

**23 de maio de 2018**

## **MINISTRO DO STJ DIZ QUE É NECESSÁRIO REVER PAPEL DAS AGÊNCIAS REGULADORAS**

O Globo –22/05/2018

### **Afirmação foi feita às vésperas de sabatina de Rogério Scarabel para diretoria da ANS**

RIO — Apesar das manifestações contrárias à indicação de Rogério Scarabel Barbosa para o cargo de diretor na Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi agendada para esta quarta-feira, a sabatina na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), do Senado. Às vésperas da reunião da CAS, o ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Herman Benjamin, chamou atenção para a necessidade de se rever o papel das agências reguladoras:

—As agências reguladoras não são do governo A, B ou C. Se for assim, não precisamos de agência, é melhor fechá-las. Está certo que as agências não se envolvam nas questões menores. Mas elas foram criadas para proteção do consumidor e, hoje, o que fazem é proteger o fornecedor.

Nessa segunda-feira, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), e outras dez entidades, entre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a ACT Promoção de Saúde, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) e a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), lançaram um manifesto pedindo que a CAS rejeite a indicação de Scarabel Barbosa. No dia 20 de abril, [Idec e Abrasco haviam encaminhado uma carta à Comissão de Ética Pública da Presidência da República pedindo que fosse aberta uma averiguação sobre os antecedentes profissionais de Scarabel Barbosa](#).

As entidades pedem ainda a substituição de outro indicado, Davidson Tolentino de Almeida, por envolvimento em suposto esquema de corrupção e por não apresentar expertise necessária ao exercício do

cargo. As indicações para as duas diretorias da ANS foram feitas pela Presidência da República em 17 de abril e [já haviam sido contestadas pelo Idec e pela Abrasco, em cartas enviadas à Comissão de Ética Pública da Presidência da República](#).

No manifesto enviado aos senadores, as 11 entidades apontam que Scarabel Barbosa atuou como advogado de empresas do setor que deverá fiscalizar, o que denota potencial conflito de interesse em sua atuação. O indicado é associado do escritório Imaculada Gordiano Sociedade de Advogados, localizado em Fortaleza (CE), na área Hospitalar. Segundo material de divulgação do escritório, consta a informação de que atuam representando interesses de empresas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Contra Davidson Tolentino de Almeida pesa a informação de que ele foi citado em investigação da Lava-Jato, que apura um esquema de corrupção, arrecadação e estocagem de dinheiro ilícito, segundo reportagem veiculada pelo Jornal Nacional. A matéria foi baseada em depoimentos à Polícia Federal de José Expedito Rodrigues Almeida, ex-assessor do senador Ciro Nogueira (PP) e do deputado Eduardo da Fonte (PP). Ainda de acordo com as entidades, o histórico profissional de Tolentino de Almeida demonstra que ele não tem experiência ou formação na área da saúde, de seguros ou de planos de saúde. Em suas funções anteriores não há pertinência temática com o cargo, e, segundo consta do relatório, sua experiência no Ministério da Saúde não chegou a dois anos. Ou seja, o indicado não preenche os requisitos do art. 5º da lei nº 9.986/2000, que exige reputação ilibada, formação universitária e elevado conceito no campo de especialidade do cargo.

Presidente do Conselho Diretor do Idec, Marilena Lazzarini afirma que haverá riscos e prejuízos aos interesses coletivos e da população se forem mantidas indicações de nomes inadequados para essas duas diretorias da ANS, agência que tem a responsabilidade de regular e fiscalizar a atuação dos planos e seguros de saúde que atendem 47,4 milhões de brasileiros.

A sabatina de Scarabel Barbosa, que acontece a partir das 9h, será aberta à participação do público.

## **MAGISTRADOS DISCUTEM MECANISMOS PARA REDUZIR JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE**

JOTA –22/05/2018

### **Ministro do STJ quer investimento em gestão processual para sugerir precedentes a juízes de 1º grau**

Uma em cada quatro apelações distribuídas ao gabinete da desembargadora Christine Santini, do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), tem os planos de saúde como parte em controvérsias como compra de medicamentos, realização de cirurgias e reajuste de valores. O dado foi apresentado pela magistrada no seminário Acesso à Justiça, realizado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) na segunda-feira (21/5), para discutir fatores que influenciam o custo do litígio no Brasil e aumentam demandas judiciais.

Na tentativa de reduzir a litigância no setor, a magistrada propôs que o Judiciário colabore na criação de canais que aumentem a cooperação entre governo e cidadãos, no direito público, e entre os planos de saúde e beneficiários, no direito privado.

Santini sugeriu que as operadoras sejam mais proativas no cumprimento de decisões coletivas ou individuais. Por outro lado, ainda na avaliação da juíza, o Ministério da Saúde poderia rever deficiências burocráticas, melhorar a gestão do orçamento e evitar a negativa de medicamentos básicos. Da parte das agências reguladoras, Christiane Santini sugeriu a aplicação de penas para ações ajuizadas sem perspectiva de sucesso, chamadas de sham litigation.

Destacada no evento, uma das principais controvérsias na saúde envolve a compra de medicamentos. De acordo com relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), 53% dos gastos do Ministério da Saúde em aquisições por determinação da Justiça, de 2010 a 2015, se concentraram em três remédios: [elapraxe](#), [naglazyme](#) e [soliris](#). De 2008 a 2015, os gastos da pasta com compra judicializadas saltou de R\$ 70 milhões para R\$ 1 bilhão, aumento de mais de 1.300%.

Diante desse quadro, o ministro do STJ Marcelo Navarro Ribeiro Dantas destacou que algumas demandas estruturais na área da saúde impõem escolhas entre a proteção de direitos e as limitações orçamentárias de políticas públicas. Em sua análise, quando o Judiciário determina a compra de drogas caras para tratar enfermidades complexas, a contrapartida é a redução do investimento no sistema de saúde em geral. “As demandas

estruturais têm matérias muito técnicas e, em geral, o juiz individualmente não tem a macrovisão necessária [para decidir]. É preciso ter a visão da floresta e não apenas da árvore”, disse.

Para que os juízes estejam mais preparados para lidar com esse tipo de demanda, o ministro sugeriu o investimento em instrumentos de gestão processual, sobretudo no juízo de 1º grau. São exemplos a aplicação de redes neurais artificiais que sugiram precedentes aos magistrados e tragam informações necessárias para melhorar a tomada de decisão.

Ainda nesse sentido, o professor Kazuo Watanabe, da Universidade de São Paulo (USP), sugeriu que o Conselho Nacional de Justiça

(CNJ) desenvolva um observatório que estude as principais controvérsias. A equipe identificaria as causas dos conflitos que se repetem a fim de propor soluções que podem até evitar que as partes recorram à Justiça.

Em linha com estas soluções, a desembargadora do TJSP propõe que o Judiciário e agências reguladoras assumam a liderança para conscientizar magistrados, advogados, operadoras e beneficiários sobre as consequências da judicialização da saúde. Santini fez uma analogia com dois carros em rota de colisão: como as partes se recusam a cooperar, podem bater de frente. “[Isso] vai levar à desestruturação, à ruína completa do sistema de saúde”, alertou.

## RECEITA LÍQUIDA DOS HOSPITAIS PRIVADOS CAI EM 2017

O Globo –21/05/2018

**Impacto vem do aumento no prazo de pagamento de serviços por parte das operadoras de saúde, que demoram até 73 dias para fazer quitação**

**SÃO PAULO** — Os ganhos de eficiência não foram suficientes para alavancar o resultado econômico-financeiro dos hospitais privados. A conclusão é de levantamento da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) que constatou que a receita líquida real das instituições caiu 0,2% em 2017, para R\$ 20,65 bilhões. Segundo Ary Ribeiro, editor do levantamento, chamado de Observatório Anahp 2018, a ampliação do prazo de pagamento aos hospitais pelas operadoras de saúde e o índice de glosa (recusa de pagamento por parte das operadoras) foram os fatores que impactaram o segmento.

— Apontar esses problemas não é uma lamentação, mas um chamamento de porque isso está ocorrendo. 90% das nossas receitas vem dos planos de saúde, por isso, aumentar o prazo de pagamento ou ampliar o percentual de glosa, mesmo que pouco, tem um peso enorme nas nossas receitas — disse Ribeiro ao GLOBO.

Os dois fatores, relatou ele, têm um impacto negativo direto no fluxo de caixa dos hospitais, com a ampliação do custo financeiro da operação. Para se ter uma ideia, o prazo de recebimento de um serviço prestado pelo hospital saiu de 66,8 dias em 2016 para 73 dias em 2017.

— Isso se transforma em um problema de capital de giro. Desta forma, as instituições são obrigadas a procurar capital no sistema bancário. O que faz aumentar as despesas financeiras — explicou Ribeiro.

Já sobre as glosas dos hospitais, medido em relação à receita líquida, o índice subiu de 3,4% em 2016 para 3,8% em 2017, afirmou ele.

O Observatório também aponta outras pressões de custo para os hospitais: a participação do custo de pessoal (despesa com empregados) saltou de 36,2% em 2016 para 37,4% em 2017; e a parcela dos contratos técnicos e operacionais, que subiu de 13% para 14%.

Por outro lado, detalhou Ribeiro, "os esforços para aumentar a eficiência dos recursos hospitalares foram identificados pelos indicadores operacionais que, se por um lado mostraram recuo da taxa de ocupação, por outro mostram tendência de recuo da média de permanência dos pacientes internados e aumento do giro de leito".

Em 2017, 90,3% da receita dos hospitais Anahp vieram de recursos administrados por operadoras de planos de saúde. Deste total, 31,7% de cooperativas médicas, 27,9% de planos de autogestão, 26,5% de seguradoras, 13,2% de medicina de grupo, 0,6% de filantropia e 0,2% de planos internacionais. E ainda 5,3% das receitas vieram do SUS; 3,7%, de gastos particulares; e 0,7% de demais fontes pagadoras.

A taxa de ocupação passou de 76,94% em 2016 para 76,85% em 2017. A média de permanência, por sua vez, caiu de 4,38 dias para 4,27 dias.

## ENTIDADES LANÇAM MANIFESTO CONTRA INDICAÇÕES DE NOVOS DIRETORES DA ANS

Idec –21/05/2018

**Onze organizações pedem a integrantes de comissão do Senado que fará sabatina de Rogério Scarabel que rejeitem a indicação por potencial conflito de interesse em sua atuação**

O Idec e outras dez organizações lançaram nesta segunda-feira (21) um [manifesto](#) pedindo que a CAS (Comissão de Assuntos Sociais) do Senado Federal rejeite a indicação de Rogério Scarabel para o cargo de diretor na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A sabatina do indicado está prevista para ocorrer às 9h de quarta-feira.

No documento enviado aos senadores, as entidades pedem ainda a substituição de outro indicado, Davidson Tolentino de Almeida, por envolvimento em suposto esquema de corrupção e por não apresentar expertise necessária ao exercício do cargo.

As indicações para as duas diretorias da ANS foram feitas pela Presidência da República em 17 de abril e já haviam sido [contestadas pelo Idec e pela Abrasco](#) (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), em cartas enviadas à Comissão de Ética Pública da Presidência da República.

No manifesto, as 11 entidades apontam que Scarabel atuou como advogado de empresas do setor em ações contra órgãos públicos reguladores da área de saúde, entre eles a ANS. Além disso, destacam que o indicado é sócio coordenador da área hospitalar e de saúde do escritório de advocacia Imaculada Gordiano Sociedade de Advogados, localizado em Fortaleza (CE).

Com o objetivo de pressionar os senadores, o Idec pede aos consumidores que enviem um e-mail para a presidente da CAS, a senadora Marta Suplicy ([marta.suplicy@senadora.leg.br](mailto:marta.suplicy@senadora.leg.br)) ou para a comissão ([cas@senado.gov.br](mailto:cas@senado.gov.br)) exigindo a rejeição de Scarabel.

### Davidson Tolentino: investigado em esquema de corrupção

Contra Davidson Tolentino de Almeida pesa a informação de envolvimento em suposto esquema de corrupção, arrecadação e estocagem de dinheiro ilícito, segundo reportagem do [Jornal Nacional](#), de 27 de abril. A matéria foi baseada em depoimentos à

Polícia Federal de José Expedito Rodrigues Almeida, ex-assessor do senador Ciro Nogueira e do deputado Eduardo da Fonte .

Ainda de acordo com as entidades, o histórico profissional de Tolentino demonstra que ele não tem experiência ou formação na área da saúde, de seguros ou de planos de saúde. Em suas funções anteriores não há pertinência temática com o cargo. Segundo o relatório, sua experiência no Ministério da Saúde não chegou a dois anos.

## CONTRATANTES TÊM OPTADO POR DUAS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA

IESS –21/05/2018

Acabamos de publicar a [Análise Especial - Saúde Suplementar em Números](#) que traz dados de crescimento dos planos de saúde por segmentação assistencial no país. Segundo o estudo, o setor fechou março de 2018 com 47,4 milhões de beneficiários, o que representa um crescimento em doze meses de 0,3%, ou seja, 128.452 mil vínculos a mais.

A análise ainda traz a variação dividida por segmentações de grupo assistenciais. Dos 12 tipos existentes, o estudo levou em consideração dados de quatro grupos: cobertura ambulatorial; cobertura hospitalar e ambulatorial; cobertura hospitalar; e cobertura de referência.

Dois apresentaram crescimento no período de 12 meses encerrado em março desse ano: cobertura hospitalar e ambulatorial, com aumento de 1,1% e de cobertura ambulatorial, com alta de 3,1%. Vale

lembrar que essas duas segmentações acumulam o maior número de beneficiários, somando 90,6% do total de planos médico-hospitalares.

Assinam o manifesto, além do Idec e da Abrasco, a ACT Promoção de Saúde, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN), a Associação Paulista de Medicina (APM), o Movimento das Donas de Casa de Minas Gerais (MDC/MG), entre outras organizações.

Como pode ser observado no estudo, a partir de setembro de 2017 houve diminuição do ritmo de queda do total de número de beneficiários em um período de doze meses. No mesmo período, pode-se observar uma tendência de que os novos contratantes de planos de saúde têm optado pelas modalidades de cobertura ambulatorial e cobertura hospitalar e ambulatorial. Sendo assim, há uma tendência de diminuição dos beneficiários das coberturas hospitalar e de referência.

Como exposto no estudo, é importante reforçar que a análise deve ser realizada com cautela, pois os dados de beneficiários divulgados pela ANS podem ser atualizados conforme consta na Nota Técnica do Sistema de Informações de Beneficiários. Isso acontece porque o sistema permite a correção de dados pelas operadoras de planos de saúde de meses anteriores, com inclusão ou cancelamento de beneficiários.

Conheça os resultados completos da [Análise Especial - Saúde Suplementar em Números](#).

## COMISSÃO ANALISA PROJETO QUE ESTABELECE ISENÇÃO DE CARÊNCIA EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado –21/05/2018

Beneficiários de planos de saúde poderão ficar isentos do cumprimento dos prazos de carência nos casos de urgência e emergência. É o que estabelece projeto que poderá ser votado na quarta-feira (23) pela Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC). A proposta (PLS 502/2017) ainda reduz para 120 dias o período de carência para

as internações hospitalares. A reunião terá início às 11h na sala 2 da ala Nilo Coelho.

A senadora Rose de Freitas (Pode-ES) é a autora do projeto, que altera a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998) para facilitar o atendimento de urgência e emergência e as internações hospitalares. Atualmente, a legislação estabelece prazos máximos de carência de 24 horas para atendimentos de urgência e emergência; 300 dias para parto a termo; e 180 dias para cirurgias.

O senador Elmano Férrer (Pode-PI) apresentou voto pela aprovação da proposta, a ser analisado em caráter terminativo pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

## COMPLIANCE E GOVERNANÇA NA SAÚDE NO COMBATE A FRAUDES

FenaSaúde –21/05/2018

**Superintendente da FenaSaúde destaca papel das operadoras e de toda a cadeia produtiva na gestão de risco e governança corporativa e cobra medidas do Governo**

Com o tema 'Compliance e a Governança como Ferramentas de Construção de Organizações de Sucesso na Saúde', o superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal, participou de evento promovido pelo Instituto Latino Americano de Gestão em Saúde (INLAGS), na última quinta-feira (17), no Rio de Janeiro. O objetivo do encontro foi discutir a transparência na administração das organizações de saúde.

Durante o debate, o gestor cobrou maior participação efetiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no combate a fraudes em órteses e próteses. "As empresas que operam planos de saúde estão cumprindo sua parte para melhorar a governança e coibir fraudes. O setor público também avançar com o que foi definido na CPI das Próteses. Falta, por exemplo, seguir adiante com o projeto de lei que criminaliza as comissões pagas para estimular a venda de materiais, falta dar transparência aos preços desses produtos e melhorar o ambiente de mercado", enfatiza Leal.

Por sua vez, o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca, destacou que o papel de governança em saúde se reflete no desempenho das empresas a longo prazo: "É importante que as operadoras tenham estrutura de compliance e governança sólida, solvente e sustentável. Na Saúde Suplementar, essa discussão caminha junto com o debate sobre a nova regra de capital do setor". Acerca do debate regulatório na saúde suplementar, o superintendente da FenaSaúde sugeriu alinhar os procedimentos e normas reguladoras existentes entre as autoridades regulatórias. E que a ANS se balize na regulação já existente no mercado segurador

sobre gestão de riscos e governança corporativa a fim de otimizar as estruturas existentes.

O encontro ainda contou com as presenças da gerente de Compliance da United Health Group, Wal Pagoto Chevrand; e do

diretor de Relacionamento com o Mercado do grupo Sabin, Bruno Ganem, entre outros.

## **A ALIANÇA DE TRÊS EMPRESAS GIGANTES NORTE-AMERICANAS PARA ATUAR NO SETOR DE SAÚDE**

FenaSaúde –18/05/2018

### **Diretor executivo da FenaSaúde aborda o tema em artigo para a Revista Caderno de Seguros**

A aliança anunciada por Jeff Bezos, da Amazon; Warren Buffett, da Berkshire Hathaway, e Jamie Dimon, do JP Morgan, três gigantes americanas que, juntas, passam a atuar no setor de saúde, é o tema do artigo de José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde, na última edição da revista Cadernos de Seguro, da Escola Nacional de Seguros.

[>> Clique aqui para ler o artigo na íntegra](#)

## **SUPERINTENDENTE DE REGULAÇÃO DA FENASAÚDE ABORDA AS FRAUDES NO SETOR DE SEGUROS**

FenaSaúde –18/05/2018

### **Matéria foi publicada na última edição da Revista Caderno de Seguros**

A última edição da Revista Cadernos de Seguro, da Escola Nacional de Seguros, abordou a questão das fraudes no setor de seguros. O superintendente de regulação da FenaSaúde, Sandro Leal, ressaltou, na matéria "Fraude: a antítese do seguro", a necessidade de uma segunda opinião médica como uma forma de coibir abusos, proteger o próprio consumidor e evitar procedimentos desnecessários.

[>> Confira a íntegra da matéria clicando aqui](#)

## **ABUSOS NA SAÚDE**

FenaSaúde –18/05/2018

**Confira a entrevista do médico Edmond Barras na última edição da revista Cadernos de Seguro**

O médico Edmond Barras é o entrevistado da última edição da revista Cadernos de Seguro, da Escola Nacional de Seguros. O conceituado especialista e um dos maiores críticos dos desperdícios e abusos na saúde, comenta sobre fraudes e ética médica.

[>> Confira a íntegra da entrevista clicando aqui.](#)

## **INTEGRANTES DO JUDICIÁRIO TIVERAM AULA MAGNA SOBRE FUNDAMENTOS PARA TOMADA DE POSIÇÃO EM SAÚDE COM BASE EM EVIDÊNCIAS**

FenaSaúde –17/05/2018

**Aula faz parte do Integrantes do curso Saúde Baseada em Evidências e as Decisões Judiciais**

A cardiologista Carisi Polanczyk, do Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde e professora da faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, falou na tarde da última quarta-feira (16/5) a magistrados, coordenadores estaduais e integrantes do Comitê Executivo do [Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde](#), supervisionado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Carisi Polanczyk fez uma exposição sobre como apresentar fundamentos para tomada de posição em saúde com base em evidências clínicas da literatura médica na aula magna que deu início ao curso Saúde Baseada em Evidências e as Decisões Judiciais, no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, em S?o Paulo.

A capacitação a distância é destinada a técnicos dos Núcleos de Apoio Técnicos do Poder Judiciário (NAT-Jus) e é um desdobramento do termo de cooperação técnica assinado pelo CNJ e o Ministério da Saúde, em agosto de 2016.

Carisi explicou o conceito da medicina baseada em evidências e apresentou casos clínicos práticos para determinar a tomada de decisões por profissionais da saúde e da magistratura na hora de decidir por um tratamento, procedimento médico ou ainda na indicação da medicação a um paciente levando em conta valores e eficácia.

"Essas questões vão estar cada vez mais em evidência, porque a média de sobrevida da população brasileira está próxima aos 80 anos", afirmou a especialista.

Após a aula magna, os coordenadores estaduais e integrantes Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde participaram de uma reunião para tratar, entre outros temas, do aprimoramento do sistema e-NATJus e levantar novos temas para a elaboração de pareceres técnico-científicos.

Além disso, técnicos em tecnologia da informação do CNJ e do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), que fizeram uma apresentação tutorial do sistema. Nesta quinta-feira (17/5), os coordenadores estaduais do Fórum e técnicos dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário participam ainda de reuniões no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

### **Cooperação técnica**

A iniciativa do CNJ se deu a partir da assinatura de um termo de cooperação com o Ministério da Saúde, que estabeleceu parceria para a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os juízes que se deparam com demandas relacionadas à saúde ([e-NATJus](#)) e a capacitação dos alimentadores desse sistema.

Caberá ao Conselho resguardar as informações e torná-las acessíveis aos juízes.

Ao longo de três anos, o Hospital Sírio Libanês investirá, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, cerca de R\$ 15 milhões na ação.

## **DIAGNOSTICAR ANTES PARA TRATAR MELHOR**

IESS –17/05/2018

Importante elo do setor de saúde complementar, a medicina diagnóstica tem ganhado cada vez mais destaque na mídia pelas diferentes inovações na área que podem resultar em melhoria da assistência e de eficiência para o setor.

Esforço e necessidade dos diferentes agentes de toda a cadeia, a promoção da saúde e a prevenção de doenças é ordem do dia para garantir não só o bem-estar da população – que está cada vez mais envelhecida graças ao mérito dos avanços da medicina –, mas também da sustentabilidade do setor, que enfrenta alta crescente nos custos com a assistência. Nesse caso, o clichê faz total sentido: prevenir é muito melhor que remediar.

É exatamente nessa questão que os avanços da medicina diagnóstica são fundamentais. Como mostrou o [DCI](#) nesta quinta-feira, esse cenário de mudança demográfica deve exigir maior investimento em ferramentas de diagnóstico precoce. O uso da tecnologia amplia a eficiência operacional e a aplicação da inteligência artificial está diretamente relacionada com a melhoria dos resultados laboratoriais e de imagem.

Esse uso da inteligência artificial vai ao encontro de projeto colocado em prática pelo Hospital Sírio-Libanês para mapear risco de câncer de pulmão por meio de varredura em laudos de tomografias de tórax, noticiado pelo jornal [O Estado de S. Paulo](#) na última semana.

Pela primeira vez no Brasil, a iniciativa poderá revelar aos médicos quais pacientes têm maior risco de desenvolvimento desse tipo de câncer, um dos mais letais em todo o mundo exatamente por ser assintomático, detectado geralmente em estágios avançados. O diagnóstico precoce deve salvar vidas e ainda economizar em tratamentos.

Conforme mostra a apresentação que pode ser acessada [aqui](#), o setor de diagnósticos tem crescido a passos largos no país. Em oito anos, o estoque de emprego no segmento cresceu 46,7% (aumento de 62 mil pessoas). Sua importância, contudo, vai além dos exames para detecção de diferentes problemas. Conforme mostra o [TD 62 – “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil”](#), entre 25% e 40% dos exames laboratoriais não são necessários, o que acarreta em desperdícios para toda a cadeia e até riscos ao paciente.

Isso passa, portanto, pela melhor informação e conscientização dos diferentes envolvidos no setor, como profissionais de saúde e paciente. Diante desse cenário, é importante encarar a aplicação dos diferentes recursos e tecnologias em saúde como modo de garantir a ampliação da qualidade assistencial e, ao mesmo tempo, a eficiência e sustentabilidade da saúde suplementar no país.

**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)