

Palestras da 7ª Conseguro fizeram um amplo diagnóstico de diferentes áreas do setor, apontando exemplos e possíveis soluções para seu desenvolvimento sustentável

Para onde caminha o sistema de saúde? O modelo vigente no Brasil é sustentável? Esses e outros questionamentos estiveram entre os principais assuntos discutidos durante o segundo dia da Conferência Brasileira de Seguros, Resseguros, Previdência Privada e Capitalização (Conseguro), que acaba hoje, dia 17, no World Trade Center, em São Paulo. Dos debates ocorridos, saíram análises sobre novos modelos de atendimento e de gestão da saúde, além de propostas para redução da judicialização nas redes pública e privada.

Diretor do Instituto Dartmouth para Políticas de Saúde e Práticas Clínicas, do estado de New Hampshire, o médico Elliott Fisher apresentou aos participantes as Accountable Care Organization (ACO), modelo de serviço que envolve diferentes atores – de médicos e hospitais a fornecedores – e vem apresentando resultados expressivos nos Estados Unidos (EUA). Com uma concepção inovadora, as ACOs contribuíram de forma decisiva para a bem-sucedida reforma do sistema de saúde americano e integram o pacote de mudanças do programa ObamaCare.

Ao oferecer um atendimento de qualidade a custos mais enxutos, as ACOs atacam um problema que é compartilhado pelas redes de saúde de praticamente todos os países: os elevados gastos do setor. “Brasil e os EUA têm sistema de saúde muito diferentes, mas enfrentam o mesmo desafio: inflação médica mais alta do que a inflação geral de preços”, afirma o presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Marcio Coriolano, que mediu a palestra de Fisher.

Ele também destacou um recente estudo do Grupo AON, que corrobora a tese. Nos EUA, de acordo com o levantamento, a inflação geral prevista este ano é de 1,76%, enquanto a médica gira em torno de 8,5%. Na Europa, os dois índices devem fechar o ano em 1,78% e 5,94%, respectivamente, enquanto, na América Latina e Caribe, em 5,75% e 14%, respectivamente. “Com isso, o que vemos no Brasil é um modelo onde todos os integrantes do setor estão decepcionados: beneficiário, que paga pelo serviço e reclama dos reajustes; médico, que diz não ter nada a ver com o aumento dos custos; e governo, que sente o impacto na economia”, afirmou Coriolano.

As ACOs não são operadoras de planos de saúde, mas organizações prestadoras de serviço médicos formadas por diferentes atores. Nela, um grupo de provedores – hospitais, laboratórios, médicos e enfermeiros, entre outros – é diretamente responsabilizado pelo custo total e a qualidade do atendimento para os pacientes. Para criar as ACOs, Fisher e sua equipe realizaram inúmeras pesquisas. Uma de suas principais conclusões foi que um gasto maior não significa melhor atendimento. “Pelo contrário, muitas vezes representam um conjunto de serviços que não conduzem necessariamente a melhores resultados em qualidade de saúde”, afirma Fisher, destacando que até 30% dos gastos em saúde nos EUA são potencialmente evitáveis. “Hospitais não são lugares para estar se você realmente não precisa”, completou.

No modelo criado pelas ACOs, quanto mais seus integrantes economizam, mais eles saem ganhando. “Em vez de um foco no volume dos atendimentos, damos mais atenção ao valor da qualidade do serviço. Neste sentido, o caminho da responsabilidade coletiva é muito importante”, disse Fisher. Para ele, medição de desempenho, responsabilidade, tecnologias bem implementadas e novas parcerias são fatores que explicam o sucesso das ACOs. “Quando bons profissionais se unem, é possível oferecer um serviço de grande qualidade com custos mais baixos. Para melhorar o sistema, devemos sempre procurar e replicar histórias de sucesso”, acrescentou.

Judicialização

O recrudescimento do número de processos na Justiça que envolve tanto a Saúde Suplementar, quanto o Sistema Único de Saúde (SUS), é notório no Brasil. O tema foi debatido pelo juiz e assessor especial do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, João Galhardo, pelo diretor de Assuntos Institucionais da Amil Internacional, Antonio Jorge Kropf, e pelo superintendente Jurídico

da Golden Cross, Carlos Ernesto Henningsen na palestra Judicialização da saúde. Hoje, por exemplo, das 100 milhões de ações que correm na Justiça, 400 mil envolvem questões de saúde, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

De acordo com Galhardo, por conta do grande número de processos que envolvem questões médicas, o TJ-SP busca uma aproximação com o setor. Um exemplo claro dessa colaboração é a criação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), que será inaugurado no dia 23 deste mês, no Fórum João Mendes. Para isso, o tribunal paulista firmou duas parcerias técnicas com entidades do mercado de saúde, sendo uma com a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a outra com a FenaSaúde e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). O objetivo da cooperação é dar mais conhecimento técnico para que os magistrados possam tomar decisões mais justas e precisas, além de criar um ambiente que busque a conciliação entre as partes, evitando que as ações se prolonguem por muitos anos na Justiça. “Tenho certeza que o momento é de dar as mãos para melhorar a saúde no Brasil”, comentou.

Segundo Kropf, a judicialização não é uma doença, mas um sintoma de que algo está errado na saúde brasileira. Para ele, o sistema deveria ser suplementar ou complementar, o que evitaria a duplicidade em alguns dos serviços prestados pela rede pública, reduzindo o número de processos na Justiça. “Precisamos aplicar as melhores práticas que estão sendo feitas ao redor do mundo. Um bom exemplo vem dos EUA, com o ObamaCare”, afirmou.

Já Henningsen, vê com bastante otimismo as alterações previstas no Novo Código Civil, que prevê a mediação pré-judicial, pré-processual e processual. Ele também é um entusiasta dos NATs e elogiou o apoio que a FenaSaúde vem dando para a criação de outros núcleos pelo país.

Fonte: [CNseg](#), em 17.09.2015.