ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM

Saúde SUPLEMENTAR

TUDO O QUE O CONTRATANTE PRECISA SABER

COORDENAÇÃO

Alberto José Niituma Ogata
Bruno Dario
Denise Eloi
Georgia Antony
Larissa Andrade

REALIZAÇÃO

abbvie

COALIZÃO SAÚDE

SESI
PELO FUTURO DO TRABALHO

APOIO INSTITUCIONAL

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

CURADORIA

ABRH BRASIL
Associação Brasileira de Recursos Humanos

abprh
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DE RH

AMB
Associação Médica Brasileira

ANAMT
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO

ABQV

FIESP CIESP

APRESENTAÇÃO

Pesquisas nacionais revelaram que a atenção à saúde é um dos principais problemas relatados pelos brasileiros. Infelizmente, ainda não dispomos, hoje, de um sistema universal de saúde que atenda às necessidades de todas as pessoas, no que se refere a acesso a serviços de saúde que sejam eficazes, oportunos e equitativos. Nesse contexto, empresas e organizações contratam os serviços da Saúde Suplementar, que se constitui em um sistema complexo e com muitas normas e regulamentos.

Alguns fatores afetam os custos dos serviços de saúde em todo o mundo, como o envelhecimento da população, o uso inadequado de serviços, a incorporação de novas tecnologias e os estilos de vida não saudáveis, aspectos que aumentam os fatores de risco para doenças crônicas.

No entanto, cada vez mais é importante que os contratantes dos serviços da Saúde Suplementar tenham conhecimentos sobre o sistema, incluindo suas normas básicas, o funcionamento dos diferentes setores e os caminhos para se buscar as melhores escolhas, com uma atenção de qualidade para as pessoas ao menor custo possível.

Cidadãos saudáveis se constituem em elementos fundamentais para uma sociedade desenvolvida e competitiva. Nesta publicação, organizações e entidades de diferentes setores se reuniram para trazer informações atualizadas e baseadas na legislação vigente, para apoiar os contratantes de todo o país na tomada de decisão na gestão da Saúde Suplementar.

Boa leitura.

SUMÁRIO

1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 07

2 OPERADORAS DE SAÚDE 14

3 REGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR 20

4 NOVAS TECNOLOGIAS NA SAÚDE 25

5 REAJUSTES NA SAÚDE SUPLEMENTAR 29

6 CUSTOS DA SAÚDE 32

7 O PAPEL DO CIDADÃO 36

8 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 42

9 A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE ASSISTENCIAL COM A SAÚDE DO TRABALHADOR 50

10 PLANO DE SAÚDE COLETIVO 57

CONCLUSÃO 60

REFERÊNCIAS 61

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

1

CONSTITUIÇÃO FEDERAL ART. 196

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
A Constituição Federal, ao falar em Políticas Públicas, prevê a otimização dos recursos públicos para atender um maior número de pessoas.

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os princípios do Sistema Único de Saúde são:

Universalização

A Saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todos, independentemente de sexo, raça, ocupação e outras características sociais e pessoais.

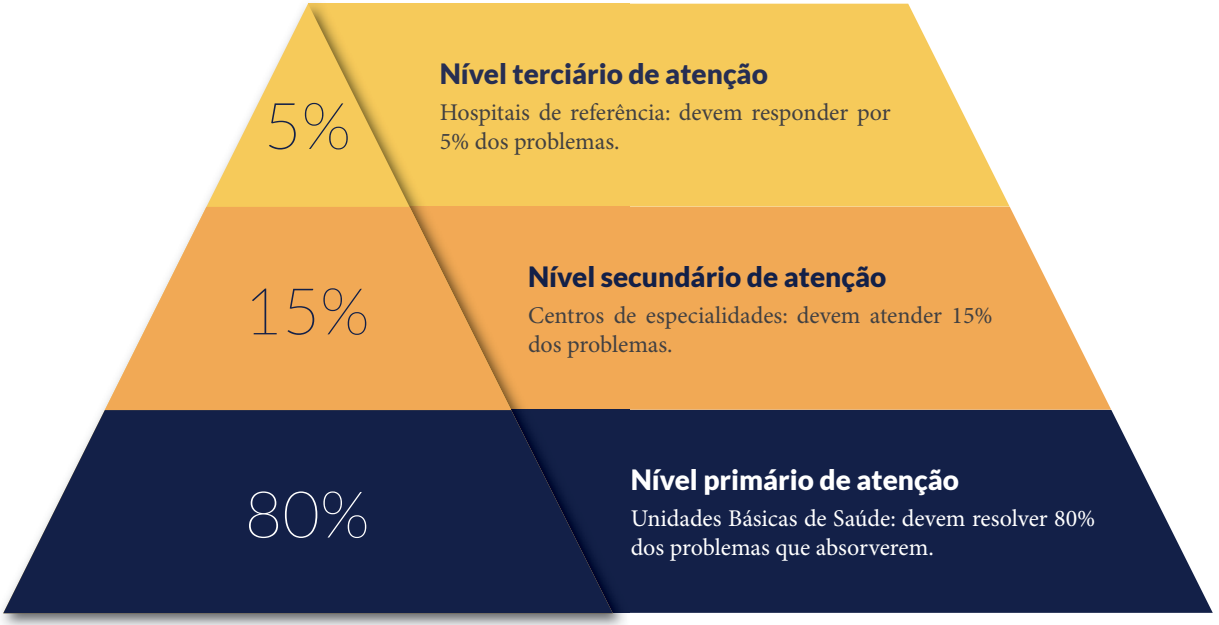
Equidade

O objetivo desse princípio é diminuir as desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem o direito aos serviços de saúde, as pessoas são diferentes e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade

Esse princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da Saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na Saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada em três níveis. Sua organização distribui as responsabilidades quanto à gestão entre os três níveis de governo, envolvendo as esferas federal, estadual e municipal:



Adaptado de: Portal Educação. SUS: princípios e diretrizes [Internet]. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/sus-principios-e-diretrizes/38572>.

Porta de entrada no SUS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a principal porta de entrada no SUS e a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deve ser instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, assim, desempenha um papel central na garantia de acesso da população e dedica atenção à saúde de qualidade.

Gestão municipal e consórcios

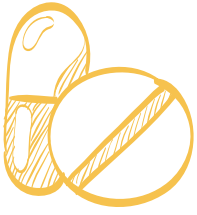
Um município pode estabelecer parcerias com outras cidades para viabilizar a realização de procedimentos complexos que estejam acima daqueles que pode oferecer. Esses acordos são chamados de consórcios intermunicipais.

É possível receber os seguintes atendimentos nas UBSs:

Atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia

Encaminhamentos para outras especialidades clínicas

Inalações, injeções, curativos, vacinas e coletas de exames laboratoriais



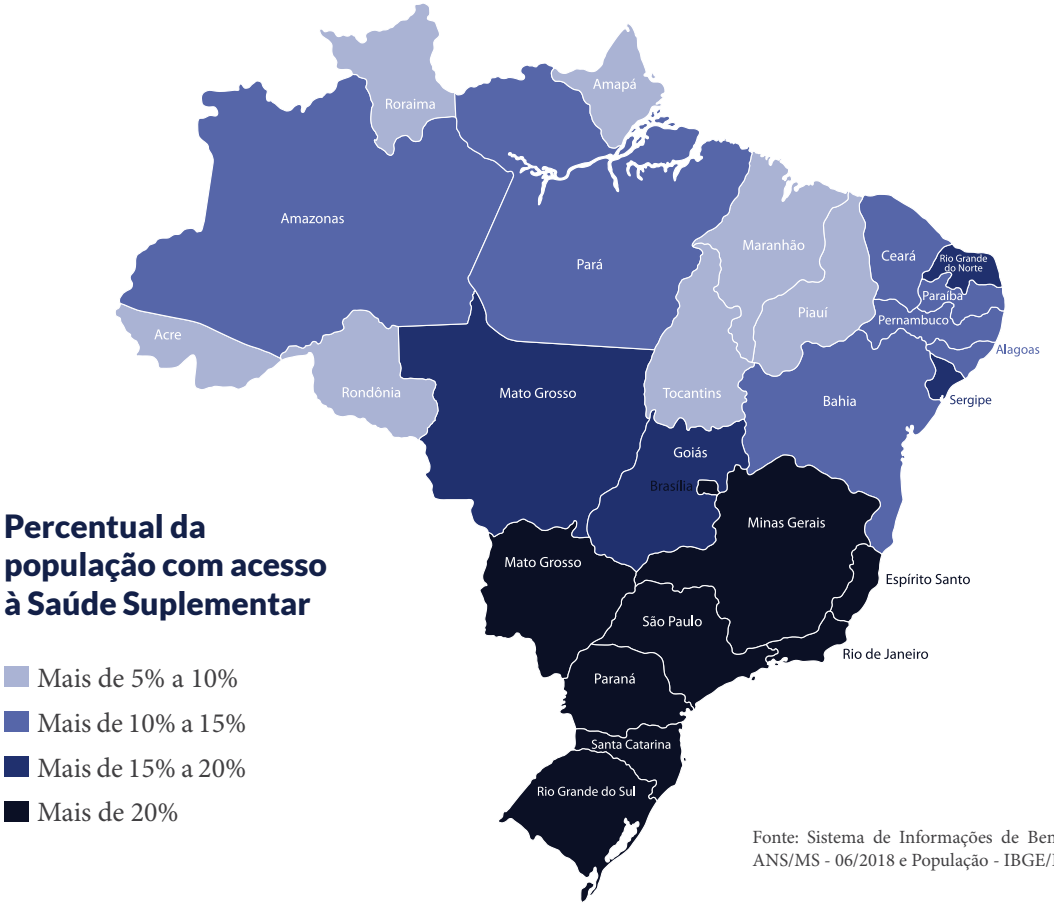
Fornecimento de medicação básica

SAÚDE SUPLEMENTAR

Além da cobertura universal, garantida por lei a todo cidadão brasileiro pelo sistema público, é livre a atuação de empresas da iniciativa privada no setor da Saúde. Assim, o cidadão pode, como forma suplementar, contratar assistência à saúde de uma das empresas registradas para esse fim, sem perder seu direito ao atendimento pelo Sistema Público de Saúde.

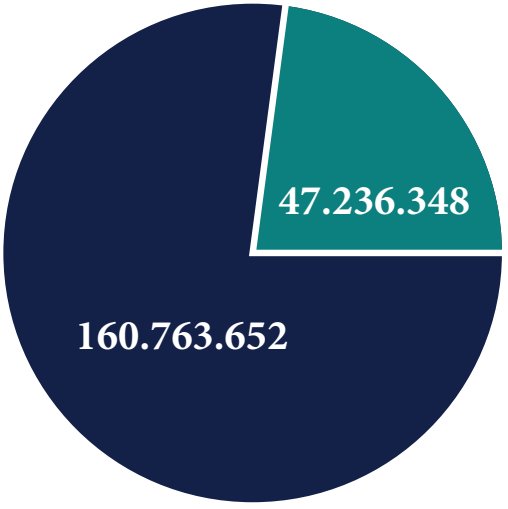
Cobertura

São mais de 47 milhões de brasileiros (cerca de 23% da população) que contam com um plano de saúde. A distribuição varia de região para região, sendo os planos coletivos responsáveis por cerca de 80% do total de planos no Brasil. **De acordo com a ANS, em 2017, o setor contabilizou mais de 1,51 bilhão de consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos.**



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - 06/2018 e População - IBGE/DATASUS/2012.

208 milhões de habitantes



População sem acesso à Saúde Suplementar

População com acesso à Saúde Suplementar

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - 06/2018 e População - IBGE/DATASUS/2012.

80% DOS PLANOS DE SAÚDE CONTRATADOS SÃO COLETIVOS (EMPRESARIAL + ADESÃO)

Como o setor de Saúde Suplementar é regulado

O órgão regulador das operadoras de saúde é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Outros órgãos importantes na regulação da Saúde Suplementar são:

Ministério da Saúde

Conselhos e associações

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade)

Nos próximos capítulos, entenderemos melhor o papel da agência na Saúde Suplementar.

FINANCIAMENTO

O SUS deve ser financiado por todas as esferas de governo: União, estados, Distrito Federal e municípios. Em âmbito federal, os recursos devem vir do Orçamento da Seguridade Social, cuja fonte é a arrecadação das contribuições sociais. As empresas também pagam um percentual de seus faturamentos e lucros como contribuição social para o financiamento do sistema, assim como uma parcela da receita advinda de concursos de prognósticos (loterias). Outras receitas também ajudam a compor o orçamento da seguridade social, como a proveniente de multas e serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros.

Existem dois aspectos sob os quais o financiamento das ações e serviços públicos de saúde devem ser analisados no Brasil: as fontes de receitas e a forma como se estruturam os gastos. Entretanto, o retorno a ser conquistado depende de orientações políticas, responsáveis pela definição das prioridades dos gastos.

INTEGRAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

A cooperação entre os setores público e privado é fundamental para tornar o sistema de saúde melhor. A Constituição também assegura que a assistência à saúde é livre para a iniciativa privada no Brasil.

Quando o usuário busca atendimento no SUS ou em sua rede conveniada, realiza-se um registro de seu atendimento. Então, essa informação é enviada para a ANS, para que a agência verifique se a pessoa

FEDERAÇÃO

O MINISTÉRIO DA SAÚDE É O PRINCIPAL FINANCIADOR DA REDE PÚBLICA, RESPONSÁVEL POR

METADE DE TODOS OS RECURSOS GASTOS NO BRASIL EM SAÚDE PÚBLICA

ESTADOS

O INVESTIMENTO EM SAÚDE POR ESTADO (UF) DEVE SER DE, PELO MENOS,

12% DA RECEITA DO ESTADO

MUNICÍPIOS

OS MUNICÍPIOS DEVEM INVESTIR, PELO MENOS,

15% DA RECEITA EM SAÚDE

está, de fato, vinculada a um plano de saúde. Por meio dessa confirmação, é possível filtrar os casos em que, a princípio, o atendimento poderia ter sido realizado pela operadora. Leva-se em consideração, entre outras questões, as características do contrato a que o consumidor aderiu e o rol de cobertura obrigatória estabelecido pela ANS. Em seguida, a ANS envia uma notificação para as operadoras contendo o atendimento identificado e os valores a serem pagos, de acordo com o que está disposto no artigo 32 da lei 9.656/98. Todos os valores que a agência arrecada com o ressarcimento ao SUS são integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde, que está vinculado ao Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que todos têm o direito de utilizar o SUS de maneira livre e gratuita. Contudo, o ressarcimento realizado pela ANS tem o objetivo de evitar que as operadoras façam uso indevido do SUS, sem disponibilizar rede adequada para o tratamento de seus beneficiários. Além disso, o intuito do ressarcimento é trazer de volta para o SUS os valores gastos com os atendimentos dessas pessoas.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm se mostrado alternativas importantes para o gerenciamento de recursos com independência e flexibilidade, desde que seu foco esteja em oferecer benefícios diretos à população, sob a forma de oferta de serviços.

Outras formas de integração estão no estabelecimento de parcerias, tanto as chamadas Parcerias Público-Privadas (PPPs), quanto as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs).

OPERADORAS DE SAÚDE

2

De acordo com a lei 9.656/1998, operadoras de planos de saúde são instituições que operam (administram, comercializam ou disponibilizam) planos de assistência dentro da Saúde Suplementar. Esses planos seguem diretrizes estabelecidas por essa lei e por outras resoluções da ANS.

OS TIPOS DE OPERADORAS

Existem, atualmente, no Brasil, oito tipos de operadoras de saúde:

Operadoras de Saúde

Medicina de grupo

Modalidade de operadora que reúne todas as que não se enquadram nas demais modalidades (administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde). Comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas).

Seguradora especializada em saúde

Constituída em sociedade, possui fins lucrativos. Comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas quando o beneficiário é atendido por um prestador de serviços não credenciado (dentro dos limites estabelecidos em contrato).

Autogestão

Sem fins lucrativos, essa modalidade opera serviços de assistência à saúde para um grupo fechado, composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de empresas, associações, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas, incluindo também os dependentes.

Operadoras de Saúde

Cooperativa médica

Sociedade sem fins lucrativos, formada pela associação autônoma de, pelo menos, 20 médicos. Essas operadoras podem comercializar planos para pessoas físicas ou jurídicas, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.

Filantropia

Hospital sem fins lucrativos (grande parte ligada a instituições religiosas), certificado como entidade beneficente de assistência social, que obteve declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais, que opera planos privados de assistência à saúde.

Cooperativa odontológica

Operadora que se constitui em associação de odontólogos. Não possui fins lucrativos e comercializa ou opera planos de assistência exclusivamente odontológicos.

Odontologia de grupo

Comercializa planos exclusivamente odontológicos, para pessoa física ou jurídica. Também pode constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.

Administradoras

A administradora de benefícios é uma empresa que presta serviços a outras empresas e entidades, assumindo a negociação e administração de benefícios (entre eles, planos de saúde) aos seus colaboradores. Entre suas atividades, as administradoras de benefícios podem oferecer consultoria em relação à sinistralidade e riscos financeiros dos planos contratados. Já a administradora de planos possui função similar à das administradoras de benefícios, porém restringe suas atividades aos planos de saúde e não aos benefícios oferecidos pela empresa como um todo. Não possui beneficiários, não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços.

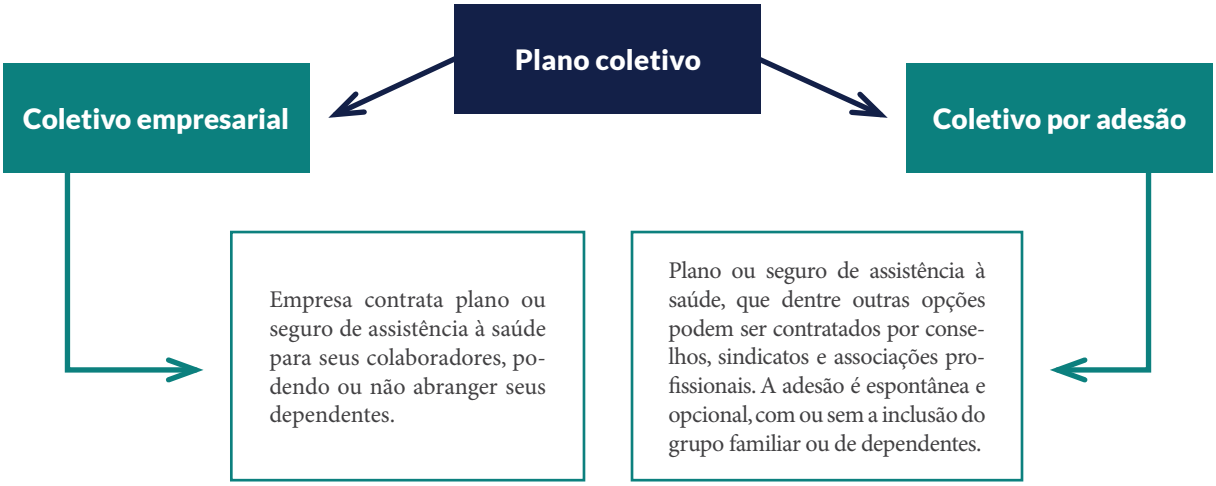
PRINCIPAIS DIFERENÇAS DE REGULAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE OPERADORAS DE SAÚDE

Reembolso

As seguradoras de saúde devem oferecer reembolso aos seus beneficiários. No caso das outras modalidades, o reembolso acontece apenas nos tipos de planos mais completos.

Assim, operadoras que não são seguradoras (e integram o grupo classificado como medicina de grupo) e cooperativas médicas podem ter ambulatórios e hospitais próprios e atender nessas unidades (exclusivamente ou não). As seguradoras não podem ter estruturas próprias: apenas rede credenciada ou oferecer reembolso (o que também é garantido em planos de saúde comercializados por empresas classificadas como medicina de grupo e de autogestão).

DIFERENÇAS ENTRE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL E POR ADESÃO



Em ambos os tipos de contratação – empresarial e coletivo –, o beneficiário precisa comprovar o vínculo com a pessoa jurídica contratante.

O QUE O PLANO DEVE COBRIR

Rol de Procedimentos
DA ANS

De acordo com a lei 9.656/98, todos os planos de saúde ofertados pelas operadoras de saúde devem respeitar uma cobertura mínima de procedimentos, tratamentos, exames e atendimentos. Essa cobertura mínima obrigatória a todas as operadoras de saúde é conhecida como Rol de Procedimentos da ANS, sobre o qual abordaremos com profundidade no capítulo 4.

TIPOS DE ASSISTÊNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE

A assistência contratada pela empresa para seus colaboradores pode prever coberturas diferentes, de acordo com o objetivo estratégico estabelecido pela organização. Antes de contratar um plano de saúde, é preciso ficar atento ao tipo de cobertura assistencial que atenda as suas necessidades. As segmentações podem ser contratadas de forma isolada ou combinadas entre si, sendo elas:

Ambulatorial

Compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* e em contrato.

Hospitalar com Obstetrícia

Regime de internação hospitalar que compreende atenção ao parto (inclusive ao recém-nascido por até 30 dias), às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* e em contrato.

Hospitalar sem Obstetrícia

Idem ao anterior, com exceção da atenção ao parto.

Referência

Cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia, em acomodação em enfermaria.

Odontológica

Compreende procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no *Rol de Procedimentos Odontológicos* e em contrato.

Guia de planos

Como forma de ajudar o cliente a escolher o melhor plano para sua empresa, a ANS criou um guia em que é possível buscar, de acordo com suas necessidades e por meio de comparação, o melhor plano para sua organização.

Acesse o QR Code e compare

A IMPORTÂNCIA DO CONTRATO

O contrato deve conter, de forma detalhada, os direitos e obrigações das partes, ou seja, a empresa e o plano contratado. Para ter certeza de que a operadora e o plano a ser contratado são adequados aos seus propósitos, recomenda-se obter o número de registro (da operadora e do plano) e consultar as informações e avaliações disponíveis no site da ANS.

Em seu portal (ans.gov.br), a ANS disponibiliza informações e avaliações de operadoras (QR Code ao lado), que incluem:

- Programa de Qualificação das Operadoras;
- Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS);
- Programas de promoção e prevenção;
- Consulta de dados e planos das operadoras;
- Monitoramento da garantia de atendimento;
- Índice de reclamações;
- Acreditação de operadoras;
- Operadoras em regime especial de liquidação ou falência;
- Percentual de pagamento administrativo das operadoras junto ao ressarcimento ao SUS;
- Taxas de partos cesáreos por operadora.

Outro cuidado é a atenção às cláusulas de negociação de reajuste, à aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde e a alterações na rede assistencial.

Acesse CONSU nº 08/98 pelo QR Code

LEMBRETE:

Os contratos de planos privados coletivos de assistência à saúde, por adesão ou empresarial, somente poderão ser rescindidos, imotivadamente, após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. As condições de rescisão do contrato coletivo ou de suspensão da cobertura devem constar no contrato celebrado entre as partes.

REGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR 3

O marco regulatório na Saúde Suplementar brasileira aconteceu em 1998, com a publicação da lei 9.656. Posteriormente, no ano 2000, foi criada a ANS, pela lei 9.961.

A agência é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde e tem como responsabilidade promover a defesa do interesse público, regulando as operadoras setoriais, inclusive no que diz respeito a suas relações com prestadores de serviços e beneficiários de planos de saúde.

Quando falamos em regulação, falamos de um conjunto de medidas e ações do governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização, para assegurar o interesse público.

O que podemos esperar dessa regulação é:

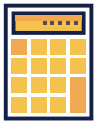
Respeito a todas as modalidades de operadoras

Padronização de produtos

Inibição da concorrência desleal

Indução à profissionalização do setor

Aumento da confiabilidade no setor



Indução à sustentabilidade financeira e assistencial do setor

O papel regulatório da ANS abrange os planos individuais/familiares, coletivos e adaptados que são regulamentados pela lei 9.656/98. Contudo, nos planos coletivos – que podem ser empresariais ou coletivos por adesão –, os reajustes não seguem o índice estabelecido pela ANS, sendo de livre negociação.

A ANS E O CONSUMIDOR

Por meio de canais de comunicação, a ANS oferece diversas informações relacionadas à regulação do setor, escolha de planos, obrigações e responsabilidades das operadoras, conforme abaixo:

- **Cobertura de planos de saúde:** são os procedimentos cuja garantia é obrigatória pelas operadoras. Também contempla a rede credenciada e abrangência geográfica do plano;
- **Qualidade de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde:** atributos de qualificação de instituições do mercado de Saúde Suplementar;
- **Prazos:** é o tempo máximo que a operadora pode levar para autorizar um procedimento solicitado pelo beneficiário, conforme definição da Resolução Normativa nº 259/2011;
- **Carência:** é o período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contando a partir da data de início da vigência, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas em contrato.
- **Dados cadastrais:** como obter os dados no portal de cada operadora e verificar se eles estão corretos nas bases da ANS;
- **Reajustes de preços de plano de saúde:** explica as situações em que os planos podem aumentar o preço da mensalidade;
- **Aposentados e demitidos:** regras para manutenção do direito de cobertura assistencial dos planos;
- **Reclamações e acompanhamento:** as reclamações referentes aos planos de saúde podem ser encaminhadas à ANS por meio de seus canais de atendimento, nos quais também é possível acompanhar os processos em nome do beneficiário;
- **Regras sobre parto:** planos que possuem cobertura obstétrica. A garantia do parto é obrigação da operadora, desde que cumpridos os períodos de carência;
- **Sua saúde:** informações e orientações importantes para que o paciente realize uma boa consulta e obtenha melhores resultados em saúde.

OUVIDORIA ANS

Espaço para registro de sugestões, consultas, elogios, reclamações e denúncias sobre a atuação e os serviços prestados pela agência reguladora de planos de saúde no Brasil. A ouvidoria foi criada como forma de representação popular dentro da ANS, garantindo que as manifestações sobre os serviços prestados pela instituição sejam apreciadas de forma independente e imparcial.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, anualmente, enviar à ANS um relatório sobre o atendimento a seus usuários. Por meio do site da ANS, é possível conferir se a operadora em questão está em dia com o envio do REA-Ouvidorias.

NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR (NIP)

A NIP é um instrumento que visa a solucionar conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de saúde. A partir do registro cadastrado pelo usuário por meio dos canais de atendimento da ANS, a operadora de saúde é notificada e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema.

A NIP pode ser classificada em:

- **Assistencial (prazo de cinco dias):** notificação que tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial;
- **Não assistencial (prazo de dez dias):** notificação que tem como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta, e a situação seja passível de intermediação.

MONITORAMENTO ANS

A cada trimestre, a ANS divulga a relação de planos com maiores índices de reclamação e pode suspender a comercialização dos mesmos até o próximo monitoramento, quando a decisão pode ser mantida ou a comercialização liberada.

Esse índice é resultado do monitoramento feito pela ANS, que avalia as operadoras que descumprem os prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias, ou negam cobertura assistencial.

No site da ANS, é possível verificar as operadoras com planos suspensos, bem como aquelas totalmente ou parcialmente liberadas para comercialização.

Acesse o QR Code e confira

A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ANS

A diretoria da ANS é colegiada e composta por cinco diretores com mandatos não coincidentes para exercício durante três anos. Existe a possibilidade de prorrogação do mandato por mais três anos.

- Presidência (PRESI)
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)
- Diretoria de Gestão (DIGES)
- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE)
- Diretoria de Fiscalização (DIFIS)
- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)

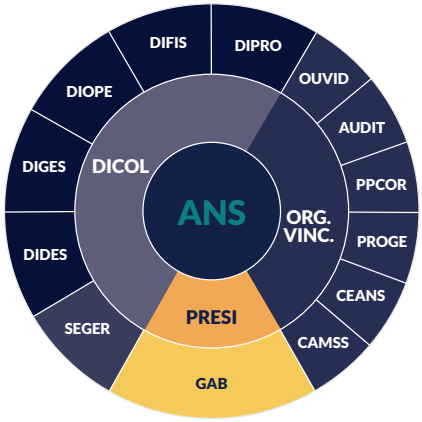
O diretor-presidente da agência é escolhido entre os diretores, que são nomeados a partir da indicação do ministro da Saúde, da avaliação da Presidência da República e do Senado e, em caso de aprovação, da nomeação pelo presidente da República.

Além da Diretoria Colegiada, a estrutura organizacional da ANS compreende outras unidades, chamadas de órgãos vinculados:

- Ouvidoria (OUVID)
- Auditoria Interna (AUDIT)
- Corregedoria (PPCOR)
- Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE)
- Comissão de Ética (CEANS)
- Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS)

Câmaras e grupos técnicos

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo. Entidades



representantes dos protagonistas do setor e órgãos de governo compõem a câmara. O objetivo do órgão é auxiliar a Diretoria Colegiada em suas discussões.

As câmaras técnicas surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos relacionados à Saúde Suplementar. São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou representantes de todos os envolvidos no setor, inclusive de entidades representativas dos contratantes (acesse o QR Code). As câmaras devem obedecer a um caráter formal, determinado em um regimento interno, também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Os grupos técnicos também são criados com estrutura e objetivos semelhantes. Esses grupos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico, por isso não possuem caráter formal da câmara técnica. As conclusões dos debates das câmaras e grupos técnicos constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

Processo de nomeação dos diretores e diretor-presidente

1. O ministro da Saúde encaminha o nome indicado à Casa Civil;
2. A Casa Civil submete o candidato à avaliação do presidente da República;
3. Caso esteja de acordo, o presidente da República encaminha mensagem de indicação ao Senado Federal;
4. No Senado, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sabatina o candidato e vota, decidindo por sua aprovação ou não;
5. Se aprovar, a CAS encaminha o nome do candidato para votação no plenário do Senado;
6. Se aprovado, o Senado encaminha o nome ao presidente da República;
7. O presidente da república publica a nomeação;
8. O diretor nomeado toma posse e assume uma das diretorias da ANS.

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS (DIPRO)

A DIPRO planeja, coordena, organiza e controla atividades de regulamentação, habilitação e acompanhamento de planos privados de saúde; atividades relacionadas à regulação assistencial, incluindo a revisão periódica do Rol da ANS, o incentivo a programas de promoção da saúde, o monitoramento do risco assistencial, a instauração do regime de direção técnica, o monitoramento da garantia de atendimento, a definição e o monitoramento das políticas de preço na Saúde Suplementar, as regras de portabilidade de carências e o acompanhamento e controle das transferências de carteira de beneficiários.

COMITÊ PERMANENTE DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (COSAÚDE)

Dentro da DIPRO, está inserido o comitê responsável por coordenar o processo de atualização do Rol, chamado Cosaúde, estabelecendo prioridades, propondo e coordenando estudos técnicos acerca da incorporação e/ou desincorporação de novas tecnologias e procedimentos na Saúde Suplementar. Os membros do Cosaúde são indicados pela Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e pelos diretores da ANS.

NOVAS TECNOLOGIAS NA SAÚDE

4

Um dos temas mais polêmicos relacionados aos custos da Saúde é a incorporação de novas tecnologias, que envolvem desde equipamentos de última geração a novos medicamentos. O uso de tecnologias na Saúde tem sido um dos principais responsáveis pelo prolongamento da vida e pelo aumento da qualidade de vida das pessoas. Muitas doenças, antes consideradas sentenças de morte, podem ser controladas ou curadas graças ao avanço científico-tecnológico de hoje. Antes de ser uma vilã do aumento de custos, portanto, a tecnologia é uma grande aliada na busca pela diminuição do sofrimento humano. É natural, porém, que haja custos associados ao esforço de pesquisa e desenvolvimento. As novas tecnologias trazem benefícios ainda na eficiência do atendimento, por meio de maior agilidade e precisão nos diagnósticos, por exemplo, além de baratear certos procedimentos. No entanto, a incorporação indiscriminada de novas tecnologias pode trazer riscos para o sistema de saúde, com elevações dos custos acima da inflação e da capacidade de pagamento das empresas e das pessoas.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS

O *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* é uma lista que contém os procedimentos de cobertura mínima obrigatória que devem ser cumpridos pelos planos de saúde. Essa lista é a referência de cobertura para cada segmentação de planos de saúde (odontológica, ambulatorial, hospitalar com ou sem Obstetrícia e plano referência) contratados pelos beneficiários a partir de 2 de janeiro de 1999.

O Rol é atualizado a cada **dois anos**, de acordo com normativa definida pela ANS, sendo o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (**Cosaúde**) o órgão responsável pela análise das questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória.

As revisões são realizadas com o objetivo de reorganizar a tabela de procedimentos, incluindo tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e eficiência (avaliando o impacto econômico-financeiro das novas inclusões), excluindo procedimentos obsoletos (utilizando ferramentas da avaliação de tecnologias em saúde e os princípios da Saúde Baseada em Evidências), alinhando-a às políticas do Ministério da Saúde e garantindo cobertura nas ações de promoção e prevenção.

Os benefícios das tecnologias para a Saúde são inúmeros, mas é preciso ter critérios bem definidos e diretrizes clínicas claras, a fim de garantir a sustentabilidade do setor. O ciclo de atualização do Rol se inicia com ato de deliberação da Diretoria Colegiada da ANS (Dicol), em que é definido o cronograma com os prazos para submissão das propostas, que podem ser feitas por qualquer cidadão ou entidade, por meio do preenchimento do FormRol, acessível no site da ANS <www.ans.gov.br>. Assim, para incorporar (incluir) uma nova tecnologia no Rol, o Cosaúde debate a incorporação por meio de um fórum de discussão, com a participação de representantes de consumidores (por exemplo: Procon e Idec), prestadores de serviços de saúde (como Anahp), operadoras de planos privados de assistência à saúde (como Fenasaúde, Abramge e Unidas), conselhos de profissionais de saúde (como CFM e CFO), sociedades médicas (como AMB e ANAMT), contratantes, além do corpo técnico da ANS.

O grupo reúne-se para construir uma proposta que, posteriormente, é submetida à avaliação da sociedade por intermédio de consulta pública, com participação aberta a todos os interessados por meio da página da ANS, na internet.

ANVISA E CMED

A **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)** é a agência responsável, no Brasil, por regular e avaliar a eficácia e segurança de medicamentos, materiais e equipamentos, para então aprovar e autorizar sua utilização.

A **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)** estabelece limites para preços de medicamentos, adota regras que estimulam a concorrência no setor, monitora a comercialização e aplica penalidades quando suas regras são descumpridas. É responsável, também, pela fixação e monitoramento da aplicação do desconto mínimo obrigatório para compras públicas.

O preço máximo de venda permitido pelo fabricante é chamado de Preço Fábrica (PF), enquanto o preço máximo de venda permitido para o consumidor é chamado de Preço Máximo ao Consumidor (PMC), ambos determinados pela CMED.

Para estabelecer o preço do produto na entrada no mercado brasileiro, a CMED determina, por meio da Resolução n° 2, de 5 de março de 2004, que produtos (moléculas) novos no Brasil tenham **preço igual ou menor** comparado ao PF dos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Portugal, Espanha, França, Itália, Grécia, Austrália e Nova Zelândia, além do país produtor da medicação.

CMED

RESOLUÇÕES NORMATIVAS DE PREÇO

COMUNICAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES E OPERADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o objetivo de estabelecer um padrão para a troca de informações dos eventos de atenção à saúde dos beneficiários, entre prestadores e operadoras de saúde, foi estabelecido o Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar). Um dos componentes do padrão é a terminologia estabelecida, a chamada TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), que padroniza os códigos e nomenclaturas para os procedimentos e itens assistenciais, sendo obrigatória para a troca de informações entre prestadores e operadoras de serviços de saúde.

Fale conosco – ANS

Em caso de dúvidas, reclamações ou informações, a ANS possui canais de atendimento específicos para ajudar o consumidor:

ANS

Disque ANS

0800 701 9656 – Atendimento telefônico gratuito, disponível de segunda à sexta-feira, das 8hrs às 20hrs (exceto feriados).

Portal ANS

www.ans.gov.br – Central de Atendimento ao Consumidor, disponível 24hrs por dia.

Núcleos da ANS

Atendimento presencial de segunda à sexta-feira, das 8h30 às 16h30 (exceto feriados), em 12 cidades localizadas nas cinco regiões do Brasil.

Uma das sanções previstas para as operadoras que não cumprirem a cobertura obrigatória é a multa de R$80 mil por infração cometida.

Para conferir se algum procedimento tem cobertura obrigatória pelo plano de saúde, consulte o site da ANS:

DIFERENÇA ENTRE O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS E A CBHPM

O Rol da ANS é uma listagem de procedimentos, exames e tratamentos que as operadoras de saúde têm obrigação de cobrir. Já na CBHPM, os procedimentos incluídos não possuem necessariamente garantia de cobertura pelas operadoras de planos de saúde. A CBHPM tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos, sendo uma referência para o estabelecimento de faixas de valoração dos atos médicos, em função de seus portes. Logo, apesar de ser uma ferramenta importante para prestadores de serviços e operadoras de saúde, a classificação não assegura a cobertura automática.

REAJUSTES NA SAÚDE SUPLEMENTAR 5

Antes de falarmos sobre os cálculos de reajuste contratual na Saúde Suplementar, é muito importante entendermos o conceito de sinistralidade, afinal, a sinistralidade e a inflação são os dois principais fatores que determinam os reajustes dos planos de saúde.

SINISTRALIDADE

Cada vez que um beneficiário de um plano de saúde utiliza seu plano para realizar uma consulta, um exame, uma cirurgia ou qualquer outro procedimento, temos, na linguagem dos seguros, um sinistro.

Assim, sinistralidade é a relação entre os custos arcados com os sinistros e a receita recebida pela operadora do plano de saúde com o pagamento das mensalidades (contraprestação). A sinistralidade é calculada dividindo-se o valor gasto pelo valor pago.

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistro (custo assistencial)}}{\text{Contraprestação (receita da assistência)}}$$

Com base em séries históricas, as operadoras de planos de saúde determinam o percentual que consideram aceitáveis, termo também conhecido como limite técnico. Costumava-se considerar aceitável a taxa de sinistralidade em torno de 70% do valor da receita. No entanto, ao longo dos últimos anos, dados divulgados pela ANS indicam que as taxas de sinistralidade são crescentes e, pagando-se as despesas assistenciais e despesas administrativas, o valor restante tem sido cada vez menor.

Do ponto de vista do contratante, é um desafio identificar as razões da crescente sinistralidade e, por consequência, os reajustes de preços dos planos de saúde.

Como reduzir a sinistralidade

O uso racional e sustentável do benefício é ferramenta fundamental para que os índices de sinistralidade fiquem dentro do planejamento inicial (limite técnico). Para tanto, desenvolver programas que estimulem hábitos saudáveis e orientem sobre a utilização do benefício são indispensáveis para uma boa gestão populacional. Por exemplo:

- **Uso racional:** A educação com relação à saúde é o primeiro procedimento para eliminar os riscos desnecessários, como a utilização inadequada do plano de saúde.

- **Prevenção:** Exames preventivos devem ser incentivados, principalmente para homens e mulheres depois dos 40 anos de idade.

- **Acompanhamento de crônicos:** Identificar, apoiar e orientar corretamente sua população de portadores de doenças crônicas.

- **Monitoramento:** Conhecer, acompanhar e auditar os casos isolados de alto custo garantirá que a melhor relação de custo-benefício esteja sendo praticada.

REGRAS DO REAJUSTE CONTRATUAL

Há regras diferentes para reajuste dos planos individuais e dos planos coletivos (por adesão ou empresariais).

Os reajustes dos planos coletivos não são definidos pela ANS, podendo ser definidos com base na inflação médica (VCMH) e/ou na taxa de sinistralidade, ou qualquer outro parâmetro estabelecido entre a operadora e a pessoa jurídica contratante nas cláusulas contratuais, respeitados os atos normativos da ANS.

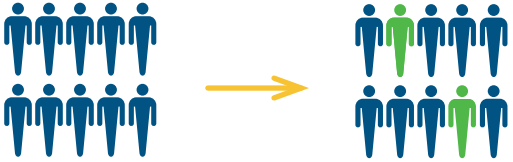
Para os planos individuais, o reajuste é regulado pela ANS e pode ocorrer a partir de maio de cada ano.

O índice máximo de reajuste dos planos individuais regulamentados é definido por 80% do índice de variação das despesas assistenciais e 20% do IPCA, expurgado o item plano de saúde.

A base de cálculo da Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) representa as despesas médico-hospitalares per capita de um grupo de beneficiários, por um período determinado. Ou seja, o VCMH busca mostrar a variação do custo médico-hospitalar entre dois períodos consecutivos para o mesmo grupo de beneficiários.

Vídeo explicativo da ANS sobre os reajustes

VCMH



Usou serviços de assistência à saúde, que resultou em despesa para o plano de saúde.

Beneficiários

Grupo com o direito de usufruir da assistência à saúde coberta por um plano de saúde.

Ex: grupo de dez pessoas.

Custo médico hospitalar per capita

Total de despesas médico-hospitalares do plano de saúde, para prover a assistência à saúde dos beneficiários, dividido pelo número de beneficiários com direito a usufruir dessa assistência.

Ex: duas pessoas no grupo de dez pessoas utilizaram uma consulta (R$100) cada uma.

Custo total = R$200
Custo per capita = R$20

Tipo de plano	Características do contrato	Índice de reajuste anual para reposição da variação dos custos assistenciais
Individuais/ familiares	Regulamentados	Definido pela ANS
	Adaptados	
	Não regulamentados sem reajuste previsto em contrato	Pode aplicar, no máximo, o índice definido pela ANS
	Não regulamentados com reajuste previsto em contrato	Prevalece o previsto em contrato
Coletivos	Com até 30 beneficiários	Todos os planos coletivos com menos de 30 beneficiários são agrupados, e um reajuste único é calculado para o agrupamento, conforme regra prevista em contrato
	Com mais de 30 beneficiários	Prevalece o previsto em contrato

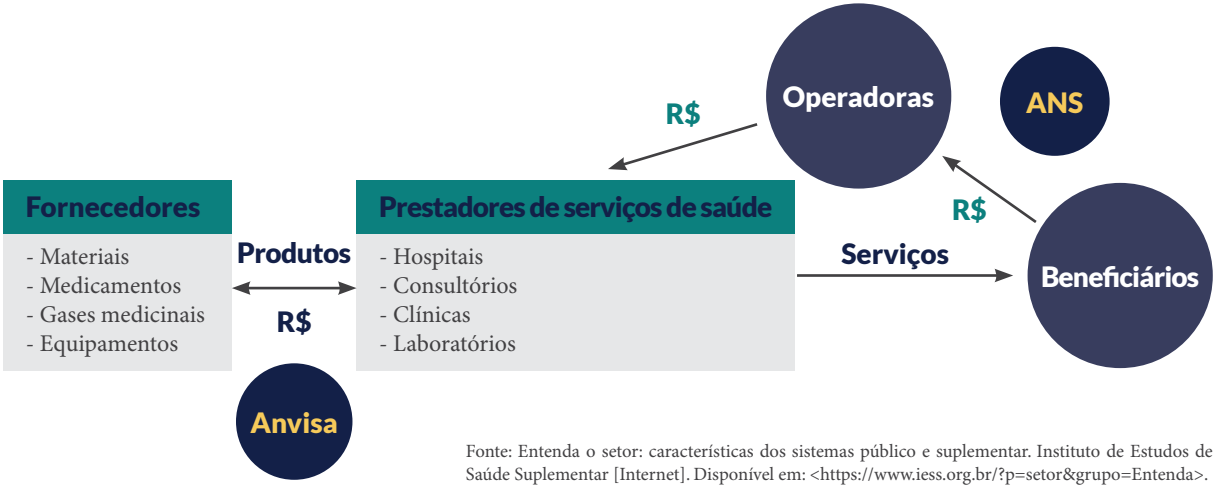
Fonte: Entenda o setor: características dos sistemas público e suplementar. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [Internet]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>.

CUSTOS DA SAÚDE

6

Os custos envolvidos no sistema de Saúde Suplementar podem ser entendidos se pensarmos neles como uma cadeia, na qual temos operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços (hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios), fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos médicos, beneficiários e empresas contratantes, que contratam os planos de saúde por meio das operadoras.

Assim, as operadoras pagam para os prestadores pelo atendimento aos beneficiários. Os prestadores precisam adquirir medicamentos, materiais e equipamentos médicos junto a fornecedores.



Fonte: Entenda o setor: características dos sistemas público e suplementar. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [Internet]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>.

Operadoras de saúde do tipo medicina de grupo, cooperativas, entre outras, podem ter estrutura própria de prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, médicos, laboratórios) e, portanto, podem adquirir diretamente materiais, medicamentos e equipamentos, bem como prestar diretamente o atendimento aos beneficiários.

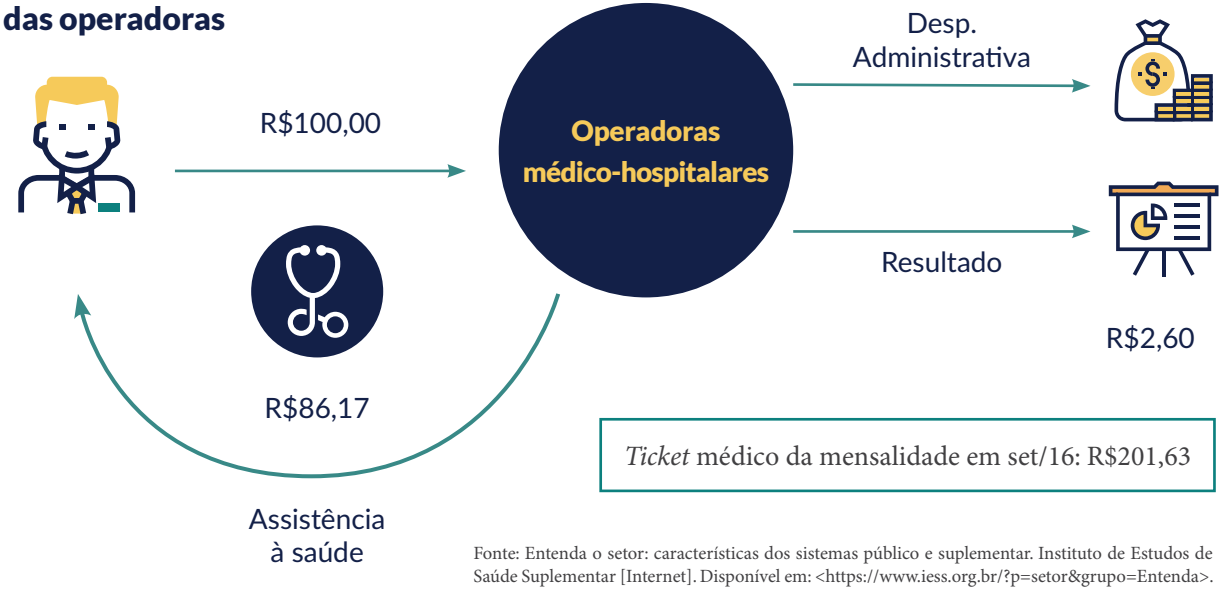
Pode-se dizer que as operadoras de planos de saúde, ao receber dos contratantes o valor das mensalidades pelos planos de saúde e serem responsáveis por disponibilizar aos beneficiários médicos, clínicas e hospitais pelos serviços prestados, são responsáveis por fazer a gestão dos recursos dessa cadeia e lidam com dois tipos de despesas:

- **Despesas assistenciais:** valores que a operadora paga pelos serviços de saúde utilizados pelos beneficiários.
- **Despesas administrativas:** valores que a operadora paga em taxas de comercialização e todos os demais custos com funcionários, estrutura, divulgação, entre outros.

Vale ressaltar que as despesas assistenciais têm crescido constantemente acima da inflação, o que está ligado diretamente ao aumento da frequência de utilização, ao envelhecimento da população e a uma maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, que geram acréscimo de volume e de complexidade nos procedimentos realizados.

A diferença entre o total arrecadado em mensalidades pelas operadoras e a soma de todas as despesas (assistenciais + administrativas) é o resultado da operação.

Informações econômico-financeiras das operadoras



Fonte: Entenda o setor: características dos sistemas público e suplementar. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [Internet]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>.

ENVELHECIMENTO, HÁBITOS DE VIDA E CUSTOS NA SAÚDE

O envelhecimento traz desafios importantes para o sistema de saúde: há uma forte relação entre a parcela de idosos na população e os gastos com saúde (quanto maior a parcela de idosos, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda).

Além do envelhecimento, outros aspectos, relacionados aos hábitos, impactam a qualidade de vida de pessoas mais jovens. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco importantes para doenças como hipertensão, diabetes e câncer.

O processo de transição epidemiológica (aumento da prevalência de doenças crônicas) demanda uma reestruturação dos serviços de saúde, a fim de prover cuidados mais adequados à população brasileira. Causas externas, como violência e acidentes de trânsito, ainda pressionam os custos da Saúde no Brasil.

Os demais elos da cadeia da saúde privada (indústria e prestadores de serviços) também devem ter um papel fundamental na construção de um novo modelo assistencial que contribua para um estilo de vida saudável da população, por meio de ações que promovam saúde e previnam doenças, culminando em melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Desafios

Despesa assistencial do idoso 500% maior do que a do jovem

Nos últimos 18 meses, **1,9 milhão de beneficiários** saíram dos planos médico-hospitalares

70% da população idosa brasileira tem pelo menos uma doença crônica

Consultas médicas em pronto-socorro

10% **20%**

Em geral **30% mais caras** do que os atendimentos eletivos

Atualmente, são mais de **400 mil ações** nos tribunais envolvendo saúde pública e privada

Despesa com saúde de idosos

33% (2014) **48%** (2030)

Nos últimos dez anos, o número de beneficiários com mais de 60 anos **aumentou 55%** mais que o dobro da faixa de zero a 19 anos

Prótese de joelho paga pela operadora

$ Custo inicial — **Até 9x: $** Custo final

Despesa da faixa etária de 80 anos ou mais

10,6% (2014) **16,6%** (2030)

Variação do preço Stent metálico coronário

1.000% de acordo com a região

Fonte: Federação Nacional de Saúde Suplementar. Meta é ampliar opções ao beneficiário [Internet]. Disponível em: <http://estudio.folha.uol.com.br/2-forum-da-saude-suplementar/2016/11/1836549-meta-e-ampliar-opcoes-ao-beneficiario.shtml>.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Como a Constituição assegura o acesso à Saúde como um direito de todos e dever do Estado, a judicialização é uma interpretação do direito de acesso a todos os bens e serviços de saúde. De acordo com o relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o grande foco das ações judiciais está na busca de aspectos curativos da saúde (como medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.).

A prática de recorrer à justiça diante da necessidade de um tratamento/procedimento tem aumentado e é importante debater sobre os limites do direito individual e do direito coletivo, partindo do princípio de que os recursos são limitados e, portanto, estabelecer o equilíbrio assistencial é uma tarefa difícil em todo o país, tanto no setor público quanto no setor privado.

Em 2017, o Ministério da Saúde destinou R$1,02 bilhão para aquisição de medicamentos e tratamentos exigidos por demandas judiciais. Desse total, 11 medicamentos corresponderam a 92% do valor

O PAPEL DO CIDADÃO

7

CUIDADO NA SAÚDE E CONSUMO DE SERVIÇOS

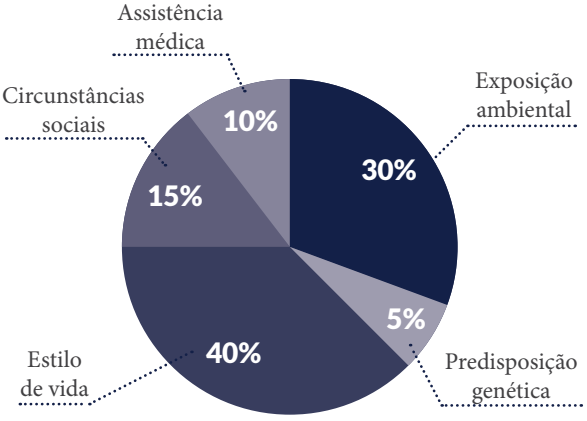
O foco apenas na redução de custos e "índices econômicos" tira, muitas vezes, o olhar do principal ator dentro da Saúde Suplementar: o beneficiário/paciente. Incentivar e participar de atividades que promovam a saúde e tirem o foco da doença são ferramentas fundamentais para uma empresa mais saudável.

Por isso, é importante que as empresas estimulem comportamentos saudáveis entre seus colaboradores, em especial alimentação e atividade física, mas sem esquecer da qualidade do sono, do gerenciamento de estresse e da prevenção da saúde mental, evitando o uso abusivo de álcool e cigarro e priorizando a ida regular ao médico.

As empresas também podem reproduzir as campanhas públicas disponíveis no site da ANS, estabelecidas pela OMS – como as campanhas de vacinação, de combate ao tabagismo e à obesidade –, e desenvolver campanhas próprias relacionadas a hábitos saudáveis.

De acordo com o estudo *Improving the health of the American people*, publicado no *New England Journal* em 2007, o estilo de vida é responsável por 40% no índice de impacto de fatores no risco de morte prematura.

Impacto de fatores no risco de morte prematura



Fonte: Schroeder SA. We can do better: improving the health of the American people. N Engl J Med. 2007;357:1221-28.

USO RACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

Uso racional implica em racionalização do uso e não racionamento. Isso quer dizer que uso racional significa uso consciente e não, necessariamente, fazer economia.

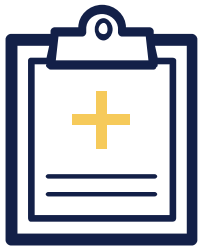
Portanto, uso racional no sistema de saúde implica na utilização de recursos com sabedoria e consciência, sem desperdícios.

De acordo com a ANS, em 2017, o setor contabilizou mais de 1,51 bilhão de consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos. Trata-se de um crescimento de 3,4% comparado ao ano anterior, em números absolutos.

Em um estudo conduzido pelo Banco Mundial em 2009, cerca de 30% das internações seriam desnecessárias, o que poderia acarretar em um desperdício de até R$10 bilhões por ano

A maior preocupação do cidadão brasileiro é com a saúde, estando à frente da violência, desemprego etc.

Ter plano de saúde é desejo de 57% dos brasileiros que ainda não têm o benefício



Algumas questões que podem auxiliar no uso racional do benefício do plano de saúde:

Consultas

• Organizar seus históricos e levá-los consigo sempre que for ao médico (receitas, exames realizados etc.);

• Ter um médico de referência (generalista ou de família) e realizar exames periódicos de modo a reduzir internações e idas ao pronto-socorro. Ele poderá fazer o encaminhamento para o especialista, quando isso for indicado. Isso previne consultas desnecessárias;

• Se não souber qual especialista procurar, deve-se consultar um clínico geral ou seu médico de família para que o caso seja analisado e, se necessário, encaminhado para o especialista;

• Utilizar o pronto-socorro somente em casos de urgência e emergência (esse tipo de consulta tem custo elevado);

• Verificar qual é o prazo para a consulta de retorno e tentar voltar nesse período para evitar a cobrança de uma nova consulta.

Exames

• Acompanhar os demonstrativos de utilização do plano e verificar se os procedimentos listados realmente foram realizados;

• Ao fazer um procedimento, verificar se as guias de serviço estão preenchidas corretamente e de forma completa.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para garantir o uso adequado do plano contratado, existem alguns mecanismos de regulação, conforme abaixo:

• **Autorização prévia:** tem a função de avaliar a real necessidade do procedimento/tratamento solicitado;

• **Coparticipação:** Fator moderador que equivale a um percentual sobre o valor do procedimento realizado. No geral, é cobrado somente diante da realização de consulta, procedimentos e exames complementares, podendo haver um teto do valor cobrado;

• **Auditoria de internação:** verificação das contas hospitalares durante a internação do paciente ou pós-alta para análise de todas as informações que compõem o prontuário do paciente;

• **Auditoria de contas ambulatoriais:** tem o propósito de evitar as cobranças abusivas de procedimentos, materiais descartáveis e medicamentos, assim como erros e fraudes.

Fique atento às seguintes irregularidades

Emprestar o cartão de identificação para outra pessoa

Realizar procedimentos não cobertos pelo plano de saúde, disfarçando-os de consultas médicas ou outros procedimentos

Solicitar recibos em duplicidade para aumentar o valor do reembolso

Coparticipação

A coparticipação é um mecanismo de regulação financeira, por meio do qual o beneficiário arca com parte das despesas assistenciais (consultas, exames e outros procedimentos realizados quando o paciente não está internado). Nos planos coletivos empresariais com desconto em folha, o valor é pago à empresa contratante do plano de saúde, enquanto nos planos individuais o ressarcimento é feito diretamente à operadora. Além de reduzir os preços das mensalidades, a coparticipação é vista por especialistas como um freio à realização de procedimentos desnecessários.

AOS CUIDADOS EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde estima que a taxa média de não aderência nos países desenvolvidos é de 50% entre os pacientes com condições crônicas.

No Brasil, ainda há poucas iniciativas voltadas a programas de adesão e monitoramento de doenças crônicas. Uma das estratégias para o acompanhamento e a adesão aos cuidados é a Estratégia de Saúde da Família, que visa a educar os cidadãos/pacientes em relação a seus hábitos. Desde 2005, a ANS adota políticas voltadas para a indução de mudanças ao modelo de assistência à saúde que promovam uma atenção à saúde mais integrada, voltada para o bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

O impacto da não aderência aos tratamentos pode ser muito alto e reflete diretamente na Sustentabilidade do Sistema, não somente acarretando em custos com complicações/internações decorrentes do não controle da doença, como também na qualidade de vida do paciente. Estudos estimam que a não aderência ao tratamento representa cerca de 300 bilhões de dólares em custos evitáveis, anualmente, nos Estados Unidos.

São várias as implicações da não adesão ao tratamento, sendo as mais significativas:

- O aumento da morbidade e mortalidade;
- Redução da qualidade de vida;
- Insatisfação dos pacientes, de suas famílias e dos prestadores de cuidados;
- Complicações médicas e psicológicas;
- Desperdício de recursos de cuidados de saúde.

A adesão, portanto, deve ser entendida com relevância equivalente à escolha do tratamento, uma vez que a não aderência compromete os resultados esperados, as metas e a saúde do paciente.

Alguns pilares importantes da adesão:

1

Tomar os medicamentos de acordo com a prescrição

2

Agendar e comparecer às consultas

3

Cumprir com as metas estabelecidas junto com o profissional de saúde: mudanças no estilo de vida, incluindo dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do estresse

Fonte: Lourenço H. Adesão à terapêutica. Atlas da Saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/adesao-terapeutica>.

PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

8

Durante muitos anos, o modelo de Saúde Suplementar foi centrado na doença (diagnóstico e tratamento). A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem essa organização e a contribuírem para mudanças que caminhem para um modelo no qual haja incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

PARA ISSO, A ANS, POR MEIO DA DIPRO, FORMULOU POLÍTICAS DE REGULAÇÃO INDUTORAS, COMO O **PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR** E O **PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS**. ASSIM, PRETENDE-SE UMA MUDANÇA NO PAPEL DOS PARTICIPANTES:

Operadoras de planos de saúde	Gestoras de saúde
Prestadores de serviços	Produtores de cuidado
Beneficiários	Usuários com consciência e autonomia
ANS	Órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde

As ações de promoção e prevenção da saúde são fundamentais para a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, especialmente pelo aumento dos custos em saúde determinados tanto pela mudança no perfil epidemiológico da população quanto pelo uso sustentável dos recursos disponíveis.

A ANS disponibiliza, anualmente, dados sobre fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis na Saúde Suplementar, por meio da publicação *Vigitel Brasil*, em cooperação com o Ministério da Saúde.

GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS CAUSAM

16 MILHÕES DE MORTES PREMATURAS

TODOS OS ANOS

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) – que abrangem doenças como cardiopatias, pneumopatias, acidentes cerebrovasculares, câncer e diabetes –, **das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNTs, 42% (16 milhões) eram prematuras e evitáveis.**

DE 2011 A 2025, AS PERDAS ECONÔMICAS ACUMULADAS EM UM CENÁRIO COMUM NOS PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA ESTÃO ESTIMADAS EM

7 TRILHÕES

DE DÓLARES

A OMS estima que o custo de reduzir a carga global de DCNTs é 11,2 bilhões de dólares por ano: um investimento anual de 1-3 dólares per capita.

Dado o número alarmante e crescente de pessoas com doenças crônicas, a OMS definiu um plano de ação que apresenta nove metas globais voluntárias que abordam os principais fatores de risco de DCNTs, em particular o consumo de sal, o uso do tabaco, sedentarismo, hipertensão e uso nocivo do álcool. O Brasil é um dos 150 países participantes desse plano de ação, países que buscam atingir as metas definidas até 2025.

As nova metas mundiais para controle e redução das DCNTs:

META 1 – Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25%;

META 2 – Redução relativa do uso nocivo do álcool em pelo menos 10%, conforme o caso, no contexto nacional;

META 3 – Redução relativa da prevalência de atividade física insuficiente em 10%;

META 4 – Redução relativa da média populacional de ingestão de sal ou sódio em 30%;

META 5 – Redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, em pessoas com 15 anos ou mais;

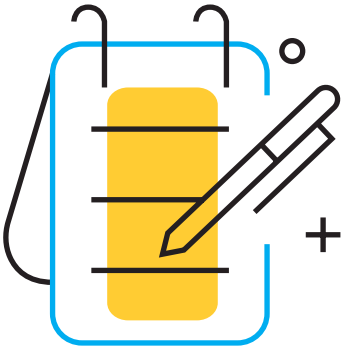
META 6 – Redução relativa de 25% na prevalência de hipertensão, ou contenção da prevalência de hipertensão, dependendo das circunstâncias do país;

META 7 – Impedir o aumento da diabetes e da obesidade;

META 8 – Tratamento farmacológico e aconselhamento (incluindo o controle glicêmico) de pelo menos 50% das pessoas que o necessitam para prevenir ataques cardíacos e acidentes cerebrovasculares;

META 9 – 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluídos os genéricos, necessários para tratar as principais DCNT, acessíveis em centros públicos e privados.

Relatório Global de Doenças Não Transmissíveis da OMS



Principais fatores de risco para DCNTs

Os fatores de risco para as principais DCNTs (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes *mellitus* e neoplasias) podem ser divididos em dois grupos: os fatores não modificáveis (sexo, idade e genética) e os modificáveis.

No gráfico abaixo, é possível perceber que os fatores de risco modificáveis são comuns nessas doenças:

DETERMINANTES SOCIAIS

Fatores não modificáveis

- Sexo
- Genética
- Idade

Fatores modificáveis

- Tabagismo
- Alimentação inadequada
- Álcool
- Inatividade física

FATORES DE RISCO INTERMEDIÁRIOS

Hipertensão
Dislipidemia
Sobrepeso
Obesidade
Intolerância à lactose

DESFECHOS

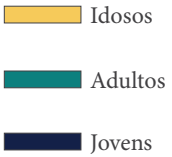
Doença cardiovascular
Doença respiratória crônica
Doença vascular periférica
Diabetes
Cânceres (neoplasias)

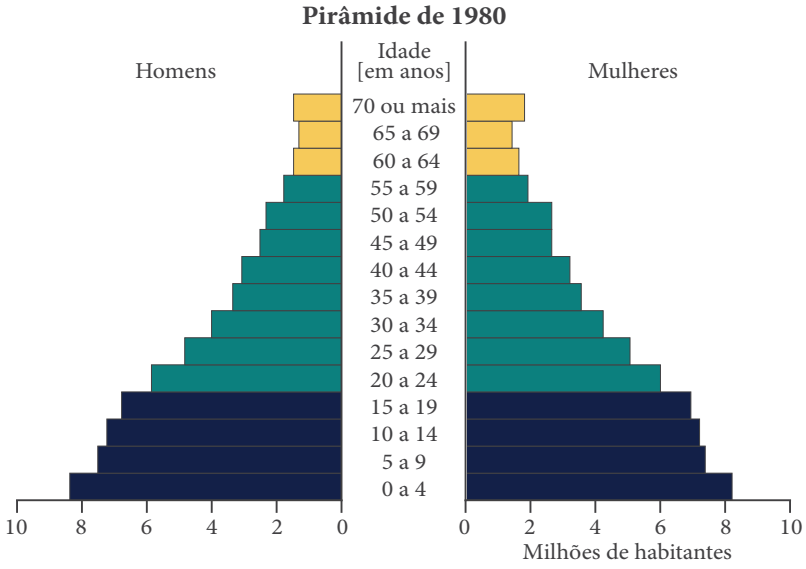
Envelhecimento populacional

O aumento da prevalência de DCNTs está ligado ao envelhecimento da população, o que pressiona o sistema de saúde tanto no âmbito de medidas preventivas quanto no de cuidados em longo prazo.

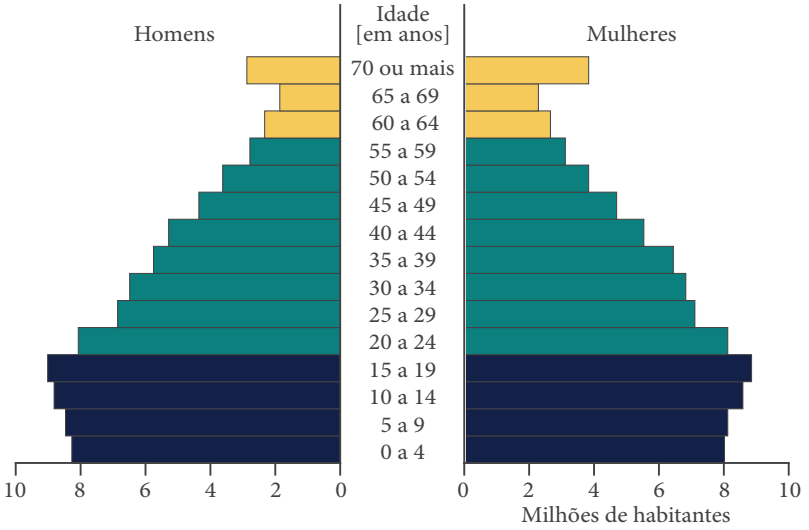
Pirâmides etárias do

BRASIL

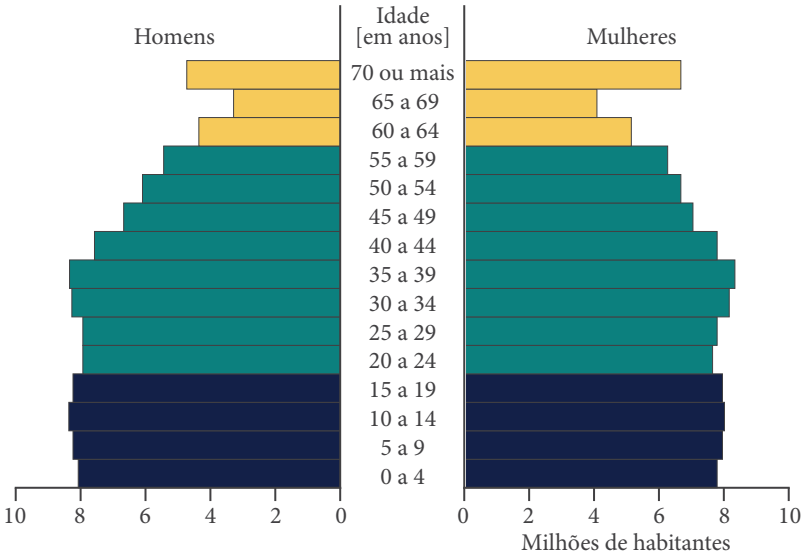




Pirâmide de 2000



Pirâmide de 2020*



*Estimativa

Até 2050, os custos da assistência médica tendem a dobrar

Nas faixas etárias mais elevadas da pirâmide populacional, os gastos que em 2010 representavam 53% dos custos totais em saúde subirão para 56% em 2030 e 61% em 2050.
Em números absolutos, o Brasil possui, atualmente, cerca de um terço da população idosa do Japão. No entanto, há dez vezes menos geriatras atendendo no Brasil, comparado ao Japão

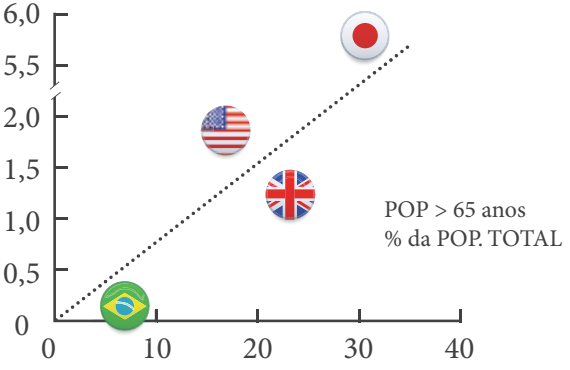
Em 2030, estima-se que Brasil e Japão tenham o mesmo número de idosos.

RELAÇÃO DE MÉDICOS GERIATRAS POR POPULAÇÃO IDOSA

2015

Médicos geriatras por 1.000 HAB > 65A

A proporção de idosos que o Brasil terá em 2030 será igual à que o Japão tem atualmente



Fonte: Royal College of Physicians; OCDE; CNES; IPEA; imprensa.

Programas de promoção da saúde e cuidados integrados são uma das premissas para assegurar que a terceira idade não signifique um idoso frágil e dependente. O envelhecimento populacional implica no aumento de uso de consultas, exames, órteses e próteses, além do aumento de internações e é, portanto, cada vez mais necessário caminhar para um sistema integrado focado no indivíduo, que é acompanhado ao longo do tempo, seguindo as linhas de cuidado com uma visão holística.

PROGRAMAS E AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Estruturar a atenção ao cuidado na atenção primária à saúde, de maneira resolutiva, centrado no beneficiário, é fundamental para se obter melhores resultados – em termos de retorno sobre o investimento e de saúde para o colaborador.

De acordo com Chapchap *et al.* (2017), pela *Harvard Business Review*, estudos de promoção da saúde nas empresas divulgados pela OMS mostram que os programas *in loco* (estruturados com ambulatórios dedicados dentro da empresa ou em local definido por ela) conseguem reduções na ordem de 25% a 30% nos custos médicos e nas taxas de absenteísmo, em períodos médios de 36 meses.

Em outra publicação da *Harvard Businnes Review*, um estudo aponta que, ao mobilizar 10% dos colaboradores de uma empresa e movê-los de "alto/médio risco de saúde" para "médio/baixo risco de saúde", a empresa apresentou um retorno sobre o investimento (ROI) de seis dólares a cada um dólar investido.

A ANS define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas, que objetivam:

- A promoção da saúde;
- A prevenção de riscos, agravos e doenças;
- A compressão da morbidade;
- A redução dos anos perdidos por incapacidade;
- O aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Todas as ações da ANS voltadas para a Gestão em Saúde estão disponíveis para consulta no portal da agência:

Projeto Sua Saúde: estimula uma participação mais proativa de pacientes e usuários em relação à tomada de decisão em saúde, oferecendo informações relevantes sobre diversos temas.

Projeto OncoRede: iniciativa da ANS para implantação de um modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde.

Projeto Parto Adequado: estimula a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento, incentivando a adoção de boas práticas que valorizem o parto normal e, como consequência, reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na Saúde Suplementar.

Projeto Idoso Bem Cuidado: propõe um modelo inovador de atenção aos idosos.

Projeto Enfrentamento da Obesidade e do Sobrepeso: visa à promoção de melhorias e incentivos na atenção à saúde, no que diz respeito ao combate à obesidade e ao excesso de peso entre beneficiários de planos de saúde.

Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: tem como objetivo a mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

Programas de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS): o objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde: visa a incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, por meio da implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS.

SAÚDE ASSISTENCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

9

A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE ASSISTENCIAL COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil, as Normas Regulamentadoras (NR) são o conjunto de **requisitos e procedimentos relativos à segurança e à saúde no trabalho.** Destinam-se a empresas públicas, privadas e órgãos do governo que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e servem como um norteador para tornar os ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

O modelo da saúde ocupacional no Brasil é caracterizado pela divisão de responsabilidades entre Estado e empresas, no cumprimento dos temas.

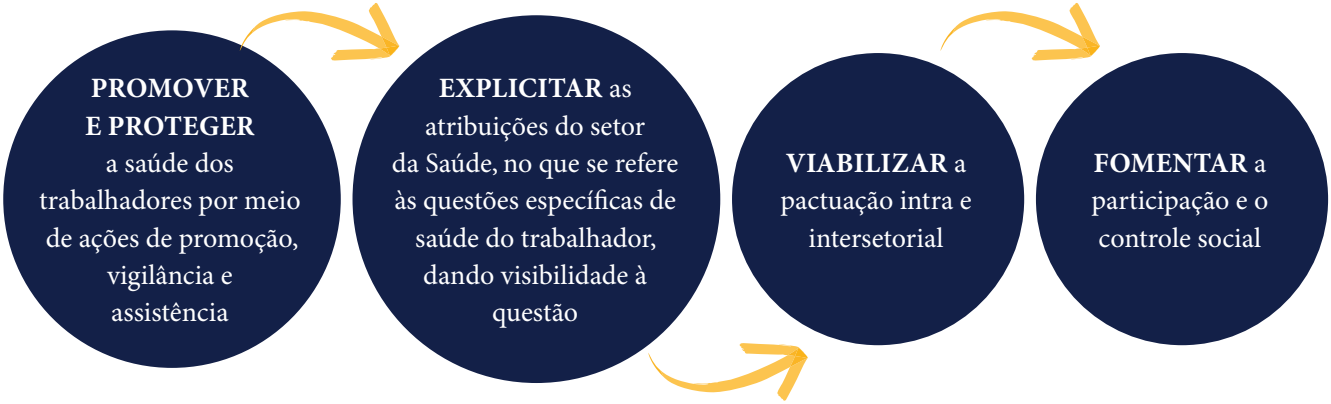
De acordo com regras vigentes, cada trabalhador deve realizar anualmente ou a cada dois anos (com algumas exceções), o chamado exame periódico. Essa é uma grande oportunidade para se prevenir e identificar agravos à saúde de ordem ocupacional, bem como qualquer agravo à saúde, sendo um importante momento de promoção e gerenciamento da saúde de maneira integral.

Programas e políticas com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças nas empresas podem trazer uma série de benefícios tanto para a organização quanto para seus colaboradores. Afinal, incentivar os colaboradores a terem bons hábitos de saúde pode impactar na redução de riscos de doenças, absenteísmo e custos assistenciais, aumento da produtividade, cultura de saúde e melhor disposição dos colaboradores, podendo impactar em melhor recrutamento e seleção.

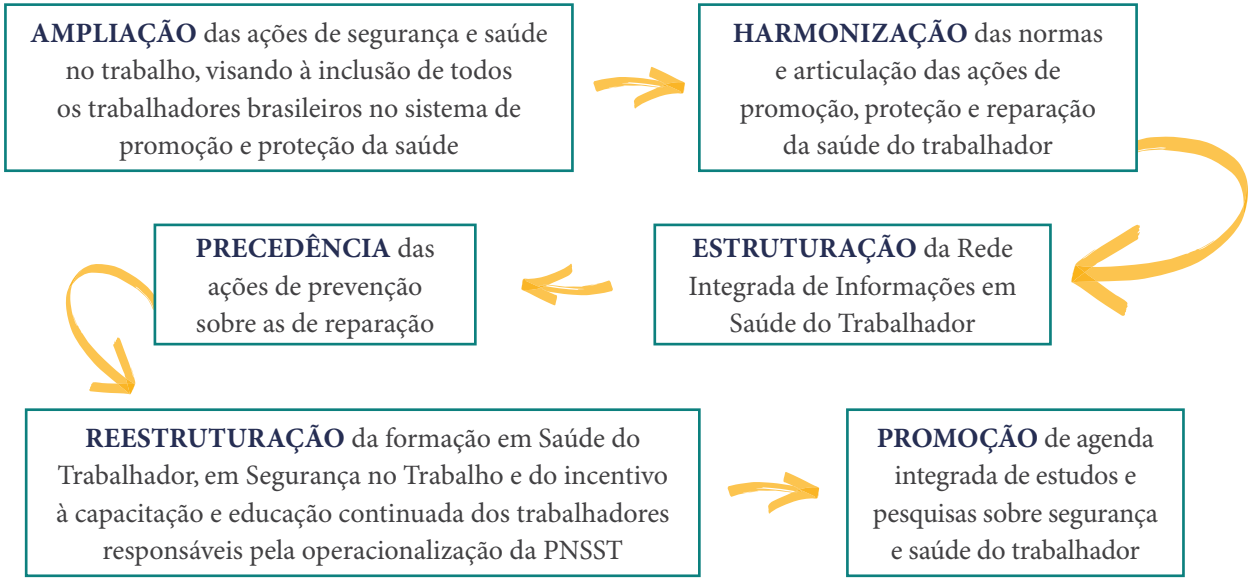
Políticas públicas e segurança no trabalho

O Estado deve implementar, em articulação com as organizações dos trabalhadores e de outras representações da sociedade civil, políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho, para garantir condições que contribuam positivamente para a qualidade de vida e saúde física e mental dos cidadãos.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) tem por objetivo:



As diretrizes da PNSST buscam assegurar:



NA CLT, HÁ UM CAPÍTULO DEDICADO ÀS NR, QUE SÃO DIRETIVAS SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO NO BRASIL

É importante ressaltar que a oferta de planos de saúde para os colaboradores representa apenas uma parte do custo total com a saúde dos mesmos. Afinal, há custos indiretos, relacionados à produtividade, incluindo deficiência de curto prazo, incapacidade de longo prazo, absenteísmo e presenteísmo (estar fisicamente no trabalho, mas, por questões de saúde, não estar realmente envolvido nele).

Há três argumentos distintos que, sob a ótica do empregador, podem dar suporte para um programa de saúde do local de trabalho: o "gerenciamento de custos de saúde", o argumento "produtividade" e o argumento "ótimo lugar para se trabalhar":

De acordo com Malik AM *et al.*: "Um programa de saúde no local de trabalho verdadeiramente abrangente consiste em um conjunto coordenado de atividades, políticas, benefícios e apoios ambientais que visam tanto às práticas organizacionais (empregador) quanto às práticas individuais (empregado)" (Malik *et al.*, 2017, p. 51), e pode abranger políticas e atividades diversificadas, que vão desde palestras e estímulo a hábitos saudáveis até a cobertura por plano de saúde.

Entretanto, os programas precisam ser perenes e sustentáveis, sendo o tema "saúde" parte da cultura da companhia; afinal, a saúde não é apenas um bem de grande valor para as pessoas, mas também para as empresas e para os negócios. Muitas empresas, de todos os portes, estão passando a enxergar a saúde não como uma despesa ou custo, mas como um investimento importante a ser considerado. Nesse contexto, o ambiente de trabalho oferece oportunidades e recursos únicos para melhorar a saúde de toda a população (Hymel *et al.*, 2011).

A OMS propôs um modelo para promoção de ambientes de trabalho saudáveis que pode ser aplicado para diferentes culturas e atividades, conforme a seguir:

• **Ambiente físico de trabalho:** refere-se às questões de segurança no ambiente físico de trabalho (estrutura, ar, equipamentos, produtos, processos de produção, veículos). Cuidar do ambiente físico é o início de tudo, e a prevenção da exposição a agentes que podem trazer prejuízos à saúde do trabalhador se inicia pela identificação desses agentes, os quais devem ser avaliados e controlados.

• **Ambiente psicossocial de trabalho:** cultura organizacional como um todo, que refletem as atitudes, valores, crenças e práticas diárias na empresa, afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

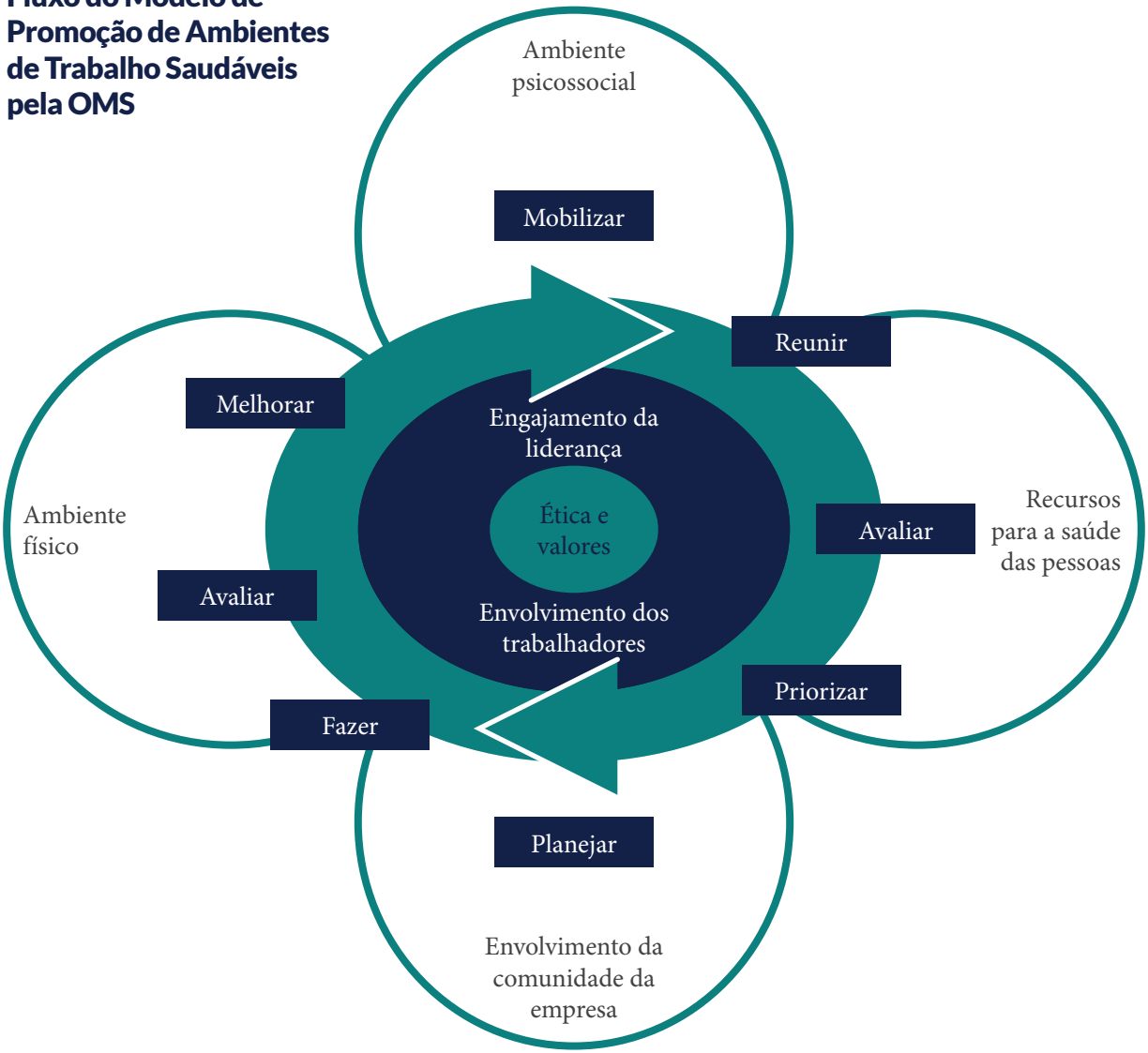
• **Recursos pessoais em saúde no ambiente de trabalho:** promover um estilo de vida saudável aos colaboradores, incluindo serviços, informações, flexibilidade e ambiente de incentivo às práticas saudáveis. Orientar, por meio de programas de educação e sensibilização, a atividade física, a alimentação saudável, o não tabagismo e a moderação no uso de álcool.

As empresas devem buscar oferecer acesso à assistência médica adequada para os trabalhadores, com possibilidade de diagnóstico e tratamento efetivos e de qualidade.

• **Envolvimento da empresa com a comunidade:** trabalho da empresa junto à comunidade, engajando e sendo engajada, ofertando recursos e/ou conhecimentos que possibilitam a melhoria da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, suas famílias e dos membros da comunidade.

Algumas questões na comunidade afetam diretamente o ambiente de trabalho, tais como: falta de acesso dos trabalhadores e familiares à atenção primária à saúde, violência urbana, desastres naturais, má qualidade do ar, água de má qualidade, altos níveis de infecções (como HIV) na comunidade, falta de estrutura de transporte coletivo etc.

Fluxo do Modelo de Promoção de Ambientes de Trabalho Saudáveis pela OMS



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN; 2010.

A OMS propõe, ainda, cinco chaves fundamentais para o sucesso na aplicação do Modelo de Ambientes de Trabalho Saudável, conforme a seguir:

CHAVE 1

Compromisso e envolvimento da liderança

CHAVE 2

Envolvimento dos trabalhadores e seus representantes

CHAVE 3

Ética empresarial e legalidade

CHAVE 4

Desenvolver processos sistemáticos amplos para garantir a efetividade e melhoria contínua

CHAVE 5

Sustentabilidade e integração

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Cinco Chaves Para Ambientes de Trabalho Saudáveis: Não Há Riqueza nos Negócios Sem a Saúde dos Trabalhadores [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces_portuguese.pdf>.

Impacto na produtividade do trabalhador	Impacto nos custos com assistência médica	Impacto em resultados em saúde
Redução, prevenção e controle de doenças que podem afetar a produtividade	Redução dos custos com cuidados de saúde, reembolsos de seguro ou custos tributários do afastamento do trabalhador	Desenvolvimento de habilidades de conhecimento, autocuidado e criação de uma rede de apoio social entre colegas de trabalho, supervisores e familiares
Aumento na resistência, na concentração e no foco, levando a uma maior produção no trabalho (redução do presenteísmo)		
Redução do absenteísmo	Manutenção dos funcionários saudáveis em uma categoria de "baixo risco", promovendo a manutenção da saúde, e direcionamento dos esforços para os funcionários de alto risco, reduzindo os custos gerais de seguros de saúde	Estabelecimento de metas e comparativos do estado de saúde dos participantes do programa ao longo do tempo
Redução de horas extras para cobrir funcionários ausentes e de custos para treinar funcionários de substituição		

Fonte: Desenvolvido a partir de Malik AM et al; Ogata AJN (org.). Temas Avançados em Qualidade de Vida. Londrina: Midiograf; 2017.

Programas de saúde nas empresas são capazes de gerar resultados expressivos em custos em diferentes âmbitos. O engajamento da empresa em uma cultura de saúde é capaz de gerar uma mudança na organização, que passa a ver a promoção da saúde como uma parte valiosa do ambiente de trabalho.

Vale ressaltar que segurança e saúde ocupacional são diferentes (e complementares) de promoção da saúde no local de trabalho e se concentram nos riscos presentes no local e nos processos de trabalho, desenvolvendo as estratégias para o controle da exposição e monitoramento dos efeitos.

Ações de integração entre segurança e saúde no trabalho, com a promoção da saúde e prevenção da doença, podem ser desenvolvidas sob a forma de formação de grupos de trabalho, reunindo as equipes de segurança e promoção da saúde e desenvolvendo programas de avaliação das condições de trabalho e promoção da saúde (respiratória, ergonômica, estresse).

Ao planejar programas integrados, é importante ampliar o rastreamento de riscos à saúde, além dos relacionados ao trabalho, integrando serviços médicos da empresa, programas institucionais, políticas de benefícios e sistema de compensação. Dessa forma, o local de trabalho se transforma em um ambiente para atenção integral à saúde do trabalhador.

Resta como desafio conectar as ações dentro das organizações com o sistema de saúde como um todo, tendo como principal desafio o desenho dos serviços centrados nas necessidades das pessoas, visando à melhor experiência possível e tendo a busca por um estilo de vida saudável como um de seus principais pilares.

Saúde Assistencial e Saúde Ocupacional

Uma importante frente de atuação dos programas PROMOPREV se refere aos programas desenvolvidos com a saúde ocupacional, tendo em vista a importante representatividade dos planos de saúde coletivos empresariais. Parte-se do entendimento que o conhecimento da população dos programas é imprescindível para a coordenação do cuidado e que a integração com as empresas contratantes possibilita a geração de externalidades para todos os atores envolvidos: o bom gerenciamento da assistência à saúde prestada aos beneficiários pode engendrar redução nos custos associados ao absenteísmo e à sinistralidade atrelada à contratação das operadoras de planos de saúde, para que os beneficiários possam ser favorecidos por uma maior qualidade na assistência à saúde recebida e para que os prestadores de serviço possam se beneficiar por meio do reconhecimento de um serviço fornecido com maior qualidade e racionalização dos custos para a prestação do mesmo.

PLANO DE SAÚDE COLETIVO

10

ORIENTAÇÕES PRÁTICAS PARA O CONTRATANTE

A saúde é uma preocupação da maioria das pessoas. Quando uma empresa oferece um plano de saúde, vai ao encontro dos anseios de seus colaboradores, e isso pode refletir em sua satisfação, engajamento e produtividade.

Mas os tempos mudaram. Racionalidade e sustentabilidade (em seu conceito mais amplo) andam juntas e, antes de decidir pelo oferecimento do benefício, é importante entender onde isso se situa na estratégia mais ampla da empresa. Para ajudar sua empresa, separamos algumas dicas:

1 Conheça a realidade de sua organização

Colete o maior número possível de informações sobre a empresa, como atividade econômica, número de empregados, área geográfica de atuação, taxa de rotatividade e perfil salarial dos empregados. Elas serão importantes para definir a cobertura necessária;

Defina o papel do plano de saúde na estratégia da empresa: determine se será mais um item na cesta de benefícios ou se ele se insere em um programa mais amplo de saúde, que envolve itens como produtividade, saúde ocupacional e qualidade de vida, dentre outros;

Entenda se a Saúde é vista como cultura da companhia, ou se será necessário desenvolver um trabalho mais amplo, a fim de racionalizar o uso do benefício;

Obtenha o orçamento disponível para investir na assistência à saúde (de preferência por mais de um exercício fiscal) com bastante clareza, para que seja possível planejar o conjunto de ações que serão necessários para a conscientização dos colaboradores.

2 Conheça o perfil dos beneficiários do plano de saúde

É fundamental identificar o perfil etário e a distribuição de gênero, inclusive dos dependentes: isso impacta na precificação e na sinistralidade do plano (o que se reflete na negociação de futuros reajustes);

Busque junto à área de Saúde Ocupacional informações sobre as causas mais comuns de afastamento e de acidentes no trabalho (elas serão importantes para estabelecer seus programas de promoção da saúde e, mais uma vez, reduzir sinistros).

3 Defina o tipo de plano mais adequado para a empresa

Com as informações da organização e do perfil dos beneficiários, escolha as coberturas desejadas de acordo com a segmentação assistencial disponível (ambulatorial, hospitalar com ou sem Obstetrícia, referência e/ou odontológica);

Avalie as alternativas disponíveis: contratar plano (ou planos) de uma das modalidades comercializadas pelas operadoras (cooperativas, empresas de medicina de grupo, seguradoras, instituições filantrópicas ou administradoras de benefícios) ou criar um plano de autogestão (ou seja, criar o plano de saúde exclusivo da empresa). Decida-se a partir de informações consolidadas.

O contratante pode consultar o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) no portal da ANS.

4 Incorpore a gestão da assistência à saúde em suas rotinas

Os serviços oferecidos pelo plano de saúde constituem-se parte da ação estratégica em saúde da empresa, que deve incluir o acompanhamento dos beneficiários, a realização de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, as avaliações periódicas dos serviços prestados pela rede assistencial e o acompanhamento dos casos de maior custo. Esses cuidados podem reduzir o percentual de reajuste e evitar surpresas no momento da discussão da renovação do contrato;

Além disso, é importante educar os beneficiários para a utilização racional dos serviços, para que promovam o autocuidado, e informar sobre os riscos da busca excessiva por exames e especialistas.

5 Promova a cultura de saúde na empresa

Estimule hábitos saudáveis e ofereça informações que gerem o engajamento dos colaboradores na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

CONCLUSÃO

Com o objetivo de trazer aos contratantes uma série de informações relevantes por meio de uma linguagem simples e um conteúdo atraente, este material abordou temas ligados ao vasto universo da Saúde Suplementar e às burocracias envolvidas nos processos de contratação de operadoras de saúde.

Por meio de um panorama do sistema de saúde brasileiro, foi possível dar uma visão geral a respeito do funcionamento dos setores públicos e privados e esclarecer sobre importantes conceitos da área, como integralidade, universalização e equidade.

O material mostrou, ainda, como funcionam os tipos de operadoras de saúde no Brasil, interpretando, de forma simplificada e utilizando a legislação, conceitos de cobertura, reembolso, rede de atendimento e o mais importante: os termos do contrato.

De maneira objetiva, foi possível esclarecer questões práticas e burocráticas da regulação na Saúde Suplementar, apresentando a ANS – que é o órgão regulador –, o seu papel e o seu funcionamento dentro do sistema de saúde. Além disso, o material também teve como objetivo informar sobre o canal de comunicação existente entre a agência e o consumidor.

Foram ainda apresentados os custos na área da Saúde brasileira, as novas tecnologias em saúde, o Rol de Procedimentos da ANS e foi esclarecido como são calculados os reajustes dentro do setor suplementar.

Esperamos que este conteúdo seja um facilitador na rotina do profissional contratante e que promova o conhecimento esperado acerca do tema de Saúde Suplementar!

REFERÊNCIAS

1) Coalização Saúde. Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>.

2) Gusso GDF. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.

3) Conselho Nacional de Secretários de Saúde -CONAAS. Saúde suplementar: para entender a gestão do SUS. 1 ed. Brasília: CONAAS, 2015.

4) Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>.

5) Ministério da Saúde. Responsabilidade dos entes [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/responsabilidade-dos-entes>.

6) Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

7) Unidade Básica de Saúde. Programa de Aceleração do Crescimento [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>.

8) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2016.

9) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.

10) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos de saúde realizaram 1,5 bilhão de procedimentos em 2017 [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4502-planos-de-saude-realizaram-1-5-bilhao-de-procedimentos-em-2017>.

11) Azevedo PF et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: Insper; 2016.

12) Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2018.

13) Protese. Plano de saúde coletivo [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.proteste.org.br/institucional/informe-se/cartilhas-da-proteste/plano-de-saude-coletivo>.

14) FenaSaúde. O que é saúde suplementar [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>.

15) FenaSaúde. Saúde suplementar: aspectos regulatórios [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://cnseg.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/cartilha-saude-suplementar-aspectos-regulatorios.html>.

16) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quem somos [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>.

17) FenaSaúde. Perguntas frequentes: como o mercado de saúde suplementar é regulado? [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://cnseg.org.br/fenasaude/servicos-apoio/perguntas-frequentes/>.

18) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ouvidoria [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/ouvidoria>.

19) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações e avaliações de operadoras [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>.

20) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Diário Oficial da União; 2015.

21) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Suspensão da comercialização de planos [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/planos-de-saude-com-comercializacao-suspensa>.

22) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmaras e grupos técnicos [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>.

23) Nardi EP. Textos para discussão nº 56-2016: a avaliação das tecnologias em saúde e as suas incorporações no Sistema de Saúde Nacional e em Internacionais. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016.

24) Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

25) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Como é elaborado o rol de procedimentos [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>.

26) Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS; 2009.

27) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Reajustes de preços de planos de saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>.

28) Agência Nacional de Saúde Suplementar. O que é o Rol de Procedimentos ou cobertura mínima obrigatória? [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/central-de-atendimento-ao-consumidor/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=452&historico=17925745>.

29) Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Entenda o setor [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>.

30) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

31) Federação Nacional de Saúde Suplementar. Boletim da Saúde Suplementar [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://cnseg.org.br/fenasaude/publicacoes/>.

32) Associação Brasileira de Recursos Humanos. Dicas para reduzir o percentual de sinistralidade dos planos de saúde corporativos [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.abrhbrasil.org.br/cms/materias/artigos/dicas-para-reduzir-o-percentual-de-sinistralidade-dos-planos-de-saude-corporativos/>.

33) Ministério da Saúde. Sobre a vigilância de DCNT [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>.

34) Agência de Notícias IBGE. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado>.

35) Instituto de Saúde Suplementar. Impactos do envelhecimento populacional na saúde suplementar [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=259>.

36) Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):15-28.

37) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto sua saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-sua-saude>.

38) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto OncoRede [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-oncorede>.

39) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto parto adequado [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>.

40) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto idoso bem cuidado [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-idoso-bem-cuidado>.

41) Malik AM et al; Ogata AJN (org.). Temas Avançados em Qualidade de Vida. Londrina: Midiograf; 2017.

42) Asensi FD, Pinheiro R (org); Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: CNJ; 2015.

43) Ministério da Transparência e Controladoria da União. Portal da Transparência [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2018>

44) Van Mierlo T et al. Targeting medication non-adherence behavior in selected autoimmune diseases: a systematic approach to Digital Health Program development. PlosOne. 2015;10(6):e0129364.

45) Organização Mundial da Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra: OMS; 2003.

46) Chapchap P et al. Cuidando de quem cuida. Harvard Business Review [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://hbrbr.uol.com.br/cuidando-de-quem-cuida/>.

47) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Diário Oficial (ANS); 2000.

48) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro: Diário Oficial (ANS); 2009.

49) Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN; 2010.

50) Organização Mundial da Saúde. Cinco Chaves Para Ambientes de Trabalho Saudáveis: Não Há Riqueza nos Negócios Sem a Saúde dos Trabalhadores [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces_portuguese.pdf>.

51) Lourenço H. Adesão à terapêutica. Atlas da Saúde [Internet]. Acessado em: abr 2019. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/adesao-terapeutica>.

DOC
CONTENT

RJ Estrada do Bananal, 56 - Freguesia/Jacarepaguá - CEP: 22745-012 - (21) 2425-8878
SP Av. Santa Catarina, 1.521 - Sala 308 - Vila Mascote - CEP: 04378-300 - (11) 2539-8878
USA 4929 Corto Drive - Orlando - FL - 32837 - 1 (321) 746-4046
www.doccontent.com.br | atendimento@doccontent.com.br

CEO: Renato Gregório | **Gerente geral:** Sâmya Nascimento | **Gerente editorial:** Thaís Novais (MTB: 35.650/RJ) | **Gerentes de conteúdo:** Gabriela Rezende e Marcello Manes | **Coordenador médico:** Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ) | **Coordenadora de Pró-DOC:** Alice Selles | **Redação:** Alice Selles, Bárbara Mello, Julia Lins e Silvia Buzinari | **Coordenadora de revisão:** Camila Morais | **Designers gráficos:** Douglas Almeida, Monica Mendes e Tatiana Couto | **Gerentes de relacionamento:** Fabiana Costa, Karina Maganhini, Kátia Martinez, Selma Brandespim e Thiago Garcia | **Assistente comercial:** Heryka Nascimento | **Produção gráfica:** Pedro Henrique Soares | **Propostas:** Tiago Silvestre

Copyright© 2018 by DOC Content. Todas as marcas contidas nesta publicação, desenvolvida exclusivamente pela DOC Content para o laboratório Abbvie, bem como os direitos autorais incidentes, são reservados e protegidos pelas leis 9.279/96 e 9.610/98. É proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios, sem autorização prévia, por escrito, da DOC Content. Publicação destinada à classe médica.