

**12 de Abril de 2017**

## **DISPARAM DECISÕES QUE OBRIGAM PLANO A OFERECER SERVIÇO HOME CARE**

Folha de São Paulo –11/04/2017

Por diferentes problemas de saúde, o casal Mítica, 83, e Masuo Murakani, 84, precisou de internação domiciliar (home care). Mítica sofre de Alzheimer e, em 2015, caiu e fraturou uma costela. Masuo, na prática, era o seu cuidador, mas, com insuficiência cardíaca e doença pulmonar, precisou de internação e, depois, também de um home care.

Por dez meses, já que o plano de saúde negou o serviço, a família pagou sozinha a conta (total de R\$ 250 mil).

Até que, em meados do ano passado, Mítica e Masuo acionaram a Justiça e conseguiram uma liminar. Há dois meses, saiu a sentença que determina à operadora bancar essa internação domiciliar.

“Foi um alívio. Era insustentável continuar arcando com as despesas. É mais seguro e confortável para eles estar em casa, não no hospital”, afirma Luciana Sato, sobrinha do casal.

Esse é só um exemplo. Em quatro anos, houve uma explosão no número de ações judiciais contra planos de saúde com pedido de home care, segundo levantamento feito no Tribunal de Justiça de SP.

As decisões de primeira instância passaram de 42, em 2012, para 565, em 2016. E as de segunda instância pularam de 347 para 651 no mesmo período. Em média, 90% das decisões são favoráveis ao paciente. No mesmo período, o número de empresas de home care em SP mais do que dobrou, de 138 para 299.

O envelhecimento da população, a falta de serviços de assistência continuada fora do hospital e a recusa ou impossibilidade das famílias em assumir os cuidados com seus doentes são apontados como causas desse aumento da judicialização.

No home care, o paciente tem uma assistência similar à que teria se estivesse no hospital (procedimentos, medicamentos e equipamentos).

O serviço, porém, não está previsto no rol de procedimentos obrigatórios que devem ser ofertados pelos planos de saúde – exceto quando está no contrato firmado entre a empresa e o cliente.

Na ações, os juízes têm se baseado no Código de Defesa do Consumidor para argumentar que o plano, ao negar a assistência, descumpra o principal objetivo do contrato, que é a manutenção da saúde do doente.

### **REFORÇO**

Segundo o advogado Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva, após o TJ-SP ter publicado a súmula 90 (entendimento criado após o julgamento de demandas semelhantes), em 2012, ficou reforçado que o home care é um direito do usuário do plano.

O documento diz que, caso haja expressa indicação médica do home care, a cláusula que exclui o procedimento no contrato do

plano de saúde pode ser considerada abusiva, e o beneficiário pode reclamar o direito, ainda que não previsto em contrato.

Ainda não há, porém, jurisprudência sobre a obrigatoriedade desse serviço em instâncias superiores, cujas decisões podem valer para qualquer tribunal do país.

Robba diz que, após a súmula do TJ-SP, várias operadoras passaram a oferecer o home care, mas costumam negar parte da assistência prescrita pelo médico, o que também tem levado famílias a acionarem a Justiça.

“Por exemplo, se é para ter enfermagem 24 horas, eles só autorizam 12 horas. Ou só liberam a fisioterapia três dias por semana, e não cinco como pediu o médico”, diz Robba, autor do levantamento.

Em nota, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) informa ter recebido 1.563 reclamações de beneficiários de planos de saúde sobre home care nos últimos três anos. O índice médio de resolatividade das queixas dentro da própria agência foi de 82%.

A agência reforça, no entanto, que, quando a assistência domiciliar não se configura uma substituição da internação hospitalar, os planos não têm obrigatoriedade legal de fornecer o serviço.

Alguns planos de saúde já começam a criar serviços que têm conseguido diminuir as demandas judiciais.

A Unimed de Presidente Prudente, por exemplo, implantou uma rede de cuidados em que o doente sem chance de cura é atendido por uma equipe fixa que dá assistência hospitalar em casa e em um ambulatório. Segundo o geriatra e paliativista Douglas Crispim, coordenador da rede, os pedidos judiciais por home care caíram de dez para um dentro de um ano.

“O que falta é olhar para a real necessidade do paciente. Muitas vezes, o que ele precisa é apenas se sentir seguro e bem cuidado”, afirma.

### **QUEREM SE LIVRAR**

Muitas famílias estão procurando home care no Judiciário com o intuito de se livrar dos cuidados com seus doentes dentro de casa.

A afirmação é do advogado Pedro Ramos, diretor da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

“Home care é uma decisão técnica, específica, mas muita gente está querendo um cuidador. Tem profissional da saúde em home care trocando as fraldas do idoso ou da pessoa deficiente, virando o doente na cama. Isso é função da família, não do plano de saúde”, diz Ramos.

Segundo ele, muitos pareceres médicos que embasam as decisões judiciais são inconclusivos quanto à real necessidade de home care. “Quem está pagando essa conta? Toda a sociedade. A escalada da judicialização está insustentável.”

### **‘EQUÍVOCO’**

Para a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), o crescimento da judicialização do home care ocorre porque a população tem o entendimento equivocado de que o serviço faz parte da cobertura obrigatória dos planos de saúde.

“Esse serviço tem custo e, quando incluído no contrato, é acrescido ao valor da mensalidade”, afirma a entidade, em nota.

De acordo com a lei que rege os planos de saúde, a cobertura hospitalar só garante a cobertura da internação em ambiente hospitalar.

“O home care é oferecido por liberalidade das operadoras e não está previsto na cobertura obrigatória dos planos de saúde”, diz a Fenasáude.

Os serviços prestados por cuidadores não estão cobertos pelos planos de saúde, mesmo que a internação em ambiente domiciliar seja coberta, diz a entidade.

“Fora dos estabelecimentos de saúde, as operadoras não são obrigadas por lei a custear os serviços prestados a idosos,

deficientes físicos, recém-nascidos ou quaisquer pessoas que requeiram atenção especial ou assistência de cuidadores, enfermeiros, fisioterapeutas e babás.”

Alguns planos de saúde oferecem também o atendimento domiciliar que não inclui, necessariamente, a internação domiciliar.

“Isto também pode levar a um entendimento equivocado de que a internação em domicílio estaria contemplada”, continua a nota.

“Em alguns casos, pode ser apenas a ida do médico à residência do paciente para um atendimento de urgência (inclusive com uma ambulância para levá-lo ao hospital, se necessário). Em outros, pode incluir a internação domiciliar, além dessas consultas em domicílio.”

## EFICIÊNCIA É O ANTÍDOTO PARA A SAÚDE

Folha de São Paulo –09/04/2017

Na última sexta (7) comemoramos o Dia Mundial da Saúde. No Brasil, o tema é uma de nossas maiores preocupações.

Apesar de estar ligada à economia, à educação e à infraestrutura, a mudança do modelo assistencial e uma maior integração entre público e privado produziram melhores indicadores. Para isso, o país precisa ter maturidade para debater questões profundas, com base apenas em análises técnicas.

As organizações sociais (OS) em São Paulo servem de exemplo. Segundo o Banco Mundial, os hospitais de OS têm taxa de ocupação de 80,9%, contra 72,1% dos públicos, e o custo médio diário do leito é 20% menor. É premente ampliar parcerias semelhantes com a rede privada lucrativa. O Estado deve, cada vez mais, regular, acompanhar e fiscalizar, entregando ao setor privado o que ele sabe fazer: a gestão.

E precisamos planejar, tornar o sistema mais eficiente. Mais de 60% dos nossos 6.129 hospitais têm até 50 leitos. Para ser exequível, pesquisas mostram que um hospital deve ter, pelo menos, 200. Na relação de 3 leitos para cada grupo de mil habitantes, que é a média mundial, um hospital só seria viável em cidades com mais de 50 mil habitantes.

Apenas 12,3% dos municípios brasileiros, segundo o IBGE, possuem esse perfil. Em nosso país, a população é de menos de 20 mil habitantes em 3.810 cidades (68%).

Hospitais de pequeno porte têm baixa resolutividade, tanto que a taxa média de ocupação dos leitos do SUS é inferior a 40%,

enquanto que em hospitais de alta complexidade é superior a 80%. Um dos problemas da fila para cirurgias e tratamentos eletivos no SUS está justamente na baixa resolutividade dos leitos, e não na inexistência deles.

A solução para esse problema passa pela implantação de redes de saúde articuladas entre os vários níveis de assistência. O Banco Mundial mostra que 30% das internações poderiam ser evitadas no Brasil com tratamento ambulatorial. Isso geraria uma economia de R\$ 10 bilhões por ano.

Além disso, com um sistema organizado e eficiente, 80% da demanda seria resolvida no atendimento primário. Sistemas de troca de informações que auxiliem a tomada de decisões e integrem as redes são necessários para agilizar o atendimento e evitar desperdícios.

A padronização de processos, diminuição de erros e valorização dos recursos humanos viriam com maior investimento em qualidade e segurança –só 5% dos nossos hospitais são certificados.

Outra vertente importante é a prevenção. Levantamento do BNDES mostra que 65% das internações de crianças com menos de 10 anos são provocadas pela deficiência ou inexistência de esgoto e água limpa. Metade da população brasileira não tem acesso à coleta de esgoto e somente 40% dele é tratado. Segundo a Organização Mundial de Saúde, para cada US\$ 1 investido em saneamento básico há uma economia de US\$ 4,3 em saúde.

A limitação dos gastos públicos acarreta o mérito de trazer para discussão a qualidade desse gasto. Na saúde, isso aumenta a responsabilidade de empresários e gestores em encontrar novas soluções.

Este momento traz oportunidades de mostrar que somos capazes de produzir mais em saúde. Eficiência é o antídoto de que precisamos.

## ORGANIZAÇÕES LANÇAM MANIFESTO CONTRA PLANOS DE SAÚDE POPULARES

Agência Brasil –07/04/2017

Entidades médicas e de defesa do consumidor lançaram na sexta-feira (7) um manifesto contra a proposta de planos de saúde populares. Um grupo de trabalho (GT) criado pelo Ministério da Saúde elaborou uma série de propostas de coberturas de baixo custo que foram enviadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo o ministério, o objetivo é dar uma alternativa aos cerca de 2 milhões de pessoas que perderam os planos ao ficarem desempregados nos últimos anos. Foram ouvidas, de acordo com a pasta, mais de 20 instituições ligadas ao setor. As propostas apresentadas trazem a possibilidade de uma cobertura focada no atendimento básico, participação do segurado em procedimentos de maior custo e rede de atendimento regional.

A ideia é oferecer planos de saúde com menos serviços ofertados do que o que foi definido pela ANS como cobertura mínima obrigatória e, assim, baratear os custos.

### FALTA DE TRANSPARÊNCIA E BAIXA COBERTURA

Uma das principais reclamações das organizações que assinaram o documento, divulgado hoje na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), é a falta de transparência no processo de elaboração das propostas.

“Não existe transparência no que está sendo discutido internamente”, destacou a coordenadora institucional da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (ProTeste), Maria Inês Dolci. O texto diz que o grupo de trabalho encerrou as atividades sem encaminhar para os próprios membros do GT os resultados das discussões.

O modelo encaminhado à ANS não atende, na visão das entidades, as necessidades dos segurados. “Existem algumas questões que vão dificultar o entendimento do consumidor, que vai pagar um plano e não vai ter o atendimento.”

A rede regionalizada também é uma preocupação da Proteste. “Não adianta aceitar que as empresas vão oferecer os planos, se não vão ter redes de atendimento. Além disso, as exclusões [de cobertura de procedimentos] são enormes”, enumerou Maria Inês.

O presidente do Cremesp, Mauro Aranha de Lima, destacou que o modelo proposto concentra a parte mais cara do atendimento em saúde no sistema público e deixa as operadoras com a parte menos custosa, a atenção básica. Na opinião dele, o problema fica ainda maior devido à emenda à Constituição que limita as despesas do governo federal aprovada no ano passado. “O SUS tem problemas de financiamento muito graves, agravados mais ainda pela emenda constitucional que congela o financiamento por 20 anos”, ressaltou.

O documento diz que as propostas vão contra a regulação estabelecida pela Lei 9.656 de 1998. “Quando as empresas limitavam dias de internação, doenças pré-existentes e excluíam várias doenças e procedimentos do rol de cobertura, prejudicando os usuários e favorecendo o lucro fácil das operadoras”, disse o presidente do Cremesp.

Para o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, Eder Gatti Fernandes, as fórmulas apresentadas pelo grupo de trabalho podem atrapalhar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ele explicou que como o foco dos planos de baixo custo está nos procedimentos menos complexos, quando um paciente demandar tratamentos mais difíceis, ele terá de passar novamente pelas etapas iniciais do atendimento público. “Ele faz diagnóstico que demanda um tratamento caro, aí ele tem que voltar ao Sistema Único de Saúde. Ou seja, contribui na desorganização do sistema”, destacou.

#### Usuários protegidos

O Ministério da Saúde afirma que “nenhuma das propostas interfere no direito de qualquer cidadão brasileiro acessar a rede pública de saúde, tendo ele plano de saúde ou não”. Além disso, o órgão destaca que os contratantes de planos estão protegidos pelos mecanismos de defesa do consumidor.

## COMO O ESTILO DE VIDA ENCARECE OS PLANOS DE SAÚDE?

Revista Apólice –05/04/2017

Embora os preços das mensalidades dos planos de saúde sejam definidos hoje basicamente pela faixa etária, os diferentes estilos de vida dos beneficiários possuem impacto direto sobre o aumento do custo do serviço. Prova disso é que, de acordo com a Agência Nacional da Saúde (ANS), indivíduos que têm no estilo de vida fatores de risco para doenças gastam, em média, 16% a mais com saúde do que a população em geral.

E o que seriam tais fatores de risco? Sedentarismo, tabagismo, excesso de consumo de álcool, além de escolhas alimentares equivocadas, que podem desencadear uma série de doenças crônicas, cardiovasculares, cânceres, diabetes, entre outras. Segundo estudo do IBGE, 56,9% das pessoas – o que representa mais de 82 milhões – está com sobrepeso, sendo 20,8% destes obesos.

“Essas enfermidades provocam grande pressão sobre os serviços de saúde pelo aumento das taxas médias de permanência em hospitais e elevação do consumo de materiais e medicamentos”, afirma Marcelo Alves, diretor de uma corretora especializada no segmento de seguros e planos de saúde. “Há também a questão do envelhecimento da população brasileira como outro agravante.”

#### Diminuição de fatores de risco

Ao assumirem mais responsabilidade em relação à saúde, há uma diminuição de fatores de risco em relação ao desenvolvimento de doenças. “Os pacientes percebem que não precisam depender somente do consultório médico. É possível se conscientizar antes mesmo de alguma enfermidade aparecer para melhorar a rotina por meio de mudanças que elevem a qualidade de vida”, diz o executivo.

#### Mantenha o hábito

É importante entender que há uma diferença entre simplesmente adotar um comportamento e manter um comportamento. O foco deve estar em sustentar o hábito, uma vez que a ideia não é apenas viver mais, mas sim viver de forma mais saudável. Assim, há uma melhora na condição de saúde da população e, conseqüentemente, um menor impacto no custo assistencial das operadoras.

## JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE REQUER INFORMAÇÃO QUALIFICADA

Consultor Jurídico –05/04/2017

O trabalho que o Conselho Nacional de Justiça vem desenvolvendo para que o Brasil tenha magistrados com embasamento e apoio técnico para atuar em decisões relacionadas à saúde será tema de debate da *Brazil Conference at Harvard & MIT*, que acontece entre os dias 7 e 8 de abril, na Harvard University e no Massachusetts Institute of Technology.

Nesse encontro, será importante demonstrar que é urgente a conscientização de todos os personagens dos sistemas de Justiça e Saúde, ainda, que o Judiciário precisa de informação qualificada para deliberar sobre questões que afetam o sistema de saúde, em especial na área pública.

A criação de um banco de dados, com pareceres e notas técnicas, para auxiliar os magistrados no acolhimento das demandas judiciais legítimas, e rejeição dos pedidos temerários, desprovidos de qualquer embasamento científico, é uma das formas que o Fórum da Saúde projetou para auxiliar a resolver esse problema.

Os esforços do CNJ, por meio do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, visam, portanto, evitar demandas judiciais abusivas, impedindo que haja uma desestruturação do sistema público de saúde que, se preservado, trará consequências positivas também para a saúde suplementar.

A título de comparação, só em 2017, a previsão de gastos com o cumprimento de decisões para atendimentos à saúde, determinados pela Justiça, alcança R\$ 7 bilhões, o equivalente ao orçamento da cidade de Fortaleza para o mesmo ano.

Um importante avanço nesse sentido foi conquistado recentemente, na segunda quinzena de março. Foi quando o CNJ, por meio do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde — em cumprimento ao termo de cooperação assinado, em agosto de 2016, com o Ministério da Saúde, e implementado por ordem da presidente do Supremo Tribunal Federal e do CNJ, ministra Cármen Lúcia —, realizou uma segunda bateria de oficinas para capacitação dos profissionais técnicos da área de saúde, indicados pelos tribunais de Justiça e tribunais regionais federais que atuarão nos Núcleos de Apoio Técnico de cada tribunal (NATS-JUS), treinamento este, realizado por três dias no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo.

São eles, os técnicos integrantes dos NATs-JUS, que abastecerão o banco de dados de pareceres e notas técnicas projetado para

subsidiar os magistrados de todo o país, quando tiverem de emitir decisões relacionadas à saúde, em especial quando a demanda envolver aquilo que ainda não se encontra incorporado pelo Sistema Único de Saúde.

Mais do que um treinamento, trata-se de colocar em prática um projeto que pode se tornar um importante aliado para a economia da União, dos Estados e dos Municípios. Economia que possibilitará, cada vez mais, investir no sistema de saúde ordinário, sempre carecedor de recursos, que não podem ser desperdiçados com demandas temerárias e muitas vezes patrocinadas de forma inescrupulosa, ludibriando a boa-fé do usuário do sistema, dos gestores da coisa pública e, como já destacado, do próprio julgador.

Criado em 2010, o Fórum do CNJ tem se empenhado no monitoramento, bem como na busca de soluções para as demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. Com esse propósito, o Fórum já realizou duas jornadas de Direito da Saúde que consagraram alguns enunciados na área das demandas judiciais, que também servem como subsídios técnicos para auxiliar os magistrados em suas tomadas de decisões.

Em complemento ao já realizado, o Fórum entende ser necessária a realização de um mapeamento do Poder Judiciário em cada unidade da federação, com o objetivo de traçar um perfil regional das demandas judiciais vinculadas à saúde. E, para tanto, os comitês estaduais do Fórum da Saúde possuem os atributos adequados para a consecução deste objetivo. O protagonismo dos coordenadores estaduais do Fórum da Saúde possibilitará a identificação dos problemas regionais, assim como a adoção de inovações na busca de soluções para os problemas da área, como, por exemplo, a via extrajudicial para a composição dos conflitos.

Tudo isso é resultado de outro importante passo dado pelo Conselho Nacional de Justiça que, em setembro de 2016, editou a Resolução 238, consagrando a necessidade de implementação e instalação dos Comitês Estaduais de Saúde e dos próprios Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NATS-JUS). São estruturas com a participação de magistrados de diferentes esferas: primeiro e segundo grau, estadual e federal, além de gestores de saúde e demais participantes do sistema. Esses comitês serão importantes aliados dos NATs-JUS para a elaboração de pareceres que justifiquem o atendimento médico legítimo.

Seja no exterior ou no Brasil, é crucial deixar claro que a judicialização da saúde é uma realidade, mas que seu propósito deve ser dar ao cidadão a efetiva possibilidade de resgatar e manter a sua saúde, sem perder de vista a saúde preventiva. De forma alguma pode servir como instrumento para a obtenção de ganhos ilícitos, ou mesmo como fonte de patrocínio de medicamentos ainda em teste em outros países. Enfim, há que se afastar a utilização predatória do Poder Judiciário em tema tão caro para a população brasileira, o acesso à saúde, direito social garantido de forma expressa na Constituição da República.

## PREJUÍZO DA AMIL TRIPLICA EM 2016

Valor Econômico –04/04/2017

O prejuízo da Amil triplicou de R\$ 107 milhões para R\$ 318,2 milhões no ano passado.

O resultado negativo foi devido a uma combinação de fatores como um aumento de 46% nas despesas de ativos adquiridos em 2016 que somaram R\$ 2,4 bilhões. No ano passado, a Amil fechou a

aquisição de ativos como, por exemplo, o Hospital Samaritano, em São Paulo, e a rede de clínicas oftalmológicas Lotten Eyes, do médico Cláudio Lottenberg que, desde dezembro, é o presidente UnitedHealth Brasil, dona da Amil.

Além disso, os custos cresceram numa proporção superior à receita. O faturamento do grupo, incluindo as receitas provenientes de planos de saúde, hospitais e clínicas aumentou 20% para R\$ 20,5 bilhões. Já os custos médicos cresceram 24% no mesmo período. Considerando somente os planos de saúde e dental, os custos médicos atingiram R\$ 14,1 bilhões, alta de 20% entre 2015 e 2016.

Segundo a companhia, no ano passado, foram investidos R\$ 2,8 bilhões em aquisições e expansão orgânica. Os recursos vieram da

controladora, UnitedHealth Group, que fez um aporte de R\$ 3,2 bilhões.

## **UNIFICAÇÃO DE DADOS: PREVENÇÃO DE DOENÇAS E REDUÇÃO DE CUSTOS**

SaúdeBusiness –04/04/2017

Investir em prevenção é sempre um bom negócio, principalmente quando falamos de saúde. Em tempos de retração econômica, que reduz o número de conveniados, e aumento na expectativa de vida do brasileiro, as operadoras de planos de saúde enfrentam um mercado mais desafiador. Com o envelhecimento da população, cada vez mais as operadoras veem a carteira de clientes com 60 anos ou mais crescer. Por ter uma saúde delicada, esse público costuma demandar mais internações, exames e atendimentos de emergência.

No Brasil, já existem iniciativas maduras focadas na prevenção e algumas operadoras apostam em programas de medicina preventiva e ações de diagnóstico precoce como ferramentas de redução de custos. Entretanto, essas medidas também geram gastos – inferior a uma internação, mas mesmo assim, são despesas significativas. Uma saída viável, que requer um investimento menor, é a potencialização do uso de dados. A tecnologia e as informações já existem, mas é necessário unificar tudo em ambientes de fácil visualização.

Na maioria das empresas do setor (operadoras, clínicas e hospitais) as informações sobre a vida dos pacientes estão descentralizadas. As barreiras que inviabilizam uma integração dos dados são predominantemente culturais, mas passam também pela baixa adesão de tecnologias nas instituições, impedimentos legais e ausência de processos estruturados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 72% das mortes antes dos 60 anos de idade são

ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — diabetes, doenças do coração, acidente vascular cerebral, hipertensão, entre outras. Utilizar o histórico do paciente para evitar a evolução desse tipo de problema é possível. Por exemplo, a operadora que atende diferentes pessoas de uma mesma família, tem informações relevantes sobre possíveis doenças genéticas dos seus segurados e pode agir previamente para evitar o avanço de uma determinada enfermidade. Ou ainda, quando o paciente busca uma segunda opinião, se o médico tem acesso ao prontuário de maneira fácil, consegue ver os exames e procedimentos já realizados e, com isso, fazer uma análise mais profunda sobre a sua condição clínica.

Além da unificação, é importante também contar com inteligência para identificar comportamentos e padrões e, nesse ponto, a inteligência artificial e as soluções de analytics e predição são apoios importantes. Essas aplicações e ferramentas que centralizam o histórico de saúde do paciente, começam a ganhar força no mercado, mas ainda precisam vencer as barreiras culturais e de legislação – atualmente o prontuário pertence ao paciente e só pode ser compartilhado com outros profissionais se ele autorizar, além do nível de informação, que pode ser compartilhado e visualizado pelos diferentes atores da cadeia.

A mudança do segmento de saúde que está em curso é um caminho sem volta e as empresas precisam se atentar à essa nova fase do setor. Quem não automatizar processos e construir essa visão única do paciente a médio e longo prazo desaparecerá do mercado. O sinônimo de qualidade para serviços de saúde será evitar que o paciente fique doente. Tudo isso, trará mais eficiência e sustentabilidade para o ecossistema por completo.

A tecnologia surge como protagonista dessa transformação, com soluções e aplicativos capazes de acelerar o início de uma nova fase do setor. Na era, do big data precisamos colocar em prática a análise dos dados para consolidarmos informações pertinentes. Só assim, o foco na prevenção conseguirá ser um diferencial para os negócios e o ciclo da saúde terá uma nova dinâmica de operação, em que a doença não é o agente inicial do atendimento.

**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](mailto:saude@milliman.com).

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

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)