

29 de Novembro de 2017

VOTAÇÃO DE RELATÓRIO DO PL DOS PLANOS DE SAÚDE É ADIADA NOVAMENTE

O GLOBO –28/11/2017

Nova data prevista é 13 de dezembro

BRASÍLIA — A votação do relatório sobre o projeto de lei que pretende modificar a lei dos planos de saúde foi adiada pela segunda vez. A decisão foi tomada em uma reunião da comissão mista que analisa o tema, realizada nesta terça-feira. A nova data prevista é 13 de dezembro.

RELATOR DESISTE DE PROPOR REAJUSTE EM PLANO DE SAÚDE PARA IDOSOS

Folha de S. Paulo –28/11/2017

Após críticas, o relator do projeto que prevê um novo marco legal para os planos de saúde, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), decidiu recuar da proposta de permitir um [reajuste na mensalidade](#) para idosos.

A mudança foi confirmada pelo deputado à Folha nesta terça-feira (28). Segundo Marinho, a decisão ocorre após críticas à proposta tanto por operadoras de planos de saúde quanto por entidades de defesa do consumidor.

"Consegui uma rara unanimidade", disse ele, que afirma que deve retirar a proposta do novo texto, previsto para ser apresentado no dia 13 de dezembro à comissão especial que analisa o tema em regime de urgência na Câmara dos Deputados.

"Órgãos de defesa do consumidor são contra e as operadoras de planos de saúde também. As operadoras porque perdem recursos e deixam de antecipar uma receita e as entidades porque acham que de alguma forma os idosos são prejudicados. Eu acho que é um retrocesso, mas não dá para ser contra todo mundo", afirmou.

A proposta de permitir um reajuste na mensalidade dos planos de saúde após os 60 anos havia sido [adiantada à Folha no fim de setembro](#) e apresentada em parecer divulgado em outubro à comissão especial.

Atualmente, há dois tipos de reajuste de planos de saúde: um anual, que ocorre pela variação nos custos do período, e outro por faixa etária. O Estatuto do Idoso, porém, veta desde 2004 esta última elevação (relacionada à idade dos usuários) a partir dos 60 anos —há 6,2 milhões de clientes de planos acima dessa idade no país.

O texto inicial da proposta apresentada por Marinho, porém, previa a possibilidade de "[aplicação parcelada do reajuste](#) da última faixa etária [aos 59 anos] após os sessenta anos".

Em reação, entidades enviaram moções de repúdio e ofícios aos deputados pedindo que o trecho fosse revisto. Em documento enviado nesta semana, a Proteste, por exemplo, afirma que o reajuste

O ponto mais polêmico é o que diz respeito à mudança na forma de aplicação do reajuste para idosos. O parecer do relator, Rogério Marinho (PSDB/RN), prevê que o percentual de reajuste seja definido aos 59 anos, mas possa ser "parcelado" durante os anos seguintes, a cada cinco anos. A ideia é que isso evite os aumentos abusivos dados hoje logo antes de o usuário completar 60 anos. Essa é a idade limite permitida pelo Estatuto do Idoso para que o reajuste seja dado.

O problema é que, no atual formato, a medida não agradou nem os órgãos de defesa do consumidor e nem às empresas. Tanto que há pressão dentro da própria comissão para que o relator desista desse ponto. Para eles, há um custo político diante da impopularidade que a proposta ganhou.

"coloca o consumidor mais uma vez como refém dos aumentos arbitrários praticados pelas empresas."

Questionado se apresentaria uma proposta alternativa após a retirada desse trecho do parecer, Marinho nega e diz que não trará novas medidas "para não ser mal interpretado".

"[As entidades] Preferem manter do jeito que está. Quem vai perder é o idoso, mas tudo bem. Certamente a matemática dessas entidades é diferente da minha", disse ele, para quem o aumento "diluído" seria necessário para evitar que idosos sejam "expulsos" dos planos de saúde devido ao alto reajuste cobrado aos 59 anos.

Ainda segundo o deputado, outras mudanças no relatório devem ser discutidas com demais parlamentares da comissão nesta quarta-feira (29), data em que estava programada inicialmente a votação da proposta —agora adiada para 13 de dezembro. "A ideia é termos o maior consenso possível", alega. "Aparentemente há adesão à boa parte do texto, mas vamos tentar analisar as mudanças."

'POUCO DEBATE'

Para Mário Scheffer, da Faculdade de Medicina da USP e Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), o recuo em relação à proposta de permitir um reajuste nos planos de saúde para idosos evidencia que o projeto foi apresentado à comissão especial com pouco debate.

"Fica claro que não é um bom projeto e tem resistências e contradições", afirma ele, que lembra que a proposta também abrange outros pontos "graves".

"Apesar da questão dos idosos ter sido um ponto polêmico, esse não é o único problema", diz Scheffer, que alerta para o trecho que cita a possibilidade "segmentação" na cobertura.

Para ele, a medida pode trazer uma redução na lista de serviços hoje obrigatórios a serem ofertados pelos planos de saúde. "Isso significará a redução do rol de procedimentos. O rol que era mínimo vira um rol máximo", avalia.

OUTRAS PROPOSTAS

Além da mudança no reajuste e na segmentação, parecer apresentado pelo relator propõe outras alterações na atual lei dos planos de saúde.

Entre eles, está uma redução nas multas cobradas aos planos de saúde por negativa de atendimento.

Pela lei atual dos planos de saúde, os valores a serem cobrados em multas variam entre R\$ 5 mil e R\$ 1 milhão. Nos casos de negativa de cobertura, a multa é fixada em R\$ 80 mil.

Proposta do relator, no entanto, retira o valor mínimo e prevê que, nestes casos, o valor da multa não ultrapasse dez vezes o valor do procedimento.

O FUTURO DA SAÚDE PASSA PELA INTEROPERABILIDADE

SEGS –28/11/2017

Um turista de São Paulo, em férias na Bahia, sofre um acidente durante passeio na capital soteropolitana. O paciente é prontamente levado a um hospital da região, e a primeira providência tomada pela equipe médica segue o protocolo comum em muitas instituições de saúde Brasil afora: uma série de exames deve ser realizada antes que qualquer procedimento seja iniciado.

Neste caso fictício, especificamente, nada de mais grave aconteceu – apenas uma torção no tornozelo e algumas escoriações em decorrência da queda. Após horas no hospital, o viajante estava de volta ao seu quarto de hotel se preparando para o jantar.

Quando se trata da vida real, este nem sempre é o roteiro: a depender do caso, a agilidade no atendimento pode ser determinante para garantir a integridade do indivíduo. Nessas horas, um sistema integrado com o histórico de pacientes que elimine a redundância de alguns exames se torna um aliado das instituições de saúde na “luta contra o relógio”.

E é exatamente por isso que o conceito de interoperabilidade tem pautado importantes discussões no mercado da saúde, pois garante a capacidade de diversos sistemas e instituições trabalharem em conjunto, apesar de suas particularidades, de modo a garantir que interajam para trocar informações de maneira eficaz e eficiente. Ou seja, são universos diferentes que possuem a mesma forma de se comunicar.

Simplificando, e recorrendo mais uma vez ao exemplo da ficção relatado no início desse texto, a interoperabilidade permitiria aos

O texto sugere ainda mudanças no ressarcimento ao SUS pelas operadoras – o que ocorre quando um usuário de plano de saúde busca atendimento na rede pública para um serviço que estava no seu contrato – além de estabelecer a obrigatoriedade da oferta de planos individuais e a necessidade de apresentação de parecer técnico em decisões judiciais, entre outras questões.

médicos de Salvador o acesso a todo o histórico de atendimentos do viajante paulista – realizados em São Paulo ou em qualquer outra cidade do Brasil –, incluindo sua informações ligadas à presença de alergias, doenças pré-existentes ou possíveis interações medicamentosas.

Garantir que dados coletados por meio dos equipamentos de um hospital sejam compartilhados com outras instituições pode, por este prisma, parecer benéfico apenas aos próprios pacientes, mas não é verdade. A disseminação desse conceito pode ser um dos atores da transformação de toda a saúde no país, uma vez que evitaria o desperdício de recursos causados pela realização de exames desnecessários, o que impacta diretamente nos custos operacionais de hospitais e clínicas e nos preços e reajustes praticados pelos convênios, por exemplo.

Já os benefícios proporcionados a hospitais, laboratórios e clínicas são inúmeros. Não são poucas as instituições que tornaram seus processos mais ágeis e eficientes – e reduziram consideravelmente a quantidade de erros – após o uso de soluções que possibilitam uma atuação integrada, em detrimento ao uso de sistemas próprios e que não “conversam” entre si. Em um país de dimensões continentais como o nosso, não é difícil mensurar os impactos quantitativos e qualitativos que seriam causados apenas com a adoção de novas práticas e de uma atuação com base na tecnologia.

Ainda que a interoperabilidade garanta que mais seja feito com investimentos menores, infelizmente está longe de ser unanimidade no mercado. Mas, não há dúvidas de que este é um tema que deve ser discutido com todos da sociedade, considerando os benefícios para instituições (hospitais, clínicas, laboratórios, centros de imagem, radiologia e diagnósticos), profissionais de saúde e, principalmente, pacientes. Assim como em um atendimento de emergência, a urgência nesse debate pode ser a diferença entre a vida e a morte de muitos brasileiros.

POR QUE OS PLANOS DE SAÚDE SÃO CAROS?

O Estado de S. Paulo –28/11/2017

Como solucionar o conflito entre custo alto e renda baixa é o desafio a enfrentar

*José Cechin, O Estado de S.Paulo

Durante milênios se viviam poucos anos em média, com expectativa de vida ao nascer abaixo de 40 anos. A longevidade começou a aumentar na Grã-Bretanha no final do século 19, em virtude do progresso material daquela sociedade. Mas não se confunda baixa expectativa de vida com chance nula de atingir idade elevada. Sócrates, há 25 séculos, condenado a tomar cicuta, morreu anos aos 70 anos de idade.

A novidade não é o fato de os indivíduos ficarem mais longevos, mas, sim, de a sociedade envelhecer, resultado de menores índices de fecundidade e mortalidade. Hoje, no Brasil, os idosos (60 ou mais

anos) são 26 milhões; em 2050 serão 66,5 milhões, ou 29,4% da população. Caminhamos velozmente para uma sociedade de idosos – um simples fato da vida.

O envelhecimento traz consigo outro fato da vida, o aumento da incidência de doenças crônicas, baixa na infância, mas muito alta na idade avançada. A hipertensão aflige três em cada cem jovens de 18 a 29 anos e mais de 55 entre os maiores de 75 anos. Nos problemas de coluna, diabetes e neoplasias, o quadro é semelhante. Resume esse fato da vida a prevalência de doença crônica em dez de cada cem menores de 20 anos e 79 entre maiores de 65. Crônica porque não curável, mas que requer tratamento e cuidados permanentes e dispendiosos.

Vive-se mais, em parte, pelos avanços da tecnologia, que prolonga vidas. Mas essa mesma tecnologia aumenta as despesas com saúde. Todavia apontar despesas crescentes não equivale a designar culpados. A humanidade necessita de mais avanços tecnológicos para que as pessoas acometidas por enfermidades sejam diagnosticadas com precisão e curadas com maior rapidez e menor sofrimento. Mas tenhamos presente que o avanço da tecnologia médica, que nos faz bem, converte doenças antes fatais em

“crônicas”, a exigirem tratamentos continuados. É o sucesso da tecnologia que prolonga vidas que causa, de forma aparentemente paradoxal, mais gastos com saúde. Fácil de entender: de um lado, barateia procedimentos, mas, de outro, permite identificar mais casos para tratar e torna elegíveis procedimentos antes não recomendados. O barateamento dos computadores levou a sociedade a gastar mais com essas máquinas.

O aumento da incidência de doenças crônicas com a idade faz o gasto médio per capita com saúde crescer, e muito. A décima faixa etária (59 anos e mais) – das dez definidas pela ANS para a formação das mensalidades – gasta mais que o dobro da anterior. Ao completar 59 anos o beneficiário não se torna mais “sinistrável” do que era aos 58. É que ele ingressa na faixa que inclui desde sexagenários até os milhares de centenários. Esse grupo etário, muito heterogêneo, é que gasta em média mais que o dobro da faixa anterior. E quanto mais idosa a faixa, maior o gasto médio, que duplica e triplica na passagem dos 60 para os 70 e 80 anos. Ilustra-se com o gasto médio do diabético americano, de US\$ 4.393 para menores de 45 anos, mas de US\$ 11.825 para maiores de 65.

Essa é a razão das altas taxas de reajuste nessa passagem de idade, decorrentes dos fatos da vida citados. O plano de saúde para os idosos tem preço elevado porque é alto o seu custo médio per capita. A duplicação do custo médio exige alto percentual de reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos. Além disso, a atuária recomenda que a mensalidade seja aderente ao custo médio. Portanto, as mensalidades dos planos deveriam dobrar nessa mudança de faixa etária, o que não ocorre.

Há outro ponto que precisamos considerar: a menor renda das pessoas ao deixarem o mercado de trabalho e ficarem dependentes da aposentadoria. Como solucionar esse conflito entre custos altos e rendas baixas é o desafio que a sociedade precisa enfrentar. O legislador, ciente disso e para possibilitar a permanência dos idosos nos planos, determinou uma regra de formação do preço em que eles não precisassem pagar pelo custo médio. A escolha, feita há mais de 15 anos, foi um esquema de solidariedade implícita entre gerações:

beneficiários mais jovens arcam com pagamentos superiores ao seu custo para que os idosos tenham mensalidade inferior ao custo de seu grupo etário.

Assim, reconhece-se que as mensalidades dos planos dos idosos são elevadas relativamente à renda de aposentadoria. Porém não cobrem os custos médios per capita – na verdade, são inferiores. Os altos valores e taxas de reajuste são adequados do ponto de vista técnico, embora não consigam resolver o conflito diante das baixas rendas da população.

Parece uma questão irreconciliável. Se um grupo precisa ser socialmente protegido, é preciso definir quais grupos arcarão com a diferença. Mais ainda, como não há obrigação de ter plano de saúde, esses grupos podem optar por não tê-lo. E assim, além cair o número de jovens, uma fração menor deles estaria disposta a exercer a solidariedade no montante a compensar o pagamento menor dos idosos.

Está em revisão a lei dos planos de saúde. Nela se propõe parcelar o valor do reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos em um quinto a ser aplicado em cinco quinquênios. Trata-se de importante alívio para os beneficiários, que nesses 25 anos pagariam, a título de reajuste, a metade do valor que seria pago sem o parcelamento. Um inequívoco benefício para os consumidores. Falta, no entanto, especificar entre quem seria repartida a diferença.

A saída requer visão de futuro e planejamento individual de longo prazo. As pessoas poderiam formar um plano de previdência voltado para custear parte das mensalidades quando deixarem o mercado de trabalho. Nele o indivíduo poderá planejar o futuro e vislumbrar o tipo de plano que deseja na etapa pós-mercado de trabalho. Cabe ao setor público e ao legislador prover os meios para que as pessoas possam materializar o desejado planejamento financeiro para uma etapa da vida sensível e cada vez mais longa.

*Diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar

PROPOSTA PARA PLANO DE SAÚDE REQUER MAIS DISCUSSÃO E ESTUDOS

Valor Econômico –27/11/2017

Nos últimos dois anos, dois milhões de pessoas perderam seus planos de saúde, aquelas que ainda têm convênio médico pagam reajustes cada vez mais salgados e há uma grande demanda por planos individuais que não é atendida por falta de oferta. É nesse cenário que tramita um projeto de lei na Câmara dos Deputados propondo mudanças nas regras desse mercado que faturou R\$ 178,4 bilhões no ano passado, sustentado por 47,4 milhões de usuários.

Segundo especialistas ouvidos pelo Valor, o projeto tem pontos positivos, mas eles observam que é necessário aprofundar o debate, com estudos para medir o impacto de algumas medidas propostas e trazer à discussão a importância de programas de prevenção e novos modelos de remuneração entre operadoras e hospitais.

Dentre os pontos considerados importantes, o projeto prevê que as operadoras ofereçam obrigatoriamente planos individuais, reabrindo uma discussão antiga sobre um problema sério, até agora sem solução.

Outro ponto, igualmente relevante, refere-se aos planos das pessoas com mais de 59 anos de idade. Hoje, há 6,3 milhões de usuários de planos nessa faixa etária. O projeto defende que o valor do reajuste desses convênios seja parcelado em cinco vezes (com correção pelo IPCA), a cada cinco anos, e não de uma só vez, aos 59 anos, como ocorre atualmente. Em média, a mensalidade nessa faixa etária sofre

um aumento de 49%, uma vez que o Estatuto do Idoso não permite reajustes após os 60 anos. Assim, uma pessoa com um plano de R\$ 1 mil, por exemplo, poderia parcelar o aumento de 49%, equivalente a R\$ 490 em cinco vezes. Com isso, haveria um acréscimo de R\$ 98 (mais o IPCA), a cada cinco anos, além do reajuste anual baseado na taxa de sinistralidade, que mede quanto o usuário usa o plano de saúde.

Maurício Ceschin, um dos maiores especialistas em saúde do país, tendo presidido a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Sírio Libanês e a Qualicorp, vê com bons olhos o parcelamento: "A medida é vantajosa para o consumidor. O reajuste único aos 59 anos precifica o plano de saúde para os próximos 20 anos".

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, ligado à Secretaria de Direitos Humanos, defende que o assunto seja mais debatido. Sua posição inicial, de ser contra o parcelamento, deveu-se à falta de discussão com a sociedade. "Precisamos entender melhor quais os impactos, os custos que teremos com essa mudança. Hoje, já temos a conquista do Estatuto do Idoso que proíbe o reajuste após os 60 anos", diz Ana Lúcia da Silva, coordenadora do Conselho.

Os que defendem o parcelamento alegam que o consumidor pagaria menos e que não faz sentido arcar com um reajuste para um período indeterminado, uma vez que não há como saber quantos anos o usuário vai viver. A própria Fenasaúde, entidade que reúne as seguradoras de saúde, diz que a medida beneficia o consumidor, apesar de trazer prejuízo às empresas. "Vejo a possibilidade de parcelar o reajuste por 20 anos como um ganho para o consumidor", diz Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Fenasaúde.

O Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) é contra o parcelamento porque, em sua visão, fere o Estatuto do Idoso. Este ponto tem suscitado tanta polêmica que há risco de sair do projeto de lei (ver acima). As atenções devem voltar-se, então, à questão do plano individual, escasso no mercado.

Há 9,2 milhões de planos individuais no país, o que representa cerca de 20% dos 47,4 milhões de convênios em vigência. Seguradoras como Bradesco Saúde e Sul América e várias outras operadoras não têm mais em seu portfólio planos de saúde para a pessoa física. Entre as grandes empresas, quem oferta o produto é a Hapvida, as Unimed e a Amil, que voltou a ter esse plano em outubro nas cidades de São Paulo e Guarulhos.

O principal argumento do setor para não vender plano individual é que esse tipo de plano é reajustado por índice definido pela ANS e o percentual é inferior ao que as operadoras aplicam a planos corporativos. Se a obrigatoriedade do individual for aprovada, há risco de operadoras e seguradoras de saúde passarem a oferecer um plano individual a preços altos, tornando-o inacessível a boa parte da população. A ANS não tem o poder de definir o preço inicial, apenas os reajustes das mensalidades. cobertura", diz Ceschin. Um plano individual popular não daria acesso a tratamentos mais avançados, mas há o risco de o usuário entrar na Justiça, pedindo o tratamento.

O Idec observa que o projeto de lei não garante que o plano individual será vendido a preços acessíveis. "É uma possibilidade, sim, o produto ser oferecido com preço elevado para compensar os custos e o reajuste que é controlado pela ANS", diz a presidente da FenaSaúde.

Neste ano, o reajuste do plano individual ficou em 13,55%. O plano corporativo subiu, em média, 19%; o plano por adesão (usuários reunidos em uma entidade de classe), 22%; e os planos vendidos a pequenas e médias empresas, 14,7%.

Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, associação que reúne as operadoras de planos de saúde, diz que é contra a obrigatoriedade do plano individual e o parcelamento, mas vê como positivas as propostas de contratação de um auditor independente para analisar as contas das operadoras e incentivos para quem adota ações de prevenção.

"O que me preocupa é a falta de uma discussão mais aprofundada sobre a saúde privada e pública do país", diz Scheibe. "O projeto não entra no debate de como evitar os custos elevados, nem tampouco

trata do modelo de saúde [atual], que está ultrapassado", observa Ceschin.

Para Paulo Furquim, coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper, o projeto de lei "traz mais pontos positivos do que negativos", ainda que alguns desse pontos precisem de um estudo mais aprofundado ou "ataquem mais a consequências dos erros do que os próprios erros".

Entre os aspectos considerados positivos por ele, estão os artigos que fortalecem a portabilidade do usuário. Se aprovadas, essas alterações permitirão, por exemplo, que o usuário mude de operadora sem que precise passar por um novo período de carência. "Isso é um motor importante de empoderamento do consumidor porque restringe o espaço para que as operadoras cometam abusos. Quando o usuário se sente lesado, ele muda de plano", diz Furquim.

Outro artigo visto por Furquim como positivo é o que acelera a substituição, dentro da rede conveniada, de um hospital com serviços considerados insatisfatórios por outro de nível equivalente ou superior. "É importante que o plano de saúde possa substituir o hospital. Se esse hospital está muito ruim ou caro, a troca premia o concorrente que consegue reduzir custos ou aumentar a qualidade dos serviços", afirma.

Como Ceschin e Scheibe, Furquim observa que os altos custos, decorrentes de um modelo distorcido, são ponto essencial do debate, mas não são contemplados no projeto de lei. Países como Suécia e Inglaterra usam ampla base de dados que permitem que hospitais e médicos saibam qual será o custo de determinado procedimento. Isso evita gastos desnecessários ou artificialmente inflados. No Brasil, diz Furquim, "o sistema está tão distorcido que hospitais e médicos inflam custos porque o plano acaba pagando o que é pedido".

Os altos custos, diz Furquim, devem tornar "inócua" a medida que propõe escalonamento dos reajustes aos idosos. Para ele, o maior problema é que não há estudos que quantifiquem de maneira mais precisa quantas e quais pessoas serão prejudicadas ou beneficiadas pela medida.

Ana Candida Sammarco, advogada do escritório Mattos Filho, prevê encarecimento dos convênios para os mais jovens. "O mote das mudanças propostas - melhorar a regulamentação e ampliar o acesso da população ao sistema de saúde - é muito positivo, mas o projeto é falho em alguns pontos e não atinge as expectativas. Ele acaba sendo inócua", diz.

OPERADORAS TERÃO QUE BANCAR NOVAS TERAPIAS CONTRA ESCLEROSE E CÂNCER

Folha de S. Paulo -25/11/2017

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) atualizou a relação de procedimentos que os planos de saúde são obrigados a pagar.

A partir do dia 2 de janeiro de 2018, os usuários terão direito a 18 novos exames, medicamentos, terapias e cirurgias. Outros sete tratamentos tiveram suas coberturas ampliadas. Entre eles, há pela primeira vez um remédio contra a esclerose múltipla, além de seis novas drogas orais de combate ao câncer.

A norma vale para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999, os chamados planos novos, ou para aqueles que foram adaptados à lei 9.656/98. De acordo com a ANS, atualmente 42,5 milhões de brasileiros têm planos de assistência médica. As operadoras que não cumprirem com as novas obrigações estarão sujeitas a multas de R\$ 80 mil por infração.

Para que o usuário tenha acesso ao tratamento, porém, não basta que ele esteja no rol de procedimentos obrigatórios. Em alguns casos, é preciso estar de acordo com uma série de regras, as chamadas Diretrizes de Utilização. Elas variam de acordo com o procedimento e podem determinar, por exemplo, que certa droga só pode ser usada após o diagnóstico de um tipo específico de câncer.

Com as novas inclusões, o rol contará com um total de 3.329 tratamentos. A escolha de novas terapias ou ampliações de coberturas são feitas pela ANS a cada dois anos, após reuniões do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde, composto por representantes do governo, da saúde suplementar, de conselhos e associações profissionais e de órgãos de defesa do consumidor. Nos encontros, são debatidos estudos sobre a eficácia e a segurança dos tratamentos, projeções sobre quantas pessoas serão beneficiadas e impacto orçamentário.

ALTO CUSTO

Para a presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Solange Beatriz Mendes, as novas inclusões e ampliações de cobertura podem aumentar em R\$ 5,4 bilhões os custos das operadoras de saúde suplementar, o que equivale a aproximadamente 4% do total das despesas em 2016.

"Tudo o que impacta o custo impacta na mensalidade", diz ela. De acordo com Mendes, o aumento não é imediato, mas poderá ser sentido pelos usuários no momento dos reajustes dos contratos.

Uma das novidades mais importantes é a inclusão da natalizumabe, droga contra esclerose múltipla. Segundo a Abem (Associação Brasileira de Esclerose Múltipla), há uma estimativa de que cerca de 30 mil brasileiros sofrem da doença, que ataca o sistema nervoso e pode deixar sequelas, como problemas na fala, na visão e na audição.

O tratamento é indicado para os casos mais agressivos ou para aqueles em que houve falha com outras terapias. "É um remédio muito bom, que brega a doença", afirma o neurologista Dagoberto Callegaro, chefe do ambulatório de neurologia do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Cada dose do remédio, que precisa ser tomado mensalmente, custa até R\$ 7.000 na rede particular. No entanto, ele está disponível nas farmácias de alto custo dos governos estaduais, onde é retirado de graça. A compra é realizada pelo Ministério da Saúde, que, apenas no quarto trimestre deste ano, enviou para as secretarias de saúde estaduais 3.989 unidades do medicamento, a um custo total de R\$ 8,7 milhões.

Diagnosticado com esclerose múltipla em 2011, o advogado aposentado Alexandre Alves, 43, começou a se tratar com o natalizumabe em 2012. Desde então, seu quadro clínico se estabilizou. Todos os meses, Alves pega o remédio na farmácia de alto custo. Por opção, leva o medicamento até uma clínica particular, onde paga R\$ 200 para receber a aplicação. "Tentei fazer na rede pública, mas ninguém conhecia o remédio", diz ele. A droga é administrada por infusão intravenosa, diluída em soro.

A partir de 2018, ele pretende fazer o tratamento inteiro em hospitais cobertos pelo seu plano. Para ele, a mudança representa mais segurança. "Em algum momento, pode faltar na rede pública."

PROGRAMA VOLTADO AO IDOSO TENTA REDUZIR AS INTERNAÇÕES

Folha de S. Paulo –25/11/2017

Lançado há um ano pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o programa Idoso Bem Cuidado pretende disseminar uma visão mais global desse público, com integração entre os vários tratamentos aos quais ele é em geral submetido, de forma a melhorar a qualidade de vida e reduzir internações.

A lógica atual da prestação de serviços de saúde no país não é adequada às necessidades desse grupo, já que é orientada ao atendimento de casos agudos. O pronto-socorro é uma das principais portas de entrada no sistema, quando deveria ser retaguarda apenas para urgências e emergências, diz a ANS.

A partir desse diagnóstico, o Idoso Bem Cuidado propõe ações em cinco níveis: acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de curta duração e cuidados de longa duração. O foco está nos três primeiros níveis.

A agência selecionou 67 projetos de prestadores de serviços (hospitais e clínicas) e operadoras de saúde suplementar como instituições parceiras no programa. As primeiras experiências completaram um ano em outubro.

A SulAmérica é uma das 49 operadoras que aderiram. Segundo Raquel Imbassahy, superintendente de serviços médicos, o Idoso Bem Cuidado é um modelo inovador, que envolve integralidade, sustentabilidade, qualidade de saúde e atenção -resumo.

Seis outros remédios aparecem pela primeira vez no rol da ANS: afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, ruxolitinibe, ibrutinibe e trametinibe, drogas orais contra câncer. Dois outros medicamentos tiveram a cobertura ampliada -enzalutamida e everolimo.

"Essas drogas oferecem benefícios relevantes", diz Carlos Dzik, oncologista do hospital Sírio-Libanês e coordenador de oncologia clínica urológica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira.

Tratamentos orais contra o câncer tendem a ser menos agressivos do que a quimioterapia, de acordo com Dzik.

"Às vezes, podem causar efeitos colaterais menos intensos, mas mais frequentes", diz. Ele alerta para o fato de que essas terapias não substituem as mais tradicionais em qualquer caso.

Os oito medicamentos orais de combate ao câncer incorporados ao rol dos planos não são oferecidos nas farmácias de alto custo do governo.

Em nota, o Ministério da Saúde diz que a compra de remédios oncológicos é obrigação dos hospitais da rede pública, que usa recursos repassados pela pasta. Há exceções, nas quais o ministério centraliza a compra, mas essas drogas recém-incorporadas à cobertura dos planos não estão entre elas.

O ministério afirma, no entanto, que a rede pública "oferece tratamento integral e gratuito para todos os tipos de câncer".

Segundo a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), remédios orais de combate ao câncer são os itens de maior custo anual por paciente no novo rol. O afatinibe e o crizotinibe, contra o câncer de pulmão, podem custar R\$ 76 mil e R\$ 468 mil, respectivamente.

O programa vem sendo implementado por regiões. "Primeiro preparamos a rede em determinada área e, a partir daí, convidamos os idosos a participar. Os únicos critérios são idade e localização."

Pela SulAmérica podem participar pessoas a partir de 65 anos. Quem aceita o convite recebe a visita de um enfermeiro, que faz uma avaliação da capacidade funcional do idoso e o classifica por risco de saúde. Com base nesses dados, é elaborado um plano específico de cuidados.

O participante também é convidado a passar pelo geriatra e conta com uma central de urgência 24 horas.

A operadora tem acordo com alguns hospitais e, se o idoso passa por algum em uma urgência, é acompanhado pelo programa desde a hospitalização até a transição de cuidados, envolvendo a família, para que esteja apta a recebê-lo de volta.

CUIDADO E ATENÇÃO

A professora aposentada Nancy Bonansea, 68, é uma das participantes. Ela conta que tem gastrite e fez um tratamento de dois anos em decorrência de uma bactéria no estômago. Desde que entrou no programa não foi mais hospitalizada. As enfermeiras do Idoso Bem Cuidado ligam com regularidade para ela. "Se digo que estou com um problema, elas vão atrás, falam com médicos. Não gosto de falar de doença com as pessoas, sempre digo que estou bem. Mas, com elas, posso falar. Gosto pelo carinho."

A SulAmérica tem em sua base de beneficiários cerca de 180 mil idosos, dos quais 5.000 participam do programa. "Iniciamos o piloto em São Paulo e vamos levar a outras cidades", diz Imbassahy. Embora não existam resultados consolidados, ela diz que é notável a

redução no atendimento em pronto-socorro, internações e reinternações.

O Hospital do Coração, em São Paulo, é um dos 18 prestadores que participam da iniciativa. Bernardete Weber, superintendente de qualidade e uma das coordenadoras do Idoso Bem Cuidado no HCor, diz que o programa foi implementado entre os internados, na transição de cuidados quando deixam o hospital e no atendimento ambulatorial desses idosos, que ficam vinculados ao hospital.

Weber explica que o HCor é especializado em doenças crônicas, mais comuns na idade avançada. Entre os pacientes admitidos na unidade de internação, 66,5% têm 60 anos ou mais.

NÍVEL DE FRAGILIDADE

Todos os idosos internados passam por avaliação que determina seu nível de fragilidade, sendo que 32,7% são classificados como frágeis.

INOVAÇÃO SEM CRITÉRIO ELEVA CUSTO DO SISTEMA DE PLANOS DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –25/11/2017

Doenças tidas como incuráveis até outro dia são hoje descobertas antes de seu aparecimento. Medicamentos podem atingir alvos específicos. Cirurgias abertas são substituídas por procedimentos minimamente invasivos.

Tais progressos tornam as medidas preventivas mais poderosas; os diagnósticos, mais certos, e os tratamentos, mais seguros e rápidos.

Mas a incorporação tecnológica em saúde tem um preço, e alto. Não à toa está entre os fatores mais determinantes do encarecimento da medicina. "A inserção de procedimentos não decorre da substituição de outros já existentes", diz José Cechin, gerente-geral da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Uma nova tecnologia da computação, por exemplo, costuma cair na obsolescência dois anos depois do lançamento, quando seu preço é reduzido à metade. Na medicina, as inovações não são substitutivas, mas incrementais. A cirurgia para desobstrução das artérias coronárias não deixou de ser feita com a popularização da angioplastia. Tampouco o raio-x foi substituído por tomografia ou ressonância magnética.

Outra especificidade do mercado da saúde é o fato de que, na maioria dos casos, uma inovação mais efetiva é também mais cara.

O médico Stephen Stefani, oncologista do Hospital do Câncer Mãe de Deus, em Porto Alegre, e integrante da Sociedade Internacional de Farmacoeconomia e Estudos de Desfecho, estima que a inclusão apenas do item "novos remédios" na lista das operadoras gere um aumento anual de pelo menos 2% sobre o valor da mensalidade.

Os brasileiros gastam todo mês, em média, R\$ 740,84 nos planos individuais e R\$ 502,28 nos coletivos, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). "As operadoras são as principais responsáveis por modernizar a saúde no país", diz Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

Os convênios respondem por 95% da receita dos hospitais brasileiros de ponta, onde está o que há de mais moderno em tecnologia médica. Em 2016, foram R\$ 137 bilhões com o pagamento de serviços de assistência à saúde de seus beneficiários.

"Os frágeis apresentam risco maior de complicações na internação, como quedas, reação adversa a medicamentos, necessidade de transferência para a UTI e internação prolongada", diz.

Esse grupo é incluído no Idoso Bem Cuidado, que integra recursos multidisciplinares com o objetivo de garantir a segurança do paciente, manter sua capacidade funcional e reduzir seu período de internação.

A idade média dos participantes no HCor é 81,8 anos, que ficam em média 14,1 dias internados. Entre os problemas frequentes está o comprometimento cognitivo, como desorientação no tempo e alterações de memória, apresentado por 74% dos incluídos no programa. Já 70% têm redução de força muscular, associada à dificuldade de caminhar, e alto risco de queda.

"O programa colabora para ter o idoso internado por um período menor, porque a cada internação ele se debilita mais. Se não tiver um olhar integrado, ele pode, por exemplo, sair muito bem de uma internação ortopédica e mal de outras doenças", diz Weber.

Para que uma inovação médica seja incorporada pelos planos de saúde, ela deve entrar no Rol de Procedimentos e Eventos. Definido pela ANS e atualizado a cada dois anos (o próximo entra em vigor em 2018), o documento determina a cobertura mínima que cada operadora deve oferecer a seus usuários.

"Diferentemente do que acontece no sistema público, as novas tecnologias são adicionadas à saúde complementar sem critérios claros, que sejam baseados em estudos de custo-efetividade e capacidade do sistema de suportar esses incrementos", afirma Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Em países como Inglaterra, Suécia, Japão e Austrália, novas tecnologias só são incorporadas após essas pesquisas.

Segundo a ANS, a escolha de novas terapias é feita após reuniões de representantes do governo, dos planos de saúde e dos consumidores.

A falta de transparência encarece ainda mais o custo da medicina. E contribui para a crescente judicialização da saúde, diz o médico César Luiz Abicalaffe, especializado em economia da saúde.

Um país como o Brasil, que propõe um sistema universal de saúde, deve ter bem definida a relação de custo-benefício para a adoção de um remédio ou de um tratamento recém-lançado. Um dos parâmetros mais usados internacionalmente é o que prevê o gasto de US\$ 50 mil por ano de vida salvo.

"É preciso definir quanto uma determinada tecnologia modifica o desfecho", diz o oncologista Stefani. Um artigo na edição de setembro passado na revista científica "Nature" mostra que, de 277 medicamentos para o combate do câncer avaliados em estudos clínicos entre 2011 e 2015, 15% repercutiam em ganhos efetivos para os doentes. Eles não apenas viviam mais, mas também tinham melhor qualidade de vida.

Presente no rol da ANS, o dabrafenibe, para melanoma metastático ou irrecorrível, pertence à categoria das terapias-alvo, uma das frentes mais modernas para o tratamento do câncer. Em combinação com outro medicamento, ele inibe a ação da proteína BRAF, envolvida na multiplicação celular.

Um dos trabalhos mais importantes com o remédio indica que, para 76% dos pacientes, a evolução da doença foi contida durante 10,6 meses. Entre os doentes que não tomaram o dabrafenibe, 54% registraram queda no ritmo de progressão do câncer por cinco ou seis meses. Cinco meses de diferença na velocidade de disseminação das células tumorais, sem que isso represente sobrevida maior. O custo de uma nova terapia em câncer sai, em média, US\$ 10 mil por mês.

FALTA DE TRANSPARÊNCIA DEIXA USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE VULNERÁVEIS

Folha de S. Paulo –23/11/2017

Falta de transparência e brechas contratuais tornam os usuários de planos de saúde vulneráveis diante dos reajustes promovidos pelas operadoras. É necessário adotar uma metodologia adequada para reajustar valores de planos coletivos e individuais e trazer equilíbrio a essa conta.

Foram esses os principais pontos levantados na segunda mesa de discussões do fórum Saúde Suplementar, promovido pela Folha nesta quinta-feira (23).

"Neste semestre, analisamos 113 processos do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e vimos que 75% das decisões entenderam o reajuste como abusivo. Nessa mostra, o aumento foi, em média, de 89%", disse Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). "O consumidor não está judicializando por qualquer coisa."

A representante do Idec defendeu um teto de aumento para os planos coletivos e apontou a falta de regulação - que é maior para os coletivos - como responsável pelos abusos existentes. Do total de 47,4 milhões de usuários segurados do país, cerca de 38 milhões estão em planos coletivos.

As seguradoras justificam os reajustes com base em fatores como a variação dos custos do setor, a taxa de uso de serviços, a incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento da população e a existência de desperdícios ou fraudes. Hoje, os cálculos que sustentam esses reajustes, embora aplicados em diferentes categorias, são baseados em números dos planos de categoria individual.

Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional de Administradoras de Benefícios (Anab), defendeu que a discussão seja mediada por administradoras (pessoas jurídicas reguladas pela ANS e contratadas por empresas e órgãos públicos para selecionar e administrar um plano de saúde coletivo).

ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA É SAÍDA PARA SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Folha de S. Paulo –23/11/2017

O modelo de atenção primária à saúde, que privilegia prevenção, medidas epidemiológicas e atendimento concentrado no indivíduo de maneira integral, pode ser uma saída economicamente sustentável para a saúde suplementar do país, que enfrenta queda do número de beneficiários devido à crise econômica e ao desemprego.

Essa foi a conclusão dos participantes da terceira mesa do fórum Saúde Suplementar, realizado pela Folha com o patrocínio de FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Unimed, Pfizer, Bristol e Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios).

"Hoje temos um modelo absolutamente irreal e caótico, que precisa ser superado", afirmou Alexandre Ruschi, presidente da Central

"Elas funcionam como um advogado do consumidor de plano de saúde coletivo, com capacidade técnica para enfrentar reajustes. É diferente de associações e sindicatos, que não têm expertise."

Ao tocar na temática dos contratos coletivos, Acayaba fez um trocadilho com o slogan da Folha. "Contrato coletivo, não dá pra não ler. Nós temos que ler todas as regras e condições previstas, hoje amparadas pela legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)."

Ana Carolina Navarrete, do Idec, rechaçou a colocação, argumentando que, nos planos coletivos, o consumidor muitas vezes não tem acesso ao contrato inteiro.

Emilio Cesar Zilli, presidente da Câmara Técnica de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira (AMB), questionou os motivos dos reajustes. A sinistralidade (índice associado ao uso do plano pelo paciente) é alta no Brasil, segundo Zilli, mas tem se mantido a mesma há 15 anos.

"Desafio qualquer pessoa do ramo a me dizer quantos idosos da sua carteira são hipertensos, diabéticos e tabagistas. Dizer, só por dizer, que idoso aumenta gastos não faz sentido, principalmente quando eles representam apenas 10% dos planos individuais", declarou.

Outro ponto que entra na conta dos reajustes é o ressarcimento ao SUS, obrigatório quando um paciente conveniado à rede privada usa o serviço público de saúde. O pagamento corresponde a 1,5% do valor previsto para o procedimento na Tabela SUS.

Zilli apresentou uma proposta de "anti-sinistralidade" encaminhada pela AMB ao deputado Rogério Marinho, relator do projeto de revisão dos planos de saúde.

A ideia da Associação Médica Brasileira é que a dívida das operadoras seja descontada dos reajustes aplicados aos consumidores.

"O argumento de que o ressarcimento encarece o plano é contraditório. Estudos do Idec provam que as operadoras não estão pagando o ressarcimento, ou seja, que esse dinheiro não está saindo", complementou Ana Carolina Navarrete.

Nacional Unimed. "Se temos personal trainer e consultor financeiro, por que não podemos ter um 'personal médico'?"

Para ele, no entanto, a transição para outro modelo deve contar com a participação da academia, dos governantes e, principalmente, da sociedade. "Quando a sociedade não participa os projetos fracassam."

Na Unimed Vitória, que oferece um pacote baseado no modelo de atenção primária à saúde, houve redução de 20% na frequência de internações e 23% nas consultas em relação aos clientes de outros pacotes oferecidos, segundo Ruschi. O Brasil ainda precisa, porém, construir seu modelo para implantação em maior escala.

De acordo com Celso Evangelista, superintendente médico da administradora de planos de saúde coletivos Qualicorp, um dos elementos fundamentais para a mudança é fazer com que o primeiro contato do beneficiário com esse novo serviço, conhecido como acolhimento, seja de alto nível.

"Se trocamos um acesso indiscriminado por um outro serviço específico, então [este] deve ser extraordinário."

A demanda por incorporação de tecnologia, na opinião de Evangelista, deve facilitar a adoção de um novo modelo mas ser feita com racionalidade, dando prioridade à eficiência das novidades para evitar gastos desnecessários.

Para José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a chegada de novos tratamentos e procedimentos é inevitável, mas precisa acontecer com base no orçamento do consumidor.

"Queremos ter acesso a tudo e de maneira rápida, mas a sociedade pode pagar?", perguntou.

PLANOS DEVEM INVESTIR EM PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRÊMIOS A PACIENTES

Folha de S. Paulo –23/11/2017

Investir em fatores preventivos pode ser uma medida de baixo custo relativo que ajudaria a sustentar o atual modelo dos planos de saúde e evitaria que o aumento das mensalidades a partir dos 60 anos inviabilizasse a entrada de idosos na saúde suplementar.

A revisão na lei dos planos de saúde, que deverá ser analisada em novembro na Câmara dos Deputados, deve permitir às empresas do setor aumentarem seus preços em até 20% do valor final do reajuste a cada cinco anos para segurados que atinjam essa faixa etária.

A maior parte dos acidentes com altos custos médicos acontece quando os idosos estão andando dentro de casa, afirmou o presidente da Audif (Associação Brasileira de Auditores em Saúde), Alexander Saliba, durante o fórum Saúde Suplementar, organizado pela Folha com patrocínio da FenaSaúde, Unimed, Pfizer, Bristol e Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios).

Também participaram do debate, nesta quinta-feira (23), Maisa Kairalla, presidente da SBGG-SP (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo), e Rafael Robba, advogado especializado em direito à saúde e sócio do escritório Vilhena Silva Advogados. A mediação foi feita pela repórter de Mercado Tais Hirata.

Para Saliba, eliminar riscos básicos –tornando mais seguras as formas de acesso e colocando apoios em vasos sanitários e no local de banho, por exemplo– ajudaria a reduzir acidentes corriqueiros e, por consequência, os custos dele provenientes.

A CADA 5 MINUTOS, 3 BRASILEIROS MORREM NOS HOSPITAIS POR FALHAS QUE PODERIAM SER EVITADAS

IESS –22/11/2017

Primeiro Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, produzido pelo IESS e UFMG, indica que eventos adversos matam mais do que o câncer no Brasil

Os eventos adversos em hospitais são a segunda causa de morte mais comum no Brasil. Todo dia, 829 brasileiros falecem em decorrência de condições adquiridas nos hospitais, o que equivale a três mortos a cada cinco minutos. Os números integram o primeiro [Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil](#), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), produzido pela Faculdade

REMUNERAÇÃO

Segundo José Cechin, da FenaSaúde, o atual sistema de remuneração, que permite margem maior de ganhos para procedimentos mais caros, produz um incentivo inadequado e leva a um comportamento irracional e ineficiente.

A transformação desse sistema contribuiria para a manutenção e sustentabilidade da saúde suplementar brasileira, disse Cechin. "Esse sistema deve mudar e acredito que vai mudar, mas num processo mais lento do que gostaríamos."

Ele citou como outro exemplo positivo a possibilidade de premiar o cliente que se cuida, o que já acontece em alguns países, como os Estados Unidos. "A operadora observa se ele está controlando diabetes, tomando remédio, fazendo exames. Isso é medicina preventiva."

Saliba prevê que, com o aumento gradativo dos preços, grande parte dos brasileiros com mais de 60 anos deixe os planos de saúde e entre em acordos coletivos, que seriam prejudiciais para eles.

"A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) permite que, nesses acordos, quem está vendendo coloque o valor que quiser de remuneração. O Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) fez um estudo em São Paulo que identificou um aumento de 63% de um ano para o outro na mensalidade", disse.

Maisa Kairalla, da sociedade de geriatria, lembrou a mudança do perfil etário da população brasileira, que, segundo estimativa do setor de saúde, em dez anos deve chegar a um idoso para cada jovem, para declarar que o país não está preparado para o envelhecimento.

"A saúde do idoso é muito cara. Ele precisa da dieta, da fralda descartável. Um idoso com pneumonia gasta em média 17 dias na UTI, enquanto um jovem com a mesma doença passa cerca de três dias. Os gastos com remédios também são sete vezes maiores."

Segundo o advogado Rafael Robba, o reajuste do valor dos planos de saúde acima dos 60 anos é considerado legal pelo Superior Tribunal de Justiça, mas será preciso avaliar caso a caso se o novo preço não implica discriminação contra o idoso nem o impede de aderir ao plano.

"A tendência é aumentar a judicialização", afirmou. "Hoje a maior parte das ações jurídicas em São Paulo acontece por negativa de procedimento por parte das operadoras, com uma parcela expressiva de idosos incluída. O segundo tema mais discutido são questões relacionadas a idosos, como preços de planos de saúde."

de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a partir de um termo de cooperação entre as duas instituições.

O documento visa promover a transparência de informações e dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente no sistema brasileiro de saúde e, assim, encorajar as melhorias necessárias nos serviços prestados.

Apenas para efeito de comparação, também no ano passado, dados do Observatório Nacional de Segurança Viária indicam a morte de aproximadamente 129 brasileiros por acidente de trânsito a cada dia; o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública) aponta cerca de 164 mortes violentas (por homicídio e latrocínio, entre outros) por dia; e, o câncer mata 480 a 520 brasileiros por dia, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Isso significa que os eventos adversos matam mais do que a soma de acidentes de trânsito, homicídios, latrocínio e câncer. Apenas as doenças cardiovasculares, consideradas a principal causa de falecimento no mundo, matam mais pessoas no

País: são 950 brasileiros por dia, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

O falecimento de 302.610 brasileiros em hospitais públicos ou privados como consequência de um "evento adverso", apenas em 2016, é resultado, por exemplo, de erros de dosagem ou aplicação de medicamentos, uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar, entre inúmeros outros casos. Não significa, necessariamente, que houve um erro, negligência ou baixa qualidade, mas trata-se de incidente que poderia ter sido evitado, na maior parte das vezes.

Além do óbito, os eventos adversos também podem gerar sequelas com comprometimento do exercício das atividades da vida do paciente e sofrimento psíquico, além de elevar o custo assistencial. De acordo com o Anuário, dos 19,1 milhões de brasileiros internados em hospitais ao longo de 2016, 1,4 milhão foram "vítimas" de ao menos um evento adverso.

"Não existe sistema de saúde que seja infalível. Mesmo os mais avançados também sofrem com eventos adversos. O que acontece no Brasil está inserido em um contexto global de falhas da assistência à saúde nos diversos processos hospitalares. A diferença é que, no caso brasileiro, apesar dos esforços, há pouca transparência sobre essas informações e, sem termos clareza sobre o tamanho do problema, fica muito difícil começar a enfrentá-lo", afirma o Dr. Renato Couto, professor da UFMG e um dos responsáveis pelo Anuário.

No mundo, de acordo com o documento, ocorrem anualmente 421 milhões de internações hospitalares e 42,7 milhões de eventos adversos, um problema de saúde pública reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos Estados Unidos, país com população de quase 325 milhões de pessoas, os eventos adversos causam 400 mil óbitos por ano, ou 1.096 por dia. O que faz com que esta seja a terceira causa de morte mais comum naquele país, atrás apenas de doenças cardiovasculares e do câncer.

"O dado mais alarmante na comparação com os Estados Unidos é que o total de falecimentos por dia causados por eventos adversos está próximo do brasileiro. São 1.096 lá e 829 aqui. Mas a população

norte americana é 55,6% maior do que a nossa. Eles são 323,1 milhões, enquanto nós somos 207,7 milhões", alerta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. "Precisamos estabelecer um debate nacional sobre a qualidade dos serviços prestados na saúde a partir da mensuração de desempenho dos prestadores e, assim, prover o paciente com o máximo possível de informações para escolher a quem ele vai confiar os cuidados com sua vida."

O executivo destaca que, hoje, quando alguém escolhe um determinado hospital para se internar, essa decisão se baseia apenas em uma percepção de qualidade, na recomendação de um médico ou na opinião de conhecidos. Mas ninguém tem condições de garantir que aquele prestador realmente é qualificado, simplesmente porque não temos indicadores de qualidade claros e amplamente conhecidos, como acontece em outros países. "Não há como saber quantas infecções hospitalares foram registradas no último ano, qual é a média de óbitos por diagnóstico, qual é a média de reinternações e por aí afora", critica Carneiro.

O estudo aponta, ainda, que os pacientes com alguma condição adquirida em função de evento adverso permaneceram internados aproximadamente três vezes mais do que o tempo previsto quando foram inicialmente admitidos nos hospitais.

Além das vidas perdidas, o Anuário projeta que, em 2016, os eventos adversos consumiram R\$ 10,9 bilhões de recursos que poderiam ter sido melhor aplicados, apenas na saúde suplementar brasileira. Não foi possível estimar as perdas para o SUS porque os valores pagos aos hospitais se originam das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e são fixados nas contratualizações, existindo outras fontes de receita não operacionais, com enorme variação em todo o Brasil.

Erros mais frequentes

Ainda de acordo com o Anuário, as vítimas mais frequentes de eventos adversos são pacientes com menos de 28 dias de vida ou mais de 60 anos. As infecções hospitalares respondem por 9,7% das ocorrências. As condições mais frequentes são: lesão por pressão; infecção urinária associada ao uso de sonda vesical; infecção de sítio cirúrgico; fraturas ou lesões decorrentes de quedas ou traumatismos dentro do hospital; trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; e, infecções relacionadas ao uso de cateter venoso central.

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.

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

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br