



1. ANS DIVULGA LISTA DE QUEIXAS DE USUÁRIOS

Negativas de atendimentos, demora ou recusas de liberação de exame ou cirurgia, reajustes abusivos e descredenciamentos de médicos, hospitais e laboratórios são as principais queixas dos usuários.

No País, as reclamações contra planos de saúde estão no topo do ranking há 10 anos consecutivos. Em 2009, a ANS recebeu 12.728 denúncias de infrações cometidas pelas operadoras. Já os de Procons de 24 estados brasileiros, juntos, contabilizaram 14,8 mil queixas de usuários.

2. FLEURY E DASA DEVEM INVESTIR EM EXPANSÃO

Os grupos Fleury e Dasa devem investir cerca de R\$ 300 milhões neste ano, incluindo programas de expansão. A iniciativa tem como base o crescente número de pessoas com carteira assinada, que envolve significativamente novos usuários de plano de saúde.

Hoje a rede Fleury conta com 16 marcas de laboratórios em seis Estados - inclusive no Rio Grande do Sul - e no Distrito Federal. São 140 unidades e um plano de expandir para além dos grandes centros.

Da mesma forma, a Dasa, dona de 18 marcas em 12 Estados e Brasília, também deve ir atrás do potencial da nova classe média. A estratégia inclui o crescimento com unidades de perfil mais simples, assim como as quatro abertas pelo grupo neste ano no interior de São Paulo.

3. DECRETO REGULAMENTA LEI DE CERTIFICADOS PARA ENTIDADES BENEFICENTES

Um decreto presidencial, publicado dia 21 de julho no Diário Oficial da União, regulamenta a lei que garante a certificação e a isenção fiscal à entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde e educação.

A partir de agora, a concessão dos certificados para instituições beneficentes que quiserem isenção das contribuições da seguridade social deixará de ser responsabilidade do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e passará a ser feita pelos ministérios da Educação, Saúde, e Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social - MDS, cada entidade deve solicitar o cadastro e a certificação nos ministérios correspondentes à sua atividade. Isso facilita e dá qualidade à análise dos processos. Para começar o processo de certificação, a instituição deve se cadastrar em um conselho municipal de assistência social. Os pedidos serão direcionados aos ministérios, que terão até seis meses para avaliar cada processo.

A certificação tem validade de três anos. Além disso, as entidades devem prestar contas anualmente. Se for constatada alguma irregularidade, as instituições podem perder o registro. Para isso, o controle social é fundamental:

Para fazer um controle mais efetivo, o MDS vai implantar até 2011 um sistema integrado e digital entre os ministérios, CNAS e a Receita Federal. No Brasil, há sete mil entidades beneficentes cadastradas. De

acordo com o CNAS, 1.614 processos que tramitam no conselho são anteriores à lei e, por isso, ainda serão avaliados conforme a legislação antiga. Cerca de 1.400 foram apresentados após a promulgação da nova legislação, que ocorreu em novembro do ano passado.

4. ÓRGÃOS DE DEFESA DO CONSUMIDOR CRITICAM AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e o Procon lançaram um manifesto em que cobram da Agência Nacional de Saúde (ANS) mais transparência na revisão de normas que regulamentam os planos de saúde particulares.

Segundo Idec, a ANS tem proposto uma série de discussões importantes para o setor, como a revisão dos métodos de reajuste dos convênios de saúde, a adaptação de contratos antigos, a manutenção dos contratos em casos de demissão do trabalhador beneficiário e a portabilidade, ou seja, a possibilidade do usuário mudar de plano sem ter que cumprir os prazos de carência do novo.

O problema, segundo os órgãos de defesa do consumidor, é que, além de realizar algumas discussões simultaneamente, a ANS tem estabelecido prazos considerados pequenos para que os cidadãos interessados participem com sugestões. Além disso, para o Idec e para o PROCON as informações disponibilizadas pela agência seriam insuficientes para que quem não é especialista possa contribuir.

Desde junho, a ANS já instalou três câmaras técnicas (reunião de especialistas para discutir a proposta regulatória, que antecede a consulta pública) sobre a revisão das regras de portabilidade de carências, elaboração de um novo modelo de reajuste anual e sobre prazos de manutenção de contratos coletivos empresariais para consumidores demitidos ou aposentados.

5. EUA: NOVA LEI DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR DE PLANOS DE SAÚDE

O governo dos Estados Unidos anunciou no dia 23 de julho uma nova regulamentação que protege os consumidores em relação de abusos de empresas de seguro de saúde e dá aos consumidores mais controle sobre as decisões de planos de saúde, com a criação da lei "Affordable Care Act".

Nos termos da legislação, os consumidores novos em planos de saúde terão o direito de recorrer das decisões das seguradoras, incluindo recusas de solicitações e rescisões feitas pelos seus planos de saúde, não importa a cobertura que o paciente possui.

Além disso, US\$ 30 milhões do Programa de Assistência do Consumidor estão agora disponíveis para estabelecer escritórios de assistência aos consumidores ou melhorar os já existentes. Os novos fundos serão usados para fornecer aos consumidores as informações necessárias para escolher uma opção de cobertura que melhor atenda às suas necessidades.

6. ELI LILLY REGISTRA LUCRO LÍQUIDO DE US\$ 1,3 BILHÃO

A farmacêutica americana Eli Lilly registrou lucro líquido de US\$ 1,3 bilhão no segundo trimestre deste ano, um aumento de 16% em relação a 2009, quando fechou o período em US\$ 1,1 bilhão.

Por ação, os rendimentos tiveram acréscimo de 15%, ao passarem de US\$ 1,0 de abril a junho de 2009, para US\$ 1,2 no mesmo trimestre de 2010.

De acordo com a companhia, a receita mundial teve acréscimo de 9%, ao passar de US\$ 5,2 bilhões, para US\$ 5,7 bilhões. Por outro lado, a empresa destacou a redução de US\$ 70 milhões no total da receita em função do impacto da reforma do sistema de saúde nos Estados Unidos.

7. MEDICAMENTOS DE USO CONTINUADO PODERÃO SER CUSTEADOS PELO SUS

Para fazer valer o que consagra o artigo 196 da Constituição Federal – “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem 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 Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados está analisando o Projeto de Lei (PL) 3.171/00, do Senado Federal, que garante o fornecimento de medicamentos de uso contínuo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o substitutivo, uma lista de medicamentos essenciais será definida pelos gestores do SUS e poderá ser atualizada periodicamente e, na falta deles nos serviços do sistema, o paciente terá a opção de obtê-los nas farmácias e drogarias comerciais conveniadas com o gestor do SUS, que, nesse caso, reembolsará o custo do remédio, conforme preços previamente acordados.

Vale notar que o projeto original data de 2000, portanto, estava há 10 anos tramitando na Câmara aguardando análise e encaminhamento para votação.

8. NOVO ROL: PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO VERIFICA CUSTO E EFICÁCIA

A periodicidade de atualização do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definida em dois anos, é um prazo considerado razoável para que o grupo de trabalho que analisa e verifica os novos procedimentos e atualizações da medicina podem ser incluídos na lista de cobertura mínima dos planos de saúde.

Se por um lado, as operadoras alegam que este não é um tempo suficiente para absorver e se adaptar aos impactos econômico-financeiros gerados pelas novas inclusões, por outro lado, as entidades de defesa do consumidor reclamam do número de procedimentos que deixaram de ser incluídos ou atualizados.

De acordo com a ANS, o processo para inclusão de um novo procedimento ao rol passa por várias etapas. A primeira exigência está ligada ao reconhecimento do Conselho Federal de Medicina (CFM). Se o procedimento ainda é considerado experimental, ou está sob protocolo, mas ainda não foi oficialmente reconhecido pela entidade, por sua eficácia, o procedimento não pode ser adotado como cobertura obrigatória.

Para montar a lista das novidades a serem incluídas a ANS verifica as demandas enviadas pelos beneficiários. Na época da revisão, a ANS faz a seleção dos novos itens e revisa a cada um com base em evidências clínicas. Após a comprovação, faz uma proposta técnica de inclusão, que é apresentada ao grupo de trabalho. Depois de discutido entre os participantes, as inclusões ainda passam por consulta pública por cerca de dois meses. Com o resultado, faz a proposta final de atualização do rol. Todo este processo é realizado durante dois anos.

9. EMENDA 29: DISCUSSÃO PARADA NO CONGRESSO

A Câmara dos Deputados engavetou há dois anos o projeto de lei complementar que regulamenta a Emenda 29, estabelecendo quais gastos podem ser contabilizados como destinados à Saúde. A regulamentação ainda poderá alterar os percentuais da arrecadação federal que devem ser alocados ao setor. A votação emperrou antes da análise do último e mais polêmico destaque: o que decide se a nova versão da CPMF, a Contribuição Social da Saúde (CSS), será criada. A CSS prevê a arrecadação de 0,1% das movimentações financeiras que excederem R\$ 3.200.

A tramitação da regulamentação da Emenda 29 começou no Senado. Houve mudanças na Câmara e, quando os deputados terminarem a votação, o texto da emenda voltará ao Senado, que dará a palavra final. Mas a maioria governista na Câmara deverá impedir que a matéria seja analisada este ano. O Palácio do Planalto avalia que a criação da Contribuição Social da Saúde (CSS) será enterrada se entrar na pauta em período eleitoral.

10. RAINHA E OLIMPIADAS DA SAÚDE 2010

A FEHOSUL e o SESC-RS abriram, hoje, as inscrições para os eventos da RAINHA e OLIMPIADAS DA SAÚDE 2010, que ocorrerão nos dias 15, 16 e 17 de outubro, na sede do SESC-Campestre, em Porto Alegre.

Além da Rainha da Saúde, serão escolhidas 1ª e 2ª Princesas, Simpatia e a melhor torcida. Já as Olimpíadas ocorrerão nas modalidades de FUTSAL (feminino e masculino), VOLEIBOL (feminino) e FUTEBOL SETE (masculino).

Maiores informações para as inscrições podem ser obtidas na FEHOSUL (51 3328-7173), para o concurso da Rainha; e no SESC (51 3284-2047), com Marcelo.

Escolha sua candidata e inscreva sua equipe!

Diretoria da FEHOSUL

