



Informes sobre Saúde

Informe Semanal

Nova regra de plano de saúde a demitido

Será publicada após o dia 21 a nova resolução da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) que garantirá a manutenção de plano de saúde empresarial a aposentados e demitidos sem justa causa. A lei entrará em vigor em 2012.

A resolução esteve na pauta da reunião da diretoria colegiada da agência na segunda-feira passada. Uma vez aprovada, será, então, publicada no "Diário Oficial", convertendo-se em lei. O novo texto esclarece dúvidas geradas pela imprecisão do já existente, que prevê o direito de permanência de ex-funcionários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento da mensalidade. Além de facilitar o acesso ao direito, a nova lei desperta interesse por prever a portabilidade do plano coletivo para um individual, sem necessidade de carência. (DENISE BRITO - Folha de S.Paulo)

Aposentado terá regra para manter convênio

Aposentados e funcionários demitidos sem justa causa (inclusive estagiários) poderão manter o plano de saúde empresarial com mais facilidade a partir de 2012.

É isso o que espera a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que vota hoje na sua diretoria colegiada novas regras.

Se aprovada, a resolução deve ser publicada na próxima semana, mas vai entrar em vigor só em 2012.

A possibilidade de manutenção do plano coletivo (normalmente, mais barato que o individual) é prevista na legislação, desde que o ex-funcionário assuma o pagamento integral das mensalidades. A existência de pontos pouco claros gera dúvidas a respeito de quem tem direito ao benefício.

Outro problema é o alto custo dos planos e o efeito contábil indesejado no balanço dos ex-empregadores, que acabam subsidiando de forma indireta o benefício.

Com a nova resolução, a agência pretende atacar todos esses problemas.

A lei prevê, por exemplo, que podem manter o plano empresarial aqueles que, quando funcionários da empresa, contribuíram com o plano. Não detalha, porém, o significado da palavra "contribuição".

A nova resolução deixará claro que se trata apenas de pagamentos mensais fixos para custear parte do produto, excluindo, por exemplo, os valores pagos exclusivamente para a participação de dependentes.

Exigência

O direito, porém, somente pode ser usufruído pelos funcionários demitidos por um período equivalente a um terço do tempo em que foram beneficiários dentro da empresa, respeitados os limites mínimo de seis meses e máximo de dois anos.

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem.

Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria, segundo regra da ANS. (Folhapress)

ANS estuda abaixar preço de planos para idosos

Hipótese mais concreta é um modelo que misture a previdência privada com a assistência médica

ANS publica nova norma para avaliar qualidade dos planos A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) juntamente com as operadoras de planos de saúde todos países estão buscando uma forma para conseguir reduzir o preço da mensalidade para todos os beneficiários com idade superior a 59 anos.

A hipótese mais concreta divulgada na quarta-feira é um modelo que misture a previdência privada com a assistência médica. Estima-se que existam 5,5 milhões de usuários de planos com esta idade em todo o país.

Atualmente, os planos adotam um programa onde os planos sofrem um aumento no custo para aqueles usuários que chegam aos 59 anos, podendo chegar a 70% a mais do que do valor anterior.

O objetivo é conseguir estabelecer uma forma aonde parte do valor da mensalidade passe a integrar o fundo de capitalização por pessoa. Com isso, ficaria mais barato para que os usuários acima de 59 anos pudessem ter acesso a assistência médica e a própria renda.

Se esta fórmula for adotada os planos podem elevar o valor pago por jovens.

De acordo com o presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Marcio Coriolano, somente isso não basta. E diz que é preciso também, a longo prazo, o governo e a iniciativa privada implantarem programas de prevenção de doenças e minimizar os efeitos durante a fase idosa.

A expectativa da ANS é que esta avaliação seja concluída e apresentada em fevereiro do ano que vem. (Saúde Business Web)

Desafios do Governo com o Melhor em Casa

Em entrevista realizada pela Revista Home Care Brasil, o Vice-Presidente do Grupo Ideal Care, Dr. André Minchillo, abordou os aspectos do novo Programa

Melhor em Casa, os desafios que o Governo Federal tem pela frente para obter sucesso na implementação do programa e de que maneira a iniciativa privada pode contribuir para o sucesso do programa.

RHC – Como o senhor avalia o lançamento do Programa Melhor em Casa apresentado ao Brasil recentemente pela Presidente Dilma?

MINCHILLO – Há mais de duas décadas falamos e atuamos com a Assistência Domiciliar. O lançamento do Programa Melhor em Casa é um importante marco para a saúde pública brasileira, pois o Ministério da Saúde tem como foco uma rede de serviços mais integrada, oferecendo um melhor padrão de atendimento à população, ajudando a rede de serviços públicos hospitalares nos casos em que o paciente não precisa permanecer no ambiente hospitalar, apoiando as famílias que vierem a usufruir do programa com a isenção à tarifa de energia em alguns casos. O reconhecimento, por parte do Governo Federal, de iniciativas municipais e estaduais exitosas é uma forma de democratizar os benefícios dos Programas de Atendimento Domiciliar aos usuários do SUS.

RHC – O Melhor em Casa se assemelha ao modelo praticado pelas empresas de Home Care?

MINCHILLO – A característica do serviço assemelha-se ao que preconiza a RDC 11 da ANVISA para a assistência domiciliar. As ações assistenciais com perfil de internação domiciliar deverão ser incrementadas ao longo do desenvolvimento do Programa. Portanto, o Programa Melhor em Casa apresenta-se de forma muito positiva para ações integradas em saúde.

RHC – O Sr. avalia que a experiência da iniciativa privada pode contribuir para a implementação e gestão do programa Melhor em Casa do Governo Federal?

MINCHILLO – Sim. Acredito que este sistema de integração e parceria, ressaltadas no pronunciamento da Presidente Dilma e do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, deverá incorporar a experiência adquirida pelo setor privado ao longo destas duas décadas. Isto certamente traria benefícios qualitativos para a saúde pública dos Brasileiros. O gerenciamento de equipes multidisciplinares, sistema de logística integrado e a construção de conhecimento e protocolos assistenciais e administrativos são fundamentais para o atingimento das metas propostas. Nesse momento, o setor, de forma organizada através de suas associações NEAD e SINESAD vem conversando com esferas do Governo Federal, Estaduais e Municipais sobre a criação de fóruns e desenvolvimento de reuniões de trabalho para auxiliar na implementação e gestão de um trabalho de sucesso. Iniciativa importante foi a sanção da Lei do Município de São Paulo, instituindo o PRODHOM – Programa Hospital Domiciliar.

RHC – Quais são os indicadores de gestão importantes para que os gestores públicos assegurem assistência efetiva no processo de internação domiciliar do Programa Melhor em Casa?

MINCHILLO – Recentemente o Grupo Ideal Care realizou uma ampla pesquisa de mercado para conhecer o cenário da assistência médico domiciliar em duas das principais praças do Brasil – São Paulo e Distrito Federal –. Nessa pesquisa participaram pacientes, operadoras de saúde e gestores hospitalares, que puderam apontar e avaliar os pontos críticos atualmente vivenciados na assistência domiciliar privada. Todos estes aspectos apresentados, quando controlados por indicadores como gastos com mão de obra, absenteísmo, gastos com materiais, medicamentos e equipamentos, nível de capacitação das equipes, podem perfeitamente serem controlados.

RHC – De que maneira a iniciativa privada pode contribuir para o sucesso do programa Melhor em Casa?

MINCHILLO – Apresentando suas práticas de trabalho e auxiliando na execução do programa. Nós do Grupo Ideal Care que estamos há 15 anos atuando com assistência domiciliar no país, e em diversas praças, acreditamos que o setor pode contribuir no que for preciso para que os núcleos assistenciais do Programa Melhor em Casa desenvolvam-se com eficiência e qualidade. Neste ano que finda concluímos a primeira etapa de um Projeto de Excelência em Gestão, sob a coordenação da Fundação Nacional da Qualidade, em busca de um modelo inovador no segmento de Home Care, e que certamente pode interessar aos gestores públicos conhecer o modelo. (Revista Home Care Brasil)

Conselho nacional de saúde suplementar

CFM acompanha proposta de criação de conselho nacional de saúde suplementar

Membros da Comissão de Saúde Suplementar (Comsu) do Conselho Federal de Medicina (CFM) acompanham de

perto o relatório preliminar da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar o Sistema de Saúde Complementar, vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. Representantes do CFM, Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) decidiram, em reunião na sede do CFM, ontem, em Brasília (DF), encaminhar o relatório para as entidades estaduais, para que elas possam conhecê-lo e contribuir com as discussões.

No texto preliminar, o relator da subcomissão, deputado Mandetta (DEM-MS), propôs a criação de um conselho nacional de saúde suplementar, com participação dos segmentos formadores do setor (governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, operadoras) – espaço onde possam ser mediados conflitos e pactuados avanços. “Queremos ter o balizamento dos estados e acompanharemos o projeto com o senso crítico necessário. Os médicos não se sentem representados na proposta apresentada inicialmente”, afirmou o 2º vice-presidente do CFM e coordenador da Comsu, Aloísio Tibiriçá.

Um dos objetivos da subcomissão da Câmara é estudar a formatação de um projeto de lei fixando o marco regulatório definitivo para o setor de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Demais atividades – Na reunião, também foi estudada a proposta da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) sobre hierarquização dos procedimentos médicos. Algumas sugestões ao texto foram aprovadas e serão encaminhadas para a Federação e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Também foi aprovada pelo grupo a convocação de uma reunião ampliada da Comsu com as entidades médicas estaduais do Brasil. Ela será realizada no dia 24 de novembro. As lideranças estaduais e nacionais devem fazer um balanço do movimento médico em 2011 em relação às reivindicações junto aos planos de saúde e traçar estratégias iniciais para 2012.

Participaram do encontro em Brasília: Aloísio Tibiriçá (1º vice-presidente do CFM), André Longo (CFM), Celso Murad (CFM), Florisval Meinão (AMB), Josélia Lima (CRM-DF), Márcia Rosa de Araújo (presidente do Cremerj), Márcio Bichara (Fenam), Mário Antonio Ferrari (Fenam) e Paulo Ernesto de Oliveira (CFM). (CFM)

Desafios e tendências da saúde suplementar

É preciso investir mais em informar a população sobre a importância de prevenir as doenças para economizar em tratamento médico. O mercado de saúde suplementar deve trabalhar mais os aspectos preventivos para manter a população saudável e, como consequência, diminuir os custos com saúde. A reflexão é do economista especializado em políticas de saúde André Médici, um dos palestrantes do I Workshop para Jornalistas promovido pela FenaSaúde na última terça-feira, 08 de novembro, em São Paulo. O evento teve como tema principal “Envelhecimento e longevidade: desafios e tendências para a Saúde Suplementar”.

Conforme Médici explicou em sua palestra “Os sistemas de saúde frente aos desafios do envelhecimento”, há cada vez mais idosos no mundo, já que a expectativa de vida aumentou em diversos países. Com isso, há uma transição epidemiológica. Ou seja, há redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas. “No Brasil, 80% dos idosos com mais de 65 anos têm pelo menos uma doença crônica”, comentou.

Em 2011, 37 milhões de pessoas vão morrer no mundo em decorrência de doenças crônicas (relativas ao coração, câncer e diabetes), sendo que 20% destas mortes ocorrerão nos países desenvolvidos e 80% nos países em desenvolvimento. Reduzir em 2% a mortalidade por doenças crônicas, por meio de promoção da saúde e prevenção, evitaria a morte prematura de 40 milhões de pessoas entre 2011 e 2020. Daí a importância de investir em programas de prevenção. “É importante gastar mais com promoção e prevenção e responsabilizar financeiramente os indivíduos pela proteção de sua saúde. Saúde é direito e dever de todos, não somente do Estado”, avalia o economista.

Bom exemplo

Ele citou o exemplo da Kaiser, nos Estados Unidos, como um programa de promoção da saúde bem sucedido.

Segundo Médici, para um funcionário ser incluído no plano de saúde oferecido pela empresa é preciso avaliar sua saúde. O preço é calculado de acordo com essa avaliação. Se a saúde do indivíduo não estiver satisfatória, são indicadas ações para melhorá-la (como programa de exercícios, dietas etc) e ele é reavaliado periodicamente.

Conforme a saúde for melhorando, o preço é recalculado.

Marcio Coriolano, presidente da FenaSaúde, disse que nos Estados Unidos há premiação para quem adere a programas de promoção da saúde. “No Brasil não é possível, já que a legislação brasileira não permite diferenciar o preço do plano por fatores como esse, apenas por idade”. De acordo com ele, o principal problema aqui não é nem o usuário aderir ao programa, mas sim permanecer nele.

Para Marco Antunes, diretor da FenaSaúde, algumas leis criadas fora do âmbito da saúde suplementar acabam auxiliando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Como exemplos, a lei que proíbe o fumo em ambientes fechados (adotada primeiramente em São Paulo) e a lei que diminuiu a tolerância do teor alcoólico para os motoristas. “Com essas leis, as pessoas acabam fumando e bebendo menos. No futuro, isso colaborará para diminuir algumas doenças e, conseqüentemente, gerar uma população idosa mais saudável”, racionou. Ainda segundo Antunes, para cada R\$ 1,00 gasto em programas de prevenção e promoção da saúde, R\$ 3,00 são economizados no tratamento.

Precificação

Outro assunto abordado durante o workshop foi o custo e a precificação dos planos de saúde. De acordo com José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde, em sua palestra “O mercado de saúde suplementar e o envelhecimento”, 80% do valor que as empresas do setor recolhem utilizam para pagar os serviços médicos, como consultas, exames e outros procedimentos. Ele mostrou um exemplo: no primeiro semestre deste ano, a receita do mercado de saúde suplementar foi cerca de R\$ 38 bilhões. “Já as despesas chegaram a aproximadamente R\$ 30 bilhões”, destacou. Segundo a Pesquisa Unidas, realizada em 2010 com dados referentes a 2009, o custo assistencial varia muito de acordo com a faixa etária. “Em 2010, pessoas com 59 anos ou mais gastam 7,1 vezes mais do que a população na faixa etária de 0 a 18 anos. Em 2040, eles gastarão 7,8 vezes mais”, argumentou. Cechin comentou que o atual

modelo de precificação da saúde suplementar (no qual as todas as faixas etárias desembolsam um pouco a mais para compensar as faixas etárias mais avançadas) foi formatado considerando que a população brasileira era formada por 10% de idosos. "Em alguns anos, essa fatia passará para 30% da população, o que não sustentará mais esse modelo", concluiu. (Revista Apólice/CQCS)

Programa para avaliar Operadoras de Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou na segunda-feira, 07/11/2011, a Resolução Normativa nº 277, que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde. O Programa é inédito no Brasil e inspirado em modelos internacionais. O objetivo é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos consumidores, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, a norma busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde.

O Programa de Acreditação vai identificar e definir parâmetros de qualidade a serem utilizados pelas operadoras, mas sem qualquer caráter de obrigatoriedade. Para isso, já existem normas criadas pela ANS de cumprimento obrigatório. A finalidade é estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo no mercado condições para o estabelecimento de uma competição qualitativa, incentivando a mudança do modelo técnico-assistencial existente. Segundo Leandro Fonseca, Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, "a acreditação diminui algumas das imperfeições do mercado e permite que as operadoras conheçam melhor seu próprio negócio, identificando as soluções para os problemas com mais segurança e agilidade, além de possibilitar que os consumidores tenham uma melhor percepção das diferenças nos níveis de qualidade entre as operadoras". No Programa de Acreditação de operadoras da ANS, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora será confrontada com padrões de qualidade preestabelecidos. Para tanto, a operadora será visitada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado. Caso a operadora seja aprovada, a certidão de acreditação será fornecida em níveis, de acordo com o padrão de qualidade encontrado, a partir de um padrão mínimo para aprovação. Neste processo, a ANS conta com a parceria do INMETRO. As entidades acreditadoras homologadas terão prazo até 02 de maio de 2013 para obterem certificação por aquele órgão para conduzir o processo de acreditação nas operadoras.

Esta resolução ficou em Consulta Pública por 30 dias, no período entre 20/12/2010 a 19/01/2011, e recebeu inúmeras sugestões por parte da sociedade civil e dos agentes regulados. (iMirante)

ANS: Programa de Acreditação de Operadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, a Resolução Normativa nº 277, que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde. O Programa é inédito no Brasil e inspirado em modelos internacionais. O objetivo é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos consumidores, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, a norma busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde.

O Programa de Acreditação vai identificar e definir parâmetros de qualidade a serem utilizados pelas operadoras, mas sem qualquer caráter de obrigatoriedade. Para isso, já existem normas criadas pela ANS de cumprimento obrigatório. A finalidade é estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo no mercado condições para o estabelecimento de uma competição qualitativa, incentivando a mudança do modelo técnico-assistencial existente. Segundo Leandro Fonseca, Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, "a acreditação diminui algumas das imperfeições do mercado e permite que as operadoras conheçam melhor seu próprio negócio, identificando as soluções para os problemas com mais segurança e agilidade, além de possibilitar que os consumidores tenham uma melhor percepção das diferenças nos níveis de qualidade entre as operadoras". No Programa de Acreditação de operadoras da ANS, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora será confrontada com padrões de qualidade preestabelecidos. Para tanto, a operadora será visitada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado. Caso a operadora seja aprovada, a certidão de acreditação será fornecida em níveis, de acordo com o padrão de qualidade encontrado, a partir de um padrão mínimo para aprovação. Neste processo, a ANS conta com a parceria do INMETRO. As entidades acreditadoras homologadas terão prazo até 02 de maio de 2013 para obterem certificação por aquele órgão para conduzir o processo de acreditação nas operadoras.

Esta resolução ficou em Consulta Pública por 30 dias, no período entre 20/12/2010 a 19/01/2011, e recebeu inúmeras sugestões por parte da sociedade civil e dos agentes regulados. (ANS)

Pesquisando sobre o setor de planos de saúde?

A ANS oferece em seu sítio eletrônico um acervo digital que contém: livros, periódicos, trabalhos acadêmicos e relatórios com dados e indicadores sobre o setor. Tenha acesso a materiais para pesquisa em:

Perfil do setor

Dados e indicadores do setor, dados gerais e legislação no link:

<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor>

Materiais por tipo de publicação

Livros, periódicos, trabalhos acadêmicos e relatórios de gestão no link:

<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao>

Boa leitura! (ANS)

[TOPO](#)