

**14 de novembro de 2018**

## **OPERADORAS CRITICAM PROPOSTA DE NOVO CÁLCULO DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE**

O Globo - 14/11/2018

RIO - O novo modelo de cálculo de reajuste para os planos de saúde individuais e familiares, apresentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pode trazer distorções na avaliação das empresas do setor. Os representantes das operadoras foram os maiores críticos da proposta debatida em audiência pública realizada nesta terça-feira. A expectativa é que a nova fórmula já seja aplicada no reajuste de 2019. Até o dia 18, no entanto, a agência ainda recebe contribuições on-line. Fechado esse processo, será feita a análise das propostas e da possível adoção de mudanças. Até o fim do ano, a redação final da medida deve ser submetida a diretoria colegiada.

— Caso haja alguma mudança relevante no modelo voltaríamos a discutir com a sociedade. Aliás, como fizemos agora após a audiência pública realizada em julho, diante da necessidade de alteração da metodologia, reabrimos o debate — ressalta Rogério Scarabel, titular da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

Em linhas gerais, o novo modelo proposto pela agência combina a Variação das Despesas Assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). De acordo com a ANS, a VDA reflete diretamente as despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre os custos não assistenciais das operadoras (como valores gastos com áreas administrativas, por exemplo). O índice deixaria, então, de se basear exclusivamente na VDA, mas continua sendo composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais.

A introdução de fator de ganho de eficiência (GFE) — que pretende transferir parte da produtividade obtida pelas operadoras aos beneficiários e incentivar a gestão da saúde — outra inovação do modelo, foi um dos pontos atacados pelas empresas. É que a apuração de baixa “eficiência” pode reduzir o percentual de aumento. A principal crítica é que o indicador, como foi construído pela agência, não reflete de fato a eficiência ou não de uma operadora de saúde.

— Houve um ganho de transparência, apesar de ainda faltar detalhamento sobre a base de dados que permita que o cálculo seja replicável pelas empresas. O fato de ganho de eficiência conceitualmente faz sentido. No entanto, ele não representa uma medida clássica de produtividade, não há como ter certeza que o cálculo reflita um ganho de eficiência, é preciso estudar melhor o que influência esse indicador. Uma questão epidemiológica ou perfil de carteira de beneficiários pode levar a uma distorção — explica Sandro Leal, Superintendente de Regulação da FenaSaúde, instituição que representa as seguradoras do setor, que defende que enquanto não há uma definição, deveria ser usado o índice de produtividade geral da economia.

Cada plano um reajuste

A professora Ana Carolina Maia, do Departamento de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo, foi além. Para garantir o equilíbrio dos contratos, ela defende que cada plano de saúde faça o seu cálculo e esse percentual poderia ser diferente dentro da

própria empresa de acordo com o tipo de produto a qual o consumidor esteja vinculado.

— Se um tipo de plano tem uma evolução de custo alto é preciso sinalizar isso com o reajuste. A variação de custo de um produto que oferece atenção básica, direcionamento de rede certamente vai ser diferente de um que promove a livre escolha. As empresas deveriam fazer esses cálculos que poderiam ser auditados e autorizados ou não pelas ANS — diz a professora que apresentou o estudo feito sob encomenda para Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

Marcos Novais, economista chefe da Abramge, admite que o modelo defendido por Ana Carolina de fato seria o ideal na visão do setor. Com essa proposta fora do debate, Novais ressalta que é preciso cuidado para não aumentar as distorções entre a evolução do custo e os reajustes concedidos pela ANS. Uma das suas preocupações é o fato do modelo poder captar como uma redução de custo a mudança de um consumidor, numa mesma operadora para um plano referência para um ambulatorial muito mais barato.

— A mesma distorção pode acontecer para cima, caso a economia melhore e as pessoas passem a fazer um upgrade em seus planos de saúde. E elevar o reajuste por que os consumidores passaram a comprar produtos mais caros — pondera Novais, que defende a retirada do fator de eficiência da conta, enquanto não estiver claro os parâmetros do indicador.

Descontentamento de empresas é bem visto

Para Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon), da Defensoria Pública, o que de fato as empresas querem é repassar o custo integral da assistência ao consumidor:

— Talvez as empresas olhem para outros setores regulados e achem que seu ganho é muito pequeno. Mas o fato que elas precisam é atuar na redução de custo, na gestão de saúde. Controlando o custo tudo se resolve.

O descontentamento das empresas com a nova fórmula de cálculo de reajuste pode ser um bom sinal, na avaliação de Maria Lacerda, supervisora do Procon-SP. Ela se queixou, no entanto, da impossibilidade que se mantém na nova fórmula de que o consumidor possa simular o seu reajuste:

— Pedimos a ANS que simulasse como teria sido o aumento neste novo cálculo. Para sabermos se apoiamos ou não a mudança, precisamos saber se será bom para o consumidor. E o que o consumidor avalia é se o aumento será maior ou menor.

Uma proposta que assustou os consumidores foi a do pesquisador do IBRE/FGV, Pedro Costa Ferreira. É na avaliação de Ferreira, antes de discutir nova fórmula de cálculo do reajuste dos contratos individuais e familiares seria necessário rever os contratos antigos.

— Tratam-se de contratos com preços defasados que trazem desequilíbrio para as contas das empresas. Visto isso, aí pensaríamos numa forma de cálculo mais equilibrada. Não adianta brigar por reajustes inadequados e empurramos um problema pra frente — diz o pesquisador.

Para Patrícia, do Nudecon, apesar da revisão técnica estar prevista na regulação, essa proposta significaria na prática a expulsão dos consumidores, a maioria deles idosos, dos seus planos de saúde:

— Tanto é assim, que apesar da previsão, a ANS nunca usou desse expediente.

Para a médica Ligia Bahia, diretora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e professora da UFRJ, apesar dos avanços em transparência, faltou a ANS trazer para o debate a questão dos falsos planos coletivos e ampliar a coleta de dados para calcular a variação dos custos assistenciais para fora do sistema de planos privados:

## EM BUSCA DO SISTEMA DE SAÚDE PERFEITO

SaúdeBusiness - 14/11/2018

Mark Britnell, Presidente de Saúde Global da KPMG e líder do Centro de Excelência, nos recebeu no lançamento da tradução para português do seu livro "Em busca do sistema de saúde perfeito" para uma conversa sobre tecnologia e modelos de saúde ao redor do mundo. Em sua carreira, ele conta com passagens como CEO de Hospitais do Reino Unido, além da Direção Geral do NHS.

Com mais de vinte anos de trabalho na iniciativa pública, e dez na privada, ele inicia a entrevista avaliando as diferenças, do ponto de vista gerencial do controle em cada setor. "Eu diria que, no setor público, os executivos são motivados por valor no cuidado com o paciente. Não que isso não seja verdade no setor privado, mas eles também têm responsabilidades com os stakeholders em relação ao crescimento de receita. Além disso, eles têm bem claro a relação entre tempo e dinheiro, enquanto no público apesar de existir essa consciência, o ritmo de mudança em escala não é tão rápido quanto no setor privado, por tamanho de organização e questões burocráticas.", diz Mark

Para ele, o desafio nos dois setores é a coordenação e integração de cuidados. Ou seja, o gerenciamento de pacientes a longo prazo, especialmente com condições crônicas, tendência influenciada em grande parte pelo envelhecimento populacional. Entre um estado intervencionista/assistencialista, que paga e opera, e um sistema com diversos stakeholders, ele acredita que esta coordenação seja mais fácil para um estado que controla os cuidados primários, secundários e de comunidade. Mas ressalta que o controle governamental não é garantia de aumento de integração.

Em sua experiência, os incentivos têm papel fundamental nas questões de qualidade e custo. Modelos verticalizados, no qual a instituição paga e provê, têm melhores razões para cuidar de pacientes de forma mais holística. "O Brasil possui um sistema largamente financiado através de pagamentos por serviço, então é muito difícil oferecer o cuidado certo no momento certo, de forma integrada. Provedores são incentivados a fazer mais, e não necessariamente o necessário", e continua, "A minha primeira visita ao Brasil foi em 1992, e desde então, após mais de dez visitas, vejo que o sistema de pagamento por serviço está muito enraizado, tanto no setor público quanto no privado. É claro para mim: se o país continuar nessa base, não será capaz de arcar com a saúde. É preciso encontrar um novo modo de olhar para a qualidade e custo, definir novos padrões e, em seguida, trabalhar o valor dessa saúde de maneira sustentável". Sob o seu ponto de vista, os padrões de atendimento ao paciente, assistencial e gerencial, devem ser definidos pelo maior player. No caso do Brasil, onde a proporção se mantém em quase 50/50, ele sugere que o setor público lidere o processo com o complemento do setor privado.

O Sistema Único de Saúde, provedor gratuito de assistência médica para os brasileiros, é um grande projeto de saúde populacional segurado por constituição e representa, ao mesmo tempo, um enorme desafio. Mark diz que somos conservadores e, de modo geral, estamos atrasados no que diz respeito à adoção de tecnologias digitais para transformação de saúde em relação ao que

— Seria importante considerar a variação de preços de atividades médicas assistenciais realizadas fora do âmbito das empresas de planos privados para evitar a circularidade que ocorre quando é mesmo pagador que define valores de remuneração para prestadores de serviços e pressiona por aumento das mensalidades dos planos.

se vê no mundo. Por exemplo, em Israel, há um sistema muito sofisticado de inteligência de informação, no qual pacientes são segmentados e estratificados de acordo com as suas condições. O sistema é baseado em nuvem, alimentado 24/7 e atrelado a plataforma médica correspondente. Deste modo é possível identificar gatilhos e realizar um trabalho preventivo e próximo, antes que o paciente adoça ou se agrave. "O Brasil possui um sistema reativo. Há muito o que se fazer sobre tecnologia e melhoria de processos, principalmente observar o que os outros países do mundo estão fazendo em relação à inovação digital a serviço da melhoria da qualidade do paciente e redução de custos"

Em seu livro, ele aborda as doze características dos melhores sistemas de saúde do mundo que servem como modelo. Ele diz que nenhum país tem o sistema de saúde ideal, mas que se conseguíssemos combiná-las, o resultado seria próximo do perfeito. "Eu sei que o Brasil não é a Alemanha, e que a Austrália não é a Inglaterra, mas o livro é sobre as melhores práticas e inovações em saúde ao redor do globo. Todos os países têm algo a ensinar, e algo a aprender. O objetivo é mostrar que é possível, trazer a situação para uma ótica otimista e inspirar a mudança. Se eu conseguir isso, terei tido sucesso!"

Mark já trabalhou em mais de setenta e sete diferentes países, assessorando governos e iniciativa privada em operações, políticas e estratégias. Com essa bagagem ele explica que há uma tendência maior dos países aprenderem entre si do que se diferenciarem ao passar do tempo. O fato é que sistemas são diferentes e particulares porque são embasados em históricos sócio-político culturais, mas no final, todos os humanos sofrem e morrem das mesmas coisas. Ao seu ver, essa é uma das razões pela qual o livro fez tanto sucesso em países tão distintos: "Existem muito mais similaridades do que diferenças nos sistemas de saúde. As pessoas enxergam semelhanças nos problemas e conseguem agregar para seu local soluções de gestão ou tecnologia, que já funcionam em outros lugares"

No geral, há o pensamento de que as low hanging fruits, ou seja, por onde começar, seja muito diferente de um país para o outro, mas para ele as três principais ações são base: focar no paciente, elaborar uma política de saúde clara e que se comunique bem com o setor público e privado, e assegurar um plano de financiamento que seja sustentável e prime pelos incentivos certos.

Para finalizar, ele comenta sobre o seu próximo livro, "Human: Solving the global workforce crisis in healthcare", que projeta um gap de dezoito milhões de profissionais de saúde até 2030. Se por um lado temos um grande furo sobre a inteligência e automação tomarem empregos no setor, outros dizem que com a filosofia "high tech high touch" (alta tecnologia, alto contato) todos terão espaço. Mark acredita que o mundo necessita de tecnologias disruptivas, em especial a saúde, mas que isso de forma alguma tirará os empregos humanos. "A inteligência artificial criará bem mais empregos do que destruirá. Ela será extremamente útil na personalização do cuidado, na medicina de precisão e no combate ao câncer, para citar.

Eu penso como se fosse uma enorme e encorajadora força propulsora, para o bem da saúde no/do futuro. Historicamente, a indústria da saúde teve uma adoção lenta e não percebeu o leque de possibilidades relacionada a essa tecnologia. A onda está vindo, e bem rápido, mas os humanos não têm nada a temer. Temos que

ter certeza de que nós somos os mestres, e as máquinas, os

servos.”

## EM AUDIÊNCIA, ANS DISCUTE NOVA PROPOSTA DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil - 13/11/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propôs hoje (13), em audiência pública, uma nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. No encontro, representantes de empresas do setor, economistas e representantes de entidades de defesa do consumidor tiveram espaço para apresentar considerações e sugestões.

De acordo com a ANS, o objetivo é estabelecer um cálculo que reflita mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais e familiares. Além disso, a agência alega que a mudança proporcionará mais transparência e previsibilidade para usuários dos planos, uma vez que serão usados no novo processo dados públicos e auditáveis.

A ANS não dispõe hoje de um normativo que estabeleça a fórmula do reajuste.

"É uma certa falha regulatória. [O cálculo] sempre foi feito de forma técnica, cuidadosa e responsável. A ANS teve o bom senso de manter sua metodologia ao longo dos anos, com pequenos ajustes que tiveram pouco impacto no resultado final. Com a efetivação desse normativo, teremos uma fórmula direta para dialogar com a sociedade, que já diz de antemão qual será o cálculo do reajuste e reduz assim o grau de incerteza", disse o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Rodrigues de Aguiar, na abertura da audiência.

Atualmente, o cálculo se baseia nos reajustes dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. A nova metodologia proposta combina a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A mudança levaria em conta que parte dos gastos das operadoras dos planos não têm relação com despesas assistenciais em saúde como, por exemplo, as despesas administrativas. A proposta prevê que seja mantida uma

única fórmula, mas o VDA teria peso sobre 80% do reajuste e o IPCA sobre os 20% restantes.

A metodologia sugerida também inclui um fator de eficiência, que objetiva induzir o mercado a melhorar o gerenciamento de suas despesas assistenciais. "É importante que as operadoras entendam que precisam atuar como gestores de assistência em saúde e não como meras intermediadoras de pagamentos entre usuários e prestadores, porque essa visão gera aceleração dos custos do setor", explicou Bruno Morestrello, especialista em regulação da ANS.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) apresentou críticas à proposta da ANS, uma delas direcionada ao fator de eficiência. Segundo Marcos Novais, representante da entidade, a nova metodologia estaria sujeita à influência de uma infinidade de variáveis. "Não há nenhuma segurança de que o fator de eficiência vá ficar em um número que seja suportável para que a operadora consiga, do ponto de vista da gestão, alcançar ou auferir aquele índice", disse Novais.

Para a professora Ana Carolina Maia, do Departamento de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo (USP), um aprimoramento da proposta deveria levar em conta que os planos de saúde são produtos heterogêneos. "O VDA mistura todos eles. E aí, como economista, eu pergunto se isso é justo." A professora apresentou um exemplo hipotético, em que as despesas de dois planos de uma mesma operadora crescem de forma diferente, mas sofrem o mesmo reajuste independentemente do desempenho de cada um.

A audiência desta terça foi a segunda realizada para discutir a questão. A primeira foi em julho, e as sugestões apresentadas constam de um relatório de 42 páginas. Até o dia 18 deste mês, sugestões e considerações poderão ser enviadas à ANS por meio de [formulário online](#) no site da ANS. Essas propostas serão reunidas em um novo relatório às que foram apresentadas na audiência de hoje.

Após a avaliação de todas as considerações, o texto final será encaminhado à diretoria colegiada da ANS. Se as contribuições motivarem alguma modificação significativa, nova audiência pública pode ser marcada.

## SETOR DE SAÚDE UNIDO EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA OS PLANOS INDIVIDUAIS

Apólice - 13/11/2018

Há pouco tempo, ter um plano de saúde era o terceiro maior desejo dos brasileiros, ficando atrás somente de educação e casa própria. Agora já é considerado o item de maior aspiração, prioridade de quem pode contratar um serviço de atendimento ao maior bem, que é a saúde. O setor privado de saúde no Brasil movimentava aproximadamente R\$ 161 bilhões ao ano, atendendo 47 milhões de pessoas com [planos de saúde](#). Porém o acesso tem se tornado cada vez mais restritivo: hoje, 70% da população brasileira não consegue pagar plano de saúde.

As operadoras de saúde, até mesmo as maiores, foram deixando a oferta do plano individual porque não existia um regramento que as protegesse em caso de uma carteira de clientes em que o volume de sinistros (arrecadação pela utilização) pudesse ter uma alta – pelo contrário, elas não poderiam praticar os reajustes necessários e teriam que manter a correção da inflação, sob supervisão da ANS. No entanto, os planos por adesão sempre funcionaram desta

maneira, pois eles não são regidos nem sofrem interferência da ANS. Assim, acabou-se fazendo um mercado muito maior de adesão e o plano individual entrou em extinção.

Recentemente, o Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que a ANS não tem mecanismos eficientes para evitar aumentos abusivos nas mensalidades dos planos de saúde e determinou que realize, em um prazo de 180 dias, um plano para implementar mudanças que inibam reajustes abusivos.

Para tentar resolver esta equação, e com o entendimento de que precisa atuar para ampliar a oferta de produtos, inclusive individuais, a ANS convocou o setor para, juntos, estudar novo modelo de reajustes anuais para os planos de saúde individuais e familiares, em audiência pública que acontece nesta terça-feira, 13 de novembro.

Em nota, a agência esclarece que regula o setor de planos privados de assistência à saúde, tanto os planos individuais quanto os coletivos, conforme determina a Lei nº 9.656/1998. Ressalta que monitora regularmente os percentuais aplicados aos contratos coletivos e todas as reclamações registradas sobre reajuste são apuradas e que, além disso, obriga as operadoras a disponibilizarem a memória do cálculo do reajuste de planos

coletivos para o contratante, explicando, dessa forma, como chegaram ao percentual aplicado.

Na audiência pública a ANS irá apresentar a proposta de mudança da forma de reajustes anuais, passando a incorporar à regra a inflação oficial da economia, por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Atualmente, o aumento é calculado levando em conta apenas a variação das despesas médicas. O cálculo proposto é que 80% do reajuste seja composto pelos gastos assistenciais e 20% pelos não assistenciais. Em nota, a agência explica que o objetivo principal da implementação dessa nova metodologia é refletir mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais. As principais entidades do setor ainda estão estudando esta e outras fórmulas de cálculo.

## **MEDICINAS DE GRUPO ALAVANCAM CRESCEMENTO DO SETOR**

IESS - 13/11/2018

Como divulgamos na última [semana](#), o total de beneficiários de planos médico-hospitalares apresentou ligeira variação positiva de 0,2% entre setembro de 2018 e o mesmo mês do ano anterior segundo a [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#). Importante reforçar, contudo, que os 102,2 mil novos vínculos apontados no boletim podem estar “só no papel”.

Como alertamos periodicamente, é preciso analisar as variações próximas de zero com cautela. Como a variação é muito baixa, é possível que na revisão dos números setoriais pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), daqui alguns meses, revele que não houve, necessariamente, esse aumento real.

## **A SAÚDE PRECISA QUEBRAR OS PARADIGMAS PARA EVOLUIR**

SaúdeBusiness - 13/11/2018

Para alguns mercados, o crescente uso da tecnologia foi considerado o pesadelo das empresas já estabilizadas. Por outro lado, da perspectiva da área da saúde, o que ocorre é exatamente o oposto. Nos últimos anos, os desenvolvedores de soluções puderam apresentar a eficácia de suas tecnologias para as rotinas médicas, que aumentam a segurança dos pacientes e reduzem os custos em hospitais, centros de diagnósticos por imagem, policlínicas e laboratórios, sejam privados ou públicos.

A transformação digital na saúde vem de décadas, porém, no Brasil, ainda estamos muito distantes da realidade de outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de 90% dos hospitais já utilizam a tecnologia em todos os processos, enquanto no Brasil muitos ainda lutam contra o uso do prontuário eletrônico, solução que diminui o uso de papel e aumenta a segurança na assistência ao paciente.

Tudo isso ocorre porque os entraves políticos por aqui são maiores, não só por parte do governo como também das empresas envolvidas. Se fizermos um paralelo com o mercado financeiro, as – popularmente conhecidas – fintechs passaram, recentemente, a usar e abusar da mobilidade e da internet para implantar um novo método de fazer negócio. Hoje, existem bancos que não possuem agências físicas e, ainda assim, contam com a credibilidade da

Sabemos que a ANS quer desenvolver um mercado saudável para os envolvidos, pois as operadoras somente irão fazer a oferta do plano de saúde individual se tiverem segurança de que é possível equilibrar as contas. É muito importante acompanhar este assunto e contribuir com conhecimento técnico para que se alcance o objetivo de encontrar o melhor equilíbrio, de forma que possamos tornar viável que os usuários continuem com seus planos de saúde e até ampliar o mercado com novos entrantes de todas as classes sociais. O mercado de saúde suplementar não vai ficar restrito aos mais ricos, sua função social é muito importante para todos, inclusive para a sustentabilidade do sistema público.

A nova publicação traz, ainda, uma análise especial que verifica como o número de beneficiários de planos médico-hospitalares variou segundo modalidade da operadora no mesmo período. A nota mostra que a leve variação positiva foi puxada, exclusivamente, pela medicina de grupo.

Essa modalidade registrou crescimento de 476,5 mil vínculos entre setembro de 2017 e o mesmo mês desse ano, o que representa avanço de 2,7%. Esse setor passou a atender a maior proporção dos beneficiários de planos médico-hospitalares, representando 38,3%, um total de 18,1 milhões de beneficiários.

No mesmo período, todas as outras modalidades tiveram retração. O segmento de autogestão perdeu 164,3 mil beneficiários, ou seja, 3,3%; nas cooperativas médicas, a redução foi de 0,9%, o que representa 152,1 mil beneficiários; as seguradoras tiveram perda de 48,3 mil, ou 0,8%; e as filantropias registraram decréscimo de 48,3 mil, um total de 0,8%.

Como alertamos periodicamente, é preciso analisar as variações próximas de zero com cautela. Como a variação é muito baixa, é possível que na revisão dos números setoriais pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), daqui alguns meses, revele que não houve, necessariamente, esse aumento real.

população. Nesse sentido, foram as próprias financeiras que investiram na mudança de mindset do mercado.

Ainda que muitas instituições e muitos profissionais de saúde estejam resistentes ao uso do prontuário eletrônico do paciente, o Brasil tem iniciativas para isso, com hospitais desejando processos de certificação que medem a maturidade e o nível da adoção tecnológica dentro da instituição, como o HIMSS. Na Colômbia, por exemplo, a interoperabilidade é tão importante quanto qualquer outro processo dentro das instituições de saúde. Poderia se economizar muito se avaliassem apenas os gastos com o excesso de exames nem sempre necessários.

Estudos da Gartner, empresa de consultoria, apresentam números que mostram que de 17% a 23% da receita de instituições de saúde são desperdiçados em exames desnecessários ou repetidos. Este estudo exemplifica que investimentos poderiam ser facilmente melhor direcionados com o uso da tecnologia e análise dos dados, impedindo, por exemplo, que uma pessoa faça o mesmo exame em clínicas ou laboratórios diferentes por mero preciosismo. Isso porque o paciente não tem consciência dos gastos que ele gera às instituições de saúde e aos convênios.

Outro ponto importante que envolve o uso de tecnologia e a saúde é a telemedicina, ou seja, utilizar aplicativos on-line para realização de consultas médicas. A área de psicologia, neste ano, regulamentou a solução para casos assistenciais, e foi um grande avanço. Da ótica dos pacientes, é preciso conquistar a confiança no método, pois os custos já reduzem quando comparado com a maneira tradicional.

Ainda nesse sentido, os próximos anos reservam a inteligência artificial no dia a dia da sociedade. Os sintomas e alterações que

hoje procuramos em buscadores on-line, no futuro poderão ser apresentados em indicadores próprios para esse intuito, além da supervisão e o acompanhamento de médicos por meio de uma máquina.

Agora, analisando o mercado do ponto de vista comportamental, encontramos mais algumas limitações. De um lado temos profissionais jovens – médicos ou enfermeiros – que já entendem a tecnologia como aliada e se aborrecem com a quantidade de

processos manuais. Enquanto do outro lado, percebemos que a maior parte dos usuários dos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são pessoas de outra geração e por isso ainda analógicas. Aqui nos deparamos com um desencontro de interesses.

A dúvida que paira sobre o ar é – o mercado de healthcare IT terá forças para lutar na quebra desses paradigmas? O fato é – será mais do que preciso e em pouco tempo!

## **SAÚDE BASEADA NA ENTREGA DE VALOR IRÁ TRANSFORMAR SETOR**

DCI - 12/11/2018

Com o objetivo de encontrar soluções para um sistema de saúde ético e transparente; de buscar formatos adequados para o modelo de remuneração do setor; de desenhar novas maneiras de pensar a atenção à saúde, tanto do ponto de vista de gestão e operação como da assistência, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), realizou entre os dias 7 e 9 de novembro, a 6ª edição do Congresso Nacional de Hospitais Privados (Conahp), em São Paulo.

Com o tema “Eficiência: como o combate ao desperdício irá transformar o sistema de saúde”, o evento reuniu os principais executivos de hospitais privados no Brasil, que expuseram casos de sucesso em suas instituições, e com a presença de diversos especialistas internacionais que compartilharam experiências e debateram com os presentes os caminhos que podem ser seguidos para melhorar o segmento no Brasil. “Nos últimos anos, este tema se tornou uma das principais preocupações mundiais. E no setor saúde, um dos mais representativos em todas as economias no mundo, ganhou ainda mais notoriedade. A Anahp, imbuída pelo propósito de contribuir para a construção de uma saúde de excelência para o nosso país, percebeu a necessidade de lançar luz às iniciativas que visam a sustentabilidade do sistema de saúde”, pontuou Eduardo Amaro, presidente do conselho de administração da Anahp, na cerimônia de abertura. O evento contou com a presença de, aproximadamente, 2,5 mil participantes.

Entre as experiências internacionais apresentadas, Margareth Wilson, chief medical officer e senior vice president da United Healthcare Global discursou sobre o papel da medicina baseada em evidências, eliminando o desperdício clínico e melhorando os resultados. Robert Janett, professor da Harvard Medical School e executivo da Cambridge Health Alliance debateu sobre o uso excessivo e subutilização, indicando como a atenção primária integrada pode resolver o problema sobre os desperdícios na saúde. Sobre governança, Parasha Patel, vice president global da Healthy

Police, da Boston Scientific, abordou como os programas de pagamento baseado em valor podem e devem ser cada vez mais adotados pelas empresas do setor; enquanto Joe Flower, healthcare futurist, expôs sobre como não perder a cabeça com as questões do dia a dia.

### **Tecnologia**

Manuel Grandal, gerente adjunto de assistência de cuidados hospitalares e coordenador do grupo de trabalho de telemedicina do Governo de Madri, expôs a implementação da tecnologia na Espanha, explicando como seu uso auxiliou na eliminação dos desperdícios na saúde. A experiência portuguesa também foi explorada. Óscar Gaspar, presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), expôs as tendências e desafios do setor da saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) naquele país.

Já o vice-reitor de iniciativas globais e presidente da Universidade da Pensilvânia, Departamento de Ética Médica e Política da Saúde, Ezekiel Emanuel, apresentou quais são as 12 práticas transformadoras de organizações médicas altamente eficazes. A contribuição da aplicação da Teoria das Restrições como forma de permitir avanços na qualidade, segurança, velocidade e acessibilidade na saúde foi apresentada por Alex Knight, global partner da Healthcare Goldratt Consulting.

O Conahp também ressaltou sua contribuição com o segmento no Brasil com a divulgação de várias publicações durante o encontro. Os presentes receberam um exemplar dos trabalhos: “Manual de efetividade e práticas contra o desperdício” e do “Manual de gerenciamento e assistência ao idoso”. O livro “Em busca do sistema de saúde perfeito”, escrito por Mark Britnell, também foi lançado durante o encontro.

Neste momento político e econômico difícil que o país tem vivido, Amaro também fez um apelo especial ao governo que se inicia. “Olhe a saúde com o cuidado que ela merece. É um bem precioso para a sociedade e um dos setores mais representativos da economia, que movimenta mais de 9% do PIB brasileiro e emprega mais de 2,3 milhões de pessoas no país”.

## **O SETOR SERÁ IRRECONHECÍVEL EM 10 ANOS**

Saúde Business - 09/11/2018

“Nós não precisamos de novas perspectivas, nós precisamos de olhos novos para enxergar o futuro da saúde” foi assim que Joe Flower, futurista de saúde, abriu a sua palestra no CONAHP 18. Como tese, ele criou uma tabela de elementos que mostra como será o futuro da saúde. Segundo ele, é normal que as pessoas e organizações estejam focadas em seus negócios, e não antecipem e se deem conta da velocidade da mudança, ou dos efeitos que outros setores podem ter nas suas instituições. Com a saúde, isso não é diferente, ela será irreconhecível em apenas dez anos, de modalidades de tratamentos a fluxo de trabalho, ou modelos de negócio.

Do pouco que conhece o Brasil, ele diz que o que mais o entusiasma é o impressionante comprometimento constitucional que o país oferece em relação à saúde: a nação mais populosa a garantir acesso a todas as pessoas, além do rápido crescimento do setor privado. Cada economia é diferente, mas existe uma batalha comum em escalar boas estratégias de gestão, e isso será possível através da combinação de acordos sócio-políticos com tecnologia, varrendo todas as práticas desnecessárias, aumentando o acesso, a qualidade – e reduzindo o custo.

Sua tabela começa pela medicina primária, por ser a base sólida de toda estratégia do sistema. O primeiro elemento é a confiança técnica na competência do time multidisciplinar e no fluxo seguro de informações, e a confiança humana, entre os profissionais, e entre o time e o paciente. A segunda é a centralidade do paciente, de fato, e não na teoria.

O que nos leva à discussão de modelos de pagamento. O modelo mais adotado atualmente é o de pagamento por serviço,

insustentável. Não há o cuidado integrado dos episódios, e sim visitas isoladas e tratadas individualmente. Provedores possuem incentivos para sempre fazer mais, escolher os tratamentos mais complexos e caros. Estudos mostram que mais de um terço dos gastos em saúde nos EUA são frutos de procedimentos desnecessários. Isso significa mais de 1 trilhão de dólares.

Não há como negar a urgência do surgimento de novos players para esta questão, de trabalhar a divisão do risco financeiro entre instituições e consumidores, que assim podem fazer escolhas mais sábias e avaliar o custo-benefício de suas interações com o sistema.

Outro elemento é a tecnologia, como wearables e telemedicina, o primeiro promove maior atrelamento do paciente ao sistema e o segundo maior conveniência e acesso. Com mais pontos de contatos, há menos gaps de informação, melhor fluxo de dados e maior coordenação de cuidados. A maior eficiência decorrente, auxiliado pela inteligência artificial e automação, permite que os profissionais se dediquem ao cuidado humano. Joe diz que a saúde é o negócio mais humano de todos e deve manter a sua solidez de relacionamento, principalmente através de programas de prevenção e gerenciamento de doenças.

Hoje a saúde funciona de um modo único, o paciente chega ao médico, faz exames, é diagnosticado e realiza o tratamento. “Um sistema de modo único, por sua própria natureza e eficiência, é propenso a gargalos custosos, porque não há competição, há apenas uma maneira de se fazer as coisas, apenas uma maneira de ser pago, todo sistema se beneficia da variedade”, disse Joe, trazendo o próximo elemento: a descentralização no sistema ideal, granular e fluido.

De acordo com o futurista, estamos observando um movimento de hospitais em casa. Realizar o tratamento em casa, em vez de ser internado em um hospital, quando viável, não somente economiza recursos financeiros, mas também previne prejuízos decorrentes do ambiente. Para citar: há uma chance maior de óbito somente pelo check in hospitalar do que no salto de bungee jump. A variedade de modelos de cuidado é atraída pela diversidade de modelos de pagamento. Quanto maior for o incentivo na não-remuneração por volume, melhores são os resultados, e maneiras

mais baratas de fornecer os cuidados se tornarão realidade. “O que estamos vendo é a desconstrução do sistema hospitalar, em termos de organizações e estruturas.”, explicou, frisando que a medicina primária e interdisciplinar é base nesse novo sistema disruptivo, que combina tecnologias para envolver o paciente no cuidado certo, acompanhado de um novo modelo de pagamento. Além disso, ele cita a importância do fator ambiental e social, ou seja, acesso a moradia de qualidade, transporte, alimentação e relacionamentos saudáveis como pontos de interferência no sistema. “O seu CEP é um preditivo muito melhor do seu estado de saúde e longevidade do que seu código genético”.

Joe diz que para toda essa desconstrução funcionar, será necessária uma verdadeira interoperabilidade e absoluta transparência de como os dados serão transmitidos entre sistemas, e tudo isso será mediado através de blockchain. Segundo Joe, o uso real desta tecnologia na área de saúde está apenas começando a emergir, mas podemos falar sobre o que promete. Neste contexto se inclui a troca segura de informações valiosas sem uma central validadora, o que promove transações mais rápidas e baratas, simplificando drasticamente a manutenção de registros e estabelecendo uma única verdade entre as partes.

Fazer um histórico imutável das transações de procedimentos médicos e atualização de registros em tempo real, permite que as organizações criem contratos inteligentes baseados em lógica de negócios que podem se executar de forma autônoma, e assim economizar tempo e dinheiro, além de reduzir o atrito gerado por intermediários. Imaginem como isso iria transformar os cuidados em saúde?

O futuro não é uma lista de itens, é um desenvolvimento conjunto e integrado para gerar, de fato, ruptura no sistema. Os elementos são o núcleo de uma matriz de mudanças estruturais. Deve-se existir variedade para atender todas as necessidades individuais de cada paciente, e de diferentes partes do mercado, mesmo que integradas. Todas iniciativas impulsionadas pela demanda do cliente para produzir uma estratégia de saúde populacional com maior capacidade, mais eficiência e mais poderosa: tecnológica e humana.

## STJ RATIFICA QUE PLANO DE SAÚDE NÃO TEM OBRIGAÇÃO DE FORNECER MEDICAMENTO SEM REGISTRO NA ANVISA

Fenasaúde - 09/11/2018

### Presidente da FenaSaúde alertou que o uso de medicamento sem registro na Anvisa pode trazer prejuízos à saúde

As operadoras de planos de saúde não são obrigadas a fornecer medicamento – nacional ou importado – sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O entendimento foi fixado por unanimidade pela 2ª seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), nesta quinta-feira (08), em Brasília.

“A decisão do Poder Judiciário proporciona mais segurança jurídica ao ratificar a legislação vigente. O STJ levou em conta as normas da ANS e da ANVISA, e o risco à saúde do cidadão. Além disso, a aquisição de produtos sem registro configura infração de natureza sanitária. Hoje, a judicialização é um dos maiores problemas enfrentados pelas operadoras e pelos tribunais, em razão do acúmulo de processos. Embora o recurso à Justiça seja um direito

de todos, muitas demandas que chegam aos tribunais nessa área buscam obter benefícios sem respaldo nos contratos ou na legislação da Saúde Suplementar. Essa decisão do STJ pacificou as discussões no âmbito dos tribunais”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

O tema foi pauta de várias sessões na Corte. Sendo que na última quinta-feira (08), a decisão foi tomada após a sustentação da Defensoria Pública da União (DPU). Segundo o Ministro relator Moura Ribeiro, não há como o Poder Judiciário atropelar todo o sistema, sob pena de causar mais malefícios que benefícios: “Não pode o Poder Judiciário criar norma sancionadora. A justa expectativa do doente não implica sua automática viabilidade de consumo”.

A presidente da FenaSaúde ainda alertou que o uso de medicamento sem registro na Anvisa pode trazer prejuízos à saúde do beneficiário de plano de saúde: “Sem a análise criteriosa e a chancela da Vigilância Sanitária brasileira, não há garantias sobre a segurança e os efeitos dos medicamentos em nossa sociedade. O registro de medicamentos novos é concedido desde que sejam comprovadas a qualidade, a eficácia e a segurança baseadas na avaliação de estudos clínicos – esse é o papel da Anvisa”.

## AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS

ANS - 08/11/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibiliza a partir de hoje (8/11) um formulário online para participação pública sobre a proposta de metodologia de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares. Com isso, a reguladora amplia a possibilidade de envolvimento de toda a sociedade na discussão e elaboração do novo cálculo.

O formulário ficará disponível por dez dias. [Clique aqui e acesse](#). Podem enviar sugestões representantes do setor regulado, de órgãos de defesa do consumidor e de toda a sociedade civil.

A metodologia de cálculo do reajuste que está sendo proposta pela ANS será debatida em nova audiência pública no dia 13/11. As inscrições para participação presencial se encerram amanhã (9/11).

Para participar da audiência, envie e-mail para [eventos@ans.gov.br](mailto:eventos@ans.gov.br), informando no assunto "Audiência Pública sobre a metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais". Também devem ser informados no e-mail o nome completo do participante, instituição que representa, e-mail e telefone para contato e número do CPF.

A audiência ocorrerá das 8h30 às 17h30, no auditório da Secretaria de Fazenda e Planejamento do Rio de Janeiro, localizado na Avenida Presidente Vargas 670 - Centro. O evento será transmitido ao vivo pelo Periscope (@ans\_reguladora).

## ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

IESS - 08/11/2018

Quem acompanha informações sobre o setor de saúde sabe que a Judicialização é um tema cada vez mais recorrente e presente na pauta por diferentes razões e necessidades. Assunto caro aos segmentos de saúde do país, é um dos mais abordados aqui no Blog, pela imprensa e também pelos trabalhos da categoria Direito do [Prêmio IESS de Produção Científica](#) em Saúde Suplementar. O crescente aumento das ações judiciais tanto no sistema público quanto privado faz com que, de tempos em tempos, sejamos impactados com notícias e informações sobre a questão.

Olhando, por exemplo, o histórico de [trabalhos vencedores](#) do Prêmio IESS conseguimos acompanhar como a questão tem sido tratada pelo setor, quais os pontos historicamente mais sensíveis nessa relação e, talvez mais importante, constatar que esses trabalhos têm contribuído para o aperfeiçoamento do setor.

Exatamente com esse mesmo objetivo, o trabalho "Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil", publicado na [23ª edição do Boletim Científico](#) realizou uma revisão narrativa, com levantamento bibliográfico e documental em que se procedeu a coleta de artigos e jurisprudências em sites eletrônicos.

Para se ter uma ideia, Entre 2014 e 2016, o total de ações judiciais envolvendo a saúde teve incremento de 243%, segundo o relatório Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). São desde questionamentos sobre valores dos serviços e reajuste dos planos até indenizações por erros médicos, passando por requerimentos de medicamentos, terapias e outros.

Outro número alarmante mostra que no período entre 2010 e 2015, apenas com a compra de três medicamentos de alta complexidade, o governo federal teve um gasto de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão. Esse valor é maior do que o recurso utilizado para a compra de todos os outros medicamentos adquiridos por via do Judiciário. Pesquisas realizadas em Estados da Federação demonstram que foram gastos, aproximadamente, R\$ 2,7 milhões em somente 18 processos judiciais, com pedidos de medicamentos de alto custo, para atender 523 pacientes. Ou seja, 97,21% do custo total da judicialização nos anos de 2009-2010 foi aplicado para aproximadamente 2,2% do total de processos.

Voltando à publicação, segundo o Relatório de Pesquisa do CNJ, os argumentos mais frequentes para fundamentar as sentenças são os pertencentes à tríade direito à saúde, direito à vida e direito à dignidade da pessoa humana. O direito à saúde corresponde à 87,57% dos fundamentos, seguido do direito à vida, com 53,50% e, por fim, o direito à dignidade da pessoa humana em 24,48% das respostas.

O estudo mostra que os magistrados entendem que o direito à saúde deve ser garantido a todos, a despeito de qualquer política pública ou a observância ao orçamento público. São desconsiderados, por exemplo, elementos que compõem as políticas públicas de medicamentos no país.

A análise vai, portanto, ao encontro do que temos [apontado](#) sobre a necessidade de magistrados receber municiamento para o correto embasamento técnico-científico para o melhor julgamento. Claro que a busca por direitos por meio da justiça faz parte das relações na sociedade, mas é importante que o direito individual não se sobreponha ao direito coletivo, gerando prejuízos à saúde da maior parcela da população.

**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)