem e do Som de São Paulo).

Após quase três anos de espera, o Supremo Tribunal Federal liberou, no dia 22 de maio, o fornecimento pelo poder público de medicamentos sem registro, mas apenas em situações excepcionais. Há regras para que isso aconteça: o medicamento não pode ser experimental, tem de haver pedido de registro no Brasil e demora da Anvisa para analisá-lo, é necessário que ele tenha sido registrado em outro país e não pode existir um remédio que o substitua no Brasil.

Para Henrique Ávila, conselheiro do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), a decisão deve ajudar a frear a judicialização no país. Ele apontou, no entanto, ser essencial que o sistema judiciário passe a atuar em consonância com os novos precedentes para que as normas de fato funcionem.

“Se os juízes não seguirem a jurisprudência, a Justiça se tornará uma loteria, e os advogados vão toda vez tentar tirar a sorte grande”, afirmou.

Ávila destacou os altos custos e a complexidade do sistema judiciário como principais motivos para buscar reduzir a judicialização. Em 2018, a União gastou cerca de R\$ 1,4 bilhão com medicamentos e tratamentos por determinação da Justiça, segundo o Ministério da Saúde.

Com o uso de dispositivos como relógios inteligentes e aplicativos de telefone, a tecnologia pode colaborar para que os pacientes fiquem mais engajados no cuidado com a saúde, segundo Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Como exemplo, Klajner citou um aplicativo criado pela instituição para que o paciente acompanhe sua vacinação e deixe ela em dia. “A falta de informação profilática fez com que a crise de sarampo tenha ameaçado seu retorno”, disse. Os debates do fórum foram acompanhados por 200 pessoas no auditório do Museu da Imagem e do Som (MIS) de São Paulo e tiveram a mediação das jornalistas da Folha Cláudia Collucci e Mariana Versolato.

O evento foi patrocinado pela Associação das Administradoras de Benefícios (Anab), pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

De acordo com Bernardete Weber, superintendente de responsabilidade social do Hospital do Coração, a decisão do STF deve frear liberalidades e reduzir os pedidos de medicamentos, desde que as decisões judiciais sejam embasadas em pareceres técnicos.

“O sistema judiciário andou sozinho por muito tempo, o que gerou um ônus para os cofres públicos e para a saúde suplementar”, declarou. A demanda por remédios, porém, não é a única causa de judicialização no Brasil.

Uma análise dos pedidos feitos em diferentes regiões permite ver lacunas nos serviços de saúde, que podem ser atacadas para reduzir a ocorrência desses casos, de acordo com Bernardete. “No Sul e no Sudeste, a judicialização é por remédios. Significa que já houve a consulta. Nas outras regiões, a procura é por exames e tratamentos, o que mostra um vazio assistencial.”

A superintendente ressaltou a importância de capacitar agentes de saúde para lidar com as demandas nos municípios, muitas vezes sobrecarregados com os pedidos. Para ela, é necessário que o poder público forneça especialistas que acompanhem a utilização de remédios e tratamentos, garantindo que seu uso seja adequado e não haja fraudes em pedidos judiciais.

Durante a palestra de abertura, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, elogiou a decisão do STF e afirmou que a judicialização é “plena” no país. “É como se tivéssemos ordenadores de despesas em todo o território nacional sem o devido monitoramento técnico.” Uma das soluções apontadas por Mandetta é a incorporação de medicamentos com compartilhamento de risco, quando um remédio é adotado pelo sistema de saúde mesmo que os estudos não sejam conclusivos. Se ele não tiver efeito, a farmacêutica deve devolver ao governo o valor pago.

O presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), Alessandro Acayaba, citou dados de pesquisa encomendada pela associação à revista Consultor Jurídico, na qual

foram identificadas as causas de conflitos judiciais na saúde suplementar.

Os quatro principais são inadimplência, cancelamento de contratos por parte das operadoras, negativa de cobertura e reajuste das mensalidades.

Para Acayaba, a solução das questões deve passar por um maior suporte técnico aos magistrados e informações adequadas ao consumidor.

“Ninguém está equivocado ao buscar seus direitos. Acredito que o brasileiro seja um consumidor de boa fé, mas ele pode não estar bem informado sobre aquilo que contratou”, concluiu.

CRIAÇÃO DE AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS É MAIS UM PASSO PARA A IMPLANTAÇÃO DA LGPD

IESS – 30/05/2019

Esta semana, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei de conversão da Medida Provisória 869/18, que determina a criação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), entidade que será responsável pela fiscalização dos encarregados pelo tratamento de dados nos setores público e privado.

A medida ainda deve passar pela apreciação do Senado antes de entrar em vigor, mas é mais um passo na implantação da nova Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), uma mudança importante que entra em vigor no próximo ano e irá afetar, inclusive, o setor de saúde (público e privado), ainda que nem todos tenham se atentado para isso.

Para ajudar nessa transição e na adaptação do setor, separamos alguns dos pontos que mais nos chamam atenção.

Um dos maiores desafios proporcionados pela nova Lei é definir quem tem acesso a cada informação e por quanto tempo.

Primeiro porque a permissão para usar dados deve ser livre, formal, inequívoca, explícita e bem detalhada. Ou seja, nada de pegar dados com um propósito e usar para outro sem receber autorização prévia do dono das informações, a pessoa física. E é fundamental entender: o dono da informação (inclusive aquelas coletadas em prontuários) é o paciente.

Esse conceito de autorização é conhecido juridicamente como consentimento. Contudo, as bases para afirmar que uma pessoa consentiu também estão gerando insegurança. Na Europa, que já conta com lei similar em exercício, uma multa de € 400 mil Euros foi aplicada porque médicos estavam tendo acessos a todos os dados do paciente e não apenas aos que seriam necessários para o diagnóstico. Apesar de as leis brasileira e europeia não serem exatamente iguais, o mesmo tipo de falha poderia acontecer por aqui.

Ainda nesse sentido, pode haver problema quanto ao consentimento de uso de dados de beneficiários de planos coletivos empresariais. Isso porque os beneficiários de planos individuais claramente consentem em oferecer informações para contar com o benefício. Já os planos empresariais são contratados em grande parte por empresas por força de acordo coletivo (firmado entre os sindicatos dos trabalhadores e dos empregadores). Ou seja, não há o consentimento de cada indivíduo.

A questão de “anonimização” dos dados, o que permitiria que eles fossem usados para pesquisas e amostragens como as que nós e outras entidades realizamos, por exemplo, também está cercada de incertezas. Primeiro porque não basta retirar o nome da pessoa para que os dados se tornem anônimos. É necessário garantir que o indivíduo não possa ser identificado.

Por exemplo, se o setor de RH de uma empresa com poucos funcionários recebesse análises de saúde de seus colaboradores, ainda que os pacientes não sejam nomeados, é possível que certas características possibilitem a identificação de um ou mais indivíduos, o que colocariam a prática em desacordo com a nova lei.

Por fim, a guarda de dados é outro fator a que as empresas precisarão se atentar. Apesar de a pessoa física ter direito a saber que informações sobre ela a empresa possui e a solicitar que os dados sejam apagados, a legislação que obriga a guarda de dados (o Conselho Federal de Medicina prevê que os documentos do prontuário médico do paciente precisam ser mantidos na instituição por no mínimo 20 anos) e o fato de empresas poderem preservar informações para se proteger em eventuais processos conflitam com essa determinação, criando insegurança jurídica.

Nós vamos continuar acompanhando os desdobramentos da nova legislação.

NOVO RELATÓRIO INTERNACIONAL PROJETA AVANÇO DE 17% NOS CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES NO BRASIL EM 2019

IESS – 29/05/2019

Na última semana, [aqui](#), comentamos o relatório da Willis Towers Watson que projeta o crescimento 15,3% no custos médico-hospitalares em 2019 no Brasil. Agora, foi a vez da Aon Hewitt lançar o 2019 [Global Medical Trends Rates Report](#), outro dos relatórios que usamos como base para o [TD 69 – "Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional"](#).

De acordo com o levantamento da Aon, o avanço dos custos médico-hospitalares no Brasil deve ser de 17% em 2019. Acima, portanto, dos 15,3% estipulados pela Towers. Outra diferença entre os dois relatórios é a quantidade de países analisados. Enquanto o da Towers traz a projeção para 77 países, o da Aon avalia 103. Apesar de ligeiras diferenças nos relatórios, o resultado de ambos destacam a necessidade de reavaliar o setor no País e avançar em uma agenda de combate à desperdícios e maior transparência, como [comentamos ontem](#).

O relatório da Aon foi analisado em uma boa [reportagem do UOL](#). Então, como as conclusões são basicamente as mesmas, gostaríamos de aproveitar para retomar outro importante debate: o da diferença entre a variação dos custos médico-hospitalares e da inflação geral. Inclusive porque a reportagem do Uol compara as duas coisas quando, na realidade, elas não são comparáveis.

O motivo é simples. Enquanto a inflação considera apenas a variação média dos preços em uma cesta de produtos, a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) é composta não apenas pela variação de valores dos serviços de saúde (consultas, exames etc.), mas também pela frequência de utilização destes.

O que torna possível, inclusive, que o custo dos serviços de saúde caia, mas a variação dos custos médico-hospitalares suba. Por exemplo: se as consultas médicas custavam, em média, R\$ 100 e passaram a custar R\$ 95, indicadores como a inflação registrariam uma queda de 5%. Contudo, se eram realizadas 1.000 consultas e passaram a ser realizadas 1.100, o custo médico-hospitalar subiu 4,5%, avançando de R\$ 100 mil (R\$ 100 por consulta x 1.000 consultas) para R\$ 104,5 mil (R\$ 95 por consulta x 1.100 consultas).

Claro, a tendência não é que os custos médios de cada procedimento caiam, assim como não temos deflação no País. E, apesar do rompimento de cerca de 3 milhões de vínculos desde 2014, o setor não tem registrado [redução no uso de serviços médicos](#). Então, é natural que a VCMH continue acima da inflação. O que não é natural é comparar as duas coisas como se fossem iguais.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.