

ÍNDICE INTERATIVO

[Avanço no emprego formal impulsiona mercado de saúde](#) - Fonte: IESS

[Clínicas de APS são inauguradas em Joinville](#) - Fonte: Saúdebusiness

[Novas tecnologias para ATS](#) - Fonte: IESS

[Echos propõe solução para o sistema de saúde suplementar do Brasil](#) - Fonte: Saúdebusiness

[Notre Dame Intermédica compra hospital Amiu por R\\$ 40 milhões](#) - Fonte: Valor Econômico

[Gestão de custos e saúde sem gestão](#) - Fonte: Saúdebusiness

[Transparência para decisões difíceis na área da saúde](#) - Fonte: Saúdebusiness

[Hapvida compra Infoway, empresa de gestão de saúde](#) - Fonte: Valor Econômico

[Cassi, plano de saúde do BB, tem prejuízos de R\\$ 377,7 milhões](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Judicialização indiscriminada compromete saúde brasileira](#) - Fonte: IESS

AVANÇO NO EMPREGO FORMAL IMPULSIONA MERCADO DE SAÚDE

IESS – 09/04/2019

Levantamento do IESS aponta relação do crescimento do mercado de trabalho com a contratação de planos de saúde.

O total de beneficiários de planos médico-hospitalares cresceu 0,5% entre fevereiro de 2019 e o mesmo mês do ano anterior, um aumento de 220,3 mil vínculos. Os números integram a última edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). "O resultado está claramente apoiado no avanço do total de postos de trabalho formal no País. No mesmo período analisado pela NAB, o Caged aponta um saldo de 173,1 mil novos postos com carteira assinada", analisa Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, lembrando os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, do Ministério do Trabalho.

O executivo explica que mesmo que o ritmo de retomada do mercado de trabalho formal esteja abaixo daquele previsto na mesma época de 2018, o avanço constante desse indicador tem uma influência muito positiva sobre a economia como um todo. "A criação de novas vagas influencia a renda das famílias, sua capacidade de consumo, de acessar crédito e mesmo a confiança da população", argumenta. "Com isso, é natural que as pessoas que se viram obrigadas a deixar o plano ao longo dos últimos quatro anos comecem a recontratar o serviço. Especialmente porque este é um dos três maiores desejos do brasileiro, após educação e casa

própria", completa Carneiro. O dado vem da pesquisa de "Avaliação dos Planos de Saúde" IESS/Ibope.

O resultado foi impulsionado pelos números do Estado de São Paulo, que teve 136,9 mil novos vínculos firmados nos 12 meses encerrados em fevereiro deste ano. Alta de 0,8%. O Estado conta com 17,3 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, o que representa mais de um terço (36,4%) do total do País.

Por outro lado, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais continuam enfrentando resultados negativos. Juntos, os três estados registraram o rompimento de 81,9 mil vínculos. "Os números desses três Estados, apesar de negativos, reforçam a ligação entre o cenário econômico nas Unidades da Federação e a contratação de planos de saúde", avalia Carneiro. "Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul são, justamente, aqueles com a pior situação fiscal segundo relatório recente da Tendências Consultorias", comenta.

No mesmo período, o segmento de planos exclusivamente odontológico registrou 1,5 milhão de novas contratações. Com o aumento de 6,4%, o segmento já contabiliza 24,4 milhões de beneficiários.

CLÍNICAS DE APS SÃO INAUGURADAS EM JOINVILLE

Saúdebusiness – 09/04/2019

A Qualirede inaugurou duas Clínicas de Atenção Primária à Saúde em Joinville/SC nesta semana – com mais uma unidade a ser lançada ainda neste ano. Juntas, elas atenderão cerca de 22 mil vidas e têm capacidade de 5 mil consultas por mês. Com a implementação das novas clínicas, a Qualirede terá quatro clínicas de APS no total na região norte do estado de Santa Catarina. A iniciativa, desenvolvida em parceria com várias operadoras de planos de saúde, incluindo a Amil, tem por objetivo cuidar de beneficiários do plano, como trabalhadores de indústrias, empresas e hospitais da cidade.

A atenção primária é o atendimento inicial ao paciente, ou seja, é uma forma de intervenção precoce na doença para evitar necessidades de intervenções mais drásticas, como internações e procedimentos cirúrgicos. "Nossas clínicas são

equipadas para serviços de medicina curativa e preventiva, ou seja, são voltadas tanto para o tratamento de sintomas quanto para os cuidados rotineiros antecipados. Isso evita a procura por atendimento de doenças que poderiam ser evitadas", destaca a CEO da Qualirede, Paula Bianca Coelho. Ela acrescenta que, por meio de um acompanhamento individualizado, é possível entregar melhores resultados, evitando sobrecarregar o sistema de saúde com consequente racionalização dos recursos.

A Qualirede tem atuação nacional e expertise em gestão de planos de saúde e empresas. Além das clínicas de Joinville, a empresa possui clínica em Florianópolis e conta ainda com um projeto de expansão do modelo.

NOVAS TECNOLOGIAS PARA ATS

IESS – 08/04/2019

No início deste ano, falamos um pouco sobre como novas tecnologias estão transformando nosso dia a dia, não apenas na saúde, mas também na forma como “consumimos” notícias, música, etc. Especialmente com a crescente popularização de smart speakers (alto falante inteligente). Um cenário que abre inúmeras possibilidades também para o campo de monitoramento da saúde, programas de promoção e muitos outros, como já abordamos [aqui no blog](#).

Agora, duas gigantes do mercado de tecnologia estão avançando no mercado de testes clínicos: a Apple e a Alphabet (empresa “mãe” do Google e seus outros braços do grupo, como Calico e Verily), que estão buscando empregar sua capacidade de captação e análise de dados, inclusive por meio de wearables (tecnologias para usar no corpo, como smartwatches). Um movimento que pretendemos acompanhar de perto. Especialmente pelo potencial que o uso de novas tecnologias tem para reduzir o tempo médio consumido para cada teste e seu custo. O que poderia tornar todo o processo mais simples e acessível.

O movimento pode beneficiar, no futuro, o trabalho da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e possibilitar que outras empresas desenvolvam testes semelhantes para incorporação de tecnologias ou procedimentos terapêuticos no mercado privado. Vale lembrar que a saúde suplementar, diferentemente da pública, não conta com uma Conitec para analisar custo efetividade de novas tecnologias e sua incorporação no sistema, sendo obrigada a fazê-los quando listadas no Rol de Procedimentos Mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No entanto, o setor também tem o benefício de incorporar por iniciativa própria tecnologias que possam proporcionar melhor custo efetividade e auxiliar na qualidade assistencial aos beneficiários.

Para entender porque a Análise de Tecnologia na Saúde (ATS) é vital para sustentabilidade econômico-financeira da saúde suplementar, recomendamos rever as apresentações do nosso [seminário “Incorporação de Tecnologias na Saúde Suplementar”](#). Principalmente a palestra de Reynaldo Rocha, da Planserv, exatamente sobre a incorporação de tecnologias não listadas no Rol da ANS.

ECHOS PROPÕE SOLUÇÃO PARA O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

Saúdebusiness - 08/04/2019

Foco nas pessoas e no que é desejável. Esse é um dos pilares da abordagem do Design Thinking e uma das premissas do projeto desenvolvido entre a Echos, laboratório de inovação que utiliza o Design Thinking para propor soluções que transformam realidades e constroem futuros desejáveis, e a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Chamado de Check In da Saúde, o sistema apresenta uma solução com foco em desenvolver o caminho para um novo modelo de remuneração, desenhado a partir dos pilares do Design Thinking. Além disso, a proposta visa proporcionar mais transparência, qualidade e um acompanhamento mais próximo aos pacientes por meio de um processo integrado de atendimento. Com uma relação mais colaborativa entre médicos e os demais profissionais envolvidos no processo, o Check In da Saúde promove uma visão mais ampla dos pacientes, uma vez que o sistema pouco cooperativo como é atualmente, gera desperdício de recursos.

Pensada em conjunto entre especialistas e stakeholders de diversos setores da saúde, representantes de classes profissionais, hospitais e planos de saúde, o Design Thinking foi utilizado para desenhar a solução. Por se tratar de um projeto aberto, sua principal missão é servir de inspiração e base para as empresas deste setor.

Entre alguns dos pontos a serem repensados estavam a baixa qualidade assistencial, dificuldade das operadoras de

administrar os custos, baixo investimento governamental na formação de mão de obra, além de melhoria no sistema de armazenamento de registros médicos e prontuários eletrônicos.

“Hoje, a forma de remuneração do sistema de saúde suplementar brasileiro funciona através de um único modelo que se chama Fee For Service, ou seja, o médico é remunerado por procedimento e não por performance. Não temos um modelo focado no paciente, na saúde e na evolução da qualidade de vida. Nessa nova proposta, ao final de cada consulta, o usuário avaliará o atendimento recebido e assim conseguirá acompanhar todos os procedimentos e protocolos estabelecidos. Por sua vez, os médicos terão uma remuneração diferenciada, que valoriza os profissionais com os melhores resultados e também de acordo com a evolução de cada paciente”, afirma Mário Rosa, head of Business Development da Echos.

Durante o processo, o Design Thinking foi utilizado para que o desejável fosse colocado em primeiro plano. Para a inovação acontecer, três pilares são fundamentais: o que é desejável, o que é financeiramente viável e o que é tecnicamente possível. A partir da real necessidade dos pacientes, as demais premissas foram desenvolvidas.

“Por se tratar de um projeto que envolve órgãos governamentais, a implantação não ocorre de forma imediata. Entretanto, durante o processo já pudemos perceber avanços

fundamentais para o sucesso do trabalho, principalmente na evolução individual daqueles que estão a frente do projeto. Como consequência imediata os envolvidos já mudaram a forma de pensar as soluções, a dinâmica das reuniões e, conseqüentemente, a interação entre as pessoas do grupo técnico, que era um espelho do que acontecia no sistema de saúde suplementar”, finaliza.

Assim como nesse projeto, o Design Thinking pode ser utilizado para repensar soluções para os mais diversos problemas da sociedade, trazer inovação para empresas que buscam se reinventar ou ainda mudar a percepção das pessoas sobre conceitos e o modo de fazer as coisas. Para saber mais sobre o conceito, acesse.

NOTRE DAME INTERMÉDICA COMPRA HOSPITAL AMIU POR R\$ 40 MILHÕES

Valor Econômico – 08/04/2019

A operadora de saúde NotreDame Intermédica informou que, por meio da BCBF Participações, sua subsidiária, adquiriu a totalidade das quotas da Assistência Médico Pediátrica de Urgência (Hospital AMIU) por R\$ 40 milhões.

Segundo a companhia, o valor pago à vista foi descontado do endividamento do Hospital AMIU apurado na data de fechamento do acordo, ocorrido no dia 05/04, e de retenção para contingências. O acordo não está sujeito à aprovação prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nem do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

O Hospital AMIU possui 67 leitos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de um ambulatório com 20

consultórios. Em 2018, ele apresentou faturamento líquido de R\$ 34 milhões.

O hospital está localizado no bairro de Jacarepaguá, na cidade do Rio de Janeiro, a uma distância de cerca de 14 quilômetros do Hospital Samci, que pertence à NotreDame Intermédica.

“Com a conclusão da transação, a companhia demonstra a intenção em manter sua estratégia de crescimento, de fortalecimento de sua rede própria ampliando a abrangência geográfica no Rio de Janeiro e reforça seu compromisso com a criação de valor para seus acionistas”, diz trecho do comunicado.

GESTÃO DE CUSTOS E SAÚDE SEM GESTÃO

Saúdebusiness – 05/04/2019

Diversas mudanças vão se desenhando no sistema de saúde suplementar. Por ação dos planos de saúde ou das autoridades, elas respondem principalmente à necessidade de conter a escalada da inflação na saúde. Seria saudável, todavia, que além de pretender reduzir desperdícios e conter abusos, reais ou imaginários, essas mudanças também concorressem para dar à luz um novo tipo de plano de saúde privado, voltado mais à gestão da saúde de seus associados e menos à pura e simples intermediação dos serviços médicos e hospitalares.

Segundo a lógica financeira de quem opera os planos, o negócio da saúde consiste em controlar duas pontas do sistema: o associado, para que use menos o serviço, e os prestadores, para que os serviços custem o mínimo possível. Em socorro dessas preocupações vieram institutos como a co-participação e a franquia. Em outra frente, desenvolve-se a discussão sobre a necessidade de substituir o sistema de pagamentos fee for service por um modelo que contemple a resolutibilidade e não estimule o consumo inadequado.

Tudo bem. Aplicadas com razoabilidade, essas novidades podem ser virtuosas e contribuir para estimular o uso

consciente dos planos e reduzir custos excessivos. Porém, esses mesmos objetivos seriam bastante reforçados se, além da gestão das contas, se fizer também a competente gestão da saúde dos beneficiários, investindo por exemplo na identificação e tratamento precoce das doenças. Aqui, mais é menos: gastos feitos no momento certo podem conduzir a uma economia considerável – e, o que é mais importante –, acompanhada de ganhos para a saúde e a vida do paciente. Tomemos como exemplo comparativo sobre resultados e custos no tratamento do câncer. Um deles, realizado na Inglaterra pela Cancer Research UK e apropriadamente intitulado “Saving lifes, averting costs”, mostrou que os custos do tratamento do câncer de cólon no estágio 4 da doença são 271% mais elevados do que o tratamento no estágio 1. No câncer de ovário, a diferença é de 183%, sendo que o diagnóstico no estágio 1 possibilita sobrevida relativa de cinco anos em 90% das ocorrências, probabilidade que cai para 3,5% no estágio 4.

Num estudo patrocinado pela General Electric Healthcare, feito a partir histórico de 8.360 mulheres com câncer de mama, constatou-se que aquelas diagnosticadas no estágio 0 foram tratadas ao custo de 71.909 dólares, ao passo que

no estágio 4, o custo médio foi de 182.655 dólares. Na mesma linha, pesquisa de 2016, com dados do SUS, revelou que tratamentos iniciados no estágio 3 em casos de câncer no reto, no cólon e na mama custam 20, 18 e 6 vezes mais, respectivamente, do que custariam no estágio 1.

Vê-se, apenas pelos dados relativos ao câncer, que se há motivos para mover campanhas pela redução de desperdícios e excessos, também existem fortes razões para que os beneficiários dos planos de saúde cobrem de suas operadoras a entrega dos serviços que vendem. Ou seja, que os planos façam de fato a gestão da saúde de seus clientes.

TRANSPARÊNCIA PARA DECISÕES DIFÍCEIS NA ÁREA DA SAÚDE

Saúdebusiness - 04/04/2019

Se tivéssemos recurso irrestrito para saúde, bastaria que determinada tecnologia médica trouxesse algum ganho prognóstico, por mais limitado que fosse, que deveria ser incorporada. Não temos. Nenhum país do mundo realmente tem recurso infinito em saúde. Esse cenário, que vem se tornando cada vez mais complexo, obriga que sejam feitas escolhas, muitas vezes duras. Se o primeiro paciente do dia consumir todo o recurso disponível, o próximo paciente na sala de espera ficará desassistido. É um dilema que deve envolver gestores e governantes e, principalmente, a sociedade.

Um medicamento cujo preço solicitado pelo fabricante ultrapasse R\$ 1 milhão por ano (e isso não é hipotético, já existem vários tratamentos com esse preço) deve, no mínimo, ser amparado em sólida evidência de efetividade e com melhora relevante de desfechos. Aí já se esbarra em questões complexas: o que é evidência sólida e o que é relevante em saúde? Estudos mostram que essa percepção varia entre médicos, pacientes e gestores.

O modelo de compartilhamento de risco, proposto pelo Ministério da Saúde, é usado como mecanismo capaz de acelerar incorporações, reduzir soluções de exceção como judicialização e alinhar melhor um mercado com financiamento incompleto. O conceito básico tem sentido:

estabelecer uma relação comercial com o fabricante do remédio que condiciona o pagamento ao compromisso de provar que o tratamento funciona na vida real, ou seja, fora do ambiente controlado das pesquisas clínicas, e realmente faça com que o paciente viva mais ou melhor. Não basta, portanto, que o Governo pague e entregue um remédio, mas participe do cuidado do paciente de forma integral, com medidas e registros da evolução, de forma pré acordada, isenta e responsável. Existem outras incertezas como, por exemplo, não se saber o real impacto que trará para o orçamento. O operacionalização prática demanda uma logística de pagamentos que também deve ser aprendida e muito bem monitorada.

O país, tanto na saúde privada como pública, precisa de definições nesse sentido. A inequidade tem sido uma característica cruel. Não é razoável que se aceite que a consulta médica precise incluir a pergunta “qual o seu convênio?” para que se possa escolher o melhor tratamento. Por mais importante que seja responsabilidade orçamentária, decisões somente são legítimas com a participação da sociedade que, por sua vez, deve compreender exatamente qual o critério de inclusão ou não de qualquer tecnologia em saúde. A boa notícia é que se está buscando saídas para o insustentável cenário vigente.

HAPVIDA COMPRA INFOWAY, EMPRESA DE GESTÃO DE SAÚDE

Valor Econômico - 04/04/2019

A operadora de planos de saúde Hapvida anunciou, no dia 04/04 a aquisição da Infoway, empresa de gestão de saúde, por até R\$ 20 milhões.

É a primeira vez que a Hapvida compra uma empresa fora do seu negócio principal, ou seja, operadora ou hospitalais. A negociação envolve pagamento de R\$ 12,5 milhões em 12 meses e outros R\$ 7,5 milhões a depender do desempenho da empresa nos próximos cinco anos.

A Infoway apurou uma receita de R\$ 25 milhões no ano passado e conta com uma carteira com cerca de 550 mil usuários de planos de saúde. Com essa aquisição, a Hapvida passa a administrar 820 mil pessoas com convênios médicos de autogestão.

CASSI, PLANO DE SAÚDE DO BB, TEM PREJUÍZOS DE R\$ 377,7 MILHÕES

Correio Braziliense - 04/04/2019

Maior operadora de planos de saúde de autogestão do país, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) está em uma situação bastante difícil.

Relatório financeiro divulgado no fim de março mostra que, em 2018, a Cassi registrou prejuízo de R\$ 377,7 milhões, rombo 83% maior do que o computado em 2017 (R\$ 206,1 milhões). Quando comparadas ao resultado de 2016 (R\$ 159,4 milhões), as perdas mais que duplicaram.

A saúde financeira da Cassi só não está pior por causa dos pagamentos extras que estão sendo feitos pelos associados aos planos e pelo Banco do Brasil, patrocinadora da empresa. Os usuários dos convênios pagaram, além das mensalidades normais, R\$ 226,5 milhões a mais à Cassi. Já o BB fez um aporte de R\$ 301 milhões.

Para especialistas, se continuar nesse caminho, operando com prejuízos crescentes, a Cassi poderá sofrer intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação e pela fiscalização do setor. A Cassi está operando com patrimônio líquido negativo superior a R\$ 100 milhões. Ou seja, se fechasse as portas e vendesse tudo o que tem, ainda assim deixaria esse rombo no mercado.

Em nota, a Cassi informa que o deficit registrado em 2018 decorreu do descasamento entre os valores arrecadados e os

gastos com o pagamento das despesas assistenciais. “Essa situação está detalhada no relatório de administração e gestão, amplamente divulgado pela instituição desde o dia 29 de março e disponível para consulta em www.cassi.com.br.” Eleições na Unidas

Apesar dos péssimos resultados da Cassi, Anderson Mendes, gerente de Negociações da empresa, está se movimentando no mercado para formar uma chapa a fim de disputar o comando da Unidas, associação que reúne as operadoras de saúde de autogestão. As eleições estão marcadas para 28 de abril.

Mendes vinha se articulando com representantes da Geap, responsável pelos planos de saúde dos servidores públicos, para formar uma chapa com boas chances de vitória. Mas, nesta semana, toda a diretoria da Geap caiu, depois de uma intervenção do Palácio do Planalto. Juntas, Cassi e Geap têm quase 1,2 milhão de associados.

Quem acompanha de perto esse mercado de planos de saúde de auto-gestão garante que o quadro é preocupante. Como os custos dos convênios subiram muito, mas as empresas patrocinadoras têm reduzido o número de funcionários, o público pagante está diminuindo. Em 2017, a Cassi tinha 695.123 associados. Em 2018, esse número recuou para 683.737.

JUDICIALIZAÇÃO INDISCRIMINADA COMPROMETE SAÚDE BRASILEIRA

IESS - 03/04/2019

Gerou importante repercussão o recente trabalho divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), produzido pelo Insper, que aponta que a judicialização da saúde cresceu 130% nos 10 anos compreendidos entre 2008 e 2017, mais de duas vezes e meia o crescimento proporcional de todas as ações do País, no mesmo período (alta de 50%). Os dados, por si, são superlativos, mas, também, têm razoável potencial para interpretações questionáveis. O que parece não ter margem para questionamento é o fato de ser quase impossível prover previsibilidade de planejamento e operação a qualquer atividade econômica que sofra um volume dessa magnitude de ações judiciais.

Segundo o estudo, foram 498,7 mil processos envolvendo o sistema de saúde (público e privado) de primeira instância e 277,4 mil na segunda instância. Os principais assuntos discutidos nos processos em primeira instância são “Plano de Saúde” (34,05%), “Seguro” (23,77%), “Saúde” (13,23%) e “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos” (8,76%). O documento descreve que a incidência elevada de assuntos como “Plano de Saúde” e “Seguro” mostra a relevância das ações judiciais na esfera da

saúde suplementar. Ainda nesse setor, segundo o referido trabalho, a incidência maior envolveria questões como dietas, insumos ou materiais, leitos e procedimentos. Porém, o caso de maior relevância é o que engloba órteses e próteses, citados em mais de 108 mil decisões de tutela antecipada em uma amostra de 188 mil. O valor unitário de órteses e próteses e o caráter de urgência muitas vezes associado à sua utilização é uma provável explicação, de acordo com os responsáveis pelo trabalho, para justificar a elevada participação nas decisões de tutela antecipada.

Acrescentaríamos, nessa dimensão, considerar se efetivamente cada pleito de urgência e emergência efetivamente está devidamente enquadrado nesse perfil de demanda. Afinal, é de conhecimento público que existem muitos casos em que são requeridos urgência e emergência em tratamentos eletivos, mas que poderiam ser ambulatoriais e necessitariam de mais profunda investigação terapêutica. O acesso à Justiça constitui um princípio irrevogável a qualquer sociedade democrática. Mas, é preciso refletir quando deixa de ser um preceito de justiça e equidade e se transforma em instrumento de força a desequilibrar toda uma estrutura social, no caso, a saúde, de forma geral, e a saúde

suplementar, especificamente. É necessário que todos os envolvidos nessa cadeia produtiva busquem meios de ordenar o volume de judicialização na saúde.

Pode-se, inclusive, buscar inspiração na reforma trabalhista. Até a promulgação das novas regras, o Brasil detinha a maior incidência mundial desse tipo de litígio. Após a reforma, iniciada em novembro de 2017, as ações trabalhistas caíram 34% em 2018 em relação ao ano anterior, segundo levantamento realizado pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST). Entre janeiro e dezembro de 2018, as varas de primeira instância receberam 1,72 milhão de reclamações trabalhistas, ante 2,63 milhões no mesmo período do ano anterior.

No caso da saúde suplementar, há que se considerar o princípio do mutualismo. Demandas individuais não previstas nos contratos e tampouco contempladas pela legislação em vigor, quando atendidas, mesmo que em caráter temporário, comprometem a capacidade orçamentária necessária para atender o coletivo.

Um exemplo dos problemas detectados pelo trabalho do CNJ é a determinação de fornecimento de medicamentos sem o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou prescritos para fim não descrito em bula, o chamado uso off-label. O fato de ter sido reconhecido por autoridade sanitária do País de origem do fármaco não atesta a sua segurança para uso em outros territórios ou para diferentes patologias, o que pode gerar graves consequências e efeitos colaterais para paciente, saúde coletiva e o sistema como um todo. Portanto, junto com a prescrição, caberia a exigência de pareceres técnicos e comprobatórios de efetiva resolubilidade da patologia a partir do uso do medicamento requerido, inclusive, por meio de pareceres independentes de segunda opinião médica.

Há outros exemplos de grande impacto sistêmico. Conduzido recentemente pela PricewaterhouseCoopers (PwC) em conjunto com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o estudo “Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil” traz um amplo panorama de práticas abusivas no setor e apresenta um conjunto de ações necessárias para sua prevenção. A publicação menciona, a título de exemplo, um esquema desmantelado pela Polícia Federal que envolvia fornecedores

de materiais, médicos e advogados, no âmbito do uso de órteses, próteses e materiais especiais sem a real necessidade de realização das cirurgias – expondo pacientes a riscos gravíssimos – e toda uma cadeia de aplicação de sobrepreços, incorrendo em fraudes e agressões ao sistema de saúde. Esse é um exemplo que potencialmente pode incorrer em estímulo à judicialização e precisa ser considerado.

O IESS também desenvolveu, desta vez em parceria com o Insper, um estudo mapeando o funcionamento da Saúde Suplementar e suas principais falhas de mercado para propor políticas com foco em mitigar tais problemas. Entre as sugestões apresentadas estão o aperfeiçoamento do arcabouço regulatório, modernização de modelos de pagamento, melhorias na transparência e outras questões. Outro trabalho que desenvolvemos com a Tendências Consultoria, liderado pelo economista e ex-ministro da Fazenda Máilson da Nóbrega, também apresenta soluções e ajustes para a melhoria da eficiência e da competição no setor. A publicação mostra, por exemplo, como a estruturação da cadeia de saúde é comprometida com a intervenção regulatória. Impacto semelhante ao gerado pelo excesso de intervenção do Poder Judiciário sem o devido amparo técnico-científico para a tomada de decisão.

Claro, não cabe ao magistrado ser uma Wikipédia da saúde e entender questões que os médicos estudam a vida inteira para assimilar. Mas, a atuação dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-JUS), como demonstramos durante o seminário Decisões na Saúde que o IESS realizou em dezembro do ano passado, podem, sim, ser um importante elemento de apoio à decisão.

Espera-se, portanto, que estudos como o que produzimos ou como este recém-publicado pelo CNJ/Insper auxiliem na conscientização da necessidade de busca por racionalidade e respeito às regras e contratos que envolvem a saúde no País. Nesse sentido, além de reforçar a importância dos NAT-JUS, corroboramos a recomendação do estudo de criação de varas especializadas e de incentivos para resoluções extrajudiciais, como a mediação.

Há meios para melhorar o acesso da saúde e o relacionamento com o Poder Judiciário, buscando mais equilíbrio e previsibilidade ao sistema de saúde suplementar.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.