Radar

Ano 02 - Edição 03 - Abril de 2012 – Informativo Interno dirigido aos Associados da ABRAMED – Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica

Veja novidades da nova TISS versão 3.0

Nova versão traz algumas novidades, entre elas a rastreabilidade das faturas eletrônicas e a inclusão das terminologias em saúde e seus códigos unificados nas guias

A Comissão de Estudo Técnico TISS realizou a terceira edição do Implanta TISS – TUSS, na última segunda-feira (19), em São Paulo. O tema central do evento foi a nova versão da TISS, a de número 3.0, que deverá ser lançada no final de abril, segundo o gerente geral de Integração Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Antonio Carlos Endrigo.

A nova versão traz algumas novidades, entre elas a rastreabilidade das faturas eletrônicas – que permitirá aos prestadores identificar as guias pagas e as glosadas – e a inclusão das terminologias em saúde e seus códigos unificados nas guias.

A ANS publicará uma Resolução Normativa disponibilizando a versão 3.0 da TISS, além de definir prazos para adequação às novas regras. A partir da nova versão e da validação da futura resolução, todas as guias trocadas entre prestadores e operadoras de planos de saúde deverão ser enviadas para a agência.

Outra medida será a realização de oficinas de treinamento sobre o novo programa, desta vez com especial enfoque nas empresas de tecnologia envolvidas no processo de transferência de dados.

.

Para o representante da Orizon, Sérgio Santos, a versão 3.0 deve ser mais atrativa, porque traz mais benefícios às instituições. Segundo ele, a possibilidade de rastreabilidade das guias é um forte argumento para que o mercado adote rapidamente a nova versão.

TUSS

Até o momento, às vésperas do lançamento, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar conta com 108.378 termos codificados. Segundo **Antonio Carlos Endrigo**, a agência ainda não sabe se vai conseguir lançar a nova versão contemplando todos os códigos, ou se terá que deixar de fora os materiais, as órteses e as próteses. A dificuldade, segundo ele, é a diversidade de fornecedores de cada produto, as combinações possíveis entre os tipos de produtos e a relação desses códigos com a precificação.

Comentários ABRAMED

Segundo **Dr. Luiz Gastão Rosenfeld** (Coordenador da Câmara Técnica da **ABRAMED**), a rastreabilidade para os pagamentos será realizado através do código de recebimento (emitido pelo pagador a cada lote recebido de guias). Esse código do recebimento das guias será citado no pagamento. Não existirá ainda rastreabilidade a nível de guias ,pois estas não tem identificações unas. Deverão ser

melhorados também a identificação dos lotes de envio nos grandes prestadores, procurando fazer sistemas de identificação unos de lotes de envio de cada prestador para cada pagado.

A problemática da Terminologia é um dos grandes entraves da automação dos processos de aprovação, pagamento e glosas. As novas versões TUSS, certamente melhorarão essa comunicação de forma lenta e progressiva. As áreas de Materiais, OPMEs e Medicamento serão novos capítulos do TUSS , mas, ainda estão em desenvolvimento.

Dr.Wilson Shcolnik (também Coordenador da Câmara Técnica da **ABRAMED**), diz que apesar do estímulo à troca de informações por meio eletrônico e à futura eliminação do papel, os atuais representantes do setor de Medicina Diagnóstica defenderam a obrigação de que as solicitações de exames complementares continuem sendo solicitados em papel. Isto decorre da necessidade dos pacientes (usuários do sistema suplementar de saúde) conhecerem os procedimentos a que deverão ser submetidos, podendo se preparar adequadamente para a correta realização dos mesmos. Esta situação felizmente foi bem entendida e será parte do texto da nova versão da TISS.

Projeto piloto vai testar novo modelo de remuneração da saúde suplementar

Cada associação integrante do Grupo da ANS, que discute mudanças na remuneração, irá indicar três duplas de operadores e hospitais que podem ser escolhidos para a execução do trabalho, que durará 12 meses

Apesar de ainda estar longe de uma definição, o novo modelo de remuneração hospitalar das fontes pagadoras privadas será testado em um projeto piloto, coordenado pelo grupo de trabalho (GT) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) , composto pelas entidades Abramge, Fenasaude, Unidas, Unimed, Anahp, CMB, CNS, FBH, AMB.

Criado em janeiro de 2010, o GT começa a dar os primeiros resultados. Atualmente na segunda fase, que é a de definição de conceitos, o grupo deve, assim que aprovar o documento que compreende o escopo do projeto piloto, iniciar a terceira e penúltima fase dos trabalhos. A informação foi revelada por Jair Monaci, presidente da Abramge e integrante do grupo, durante evento para discutir o assunto organizado nesta sexta-feira (09/03) pela Câmara Britânica no Brasil, em São Paulo. Segundo ele, o piloto está previsto para durar 12 meses, mas ainda não tem data para começar.

Para o projeto, cada associação integrante do GT irá indicar três duplas de operadores e hospitais que poderão ser escolhidos para a execução do trabalho. Destes, será escolhida apenas uma dupla indicada por cada integrante. “As boas empresas estão doidas para participar do projeto piloto”, afirma o coordenador e diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, Bruno Sobral.

Monaci contou que o projeto piloto terá três fases. A primeira envolve a implantação da diária compacta. Em seguida, a implantação de 20 procedimentos gerenciados (eventos cirúrgicos previamente definidos) e do modelo de avaliação de desempenho. A última será o monitoramento da implantação do trabalho. Para participar, tanto os hospitais quanto as operadoras que serão selecionadas pela ANS terão que cumprir uma série de exigências e requerimentos estipulados pela agência.

ANS lança Guia Prático sobre Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança nesta segunda-feira (12/3/2012) o Guia Prático e Guia de Bolso sobre Planos de Saúde com informações para esclarecer dúvidas dos beneficiários ou de quem deseja contratar um plano pela primeira vez. A iniciativa faz parte de uma série de ações pelo Dia do Consumidor, comemorado em 15 de março. As publicações serão distribuídas em vários eventos pelo país organizados pelos Procons e nos Núcleos da Agência, além de poderem ser acessados pela Internet (**www.ans.gov.br**).

O Guia começa descrevendo o papel da ANS como agência reguladora do setor, esclarecendo suas atribuições e seu campo de atuação junto aos consumidores, os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde. Em seguida, apresenta um passo a passo com orientações para contratação de um plano, com exemplos sobre os vários tipos de produtos oferecidos pelas operadoras. Há também recomendações ao consumidor, no momento de escolher um plano. Já o Guia de Bolso traz respostas para as dúvidas que podem surgir no momento de uso dos serviços e foi criado com o mesmo tamanho da carteira do plano para facilitar sua portabilidade.

O Guia Prático ressalta ainda a importância de se informar sobre a rede credenciada de profissionais, laboratórios, clínicas e hospitais e sobre os valores diferenciados conforme a idade. O Guia aborda também os direitos quanto à cobertura mínima obrigatória de acordo com o tipo de plano e as acomodações (apartamento ou enfermaria), além da área geográfica de cobertura (municipal, estadual, regional ou nacional).

Os reajustes de preços para cada tipo de plano, a portabilidade das carências para outra operadora, além de um glossário com os termos mais usados pelo setor, também são abordados pelo Guia. A publicação traz ainda os canais de relacionamento da Agência com os consumidores, por meio de telefone, sítio eletrônico e atendimento presencial nos Núcleos da ANS.

ANS simplifica Plano de Contas exigido das operadoras de Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa nº 290 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde. A iniciativa consolidou a norma contábil que estava descrita em diversas resoluções e instruções normativas, estabeleceu orientações sobre a aplicação dos pronunciamentos contábeis no setor e simplificou o plano de contas.

A nova resolução aplica-se aos registros contábeis a partir de 1º de janeiro de 2012. As normas da ANS já seguem o padrão internacional desde 2010. A inovação introduzida diz respeito a orientações para auxiliar o setor de saúde na aplicação dessas regras.

A simplificação do plano de contas vai permitir que as operadoras, além de mais agilidade na prestação das informações, possam também reduzir custos operacionais. De acordo com o Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, Leandro Fonseca, houve redução de cerca de 40% das linhas do plano de contas, o que trouxe mais racionalidade sem perda da qualidade das informações fornecidas pelas operadoras à ANS, para fins de monitoramento do setor.

Consulte: www.ans.gov.br; Resolução Normativa No 290 .

Operadoras não podem participar de políticas restritivas

Qualquer obstáculo ou restrição, portanto, à comercialização de planos para idosos, pessoas com doenças graves ou deficientes, a ANS deve ser informada

A aquisição e o acesso aos serviços dos planos de saúde não podem ser dificultados ou impedidos em razão da condição de saúde,

idade ou deficiência do consumidor. Além disso, os locais de venda de planos de saúde devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores, sem qualquer tipo de restrição. Essas premissas vêm servindo de base para decisões judiciais favoráveis aos beneficiários quando se deparam com dificuldades para aquisição ou cumprimento das coberturas de seus planos.

Qualquer obstáculo ou restrição, portanto, à comercialização de planos para idosos, pessoas com doenças graves ou deficientes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve ser informada. Nesses casos, a operadora do plano de saúde poderá ser multada em cinquenta mil reais, por cada infração verificada.

Para denunciar este tipo de situação à ANS, é preciso ter em mãos os dados do beneficiário do plano de saúde ou do consumidor que deseja adquirir o plano.

Terceirização da Saúde custa R$ 692 milhões

O montante representa 38,26% dos valores empenhados pelas Prefeituras para a Saúde neste ano, o equivalente a cerca de R$ 1,8 bilhão

A terceirização da Saúde para alguns municípios é a solução para melhorar o atendimento nos equipamentos de Saúde. Para outros, a medida só traz dor de cabeça. No Grande ABC, a prática é adotada por seis das sete cidades, que desembolsam R$ 692,1 milhões para entidades sem fins lucrativos cuidarem dos equipamentos municipais. O montante representa 38,26% dos valores empenhados pelas Prefeituras para a Saúde neste ano, o equivalente a cerca de R$ 1,8 bilhão.As informações são do jornal Diário do Grande ABC.

A contratação de organizações não governamentais foi autorizada pelo governo federal em 1998. Desde então, a prática vem sendo utilizada pelos municípios que, muitas vezes, não conseguem gerenciar o serviço. A professora Elza Emi Itani, da FESPSP (Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo), afirma que o trabalho pode ser desenvolvido dessa maneira porque “não é uma atividade exclusiva do Estado”.

Na região, a cidade que mais gasta com as organizações é São Bernardo, comandada por Luiz Marinho (PT). Com orçamento da Saúde previsto em R$ 798,4 milhões para este ano, o Executivo desembolsa R$ 400,5 milhões anuais para que a Fundação do ABC administre o Complexo Hospitalar e a rede de saúde. O contrato foi fechado em 2011 e ficará vigente por cinco anos.

O prefeito de Santo André, Aidan Ravin (PTB), também escolheu a Fundação do ABC para recrutar o corpo médico do Hospital da Mulher. São R$ 146 milhões por ano para contratação de profissionais. O orçamento da Pasta é de R$ 372 milhões.

Em busca de solucionar os problemas de atendimento no Hospital Doutor Radamés Nardini, a Prefeitura de Mauá escolheu a Fundação do ABC para administrar o equipamento municipal. Desde 2010, a organização assumiu os serviços. O repasse anual é de R$ 50,4 milhões.

Fundação também cuida do Complexo Hospitalar de São Caetano por R$ R$ 63,6 milhões anuais. No ano passado, a entidade também ganhou a licitação de Rio Grande da Serra, onde fornece os médicos plantonistas na UBS (Unidade Básica de Saúde) Central por R$ 2,1 milhões.

Advogado especialista em administração pública, Rodrigo Matheus reitera que, na maioria das vezes, a terceirização dos serviços é necessária porque fica inviável para a Prefeitura comandar todos os serviços. De acordo com ele, a função da administração pública é a prestação de serviços nas esferas de atuação. Se imaginar que é preciso fazer toda gama de serviços públicos com eficiência teria que ter uma máquina muito forte.

Eliza e Matheus concordam quando o assunto é a fiscalização dos serviços prestados pelas OSS (Organização Social de Saúde). “O mais importante é a fiscalização, a qualidade (do trabalho) e o cumprimento das metas. É o dever do Estado fiscalizar o contratado”, destaca Eliza.

Já o advogado defende que é necessário ter embasamento para explicar a contratação. Para ele, toda vez que o serviço é para o particular tem de haver estudos justificando o porquê de o município precisar disso, quais benefícios e o princípio de economicidade.

Não mais

A Prefeitura de Diadema não conta mais com os serviços terceirizados na Saúde. O Executivo mantinha contrato com a Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), porém o Ministério Público ordenou que o acordo fosse interrompido. Atualmente, a instituição presta somente assessoria ao Paço.

Ribeirão Pires é a cidade que mais sofreu com a questão das organizações. Todas que passaram pela cidade deram problemas jurídicos. O prefeito Clóvis Volpi (PV) admite que estuda retomar o gerenciamento da Saúde após o contrato com a OSSPUB (Organização Social de Saúde Pública) se encerrar, em julho. O acordo é R$ 29,5 milhões.

Ministério garante R$ 1,9 bilhão a mais para Atenção Básica

Segundo Ministério, com incremento financeiro, as secretarias municipais de saúde poderão investir em estruturação, construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde

O Ministério da Saúde garantiu R$ 1,9 bilhão a mais no orçamento deste ano para investimentos na Atenção Básica. O recurso foi pactuado nesta quinta-feira (23) durante a segunda reunião ordinária deste ano da Comissão Intergestores Tripartite, que reúne representantes da gestão federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde. Os recursos adicionais começam a ser transferidos para os municípios a partir do próximo mês, correspondendo a um reajuste de 14,3% nas partes fixa e variável do Piso de Atenção Básica (PAB).

Segundo Ministério, com este incremento financeiro, as secretarias municipais de saúde poderão investir em estruturação, construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde. Ao assegurar o novo recurso para a Atenção Básica, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, destaca que o investimento vai ajudar a diminuir a diferença entre as grandes cidades e os municípios menores na assistência à população. “Com mais estes recursos, toda a população brasileira ganha mais saúde. Principalmente as que mais necessitam”, afirma o ministro.

AUMENTOS

O chamado PAB Fixo é calculado por habitante e leva em conta as características locais, como percentual da população em extrema pobreza, densidade demográfica, Produto Interno Bruto do município, população com plano de saúde, a quantidade de pessoas que recebem Bolsa

Família, entre outras variáveis. A partir de abril, o valor mínimo repassado pelo Ministério por habitante passará de R$ 18 para R$ 20 e o máximo, poderá chegar a R$ 25.

O aumento significa que, por exemplo, uma cidade com 50 mil moradores, que em 2010 recebia do Ministério da Saúde R$ 900 mil destinados à Atenção Básica passará a receber R$ 1,2 milhão esse ano. Os municípios podem destinar esse recurso para o custeio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pagar os salários dos profissionais de saúde e adquirir insumos.

Já o PAB Variável é destinado à implementação de programas estratégicos do governo federal, como o Saúde da Família, Saúde Bucal e o Programa de Melhoria e Acesso a Qualidade (PMAQ), um componente de qualidade criado, ano passado, que destina mais recursos para as UBSs que cumprirem metas na qualificação do trabalhados das equipes de saúde.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Os repasses referentes ao Saúde da Família e Saúde Bucal receberão aumento de 6,4%. Para os Agentes Comunitários de Saúde, o reajuste do incentivo será de 16,3%. Para os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASFs II), chegará a 33,3%. E, em relação ao PMAQ, os municípios poderão receber, a partir de maio e após comprovação da qualificação, até R$ 11 mil por mês.

Atualmente, o país conta com 38 mil UBSs, 32,3 mil Equipes de Saúde da Família, 249 mil Agentes Comunitários de Saúde, 21,3 mil Equipes de Saúde da Família com Profissionais de Saúde Bucal e 1.525 NASFs.

Em 2011, o Ministério da Saúde habilitou 2.077 novas Unidades Básicas de Saúde e autorizou reformas em outras 5.240 mil. A maioria das UBSs está localizada em municípios que fazem parte do Mapa Brasil Sem Miséria.

Assembléia Legislativa de Mato Grosso avalia lei que define critérios em mamografia

A Assembleia Legislativa de Mato Grosso estuda aprovar uma lei que define critérios para a certificação de controle de qualidade dos exames de mamografia nos hospitais públicos e particulares. A iniciativa, de autoria do deputado Nilson Santos (PMDB), prevê a obrigatoriedade para os hospitais e as clínicas de radiodiagnóstico das redes privadas e públicas de Mato Grosso que realizam o exame de mamografia.

Com aprovação da lei, as empresas e o setor público terão que fornecer selo de qualidade emitidos pelo **Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem**. A lei prevê também que o médico responsável pelo laudo do exame de mamografia, obrigatoriamente, seja especialista em radiodiagnóstico ou possua titulação de especialista em mamografia expedida pela sociedade médica legalmente reconhecida.

No projeto de lei, Nilson Santos justifica que o exame de mamografia só poderá ser realizado por técnico em radiologia nas instituições hospitalares de referência no estado. De acordo com o deputado, a proposição tem a finalidade de assegurar a qualidade dos exames de mamografia realizados pelos hospitais e pelas clínicas de radiodiagnóstico, possibilitando a detecção precoce do câncer de mama.

Nilson Santos afirma que o projeto se baseia no incontestável consenso médico de que a mamografia, atualmente, é o método mais eficaz

para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Um exame com alto padrão de qualidade pode visualizar, entre 85% e 90% dos casos, um tumor dois anos antes de ocorrer acometimento ganglionar, em mulheres com mais de 50 anos de idade.

Dados de pesquisas revelam que nos casos em que a detecção é feita precocemente, o índice de cura é alto e a qualidade de vida é garantida. Desde 2003 as neoplasias malignas foram a segunda causa de morte na população, representando quase 17% (140 mil) dos óbitos de causa conhecida.

Programas de prevenção de planos de saúde crescem após 6 meses

Com a participação de 932 mil beneficiários, o montante representa um aumento de cinco vezes o número de usuários de saúde suplementar beneficiados com a iniciativa

Os programas de prevenção implementados pelas operadoras de planos de saúde cresceram após seis meses da vigência das Resoluções Normativas 264 e 265, que incentivam as operadoras a implementarem programas dessa natureza, segundo informam dados divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). As informação são do jornal Infomoney.

No período, foram informados à ANS 543 programas, com a participação de 932 mil beneficiários.

O montante representa um aumento de cinco vezes o número de usuários de planos de saúde beneficiados com a iniciativa, visto que, antes das citadas resoluções, eram 127 programas e 198 mil beneficiários.

Além de estimular hábitos saudáveis, os programas podem oferecer prêmios e descontos nas mensalidades dos planos. “A iniciativa representa uma mudança de paradigma na saúde suplementar, pois o objetivo do sistema de saúde deve ser promover a saúde e não somente tratar doenças”, disse o presidente da Agência, Maurício Ceschin.

Como funcionam?

Os programas de prevenção implementados pelas operadoras de planos de saúde possuem enfoque nas atividades voltadas para temas como estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, da osteoporose, da hipertensão, da diabetes, do tabagismo e da obesidade. A saúde do idoso também é destaque nos programas.

De modo geral, segundo a Agência, após a implantação desses programas, já é possível verificar, entre outras coisas, aumento da utilização de exames preventivos e tratamento precoce do câncer, bem como a diminuição da taxa de internação por doenças crônicas.



Material editado por, Luigi Galante – Estagiário da ABRAMED – Fontes das matérias já publicadas: www.cbr.org.br; www.saudeweb.com.br; de 01/03/2012 à 30/03/2012.