

SAÚDE

Órgão

Ministério da Saúde (MS)

Representação

Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Representantes



Titular

Carlos de Souza Andrade

Presidente da Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado da Bahia (Fecomércio-BA)



Suplente

Maysa Kátia Inácio Feitosa

Médica

Gerência Executiva de Saúde (CNC)

(Compareceu)

Ações

Seminários avançados sobre Atenção Primária na Saúde Suplementar realizados no dia 16 de junho de 2021

O objetivo principal do evento sobre Atenção Primária na Saúde Suplementar foi a discussão e a reflexão dos principais pilares do Projeto Cuidado Integral à Saúde, realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o Instituto for Healthcare Improvement (IHI) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Neste primeiro encontro, foram apresentados e discutidos aspectos necessários para que os cuidados secundários e terciários sejam coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque nos seguintes quesitos: 1) O cuidado centrado na pessoa – integração da APS com Atenção Secundária, Atenção Terciária e Serviço de Apoio Diagnóstico; 2) Navegação da pessoa na rede de atenção: coordenação do cuidado de pacientes com condições complexas: Covid-19, oncológicos, renais, saúde mental, entre outros; 3) Coordenação do cuidado e interoperabilidade de dados.

Diretor adjunto substituto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, Pedro Vilela deu as boas-vindas aos convidados, realçando a importância da realização do evento e o aprimoramento do projeto visando à indução da qualidade do setor o processo de Atenção Integral ao cuidado. Vilela citou o acesso à rede e à qualidade da atenção à saúde, assim como a própria experiência do beneficiário. O vice-presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Marco Túlio Aguiar Mourão, citou o grande projeto de qualificação da Atenção Primária em parceria com a ANS, NIH, Hospital Oswaldo Cruz, enquanto o Dr. Paulo Borem, diretor sênior do IHI para a América Latina, reforçou o uso de modelos de melhoria do IHI com a ciência trouxe experiência do parto adequado, redução de mortalidade materna e redução de infecções em hospitais do SUS. Entre os convidados também estava especialista em medicina de família e comunidade Eno Dias de Castro Filho, líder médico do Proadi-

SUS e do Regula Mais Brasil e coordenador do projeto Cuidado Integral pelo Hospital Oswaldo Cruz.

Dando prosseguimento ao evento, a primeira mesa teve como pauta As Boas Práticas em APS em Operadoras de Plano de Saúde, uma abordagem do tema sobre as redes de atenção e coordenação do cuidado e APS como coordenadora dos cuidados. O tema teve como representantes a gerente de Estímulo e Inovação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, e a coordenadora de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial da ANS, Kátia Audi, que fizeram apresentação sobre as redes de atenção e coordenação do cuidado e da APS como coordenadora dos cuidados. Na sequência, a Unimed Litoral, de Santa Catarina, foi apresentada como a primeira operadora certificada em Atenção à Saúde.

Em nome da operadora, a Dra. Juliana Madureira Maselha ressaltou a transparência e os avanços trazidos pela Lei nº 9.656/98, que estabeleceu as regras dos planos de saúde contribuindo para organização do setor. Segundo ela, a Unimed Litoral possui diversidade na Saúde Suplementar, como a contratação de planos empresariais de grandes e pequenas empresas, individuais e coletivos por adesão. Em planos médico-hospitalares ou odontológicos, a vinculação é mais representativa com empresas de grande e médio porte, mantendo também os planos individuais.

Além das variações na forma de contratação, Juliana citou diversidade de pagamento, segmentação e formação de redes, preponderando as Regiões Sul e Sudeste. Como meta principal do setor, ela apontou a sustentabilidade do mercado, a mediação da construção de diálogos entre os diversos atores do setor para a adesão de boas práticas e, também, a indução de práticas e modelos assistenciais capazes de promover a saúde e prevenir riscos e doenças.

Juliana citou ainda a regulamentação do setor, ressaltando a cronologia do processo indutório da ANS para a instituição em relação às ações do programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) da ANS. Em 2005, houve a indução às ações de promoção e prevenção à saúde com a publicação do primeiro manual técnico de Atenção à Saúde e doenças, enquanto em 2009 houve nova estratégia para as ações do Promoprev. Em 2011, aconteceram novos incentivos regulatórios, inclusive financeiros, para adoção de Promoprev e da Coordenação do Cuidado. Em 2012, houve a criação do Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoprev, e em 2015 foi firmado um Acordo de Cooperação ANS/OPAS – realização de pesquisas sobre a adoção da APS (Atenção Primária a Saúde) na Saúde Suplementar.

Em 2017, foi firmado Acordo de Cooperação ANS/OPAS – criação de Laboratórios de Inovações de APS. Em 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa (RN) nº 440 – projeto piloto e certificação criando o Programa de Certificação de Boas Práticas em APS (Atenção Primária a Saúde). Em 2019, foi fechado o Acordo de Cooperação Projeto de Cuidado Integral (ANS/Hospital Alemão Oswaldo Cruz/ Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) e IHI. Em 2020, em função da pandemia, houve a suspensão temporária das auditorias e certificações. Agora em 2021, a ANS certificou a Unimed Litoral.

O modelo atual de Rede de Atenção Primária necessita avançar, pois se baseia em modelo fragmentado e desarticulado, sem avaliação de resultados, foco na produção e cuidados hospitalocêntrico e médico centrado. Juliana também mencionou que o projeto piloto deve funcionar como fase preparatória para a solicitação de certificação na APS, destacando que, a qualquer tempo, as operadoras participantes da modalidade de piloto em APS poderão pleitear a certificação de boas práticas. Não se trata de um programa isolado, mas de uma mudança de modelo de atenção à saúde. Ainda na apresentação, ela informou que, após a NR 440, foi iniciado o processo de certificação em parto adequado, e que a certificação em atenção oncológica está em fase de elaboração.

Segundo Juliana informou, a APS é uma forma de organização da atenção à saúde mais eficiente e equitativa, e a ANS estimula que as operadoras ofereçam, preferencialmente, aos seus beneficiários a atenção primária na saúde suplementar: 1) porta de entrada preferencial do sistema de saúde, respondendo à maior parte das necessidades de saúde de forma sistêmica, contínua, coordenada, abrangente, acessível e centrada no paciente e em seu contexto familiar, comunitário e sociocultural, estimulando a autonomia e autocuidados; 2) a APS deve abranger a promoção da saúde; a prevenção de doenças e de agravos e o diagnóstico; 3) o tratamento, a reabilitação, os cuidados paliativos e a redução de danos. A atenção deve ser oferecida em tempo oportuno, buscando a resolutividade das condições de saúde mais frequentes e relevantes, com foco na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, baseada em financiamento autossustentável; 4) fomentar a adoção de boas práticas em APS na saúde suplementar, monitorar os cuidados primários em saúde por meio de indicadores em conformidade com evidências; 5) estimular a implementação de modelos de remuneração inovadores para melhora da qualidade assistencial e sustentabilidade do setor.

A operadora deve atender a condições obrigatórias, como cobertura populacional; oferecer uma equipe de APS para no máximo 2,5 mil beneficiários; composição de equipes mínima; oferta de carteira de serviços; e Índice de Dimensão de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) maior ou igual a 0.5. De acordo com Juliana, estes e outros requisitos e itens de verificação estabelecidos constam no Manual de Certificação formulado pela ANS.

Como macros indicadores a serem utilizados na avaliação, ela apontou os seguintes quesitos: razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista versus especialista; percentual de beneficiários com condições crônicas complexas vinculados a um coordenador médico; razão de visitas à emergência pronto-atendimento por beneficiário coberto; percentual de internações por condições sensíveis a Atenção Primária (Icap); taxa de generalista por beneficiário; e proporção de pessoas que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde. Por último, ela acrescentou que as operadoras com certificação ou participação nos projetos piloto em APS obterão pontuação extra no Índice de Dimensão de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS).

Na sequência, como pauta da segunda mesa, o professor do Mestrado Profissional em Gestão da Competitividade - Disciplina de Saúde Populacional da Fundação Getúlio Vargas (FGV), Dr. Alberto José N. Ogata, apontou os aspectos essenciais para o êxito dos programas ou produtos de Atenção Primária em Saúde (APS): regulação, liderança,

organização, recursos humanos, comunicação e a necessidade de se estabelecer a referência e contrarreferência; e a APS como coordenadora do cuidado.

Ogata defendeu quatro insights da literatura: 1) um fator de sucesso (ou não) é a frequência de contato pessoal do coordenador do cuidado (enfermeiro) com o paciente; 2) as clínicas isoladas de APS se constituem em experimentos naturais de separar o acesso da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação, então podem aumentar a utilização e os custos; 3) a longitudinalidade (continuidade do cuidado) pode aumentar a satisfação do usuário, a adoção de comportamentos saudáveis, a redução de custos hospitalares e menor mortalidade; 4) A adoção dos quatro atributos da APS está relacionada a cuidado de alto valor e melhor experiência do usuário.

Segundo a avaliação de Ogata, para garantia de melhores atendimentos pela Atenção Primária em Saúde (APS), é necessário que os times das APS sejam remunerados, e não somente os profissionais diretamente ligados aos serviços de atendimento. Ele mencionou a importância da garantia que uma APS de alta qualidade esteja disponível para cada participante. Que se treinem os times para que atuem nos locais onde as pessoas vivem e trabalham; e, por fim, que se desenhem as tecnologias e que estas sirvam ao paciente, às famílias e ao time interprofissional da APS. Para Ogata, uma APS de alta qualidade possui modelos de remuneração; saúde digital; times interprofissionais; liderança; mensuração efetiva de indicadores; e políticas, leis e regulações.

Os representantes da Unimed Litoral fizeram a apresentação do modelo de funcionamento da APS integrada à Saúde Suplementar, descrevendo os seguintes critérios utilizados: planejamento e estruturação técnica; ampliação e qualificação do acesso; qualidade e continuidade no cuidado; interações centradas no paciente; monitoramento e avaliação da qualidade; educação permanente; modelos inovadores de remuneração baseados em valor; apoio da diretoria; engajamento da equipe na cultura da qualidade, o cuidado centrado no paciente e a coordenação do cuidado; rede verticalizada; mudança de cultura; melhoria contínua nos processos e resultados; e sistema de gestão completo de APS.

Como mediador da terceira mesa, o coordenador do Projeto Cuidado Integral pelo hospital Oswaldo Cruz, Dr. Eno Filho, perguntou sobre as principais mudanças sólidas para estruturação do modelo de implantação das APS.

Mestre especialista em Saúde Coletiva e superintendente de Provisão de Saúde na Seguros Unimed (SP), Dr. O Dr. Luis Fernando Rolim explicou que a atenção primária tem a estruturação baseada na sustentabilidade, no envolvimento de lideranças, e que a sua solidificação não é um “processo automático”. Rolim também mencionou a questão da sinistralidade versus Atenção Primária, a importância do estímulo da certificação pela ANS.

Na sequência, Eno Filho perguntou como assegurar uma contrarreferência qualificada quando um paciente é referenciado a um especialista focal. O representante da RedeDavita Serviços Médicos, Dr. André Cassus, discriminou a comunicabilidade referência e contrarreferência como pilar fundamental, além da troca de informações e da criação de Hubs para maior interação e união dos prestadores. Ele também defendeu

a verticalização de atendimentos, dentro da própria operadora, e, apesar dos limites, sugeriu a interação entre os prestadores.

Na sequência, a diretora médica de Atenção Primária à Saúde na Rede Dasa, Dra. Samanta França, ressaltou a importância da formação e qualificação de profissionais dentro do próprio serviço de atendimento, com foco na educação permanente, especializada em atendimento primário vinculado à prática. Segundo ela, isso estimula o vínculo com programa de bonificação. Samanta também lembrou a importância da estratificação de risco à saúde no atendimento primário à saúde, assim como a abordagem da saúde mental.

O evento foi encerrado por Pedro Vilela, que ressaltou a realização dos seminários como uma grande iniciativa para fomentar a ampliação e sedimentação da Rede de Atenção Primária no âmbito da Saúde Suplementar.

Audiência pública realizada no dia 9 de junho de 2021

Relatório da audiência pública nº 17 – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Realizada via plataforma Teams, a audiência pública teve como finalidade o debate sobre a proposta de Resolução Normativa que visa estabelecer critérios de realização de alterações na rede assistencial hospitalar, relativas à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução. O encontro também teve como objetivo a melhoria da eficiência da comunicação aos beneficiários de planos de saúde, especificamente sobre as alterações ocorridas na rede credenciada, para trazer mais transparência e segurança no procedimento de alteração de rede hospitalar.

A realização da audiência foi aprovada na 550ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, no dia 28 de maio. O tema fez parte da Agenda Regulatória 2019-2021, e a audiência pública representou a etapa final de participação social na construção da normativa, sobretudo para tomada de decisão da agência reguladora. Naquela ocasião, foram apresentados os resultados da Consulta Pública (CP-82).

O encontro foi aberto pelo diretor-presidente substituto da ANS e diretor de Normas e Habilitação de Produtos, Rogério Scarabel. Na sequência, a palavra foi passada para a gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais da ANS, Andreia Ribeiro Abib, que informou que a maioria das 920 contribuições recebidas versaram sobre alterações, melhorias e artigos. Os artigos que mais receberam sugestões/alterações foram: art. 2º- Conceitos; art. 7º- Substituição; art. 9º- Prestador substituto (podendo ser da rede aumento da capacidade de atendimento ou que estivesse na rede há mais de 90 dias); art. 13 – Redimensionamento e impacto na massa assistida; e art. 21 – Comunicação individualizada.

Como considerações gerais, Andreia apresentou premissas que permearam a análise técnica para construção da norma: colocar em consulta pública; e avaliar a viabilidade e oportunidade das contribuições.

1) A Lei nº 9.656/1998, em seus arts. 17 e 17-A, permite o redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição nos planos de saúde já vendidos, e cabe à ANS regulamentar os critérios que nortearão todas as alterações da rede hospitalar pretendidas. Esta lei não conceitua qualidade, equivalência e impacto da massa

assistida, o que ressalta a importância da Resolução Normativa e para regulamentação dos artigos.

2) De acordo com o estabelecido no art. 4 da Lei nº 9.961/2000, a ANS não tem competência para obrigar as partes contratantes a permanecerem contratadas, tampouco para anular a rescisão do contrato entre as duas empresas. A Agência tem como competência garantir que o beneficiário não perca o direito à assistência.

3) O escopo da norma em discussão é o estabelecimento de critérios para redirecionamento de rede hospitalar. O normativo não abrange as regras para alteração tanto da rede não hospitalar assim quanto do registro de produto.

4) Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados em setembro de 2020, o Brasil possui 5.570 municípios; e segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do mesmo período, apenas 1.661 municípios (29% do total) possuem hospital privado. Destes, 1.101 municípios possuem apenas um hospital privado. As informações foram atualizadas dos vazios assistenciais, e o assunto é um desafio para a regulação nacional.

5) Entre os 4.600 prestadores privados no Brasil, segundo a CNES, 4% deles possuem o certificado de acreditação no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (Qualiss). Considerando as certificações níveis 1 e 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o percentual aumenta para 8%. Este cenário justificou a opção regulatória de permitir o intercâmbio de atributos. A utilização apenas do atributo de acreditação nos critérios de equivalência poderia inviabilizar as substituições hospitalares, tendo em vista o quantitativo de hospitais. O desafio é incluir a qualidade sem inviabilizar a substituição.

6) Desde 2011, a ANS entende que as medidas de acesso são a forma mais adequada de definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo prestado efetivamente e de forma oportuna. O compartilhamento de prestadores (mesmo de prestador de serviços) pode atender aos beneficiários de várias operadoras, ao SUS e a particulares.

7) A partir das contribuições recebidas identificou-se uma confusão dos conceitos “redimensionamento da rede hospitalar por redução” e “exclusão parcial de serviços”. O art. 17 da Lei nº 96.560/1998 se refere à entidade ou ao estabelecimento hospitalar em sua totalidade, ou seja, à exclusão integral do hospital da rede do plano. A exclusão parcial do serviço se refere ao descredenciamento de parte dos serviços hospitalares disponibilizados pela entidade, como, por exemplo, o descredenciamento do serviço de UTI pediátrico.

Dentre as solicitações recebidas pela ANS no período 2018 a 2020, para alterações, na maioria o volume de substituição é menor que o redirecionamento por exclusão de serviços. Assim, foi entendido que a substituição é mais interessante ao beneficiário do que a exclusão.

Marco da proposta da Consulta Pública 82/2021

O redimensionamento por redução de prestadores hospitalares foi para consulta pública, sendo assim debatida a definição do impacto na massa assistida para fins de redimensionamento por redução:

1) Baseada na Curva ABC (feita em relação aos hospitais prestadores do plano) – o conjunto de prestadores que concentrassem até 80% das internações do plano

prestador, na Região de Saúde do prestador, causaria impacto na massa assistida e não poderia ser reduzido.

2) Os prestadores situados na faixa A que acumulassem menos de 5% das internações poderiam ser excluídos.

Algumas das contribuições enviadas se embasaram em mercados relevantes do Brasil. A ANS chegou ao entendimento que no País existem 148 mercados relevantes e que abrangem 2.717 municípios. Ou seja, 51% dos municípios brasileiros estão fora deste mercado relevante; destes, 798 (14%) possuem hospitais privados. Em função disso, foi mantido o conceito de Região de Saúde.

A ANS manteve o artigo com a manutenção da Curva ABC para 80% de internações no plano prestador por Região de Saúde e para menos que 5% das internações na faixa A. Também foi incluído que, caso a exclusão do prestador hospitalar ocasione impacto sobre a massa assistida, a operadora poderá substituir o referido prestador por outro equivalente, segundo o disposto no art. 7º deste normativo.

Critérios para substituição de prestadores hospitalares:

1) Utilização.

2) Serviços Hospitalares – internação psiquiátrica, internação obstétrica, internação clínica, internação cirúrgica, internação em UTI neonatal, internação em UTI pediátrica, internação em UTI adulto, atendimento de urgência e emergência adulto, atendimento de urgência e emergência pediátrico.

3) Critérios de qualidade – acreditação regulamentado por órgão regulamentador nacional; a ANS estimula a acreditação de serviços.

4) Disciplina a contratação de outros prestadores hospitalares e não hospitalares para complementação.

5) Disciplina a indicação de prestador, já pertencente à rede de atendimento do produto, como prestador substituto, não por redimensionamento.

6) Redução como substituição, utilizando critérios de comprovação para aumento de capacidade para mais atendimentos, para prestadores colocados na rede em até 90 dias.

7) Exclusão – manutenção da curva ABC: manter 80% de atendimentos em serviços de urgência e emergência.

Portabilidade

Será facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de entidade hospitalar por redimensionamento (por redução ou substituição), ocorrido no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano, independentemente do prazo de permanência no produto e da faixa do preço.

O beneficiário terá 180 dias, contados da data do descredenciamento, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração da rede credenciada, se assim desejar.

Em última análise, foram definidos que:

1) Não há necessidade de resposta se os recursos tecnológicos conseguirem comprovar a ciência do destinatário sobre as alterações.

2) A operadora deverá comunicar o beneficiário titular ou responsável legal do plano.

3) Comunicado a partir da Pessoa Jurídica (PJ) contratante, desde que a operadora tenha a comprovação da comunicação individualizada.

4) A comunicação individualizada deverá vir acompanhada da informação sobre a possibilidade do exercício da portabilidade.

Marcos da proposta:

Para a operadora: os hospitais menos utilizados poderão ser excluídos.

Para o prestador: regulação da exclusão parcial.

Para o beneficiário: portabilidade sem prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço; comunicação individualizada das exclusões de hospitais e serviços de urgência e emergência.

Ao fim da reunião, os representantes da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) e Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) se manifestaram com sugestões para flexibilizar as medidas implantadas, garantindo a qualidade e desburocratização; a livre negociação dos planos; o estímulo ao processo de acreditação; e as propostas de equivalência para todas as alterações de prestadores hospitalares.

