

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS e Moinhos de Vento realizam encontro sobre indicadores de qualidade Hospitalar](#) - Fonte: ANS

[Novos modelos de remuneração são parte de mudança estrutural](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde mental no trabalho](#) - Fonte: IESS

[Planos de saúde com coparticipação crescem para 71% em empresas](#) - Fonte: Valor Investe

[Bradesco Saúde faz apostas no mercado pernambuco](#) - Fonte: Diário de Pernambuco

[Amil indica prótese mais barata para plano de saúde econômico. Para ANS, prática irregular](#) - Fonte: O Globo

[Allianz compra parte da operação da SulAmérica por R\\$ 3 bilhões](#) - Fonte: Veja

[Ministro anuncia ideias para baratear planos de saúde](#) - Fonte: Ministério da Saúde

[Maior controle e transparência sobre produtos usados em implantes](#) - Fonte: ANS

ANS E MOINHOS DE VENTO REALIZAM ENCONTRO SOBRE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR

ANS - 27/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Hospital Moinhos de Vento (HMV) realizaram em Porto Alegre, na última sexta-feira (23/08), o primeiro encontro do projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. O objetivo foi apresentar o conjunto de indicadores que serão inicialmente aplicados aos 12 hospitais selecionados, distribuídos pelas cinco regiões do País. Além dos representantes dos hospitais participantes, o encontro reuniu profissionais de saúde, gestores e autoridades.

A iniciativa, desenvolvida pela ANS em parceria com o HMV, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), busca avaliar o desempenho das instituições hospitalares do Brasil por meio de indicadores de qualidade da gestão e da atenção à saúde.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, abordou em sua palestra o tema Valor em Saúde. “Para a ANS, a principal diretriz para a adoção de modelo de

remuneração baseado em valor é a que tem como foco alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos”, explicou Rodrigo Aguiar.

Já a gerente-executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, falou sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (Qualiss) e sua integração com o Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. “O Qualiss tem como norte estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde e avaliar o desempenho por meio de indicadores. Desse modo, o projeto em parceria com o HMV irá ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral”, disse.

[Clique aqui e saiba mais sobre o projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar.](#)

NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO SÃO PARTE DE MUDANÇA ESTRUTURAL

Saúde Business - 27/08/2019

Principais lideranças do setor de saúde participaram nesta quinta-feira (22 de agosto) do Summit Saúde Brasil 2019 (“Saúde na era digital”), promovido pelo jornal O Estado de S. Paulo na capital paulista. No evento, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) foi representada pela Diretora-executiva da entidade, Vera Valente, que participou do painel “Medicina baseada em valor: como avançar nos novos modelos de remuneração”.

Em sua apresentação, a diretora da FenaSaúde destacou que mudar os serviços de saúde é uma preocupação global, visto que os custos dos tratamentos são crescentes, a demanda está aumentando e os recursos estão mais escassos. No Brasil, a situação é ainda mais árdua, com a crise fiscal que afeta o Sistema Único de Saúde (SUS), a perda de 3,5 milhões de beneficiários de planos privados e o modelo assistencial em vigor, que eleva os custos.

“O mundo vive uma situação desafiadora, com a saúde ficando mais cara e um número maior de pessoas necessitando e utilizando os serviços e recursos. Em nosso

país, o cenário é ainda mais crítico e, da maneira como está, é insustentável”, ressaltou Vera Valente durante o evento.

A discussão sobre modelos de remuneração faz parte de uma série de mudanças que já começam a acontecer para que os brasileiros tenham mais acesso à saúde de qualidade, assim como mecanismos que ampliem as opções de oferta e estimulem novas formas de contratação, garantindo a sustentabilidade de todo o sistema de saúde, com reflexos positivos inclusive para o SUS. Para a diretora da FenaSaúde, tanto no Brasil, quanto em outros países, já ficou claro que é preciso modificar o modelo de assistência, com práticas e estruturas que tenham como foco melhores resultados para os pacientes.

“As operadoras associadas à FenaSaúde já vêm adotando novos modelos, implementando projetos de atenção primária e prevenção, melhorando a qualidade do atendimento e reduzindo desperdícios. Esse é o principal objetivo dos nossos esforços para o desenvolvimento do setor”, apontou Vera Valente.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

IESS – 26/08/2019

A saúde mental, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o “estado de bem-estar em que o indivíduo está ciente de suas próprias habilidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir com a sua comunidade”, tem ganhado cada vez mais espaço nos debates do setor de saúde suplementar e na sociedade de forma geral.

Na última semana, [aqui no blog](#), falamos um pouco sobre as doenças mentais e como elas abrangem um espectro amplo de transtornos com fontes diversas, desde aquelas com origem genética, como a Síndrome de Down, até aquelas desenvolvidas em consequência de fatores socioculturais, cenário político-econômico e fatores ambientais – ou seja, doenças desencadeadas em função do ambiente em que o indivíduo convive.

Nesse cenário, uma das frentes mais importantes a ser considerada é a profissional. Especialmente se consideramos que o brasileiro passa pouco mais de 1/3 de seus dias úteis (de segunda-feira a sexta-feira) trabalhando – de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), somos um dos países em que mais se trabalha no mundo: são 44 horas semanais contra 40 horas nos EUA, 38 horas na Austrália e 35 horas na França. Para ver quantas horas semanais são trabalhadas em cada País, confira o mapa interativo (abaixo) feito pelo repórter Felipe Germano para a [Super Interessante](#).

Alcançar equilíbrio entre produtividade e gestão da saúde é um grande desafio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão e a ansiedade geram, atualmente, US\$ 1 bilhão em perda de produtividade por ano à economia global e o montante tende a avançar, já que, em 2020, a depressão deve assumir o segundo lugar no ranking de doenças incapacitantes, atrás apenas de problemas cardiovasculares. Além disso, a entidade aponta que pessoas

com doenças mentais estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e vice-versa.

Até por isso, as doenças mentais já figuram como o terceiro fator de risco à saúde das pessoas, segundo o [Relatório Global de Tendências Médicas](#) que a Mercer Marsh acabou de publicar. Os dois primeiros são problemas metabólicos/cardiovasculares e questões ligadas à alimentação.

A pesquisa alerta que ainda há problemas para a captura precisa de dados sobre o assunto devido ao preconceito e barreiras culturais. Alguns estudos, contudo, começam a trazer luz para o assunto e indicar uma realidade que precisa ser analisada com mais atenção. Uma pesquisa em Hong Kong, por exemplo, indica que 37% da força de trabalho local teve/têm problemas relacionados à saúde mental. Os números estão em linha com o levantamento da própria Mercer no Reino Unido, que aponta que 1 a cada 3 trabalhadores já foi diagnosticado com uma doença mental.

Entre os fatores que podem incentivar o desenvolvimento de problemas mentais no trabalho estão assédio (moral, laboral e sexual), estresse, instabilidade econômica e sedentarismo.

O relatório da Mercer ainda aponta que os empregadores estão, paulatinamente, se tornando mais conscientes e preocupados em oferecer apoio e implementar políticas de promoção de saúde para evitar o desenvolvimento destes problemas. Nesse sentido, recomendamos rever a apresentação sobre [“Programas de promoção da saúde que funcionam nas empresas”](#), feita por Alberto Ogata, avaliador do Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar na categoria Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Gestão em Saúde, durante o 3º Seminário IESS de Promoção de Saúde nas Empresas.

PLANOS DE SAÚDE COM COPARTICIPAÇÃO CRESCEM PARA 71% EM EMPRESAS

Valor Investe – 26/08/2019

Redução de custos é uma dos principais motivos para mudança de modalidade no seguro dos funcionários

Nos últimos dois anos, os planos de saúde com coparticipação oferecido por empresas aos funcionários cresceu de 67% para 71%. Esse tipo de contrato prevê que o usuário pague um percentual dos serviços médicos, além da mensalidade. Os dados são da Pesquisa de Benefícios Aon 2018-2019, que ouviu 640 empresas e 2,3 milhões de trabalhadores.

Segundo o levantamento, um dos motivos para a mudança por categorias de planos mais baratas é a busca para redução de custos diante da recessão econômica. Essa é uma maneira de repassar um pouco do custo do benefício para os funcionários.

"Apesar do custo elevado, as assistências médicas continuam sendo o benefício mais comum entre as empresas, incentivo que se manteve presente em 99% das companhias, mesma quantidade registrada no levantamento feito em 2017", afirma, em nota, Paulo Jorge Cardoso, Vice-Presidente Executivo de Saúde e Benefícios da Aon.

As opções de assistência saúde também vêm ficando mais escassas dentro das empresas. A pesquisa identificou que houve queda de 14% no número de empresas que apresenta opção de mais de um plano médico. Caiu em 11% as empregadoras que oferecem mais de um convênio.

BRADESCO SAÚDE FAZ APOSTAS NO MERCADO PERNAMBUCANO

Diário de Pernambuco – 26/08/2019

Acreditando no potencial do Nordeste, sobretudo Pernambuco, o Bradesco Seguros aposta em dois novos produtos para reforçar sua atuação no estado nos próximos meses no segmento de saúde. No dia 3 de setembro, a instituição lança o Saúde Efetivo Recife, uma parceria com o Hospital Português. Já no primeiro semestre de 2020, vai investir na abertura da primeira unidade Meu Doutor Novamed, que será instalada no Shopping RioMar, em uma área de 800 metros quadrados a 1,2 mil metros quadrados.

A parceria com o Português está dentro da estratégia de desenvolver produtos para competir regionalmente e ajuste em sua rede de prestadores. Hoje, o plano possui em Pernambuco entre 130 mil e 150 mil segurados e a meta é dobrar carteira até o fim de 2020. O otimismo vem também da aposta da volta do emprego e, conseqüentemente, da concessão do benefício de assistência de saúde a esses novos funcionários, que, segundo Manoel Peres, presidente da Bradesco Saúde, já começou a ser sentida em alguns estados, mas ainda não significativamente em Pernambuco. “Nos últimos dois meses, estamos sentindo o

crescimento na carteira. São pequenas empresas retomando os negócios”, conta. Como não possui uma rede própria, como algumas das suas concorrentes em Pernambuco que lideram o mercado local em número de vidas na carteira de clientes, o Bradesco pretende concentrar uma cartela significativa de serviços médicos nas dependências do Hospital Português, agregando ao plano de saúde uma referência no território pernambucano. Já para a Meu Doutor Novamed, a instituição projeta investir R\$ 6 milhões nessa unidade de atenção à assistência médica primária, que vai priorizar o atendimento personalizado em 12 especialidades. “O objetivo é garantir a qualidade da assistência continuada. Os médicos serão remunerados por hora, não pela quantidade de atendimentos. Isso trará mais qualidade no serviço prestado”, explicou Peres, destacando também o uso do prontuário eletrônico, utilizando a tecnologia da pernambucana MV. No projeto de expansão dessa rede pelo Brasil, a ideia é multiplicar as oito existentes em São Paulo em 60 unidades espalhadas pelo país com um investimento superior aos R\$ 150 milhões.

AMIL INDICA PRÓTESE MAIS BARATA PARA PLANO DE SAÚDE ECONÔMICO. PARA ANS, PRÁTICA É IRREGULAR

O Globo – 25/08/2019

Tabela da operadora faz discriminação por tipo de contrato do usuário, o que é vedado pela regulação

Há três semanas, médicos conveniados ao plano de saúde Amil, o maior do país em número de beneficiários, receberam uma planilha com orientações sobre os materiais a serem usados em cirurgias de fraturas de perna, joelho, fêmur e quadril. As tabelas indicam que materiais de menor preço devem ser usados nos pacientes com planos mais econômicos, numa discriminação por tipo de contrato do usuário. A prática, vedada pela regulação de planos de saúde, foi condenada por associações médicas.

A planilha divide materiais cirúrgicos como placas, parafusos e lâminas em quatro cores: verde, amarelo, bege e vermelho. A legenda diz o seguinte: “Verde tem o melhor preço e é o nosso alvo. Planos até 400 têm de estar sempre no verde. Planos de 500 para cima devem, preferencialmente, estar no verde.”

A Amil tem como prática comercial usar números para designar diferentes planos oferecidos aos beneficiários. Via de regra, quanto maior o número, melhor é a cobertura e mais cara a mensalidade.

ANS: indicação é do médico

Ao lado da legenda, na tabela, uma escala sinaliza que produtos na categoria “amarelo” são até 10% mais caros que os verdes; os “bege”, até 20%; os “vermelhos”, acima de 20%.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS), órgão federal regulador do setor, a prática infringe a legislação. Em nota, a agência ressalta que a decisão sobre o material “deve respeitar a indicação clínica feita pelo médico responsável pelo paciente”.

Em 2017, a ANS editou a Resolução 424 com normas para a tomada de decisão nesses casos. “Cabe ao profissional a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais”, destaca a agência.

No momento de planejar uma cirurgia, o protocolo da ANS prevê que o médico deve oferecer ao menos três opções de materiais ao plano de saúde. A operadora pode escolher um deles ou instaurar uma junta médica se discordar das escolhas dos médicos. Segundo cirurgiões ouvidos sob sigilo, a planilha da Amil é uma inversão dessa lógica e, por isso, burla a regulação.

A multa pelo descumprimento do protocolo pode chegar a R\$ 250 mil, por caso, “quando a conduta for tipificada como negativa de cobertura ao paciente”, diz a agência reguladora.

A planilha cita fabricantes com qualidade reconhecida pelos médicos. O receio é que a prática abra um precedente para a inclusão de produtos de qualidade duvidosa ou que não atendam às técnicas adotadas por cirurgiões brasileiros no futuro. Debate ético

Além disso, causa estranheza aos médicos a discriminação de materiais pela capacidade financeira do paciente, tema de um debate ético entre os profissionais de saúde e especialistas em defesa do consumidor.

— Essa prática contraria a legislação brasileira de planos de saúde — diz a advogada Maria Stella Gregori, diretora do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon), e que foi da diretoria do Procon-SP nos anos 90.

Carlos Alfredo Lobo Jasmin, diretor da Associação Médica Brasileira (AMB), vai além e adianta que encaminhará denúncia sobre a prática à ANS:

— Isto é ilegal e imoral. Os planos não podem diferenciar a qualidade dos materiais segundo o plano do paciente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) tem desde 2010 uma norma sobre o assunto. Em resumo, o protocolo diz que “cabe ao médico determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis” numa cirurgia.

O CFM lembra que os médicos não podem exigir “fornecedor ou marca comercial exclusivos”. A medida visa coibir a “máfia das próteses”, tema de uma reportagem do programa Fantástico (TV Globo) de janeiro de 2015.

Na época, a reportagem mostrou que cirurgiões estavam recebendo propinas de fabricantes de materiais médicos em troca da indicação desses materiais aos pacientes. A prática criminosa previa até a realização de cirurgias sem necessidade.

O caso motivou a criação de um padrão para cirurgias no Sistema Único de Saúde (SUS). E, na saúde suplementar, aumentou a

desconfiança entre gestores dos planos e médicos na tomada de decisão sobre os materiais.

Além disso, endureceu o controle por parte das operadoras sobre as decisões tomadas pelos médicos. Para fontes que receberam a planilha, esse contexto pode estar por trás da decisão da Amil de enviar o documento aos profissionais. A empresa, no entanto, não comentou os motivos para o envio da planilha.

Amil diz que é só sugestão

Procurado para comentar o caso na última quinta-feira, o UnitedHealth Group Brasil, empresa de gestão de saúde suplementar controladora da Amil desde 2012, enviou no dia seguinte uma nota em que disse trabalhar “em estreita colaboração com prestadores de serviços médicos e especialistas para sugerir protocolos de tratamento com base em evidências médicas internacionais”.

A planilha, diz a empresa, é uma sugestão aos médicos “como opções para o tratamento de seus pacientes, abrangendo todos os níveis de plano de saúde”. Segundo a United Health, os profissionais credenciados, portanto, “são encorajados a usar produtos que forneçam a melhor qualidade com os menores preços em um esforço para que os custos de saúde sejam viáveis”.

Por ora, a ANS disse não ter recebido reclamações pela prática. Procurada, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) diz não ter conhecimento do envio de “guias de utilização de órteses, próteses e materiais especiais” pelas operadoras. Procurada, a segunda operadora do país, de acordo com ranking da ANS, a Bradesco Saúde disse não adotar a prática. A Hapvida, terceira maior do setor, não quis comentar o caso.

ALLIANZ COMPRA PARTE DA OPERAÇÃO DA SULAMÉRICA POR R\$ 3 BILHÕES

Veja – 23/08/2019

Presidente da SulAmérica destacou a VEJA que foco da empresa, agora, é na composição de riscos pessoais como odontologia e saúde

Em comunicado ao mercado na manhã desta sexta-feira, 23, a seguradora SulAmérica informou que vendeu por 3 bilhões de reais sua operação no setor de automóveis e ramos elementares (cobertura para roubos, imóveis, incêndio) para a concorrente Allianz Seguros.

Segundo a SulAmérica, a venda insere-se no posicionamento estratégico de concentração dos esforços nos segmentos de saúde, odontologia, vida e previdência, que representaram 85% de seu faturamento no primeiro semestre de 2019. Segundo Gabriel Portela, presidente da companhia, o grande ponto da transação é a criação “de sinergia para esse tipos de negócios”, disse ele a VEJA.

A conclusão da venda está condicionada a aprovação prévia dos órgãos reguladores e anticoncorrenciais competentes, como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), o que pode levar cerca de doze meses.

De acordo com Portela, o interesse inicial partiu da Allianz. “Nossa vida estava normal. Seguindo nosso fluxo de crescimento. Quando apareceu o interesse da Allianz. E não só o interesse financeiro, mas na nossa forma de fazer negócios”, afirma ele.

Para os atuais clientes da SulAmérica, nada muda. A companhia informou que até a conclusão da transação, as partes continuarão a conduzir seus negócios de forma independente uma da outra. Portanto, clientes, corretores, assessorias, fornecedores, colaboradores e demais partes interessadas não devem esperar quaisquer alterações na administração, relações comerciais, fornecimento e oferta de produtos.

Um dos compromissos assumidos no contrato de venda foi a criação de uma nova seguradora. A união desta nova companhia com a Allianz, atualmente a terceira maior seguradora do mundo, resultará na segunda maior seguradora de automóveis no Brasil. Segundo Portela, a nova seguradora funcionará como uma espécie de joint venture e deverá começar a operar em até 12 meses. Ela funcionará de forma independente enquanto as tratativas se concretizam e depois se juntará a Allianz.

Em ranking de 2018 do Sindicato dos Corretores de Seguro, divulgado anualmente, a SulAmérica aparece na segunda colocação, com 12,7% de participação do setor no país. A Allianz é a 10ª, com 2,35%.

Em nota, a Allianz explicou que vê o mercado de automóveis e ramos elementares no país como uma grande oportunidade e que transação deve ajudar a operação no Brasil da empresa a crescer.

Negociações com Itaú e Caixa

Portela também comentou as negociações da empresa com para acordos corporativos principalmente para planos de riscos pessoais. “Temos uma série de parcerias comerciais, como esse que apareceu na mídia. Oportunidades de mercado aparecem todo dia e não são necessariamente de aquisição. Queremos explorar melhor o segmento individual. Nós não temos nenhum conversa estratégia”, afirmou ele.

Dados da Confederação Nacional das Empresas de Seguros mostram que o setor de ramos elementares, envolvido nas negociações, arrecadou 74,8 bilhões de reais em 2018 no Brasil, crescimento de 5,6% em relação ao ano anterior. Já o ramo de saúde suplementar, principal no setor de seguros no país, teve arrecadação de 199,5 bilhões de reais, alta de 9,8% ante 2017.

MINISTRO ANUNCIA IDEIAS PARA BARATEAR PLANOS DE SAÚDE

Ministério da saúde – 22/08/2019

Pela primeira vez, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), órgão colegiado deliberativo, será convocado para se reunir para tratar da desburocratização infralegal – ou seja, se aterá a atos que não dependem do Congresso Nacional. O encontro tem como objetivo discutir medidas que revisem as normatizações e pode repercutir diretamente na redução de valores praticados por planos de saúde. O anúncio da reunião foi feito pelo ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, durante o discurso na abertura do 24º Congresso da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e 15º Congresso do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), nesta quinta-feira (22), em São Paulo (SP).

O ministro também ressaltou que a saúde suplementar precisa rever o sistema de reajuste dos planos. “Atualmente, a lógica não permite que o indivíduo como pessoa física possa adquirir um plano de saúde, basicamente, por uma questão de metodologia. Não é possível que essa metodologia aritmética, econômica e social não apresente uma fórmula que dê conforto para que o indivíduo possa contratar, bem como para o contratante”, assinalou Mandetta. No evento, destacou, ainda, o desafio do setor privado se unir à lógica do SUS, de investir na prevenção às doenças para melhoria da qualidade de vida da população e redução de custos dos tratamentos. “Quando falamos de prevenção, o setor de saúde suplementar terá que fazer uma discussão muito séria: ser um plano com o qual o indivíduo tenha o seu contrato e caso fique doente exija seus direitos. Ou outro sistema que vai lutar de maneira muito intensa pela prevenção”.

Ao abordar a questão, Luiz Henrique Mandetta ressaltou que o SUS caminha de forma muito sólida para ampliar a

promoção à saúde e o acesso à prevenção na Atenção Primária. Nesse sentido, o ministro citou o exemplo do Programa Médicos pelo Brasil, que contratará médicos especialistas (em regime CLT) em medicina de família e comunidade para as áreas mais carentes. Outra ação em andamento é o Programa Saúde na Hora, que já conta com a habilitação de mais de 900 Unidades de Saúde da Família, que passam a ampliar o horário de atendimento, funcionando no horário do almoço até o período noturno, além dos fins de semana. A ideia é reforçar a assistência na porta de entrada do SUS, capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população.

VISITAS ÀS FILANTRÓPICAS

Após a abertura do congresso da Abramge, o ministro da Saúde visitou a BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. Na ocasião, executivos da instituição apresentaram o novo modelo de filantropia da instituição que, além do cuidado assistencial já prestado, passa a atuar também em parceria com outras instituições e com órgãos governamentais para transferência de know-how nos âmbitos da gestão de Saúde e no alinhamento de protocolos médicos.

Em seguida, o ministro visitou o Pronto-Socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para conhecer resultados do hospital como participante do 1º ciclo do Projeto LEAN nas Emergências, no qual a instituição participou juntamente com outros 15 hospitais no Brasil. O projeto LEAN, do Ministério da Saúde em parceria com o Sírio Libanês (PROADI-SUS) tem como principal objetivo reduzir a superlotação dos serviços de urgência e emergência dos hospitais do SUS.

MAIOR CONTROLE E TRANSPARÊNCIA SOBRE PRODUTOS USADOS EM IMPLANTES

ANS – 21/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) participou da elaboração da proposta aprovada pela diretoria colegiada da Anvisa, nesta terça-feira (20/08), a respeito do monitoramento e da divulgação de preços de itens usados em implantes, mais conhecidos na área da saúde como órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Além de integrar o Grupo de Trabalho que discutiu o tema, a ANS viabilizou o acesso aos dados relativos aos tipos e valores praticados no setor de planos de saúde no que diz respeito ao uso de OPME por beneficiários.

Por meio do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (TISS), a ANS recebe das operadoras de planos de saúde as informações relativas à assistência prestada aos seus beneficiários. Em um trabalho realizado em parceria com a Anvisa, foi possível adequar os registros dos produtos

conhecidos como Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI), que passaram a ter uma nomenclatura reconhecida internacionalmente e que permite individualizar os termos de forma que possam ser monitorados.

Com isso, o banco de dados da ANS foi aprimorado e hoje tem cerca de 800 mil modelos de produtos usados em implantes registrados na Anvisa, que correspondem a cerca de 33.500 registros. A escolha desses produtos foi baseada em sua relevância para o monitoramento de preços e utilização na saúde suplementar.

Com essas informações, a ANS viabiliza o importante monitoramento feito pela Anvisa acerca da utilização de Dispositivos Médicos Implantáveis na saúde suplementar.

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.