

## ÍNDICE INTERATIVO

[Programa de Qualificação das Operadoras, uma iniciativa que merece reconhecimento](#) - Fonte: IESS

[NotreDame anuncia aquisição de empresas do Grupo SMEDSJ por R\\$ 105 milhões](#) - Fonte: Money Times

[ANS divulga resultados do Programa de Qualificação das Operadoras](#) - Fonte: ANS

[TJ-SP cria espaço para conciliação de casos de saúde complementar](#) - Fonte: Conjur

[Plano de saúde é obrigado a comunicar descredenciamento de clínicas](#) - Fonte: Conjur

[Empresas se unem para manter qualidade e conter custos](#) - Fonte: Estadão

[ANS divulga Relatório do Atendimento das Ouvidorias das operadoras](#) - Fonte: ANS

[Vitallis lança no Brasil programa gratuito de cuidados paliativos](#) - Fonte: Cenário Minas

## PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS OPERADORAS, UMA INICIATIVA QUE MERECE RECONHECIMENTO

IESS - 18/09/2019

A frase “80% dos beneficiários entrevistados recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares e qualificam seu plano de saúde como bom ou muito bom” soa familiar? Claro, o percentual é semelhante ao que encontramos na [última pesquisa IESS/Ibope](#), já comentada [aqui](#). Mas, dessa vez, não se trata da pesquisa que encomendamos.

A afirmação faz parte do [relatório de Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\) sobre os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras 2018](#), que acaba de ser divulgado. De acordo com a publicação, 89 Operadoras de Planos de Saúde (OPS) que respondem por cerca de 29 milhões de beneficiários (aproximadamente 42% do total do setor) realizaram pesquisa de opinião e enviaram os dados para a ANS.

Mais do que reforçar a satisfação daqueles que usam os serviços da saúde suplementar, o relatório é importante por

apresentar o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Indicador que busca estimular a redução de assimetrias de informação no setor por meio de transparência e da comparação dos resultados das operadoras. Uma ação que merece ser reconhecida. Afinal, como já deixamos claro [aqui no Blog](#), acreditamos que ter transparência e indicadores de qualidade não só para as OPS mas para todos os elos da cadeia de saúde é primordial para o aperfeiçoamento do setor e para que o beneficiário possa escolher a quem confiar os cuidados daquilo que tem de mais precioso, a própria vida.

Além de disponibilizar o relatório completo, a ANS também criou uma página que explica brevemente o que é o Programa de Qualificação das Operadoras, como os dados são coletados e, mais interessante, permite uma [consulta rápida ao IDSS](#) de cada uma das 858 OPS que participaram voluntariamente da iniciativa.

---

## NOTREDAME ANUNCIA AQUISIÇÃO DE EMPRESAS DO GRUPO SMEDSJ POR R\$ 105 MILHÕES

Money Times – 16/09/2019

O valor da aquisição, descontados o endividamento apurado e uma parcela retida para contingências, será pago à vista na data de fechamento da transação (Imagem: Equipe Money Times)

A NotreDame Intermédica (GNDI3) firmou um acordo de intenção de compra e venda de ações com o Grupo SMEDSJ para adquirir 100% das empresas SMEDSJ – Serviços Médicos São José e Nanci & Cia no valor de R\$ 105 milhões, de acordo com o comunicado feito pela companhia nesta segunda-feira (16).

O valor, descontados o endividamento apurado e uma parcela retida para contingências, será pago à vista na data de fechamento da transação.

O Grupo SMEDSJ opera um hospital com 106 leitos, sendo 31 leitos de UTI, localizado na cidade de São Gonçalo (RJ),

três centros clínicos e uma carteira de aproximadamente 17 mil beneficiários de planos de saúde na região. Em 2018, o grupo apresentou faturamento líquido consolidado de R\$ 87 milhões.

O acordo ainda está sujeito à aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), além de outras condições precedentes.

A NotreDame ressalta que a transação não está sujeita à aprovação dos seus acionistas, uma vez que foi realizada por meio da Notre Dame Intermédica Saúde S.A., companhia fechada e subsidiária indireta da empresa.

A intenção de compra faz parte da estratégia de crescimento adotada pela empresa, que espera fortalecer a rede própria impulsionando a sua presença no Estado do Rio de Janeiro.

---

## ANS DIVULGA RESULTADOS DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS OPERADORAS

ANS - 16/09/2019

Estão disponíveis para consulta os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras 2018 (ano-base 2017), iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o estímulo à qualidade dos planos de saúde. Os dados, divulgados nesta segunda-feira (16/09), apontam que o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) geral do setor

em 2017 foi de 0,7295, sendo 1,0 o valor máximo que pode ser atingido.

A nota do Programa de Qualificação é apurada através do cálculo da média ponderada dos Índices de Desempenho das

operadoras. Das 1.019 operadoras ativas em 2017, 858 atenderam aos requisitos para a divulgação dos resultados.

O IDSS permite a comparação entre empresas, estimulando a disseminação de informações de forma transparente, a redução da assimetria de informação e a ampliação da concorrência no setor. Para o ano-base 2017, iniciou-se uma nova etapa do Programa de Qualificação, que passou a utilizar o TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar), um padrão de trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde.

“A utilização do Padrão TISS possibilitou a ampliação do escopo do Programa, permitindo a introdução de novos

indicadores ou de ajustes de outros, obtendo, assim, a melhor avaliação do desempenho das operadoras, em particular, em seus aspectos assistenciais”, afirma Rodrigo Aguiar, Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

A gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, explica que metodologia foi totalmente modificada com os indicadores calculados sobre uma nova base de dados do TISS, conferindo maior fidedignidade aos dados. “Apesar de ser o mesmo programa de avaliação de desempenho das operadoras, os resultados não são totalmente comparáveis, mesmo assim, será possível conferir, no site da ANS, o histórico das notas desde o ano de 2008”, destaca Ana Paula.



Para o ano-base 2017, o Programa de Qualificação das Operadoras conta com quatro dimensões e é composto por um total de 29 indicadores, dos quais, 18 utilizam dados extraídos do Padrão TISS. Portanto, o novo IDSS-TISS apresenta indicadores que melhor discriminam o desempenho das operadoras em seus aspectos assistenciais. Destaca-se o Programa de Acreditação de Operadoras, que confere pontuação base de até 0,15 no IDSS para as empresas acreditadas.

Como forma de induzir o setor às melhores práticas e diferenciar as operadoras que aderem aos programas de indução da qualidade estabelecidos pela ANS, foi introduzido um maior número de indicadores bônus e de pontuação-base, em um esforço de integração entre os diversos programas de avaliação e indução da qualidade da ANS.

Outra novidade do Programa IDSS- TISS foi a inclusão de bônus na dimensão “Sustentabilidade do Mercado” pela realização voluntária de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários orientada pelas diretrizes estabelecidas em um Documento Técnico elaborado pela ANS. Além disso, a participação da operadora em programas de Indução da Qualidade da ANS como o Parto Adequado, por exemplo, também confere pontuação extra na dimensão Qualidade de Atenção à Saúde.

Para conferir maior confiabilidade aos dados, foram destacados dois indicadores que buscam garantir a qualidade e a completude dos dados enviados:

1. Completude dos dados enviados via TISS: indicador Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS); e
2. Qualidade dos dados encaminhados para o sistema de Informação de beneficiários: Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) - Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente

Na plataforma eletrônica de divulgação, os resultados do Programa de Qualificação são apresentados por operadora, incluindo as opções de seleção por segmento (médico-hospitalar ou odontológica), faixa de avaliação e possibilidade de comparar na mesma tela os resultados das empresas. Além disso, estão disponíveis no portal da ANS diversos relatórios consolidados, incluindo o histórico dos resultados do IDSS por operadora desde o ano-base 2008.

[Acesse a página do programa e faça a busca dos resultados por operadora.](#)

[Clique aqui e acesse o relatório completo.](#)

A operadora deverá disponibilizar em seu portal na internet, em no máximo 30 dias, os resultados obtidos no Programa de Qualificação, além do link dos resultados divulgado pela ANS.

Essas informações devem ser mantidas no site da operadora até a próxima divulgação do IDSS.

A ANS informa ainda que o prazo de recurso das operadoras é de 17 de setembro a 1º de outubro de 2019.  
Pesquisa de Satisfação do Beneficiário

O IDSS no ano-base 2017 inovou ao estimular e orientar as operadoras de planos de saúde a realizarem uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, seguindo parâmetros técnicos que permitam pontuar e comparar as diferentes empresas que comercializam planos.

Das 1.008 operadoras avaliadas, 89 pontuaram no IDSS por terem realizado e enviado os dados da pesquisa para a ANS de acordo com as diretrizes estabelecidas. Essas 89 operadoras representam 42,19% dos beneficiários da saúde

suplementar no ano-base 2017, ou seja 29,1 milhões de beneficiários.

A pesquisa apontou que mais de 80% dos beneficiários entrevistados recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares e qualificam seu plano de saúde como bom ou muito bom.

A participação na pesquisa foi voluntária e pode ser feita para obter pontuação no IDSS, caso seja aplicada de acordo com as diretrizes previstas no documento técnico elaborado pela ANS.

O acesso aos resultados detalhados da pesquisa está disponível no portal das operadoras.

Conheça as operadoras que realizaram a pesquisa – ano-base 2017.

## TJ-SP CRIA ESPAÇO PARA CONCILIAÇÃO DE CASOS DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Conjur – 15/09/2019

Com o objetivo de enfrentar a alta taxa de litigiosidade e incentivar a solução amigável de conflitos, o Tribunal de Justiça de São Paulo e entidades do setor de saúde privada (Amil e Associação Brasileira de Medicina — Abramge) firmaram um convênio para a instalação do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania (Cejusc) – Setor de Saúde Privada.

O convênio foi negociado por mais de seis meses. Na prática, haverá um espaço no 2º andar do Fórum João Mendes Júnior, que vai concentrar todas as sessões de conciliação e mediação cujo objeto do litígio verse exclusivamente sobre questões de direito à saúde que se refiram às partes. A Abramge e a Amil se comprometeram a participar das sessões de mediação e conciliação, com prepostos treinados em práticas de composição e com efetiva capacidade de negociação para a solução amigável de conflitos. Parceria entre TJ-SP e entidades privadas visa solução amigável de conflitos entre clientes e operadoras de planos de saúde

"A solução amigável de conflitos é tão antiga quanto a história de todos os povos e compõe, hoje, uma política judiciária nacional. O Código de Processo Civil prevê soluções consensuais de conflito, que são como um arsenal de medidas necessárias e indispensáveis à pacificação da sociedade brasileira", afirmou o presidente do TJ-SP, desembargador Manoel Pereira Calças.

Com esse convênio, todo cidadão que entrar com uma ação na Justiça envolvendo saúde complementar poderá passar

pela conciliação prévia com as operadoras e com mediação do próprio TJ-SP. O juiz que receber um processo dessa natureza poderá encaminhá-lo para o núcleo do tribunal e uma audiência deverá ser marcada em até 30 dias.

A Federação Nacional dos Bancos (Fenaban) também possui uma parceria semelhante com o TJ-SP. O local para solução de conflitos entre clientes e instituições financeiras é conhecido como "posto bancário". A novidade, agora, é um convênio com o setor de saúde privada, que vem sofrendo um aumento no número de processos e reclamações nos últimos anos.

O coordenador do Cejusc Central, juiz Ricardo Pereira Junior, citou a importância do setor da saúde dentro do sistema judiciário paulista e afirmou que a aproximação entre as partes é natural. "As iniciativas de solução de conflito têm-se mostrado muito efetivas no Estado. Hoje, temos cerca de 250 Cejuscs instalados e agora iremos inaugurar esse centro temático na área da saúde, o que representa um grande avanço", disse.

O diretor-executivo da Abramge Antonio Laskos celebrou o convênio firmado. "A Abramge representa mais de 150 empresas associadas e estamos muito felizes em dar início a esse projeto, firmado após meses de trabalho conjunto", declarou. Em seguida, o diretor jurídico da Amil, Eduardo Sampaio da Silva Oliveira destacou a importância de se "buscar a solução amigável de conflitos como a primeira solução para a pacificação.

# PLANO DE SAÚDE É OBRIGADO A COMUNICAR DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICAS

Conjur – 13/09/2019

A obrigação dos planos de saúde de comunicar o descredenciamento de hospitais, com 30 dias de antecedência, também se estende às clínicas médicas, mesmo nos casos em que a rescisão aconteça a pedido da clínica.

Planos de saúde devem avisar o descredenciamento de clínicas, laboratórios, consultórios médicos e demais serviços conveniados.

O ministro do Superior Tribunal de Justiça Villas Bôas Cueva explica que embora a Lei dos Planos de Saúde mencione apenas o termo "entidade hospitalar", essa expressão, à luz dos princípios do direito do consumidor, deve ser entendida como gênero, englobando clínicas, laboratórios, consultórios médicos e demais serviços conveniados.

O entendimento do ministro foi aplicado pela 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao negar recurso de uma operadora de plano de saúde contra decisão que a obrigou a custear o tratamento de um segurado em uma clínica que havia sido descredenciada durante o tratamento.

No recurso, o plano de saúde alegou que a rescisão contratual não foi provocada por ela e que a clínica em questão não é uma entidade hospitalar. Para a operadora, a notificação da rescisão contratual com antecedência de 30 dias, prevista na Lei dos Planos de Saúde, seria aplicável apenas a hospitais.

Ao confirmar o acórdão, o relator, ministro Villas Bôas Cueva, destacou que a obrigação abrange também as clínicas médicas e demais serviços. Para o ministro, o cliente tem o direito de ser informado previamente acerca de modificações na rede de credenciados, pois assim poderá buscar, entre as possibilidades de tratamento oferecidas, aquela que melhor o atenda.

O ministro lembrou que são essenciais, tanto na formação quanto na execução de um contrato, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade. Ele destacou decisões do STJ segundo as quais as operadoras de plano de saúde têm o dever de informar aos segurados sobre as modificações na rede conveniada.

"Desse modo, subsiste o dever de comunicar aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acerca do descredenciamento de clínica médica, pois esta é espécie do gênero entidade hospitalar", concluiu Villas Bôas Cueva.

Outro aspecto a examinar no recurso, segundo o relator, é se a operadora estaria desobrigada de informar os consumidores nas hipóteses em que o descredenciamento tenha se dado por iniciativa da própria clínica, como ocorreu no caso analisado.

Villas Bôas Cueva afirmou que, reconhecida a incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde, também deve ser aplicada a regra da responsabilidade solidária entre todas as empresas integrantes da cadeia de fornecimento.

"Sabedores das suas obrigações legais perante os consumidores – as quais podem, inclusive, ser exigidas solidariamente –, os integrantes da cadeia de fornecimento de serviços devem se organizar, estabelecendo entre si, conforme a realidade operacional de cada um, os ajustes contratuais necessários ao cumprimento desses deveres, com observância dos prazos previstos na legislação", disse o ministro. Com informações da assessoria de imprensa do STJ.

**REsp 1.561.445.**

## EMPRESAS SE UNEM PARA MANTER QUALIDADE E CONTER CUSTOS

Estadão – 13/09/2019

Melhorar as condições da assistência nos planos de saúde sem onerar o bolso dos usuários é fundamental para o mercado. Entidades ligadas à indústria promovem debates para equacionar essa questão

O setor de indústria responde hoje por mais de 20% dos contratos de planos de saúde no Brasil, com 10,2 milhões de beneficiários. E está preocupado com o andamento da saúde suplementar no País. Afinal, os números não são muito animadores. Entre 2008 e 2016, os reajustes dos planos de saúde registraram variações anuais médias bem superiores à inflação. O índice de variação do custo médico-hospitalar (VCMH) aumentou 237,8%, quase quatro vezes mais do que o índice geral nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA) do período, que foi de 71,9%. Isso significa que um percentual significativo das folhas de pagamento

das indústrias está fora de controle, o que traz reflexos nos custos da produção e, conseqüentemente, no preço dos produtos e em toda a economia. A discussão não é exatamente nova, mas, em tempos de crise agravada, se torna essencial para todo o mercado.

Por isso, o Serviço Social da Indústria (Sesi) e a Confederação Nacional da Indústria (CNI) apoiam e promovem debates sobre o tema. Há dois anos, as duas instituições coordenam o Grupo de Trabalho em Saúde Suplementar (GTSS), que conta com a participação de 68 empresas. De acordo com o gerente-executivo de Saúde e Segurança na Indústria do Sesi, Emmanuel Lacerda, essa sustentabilidade da saúde suplementar depende do aprimoramento do sistema. Mas, para isso, é necessário integrar

dados e informações, além de aproximar todos os agentes envolvidos, usando a tecnologia a favor de toda a cadeia.

“A digitalização das informações é essencial. A rede de assistência à saúde pode produzir e fornecer dados para melhorar a gestão do sistema para uma utilização mais adequada e com serviços melhores, sem necessariamente elevar custos. É preciso dar mais transparência para aumentar a confiança entre as partes interessadas, mantendo o respeito ao paciente e a confidencialidade das informações dos indivíduos”, diz Lacerda.

A gestão da informação também é primordial para alcançar bons resultados no sistema de saúde. “O cidadão, seja o contratante, a empresa, precisa ter acesso às informações. A pessoa tem de ter um sistema pessoal de informação para saber sobre seus exames, para que não fique fazendo exames repetidos e desnecessários. Da mesma maneira, a empresa contratante precisa ter um painel de dados para saber quais são os prestadores que cobram preços muito acima do valor de mercado. Então, o primeiro passo é ter acesso à informação para, assim, tomar medidas gerenciais. Isso não é fácil, mas traz resultados no curto prazo”, afirma o pesquisador Alberto Ogata, associado ao Centro de Administração em Saúde da Fundação Getúlio Vargas.

## COMBATE AO DESPÉRDÍCIO

Para o pesquisador, o que mais onera os custos com a saúde suplementar atualmente é o desperdício. “Há um uso excessivo do sistema de saúde, com repetição de exames, procedimentos mal indicados, diferença de preços de dispositivos e equipamentos no mercado. Então, reduzir o desperdício terá um impacto muito importante”, destaca Ogata. Esses e outros pontos serão debatidos no II Seminário Internacional Sesi de Saúde Suplementar, a ser realizado em São Paulo, que pretende analisar tendências da área por meio de debates com especialistas brasileiros e troca de experiências com representantes internacionais. Uma das palestrantes é Lindsay Martin, diretora executiva do Institute for Healthcare Improvement (IHI), que vai trazer estudos e casos sobre como uma coalizão de empresas contratantes de plano de saúde contribui na transformação do sistema de saúde.

“A rede de assistência à saúde pode produzir e fornecer dados para melhorar a gestão do sistema para uma utilização mais adequada e com serviços melhores” Emmanuel Lacerda, gerente-executivo de Saúde e Segurança na Indústria do Sesi.

## ANS DIVULGA RELATÓRIO DO ATENDIMENTO DAS OUVIDORIAS DAS OPERADORAS

ANS – 12/09/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de sua Ouvidoria, divulga o Relatório do Atendimento das Ouvidorias – REA 2019 (ano base 2018). O documento é resultado da compilação e análise dos dados enviados pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde sobre os atendimentos realizados em 2018, apresentando os principais temas demandados, os prazos de resposta na finalização das manifestações e o status das recomendações feitas às operadoras no ano anterior.

Do total de operadoras em atividade no país em 2018, 96,4% possuíam unidades de ouvidoria cadastradas, totalizando 1.175 operadoras cumpridoras da Resolução Normativa - RN nº 323/2013, pela qual a Agência determinou às operadoras a criação de estruturas de ouvidoria e o envio do REA-Ouvidorias. Juntas, essas operadoras reuniam em 2018 99,9% do total de beneficiários de planos de assistência médica e/ou exclusivamente odontológica, que tiveram garantido o direito de acionar a ouvidoria de sua operadora para manifestar-se sobre o serviço prestado.

Foram recepcionados pela Ouvidoria da ANS 1.050 relatórios de ouvidorias, sendo considerados para análise 987 (63 apresentaram dados inconsistentes). Desse total, 644 ouvidorias relataram o recebimento de pelo menos uma manifestação típica de ouvidoria. Juntas, elas contabilizaram 425.080 manifestações de seus 66,9 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ouvidoria (TDO) geral igual a 6,3 – o que significa que esse conjunto de ouvidorias recebeu 6,3 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

Também é papel das ouvidorias das operadoras, de acordo com a RN nº 395/2016, atender demandas de reanálise assistencial, que são feitas por beneficiários após uma negativa de cobertura por parte da operadora. Desta forma, 32,4% das ouvidorias relataram ter recebido esse tipo de requerimento. Seguradoras (77,8%) e Cooperativas Médicas (66,9%) são as modalidades com maior percentual de reanálises assistenciais.

### Análise das manifestações dos beneficiários

Dos 987 relatórios considerados foi registrado o recebimento de 425.080 manifestações de beneficiários junto às ouvidorias das operadoras em 2018. Estas se concentram em reclamação (58,8%) e consulta (34,4%). Apenas 7,1% são denúncias, elogios ou sugestões. Em comparação com o exercício anterior (2017), de modo geral, o total de manifestações diminuiu 17,8%, enquanto o número de reclamações aumentou 13,4%.

Os temas mais frequentes das manifestações recebidas pelas ouvidorias das operadoras foram: financeiro (24,4%), rede prestadora (21,2%), SAC (19,6%), administrativo (18%) e cobertura assistencial (16,9%).

### Análise das reclamações dos beneficiários

A análise das reclamações recebidas pelas ouvidorias em 2018 demonstrou que 29,2% referem-se a temas financeiros, 26,1% a rede prestadora, 21% a administrativo, 16,7% a cobertura assistencial e 7% a SAC. Medicina de Grupo, Cooperativa Médica e Administradora de Benefícios são as modalidades de empresas mais reclamadas.

Os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo coletivo empresarial (42,8%), seguidos pelos que possuem contrato individual/familiar (28,3%) e coletivo por adesão (21,6%).

### Prazo de resposta ao beneficiário

A RN nº 323/2013 da ANS fixou o prazo de resposta conclusiva da ouvidoria da operadora ao demandante como não superior a sete dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo maior, não superior a 30 dias úteis, nos casos excepcionais ou de maior complexidade, devidamente justificados. Nesse sentido, de acordo com o relatado pelas ouvidorias das operadoras, em 2018, 91,3% das unidades concluíram suas demandas dentro do prazo

de até sete dias úteis estabelecido no normativo, e 7,9% relataram a conclusão de suas demandas dentro do prazo pactuado.

A partir das manifestações recebidas e do contato direto com os usuários dos serviços prestados pelas operadoras, as ouvidorias podem propor medidas para aprimorar o processo de trabalho das empresas e corrigir possíveis falhas. Entre as recomendações de melhorias feitas pelas ouvidorias e apontadas nos relatórios enviados à ANS, destacam-se: dar maior publicidade aos canais da ouvidoria; incentivar os beneficiários a se manifestarem; promover maior interação com o SAC; e investir na comunicação entre beneficiários, rede credenciada e operadora.

[Confira aqui](#) a íntegra do REA-Ouvidorias 2019.

## VITALLIS LANÇA NO BRASIL PROGRAMA GRATUITO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cenário Minas – 12/09/2019

A operadora de planos de saúde Vitallis lançou, no Brasil, um programa inédito de cuidados paliativos, em parceria com a Fundação New Health, instituição internacional referência nesta áreas sem fins lucrativos dedicada ao estudo e otimização de sistemas de saúde, assistência social, apoio familiar e meio ambiente, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas e suas famílias no processo doença avançada, alta dependência e os últimos estágios da vida.

Já aplicado com sucesso na Colômbia, o programa, denominado "Contigo", é gratuito para os beneficiários da Vitallis e visa proporcionar boas práticas de gestão e atenção aos pacientes portadores de doenças graves, crônicas ou terminais, que necessitam de cuidados paliativos.

Com a chegada do Programa Contigo, a operadora de saúde Vitallis, pertencente ao Grupo Keralty Brasil, torna-se pioneira no país a adotar uma abordagem envolvendo toda a rede de serviços, nos níveis ambulatorial, domiciliar e hospitalar, para atender plena e integralmente os pacientes e seus familiares, como destaca o diretor médico da operadora, Márcio Mascarenhas. "Oferecemos um cuidado especial, humanizado e profissional no momento em que as famílias tanto necessitam de apoio."

A adoção de cuidados paliativos na medicina tem ganhado força em todo o mundo e, especialmente no Brasil, na última década. Sua forma inovadora de assistência à saúde se diferencia da medicina curativa por objetivar o cuidado integral por meio da prevenção e do controle de sintomas dos pacientes que enfrentam doenças graves, crônicas ou ameaçadoras da vida. Os cuidados paliativos não se restringem ao atendimento ao paciente, mas também aos familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que sofrem juntamente.

### Certificação

A Fundação New Health, emitiu relatório favorável para a Vitallis e sua rede Keralty sobre a metodologia compassiva e humana praticada no Contigo. Com isso, a Vitallis está implantando o Programa na operadora e sua rede de atendimento próprio. Após implantação completa do Programa, em setembro, a Vitallis e sua rede passará a ter a Certificação Internacional NEWPALEX® da Fundação, pelo cumprimento na organização de uma série de normas compiladas a partir do consenso de profissionais especialistas em gestão e organização de recursos e implantação de um Programas de Cuidados Paliativos.

**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](mailto: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](http://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.