

## NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

16 de janeiro de 2019



### CONVITE ESPECIAL

Milliman – 16/01/2019

Convidamos você a seguir a página da [Milliman Brasil](#) no LinkedIn. Lá, iremos publicar a newsletter semanal, artigos de nossos consultores e nossas novidades, além de compartilhar artigos interessantes de outros autores e fontes.

#millimanbrasil

## BUROCRACIA NA HORA DO REEMBOLSO DESESTIMULA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE A PROCURAREM ATENDIMENTO EM MÉDICOS PARTICULARES

Portal Terra – 15/01/2019

### Os planos de saúde afirmam que a exigência é uma tentativa de combater fraudes e desperdícios

Entretanto, em muitos casos esse procedimento tornou-se demasiadamente burocrático e os documentos fornecidos pelos médicos podem não ser suficientes para o reembolso. Segundo Danielle Bitetti, advogada especializada em Direito à Saúde do escritório Porto & Bitetti, muitas operadoras têm exigido de seus beneficiários a apresentação do laudo do exame para realizarem o pagamento.

"Esta prática é abusiva, uma vez que tal exigência invade a privacidade do paciente e quebra o sigilo médico, ambos protegidos legalmente", explica a advogada.

Os planos de saúde afirmam que a exigência é uma tentativa de combater fraudes e desperdícios.

Danielle esclarece que isso de fato acontece com procedimentos que nem sempre são necessários, mas esta imposição pode servir de instrumento para que as operadoras calculem seus preços, já que elas estariam munidas de informações precisas sobre seus clientes.

"Isso também seria abusivo, dado que as operadoras já dispõem de índices de sinistralidade, isto é, de utilização do plano, que dispensam laudos", afirma.

A exigência de laudos torna-se, portanto, uma maneira de as operadoras dificultarem e desestimularem consultas e pedidos de exames feitos em médicos particulares.

"Não sendo possível o pagamento na forma particular, o beneficiário não terá alternativa senão procurar a rede credenciada de seu plano, o que não deveria ocorrer", comenta a advogada.

## SISTEMA HAPVIDA SAÚDE COMPLETA 40 ANOS

Segs – 15/01/2019

### Com acolhimento, qualidade e eficiência em custos, o Hapvida destaca-se no mercado de saúde por seu pioneirismo

Uma trajetória traçada pela busca constante do melhor para seus pacientes. Esta é a premissa da atuação do Sistema Hapvida Saúde, que completa 40 anos no dia 15 de janeiro.

A história de uma das maiores operadoras do País teve início em 1979, na cidade de Fortaleza (CE), quando o médico oncologista Candido Pinheiro de Lima inaugurou o Hospital Antonio Prudente, um dos mais modernos da cidade. A projeção veio quando Candido criou, em 1993, o Hapvida Saúde. A partir de então, a operadora seguiu passos importantes, expandindo sua rede por todo o Brasil.

Após esse trajeto de muito trabalho, hoje com mais de 3,8 milhões de clientes, o Sistema Hapvida se posiciona como uma das maiores operadoras de saúde do Brasil. Os números são resultado de uma estratégia baseada na gestão direta da operação e nos constantes investimentos. O Hapvida conta atualmente com 20 mil colaboradores diretos envolvidos na operação de 26 hospitais, 75 clínicas médicas, 19 prontos atendimentos, 84 centros de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial (Vida&Imagem) distribuídos em 11 estados onde a operadora atua com rede própria. Para garantir um sorriso com mais saúde, a Operadora criou, em 2009, o Hapvida+Odonto.

Para o fundador do sistema Hapvida, Candido Pinheiro, o Hospital Antonio Prudente, que impulsionou a criação do Hapvida, nasceu com a vontade de servir à população.

"Quando se faz alguma coisa e pensa nisso para as pessoas que vão usar, vai dá certo. Sempre buscamos entender esse desejo e necessidade das pessoas que nos cercavam, primeiro em Fortaleza, e depois no resto do Brasil. Quando conseguimos descobrir, deu certo", ressalta.

### Diferenciais

A aposta em uma estrutura vertical para crescer, com a rede própria, permite viabilizar a estratégia de custo baixo e qualidade aos beneficiários, dois dos pilares trabalhados pelo Sistema. E o acolhimento, outro pilar importante para o Hapvida, acontece pelo primor no atendimento eficiente aos pacientes, com os diferenciais tecnológicos e assistenciais, como:

Monitoramento da operação em tempo real – O investimento na área de Tecnologia de Informação (TI) é destaque. A empresa criou uma plataforma tecnológica que envolve a integração por sistema de todas as suas unidades em tempo real. Por meio dessa ferramenta e com o auxílio de câmeras de vídeo, o atendimento e o tempo de espera em todas as urgências e emergências são monitorados pelo Núcleo de Controle e Qualidade da empresa. Se a espera ultrapassa 15 minutos, um alarme é acionado e a sala de controle comunica-se com a unidade para agilizar a operação.

Biometria – O Hapvida é a primeira operadora do setor a utilizar a identificação biométrica de médicos e pacientes. Cada procedimento médico adotado em um paciente é registrado no sistema. Durante a consulta, o médico tem acesso ao prontuário médico, com todo o histórico do associado, como imagens de exames, resultados laboratoriais, conclusão de diagnósticos e outras informações médicas de relevância. Além do diagnóstico mais preciso, essa inovação dá agilidade ao atendimento, gerando mais conforto e segurança aos associados da operadora. Para os planos corporativos, o sistema evita ainda o absenteísmo dos colaboradores, oferecendo rapidez no atendimento e mais qualidade de vida.

Prontuário eletrônico – Ainda na área de tecnologia do Hapvida, o prontuário eletrônico é um grande diferencial. Com

o sistema, obtemos as informações dos clientes da rede própria e sabemos o histórico do paciente. Esse mecanismo contribui para a redução de desperdícios e ajuda para o diagnóstico correto e tratamento dos clientes.

Medicina Preventiva – O Hapvida cuida da saúde de seus clientes desde a infância até a terceira idade. Nos núcleos de Medicina Preventiva são realizados projetos e ações que promovem a qualidade de vida de grupos especiais, como gestantes e da melhor idade, além de grupos de risco e portadores de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e obesidade.

### Programas

Duas iniciativas merecem destaque: o programa Viver Bem, em Fortaleza, identifica, cuida, orienta e incentiva pacientes que possuem diabetes tipo 2 a ter uma vida melhor e com mais saúde, inclusive com a prática regular de atividade física. Outro programa é o Nascer Bem, que orienta e cuida as gestantes a terem uma gestação acompanhada, com pré-natal realizado por uma equipe exclusiva e um parto adequado para a mãe e para o bebê, nas cidades de Fortaleza (CE), Recife (PE), Belém (PA) e Salvador (BA).

Além disso, o Hapvida consolidou projetos que trazem mais qualidade de vida para a população, como o Hapvida +1k, assessoria de corrida e caminhada presente nas cidades de Fortaleza (CE), Recife (PE), Salvador (BA), Maceió (AL) e Belém (PA); o VAMO, que são os carros elétricos compartilhados em Fortaleza, e o Bike Belém e ManôBike, projeto de bicicletas compartilhadas.

### Crescimento

Como consequência desse processo de crescimento, em abril de 2018, o Sistema Hapvida chegou à B3 com a oferta pública inicial de ações (IPO) e o início da negociação de suas ações no segmento Novo Mercado com o ticker HAPV3. Esse movimento foi reflexo da solidez que a empresa adquiriu nessa história de 40 anos.

De acordo com Jorge Pinheiro, diretor-presidente do Hapvida, é uma consequência da expansão da operadora pelo Brasil. "É um tema de relevância no mundo inteiro. Sabemos que a empresa precisa dar um passo em suas operações. Ser consolidadora em um mercado em concentração. Foi uma decisão acertada, não só do ponto de vista de instituímos uma melhor governança, mas também pela possibilidade de expandir com mais responsabilidade".

Candido Pinheiro, fundador do Hapvida, destaca que o Hapvida nasceu com a proposta de levar mais saúde para as pessoas, e fez até hoje. Por isso, continuará contribuindo para a qualidade de vida da população. "Não se pode desistir de buscar fazer aquilo que é correto. Não para si mesmo, mas para aquilo a que você se presta".

## Hapvida

Com 3,8 milhões de clientes, o Hapvida hoje se posiciona como uma das maiores operadoras de saúde do Brasil. Os números superlativos mostram o sucesso de uma estratégia baseada na gestão direta da operação e nos constantes

investimentos: atualmente, são 20 mil colaboradores diretos envolvidos na operação de 26 hospitais, 75 clínicas médicas, 19 prontos atendimentos, 84 centros de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial (Vida&Imagem) distribuídos em 11 estados onde a operadora atua com rede própria.

## ANS APLICA R\$ 54 MILHÕES EM MULTAS A OPERADORAS DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 15/01/2019

### Cerca de 70% das penalidades foram aplicadas por não pagamento de terapia a beneficiados

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) publicou no Diário Oficial um balanço de 745 multas às operadoras de planos de saúde, a maioria por não garantir o acesso ou cobertura previstos em lei.

As penalidades representam uma soma de R\$ 54 milhões.

Desse total, R\$ 39 milhões, o equivalente a 71%, é de multas impostas às seguradoras que não pagaram o tratamento dos beneficiários.

Os casos ocorreram entre 2012 e 2018 e foram julgados em uma sessão de diretoria em agosto do ano passado.

“Não houve comportamento atípico das operadoras, apenas um acúmulo de processos decididos em segunda instância”, diz a agência em nota.

Há incidentes que não chegam a ser protocolados na agência, de acordo com Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

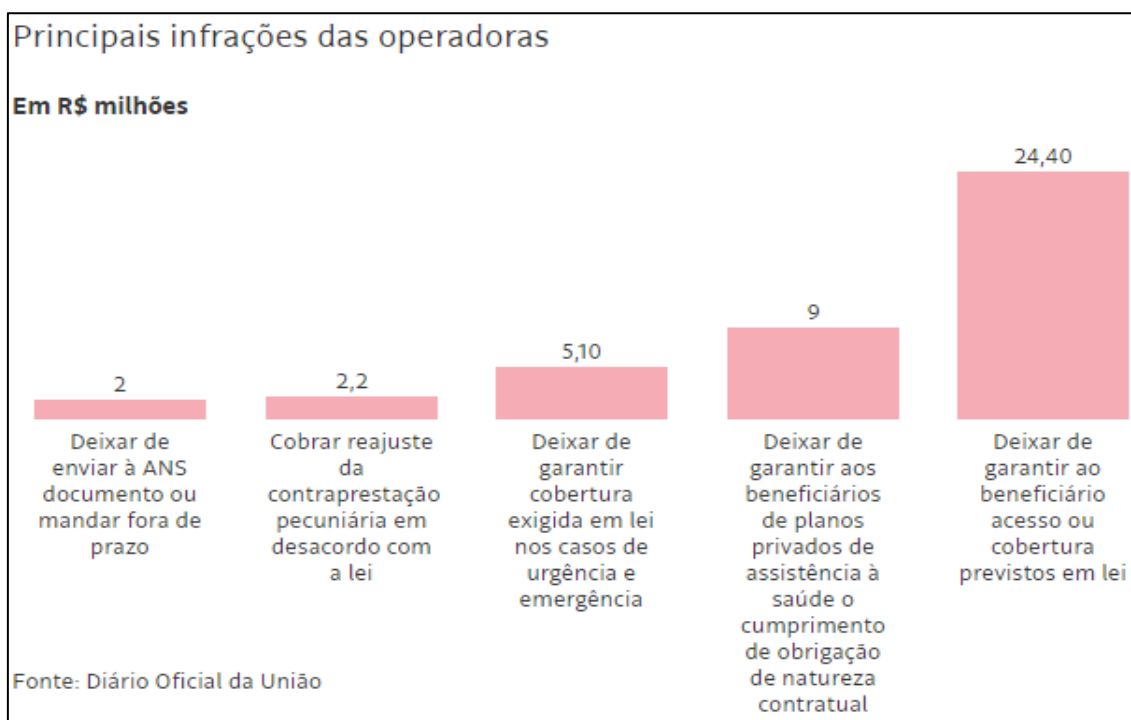
“É comum que beneficiários que necessitam de tratamento de emergência busquem imediatamente a Justiça, sem passar pela ANS”, afirma ela.

Há um problema de dosimetria das penas, segundo a FenaSaúde, entidade que representa as operadoras.

“Existe uma desproporcionalidade enorme na aplicação de valores de multas. Por exemplo, o atraso no agendamento de uma consulta pode penalizar a operadora com uma multa de até R\$ 80 mil”, afirma a federação em nota.

O órgão onera as empresas em excesso e não alcança o objetivo de induzir práticas melhores, de acordo a FenaSaúde.

A Unimed-Rio foi a mais penalizada: foram 131 multas, que totalizam R\$ 10,8 milhões. Procurada, a seguradora não respondeu à coluna.



## QUAL A IMPORTÂNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE?

IESS - 15/01/2019

Além de ser o terceiro maior desejo dos brasileiros, atrás apenas da casa própria e educação, o plano de saúde é considerado como um fator decisivo para escolher entre um emprego e outro por 95% da população, segundo a pesquisa IESS/Ibope, já analisada aqui no [blog](#). O que, por si só, já é um forte indicativo de quão importante é o setor no País.

A questão, contudo, vai muito além da satisfação daqueles que têm planos (80% estão satisfeitos ou muito satisfeitos) ou da expressiva proporção de não beneficiários que gostaria de contar com o benefício (74%). O assunto permeia questões complexas, como a relevância do sistema suplementar para desafogar o SUS; afinal, sem os planos de saúde, teríamos mais 47,2 milhões de brasileiros dependendo exclusivamente do já saturado sistema público, alongando suas filas e custos.

O assunto foi bem abordado em diversas frentes pelo advogado Antonio Penteado Mendonça no artigo “[A importância dos planos de saúde](#)”, publicado pelo jornal O Estado de S. Paulo.

Apesar de discordarmos da opinião dele quanto à Lei dos Planos de Saúde – que tem defeitos e merece revisões e melhorias, mas, acreditamos, foi fundamental para avançarmos nos últimos 20 anos –, há muitos pontos interessantes e bem ponderados.

Por exemplo, a necessidade de avançarmos em agendas de melhoria dos controles, aumento da transparência e redução das fraudes e desperdícios, como apontamos recentemente no estudo especial “[Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil](#)”, que produzimos em parceria com a PwC Brasil (também já abordado aqui no [blog](#)).

Modelo de pagamento de serviços de saúde, coparticipação, judicialização e mesmo questões como o uso indiscriminado de pronto socorro ou a necessidade de focar em programas de promoção da saúde e desospitalização, temas que nos são caros e, exatamente por isso, estão presentes em nossa [Área Temática](#).

## A IMPORTÂNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Estado – 14/01/2018

Nem sempre o cidadão comum consegue ver com clareza o tamanho dos planos de saúde privados e sua importância para a saúde nacional. O que ele quer é ser bem atendido, como contrapartida pelo preço que ele paga e que – é verdade – não é barato.

O problema é que não tem como ser barato. Saúde custa caro no mundo todo. O Brasil não é exceção à regra, pelo contrário, em função de tipicidades do País, os planos de saúde privados sofrem o impacto de variáveis importantes, que impactam seus custos e, conseqüentemente, seu preço.

O grande problema dos planos privados é que eles deixaram de ser planos suplementares, conforme previsto na Constituição Federal, para se tornarem, praticamente, planos universais, substituindo o SUS como provedor amplo de saúde para seus segurados, independentemente do que está ou não está previsto ou coberto pelo contrato.

Ao contrário do que se imagina, a judicialização dos planos de saúde é proporcionalmente baixa. Para um universo de perto de 50 milhões de segurados, com mais de um bilhão de procedimentos autorizados anualmente, não há 100 mil ações contra planos de saúde distribuídas em 2018. E parte importante delas discute reajuste de preços e não

procedimentos. Mas a judicialização tem conseqüências que se espalham pelo sistema e elevam custos.

Ninguém discute, os custos com saúde estão atingindo patamares insustentáveis. De tradicionais menos de 5% do custo com pessoal, já temos empresas nas quais os custos com saúde estão próximos de 15%, o que complica muito a política de gestão de benefícios para funcionários, com impacto até mesmo no resultado final da companhia.

O risco dessa situação é as empresas começarem a cortar o benefício, o que seria dramático para todos os envolvidos. Os funcionários e suas famílias seriam empurrados para as filas do SUS. O SUS, que já está completamente saturado, teria de atender mais alguns milhões de pessoas. Os planos de saúde privados teriam uma queda vertiginosa de faturamento.

E as empresas voltariam a ter altas taxas de abstenção, uma realidade que os planos de saúde coibiram.

**O grande problema dos planos privados é que eles deixaram de ser planos suplementares e passaram a substituir o SUS**

O nó dos planos de saúde privados começa com a Lei 9.656/98, a dos Planos de Saúde Privados, uma das piores

leis votadas pelo Congresso Nacional e que tinha como principal objetivo ajudar a eleger um candidato a Presidente da República. Se fosse para resolver os atritos gerados pelos contratos dos planos de saúde privados havia, àquela época, propostas muito mais inteligentes, a começar pelo plano de saúde universal, desenvolvido pela Susep (Superintendência de Seguros Privados), que criava um desenho inteligente para delimitar as garantias e o preço do plano.

Como Inês é morta faz tempo, o mercado e a própria ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) foram encontrando soluções, que estão adiando o colapso do sistema, mas, para que isso não ocorra, é indispensável o fim da demagogia e de ações para a platéia, como a recente interferência da OAB, pedindo a suspensão da comercialização de novos planos com coparticipação dos segurados.

Como não há no horizonte nenhum sinal de que a Lei dos Planos de Saúde possa ser revista, o setor terá de encontrar soluções paliativas para minimizar o aumento dos custos.

Para isso é indispensável melhorar os controles, reduzir fraudes e desperdícios, rever o uso da rede hospitalar, criar mecanismos de atendimento primário semelhantes aos do médico da família, intensificar a adoção de tratamentos fora dos hospitais, incrementar a coparticipação dos segurados no financiamento do sistema, etc.

É uma longa lição de casa, que passa pelos mais diferentes interesses e as consequentes objeções quanto à adoção de novas regras. Mas ou se faz isso ou a vaca vai para o brejo.

O que está em jogo é o todo. Não adianta mais puxar a brasa para cada sardinha. Todos os interesses são legítimos, mas ou os envolvidos abrem mão de alguma coisa e se chega a uma solução abrangente que viabilize o sistema ou o Brasil ficará sem planos de saúde privados. Só que aí será tarde para se arrepender.

## TECNOLOGIA A SERVIÇO DA SAÚDE

IESS – 14/01/2019

A maior feira de tecnologia do mundo, a Consumer Electronics Show (CES), acabou de acontecer em Las Vegas (EUA). Celulares, TV, veículos, drones e todo tipo de avanços tecnológicos costumam ser anunciados por lá, mas este ano uma das estrelas foi um segmento bastante conhecido por nós: a saúde.

Como já falamos aqui, a Internet das Coisas e aplicativos já estão trazendo grandes avanços para saúde das pessoas e a tendência é de que o movimento se aprofunde e as integrações sejam cada vez mais naturais. E a CES 2019 trouxe diversas novidades nesse sentido.

Além de novos avanços em wearables, como são conhecidos relógios, óculos e outros equipamentos tecnológicos que monitoram desde batimento cardíaco e pressão até a postura ao longo do dia, algumas novidades foram gigantes como investimentos em soluções para pessoas com dificuldade de locomoção.

Medidores portáteis de poluição, raios ultravioletas e outras variáveis prometem ajudar a monitorar o ambiente e disponibilizar informações por meio de apps de celular, auxiliando pessoas a evitar ambientes nocivos para sua saúde.

Ainda pensando no avanço feito na indústria de telecomunicações, empresas estão aproveitando os novos designs de fones de ouvidos de celulares para repensar os aparelhos auditivos. Uma solução tanto para reduzir o custo de produção quanto para combater o estigma dos aparelhos tradicionais, umas das principais barreiras para sua utilização.

Para saber mais novidades, vale ler a reportagem “Indústria da tecnologia investe em soluções para melhorar a saúde”, do jornal [O Globo](#).

## PLANOS DE SAÚDE RENEGOCIAM DÍVIDAS DE R\$ 27 MILHÕES COM SUS

Correio Brasiliense - 14/01/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dividiu os débitos com 21 seguradoras. Em alguns casos, o parcelamento chega a 60 meses

Mais de R\$ 27 milhões em dívidas de planos de saúde foram renegociados com o Sistema Único de Saúde (SUS). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dividiu os débitos com 21 seguradoras. Em alguns casos, o

parcelamento chega a 60 meses. Apenas uma empresa do Rio de Janeiro deve à saúde pública mais de R\$ 5 milhões.

Para se ter dimensão desse montante, somente no primeiro semestre, a ANS repassou ao SUS um total de R\$ 365 milhões. Desde 2000, ano em que a agência reguladora foi criada e iniciaram as cobranças, as operadoras de planos de saúde devolveram R\$ 2,43 bilhões, o equivalente a 2,5 milhões de atendimentos realizados no SUS. Há, ainda, R\$ 685,39 milhões inscritos na dívida ativa e R\$ 292,46 milhões com a cobrança suspensa por decisão judicial.

"A ANS tem aumentado progressivamente os valores repassados anualmente ao SUS, fruto de um conjunto de

medidas implementadas pela reguladora, que incluem aprimoramento de sistema, adoção de mecanismos processuais padronizados e a abertura de processos exclusivamente eletrônicos, reduzindo os custos e a alocação de recursos na movimentação de processos físicos", destaca a agência, em nota.

Em fevereiro do ano passado, o Supremo Tribunal Federal decidiu que é constitucional que o sistema público cobre dos planos toda vez que atender um paciente encaminhado pela rede privada. Os valores referentes a atendimentos de beneficiários pelo SUS são integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde, gerido pelo Ministério da Saúde.

## A LÍDER EM AI MIRA NA SAÚDE

SaúdeBusiness – 11/01/2019

A NVIDIA é imparável em inteligência artificial? Esse foi o título de uma matéria da Forbes, em 2018, sobre o impressionante sucesso da empresa nessa área. Para eles, a NVIDIA não é uma empresa de GPU (Unidade de Processamento Gráfico), mas sim uma "empresa-plataforma" com um apetite insaciável pelo crescimento, dada sua expertise em AI, hardware e software.

Em dezembro, conhecemos o recente headquarter da empresa, em Santa Clara. Fomos recebidos pelos principais executivos da empresa no setor de inteligência artificial para saúde, o time majoritariamente feminino, explicou as diferentes formas de se implementar AI, seus principais cases e posicionamentos.

A inteligência artificial está revolucionando todas as indústrias e nos ajudando a resolver problemas nunca antes imagináveis. Tudo começou com a revolução dos computadores pessoais, que possibilitou o acesso, em massa e diretamente dos lares. Então, a revolução dos dispositivos móveis, colocando um "computador" em todos os bolsos. Por fim, a nuvem tornou nossos dispositivos supercomputadores.

Agora, é a vez da AI, colocando inteligência em todos os equipamentos ao redor do mundo.

"Isso vai desencadear um nível de inovação que nunca vimos! Quando digo Inteligência artificial, eu me refiro a um termo guarda-chuva sobre a situação de uma máquina simular a forma como um ser humano pensa." disse Rima Alameddine, Vice-Presidente de Inteligência Artificial da empresa. Em geral, no aprendizado de máquina, um cientista de dados trabalha junto com um especialista para selecionar características importantes para o modelo. Já Deep Learning, uma abordagem mais nova, é um mecanismo no qual o modelo aprende com base nos dados, não há a necessidade de um especialista, as características são auto selecionáveis, um software escrevendo outro software, capaz de produzir resultados incríveis.

Para aproveitar esse potencial, é necessário entre outras coisas, muitos dados e capacidade de processamento computacional. Então entram os GPUs, que permitem a execução desses modelos altamente complexos, desde imagens médicas a análise genômica, passando pela descoberta de novas drogas. Um bom poder computacional viabiliza que médicos comparem resultados e histórico de um único paciente com bilhões de dados populacionais, para citar.

Historicamente, somente dados estruturados eram utilizados nos modelos, o deep learning abre novas possibilidades com NLP (processamento de linguagem natural), que agora também passa a identificar áudios, escrita e vídeos por exemplo. Segundo Rima, é possível analisar uma imagem e detectar se existe câncer através da chamada técnica de classificação. Ainda é possível descobrir a extensão do tumor, prever a probabilidade de sobrevida ou recomendar terapias baseado em todo o universo de dados combinados.

Basicamente há três formas de começar a trabalhar com AI: realizar parcerias com startups que possuam aplicações relevantes para o seu business, que é a mais simples das opções; adaptar um modelo que já existe e treiná-lo com os próprios dados; ou desenvolver do zero, caso esteja interessado em criar algo totalmente novo.

Quando vamos mais fundo no que está acontecendo na saúde, o impacto desse movimento já pode ser sentido em todo o espectro, incluindo na esfera de cuidados clínicos. Queremos diagnosticar mais cedo e tratar os pacientes com a maior eficiência assistencial e operacional possível. Prever crises, internações, descobrir novas drogas e integrar, de fato, a medicina de precisão.

De acordo com o artigo da NCBI, um terço da população mundial diabética tem sintomas de Retinopatia Diabética, e destes, mais de 30% têm a possibilidade de virem a ficar cegos pela condição. Rima conta que a IDX, em parceria com



a NVIDIA, criou um sistema, já aprovado pelo FDA, que aponta a situação em contexto de primária, identificando-a antecipadamente, uma vez que a frequência ao comparecimento nesse tipo de consulta é maior do que na especialidade de oftalmologia.

Outro exemplo é a parceria com a Subtle Medical com redução do tempo que o paciente fica na máquina de ressonância magnética, em cerca de 15%, e redução da quantidade de contraste injetado, possível através de AI na reconstrução da imagem. As vantagens são inúmeras tanto para a experiência do paciente no maior conforto – especialmente lidando com crianças, quanto para o melhor fluxo de atendimento para o provedor, menor custo para o hospital pela melhor utilização de demanda do equipamento.

A Clara, é o SDK (Software Development Kit) da empresa que suporta esses desenvolvimentos. Sandra Chehab, responsável global por healthcare com foco em AI e deep learning na NVIDIA, diz que o projeto foi apresentado na GPU Technology Conference (GTC) em 2017. “Houve muito esforço para agrupar em um framework, e que fosse parcialmente open source. Eu penso na Clara como um kit de ferramentas para a saúde. Existem camadas para anotações digitais em exames ou renderização, por exemplo, não é algo isolado”. Ela explica que já existem diversas bibliotecas e os planos são de expansão. Para imagens médicas, o trabalho muitas vezes é realizado em conjunto com outras empresas como Philips, GE ou Siemens. Para os que quiserem saber mais, recomendo este vídeo do CEO Jensen Huang sobre o projeto.

Um tema constante em todos os desenvolvimentos e iniciativas de inovação, o combate ao câncer foi diversas vezes citado em múltiplas estratégias. Em uma delas, em colaboração com a Mayo Clinic, eles perceberam que poderiam receber muito mais informações de uma ressonância magnética do que estavam procurando. Em uma ação normal após a descoberta de um tumor, realiza-se uma biópsia para entender a composição genética do tumor e sugerir um tratamento. Mas foi identificado que, utilizando certas ferramentas, era possível mapear informações como composição genética, textura, tamanho, e outros dados na própria imagem, sem a necessidade do procedimento invasivo. A precisão alcançada hoje é de 92%, e está sendo utilizada na Mayo como segunda opinião, em paralelo com o aprimoramento da taxa de acerto do algoritmo.

Outro case é uma aplicação que analisa uma grande quantidade de imagens e cria um modelo que pode identificar áreas cancerígenas, e através de um mapa de calor otimiza a decisão médica. “Atualmente, os médicos podem identificar áreas problemáticas em uma imagem com uma taxa de 96% de precisão, com a adição do sistema, esse número sobe para 99,5%. Pode parecer pouco, mas significa que, a cada 100 diagnósticos, teremos mais 3 sendo realizados corretamente”, defende Rima.

Em Yale, uma parceria entre a NVIDIA e a Aidoc já está em andamento. A aplicação é capaz de priorizar possíveis exames de pacientes em situações de emergência para radiologistas do hospital. Ou seja, os exames não chegam em ordem cronológica para a análise, e sim em possível ordem de importância, nos quais tempo é fundamental para a assistência.

Segundo a vice presidente, muitos casos de deep learning foram mostrados, mas muitas otimizações podem ser realizadas com abordagens mais tradicionais. “A quantidade de dados nos hospitais é muito valiosa!”. Por exemplo, é possível prever quais pacientes provavelmente não comparecerão às suas consultas e enviar lembretes, ou fazer um overbooking nesse período. São casos que não exigem muita expertise e podem economizar milhões.

Sandra conta que uma preocupação recorrente do corpo clínico é se a inteligência artificial substituirá os médicos. “Estamos aqui para ajudá-los e empoderá-los em seu fluxo de trabalho. Um radiologista passa cerca de 60% do seu tempo olhando para casos extremamente normais. Porque não utilizar esse tempo nos 40% dos casos que são mais complexos, e permitir que a AI os ajude com o resto? A inteligência artificial nunca vai substituir um médico, mas médicos que souberem utilizar AI substituirão os que não acompanharem essa tecnologia. A combinação da tecnologia com o conhecimento, e a competência médica, criam algo muito mais poderoso e eficaz do que temos hoje”

No final, Rima disse que existe um potencial enorme para a inteligência artificial no Brasil, em termos de entrega de eficiência e novas possibilidades, mas há uma grande jornada até a sua consolidação. “Pensem em uma coisa na qual podemos ajudar, somente uma no início. Redução de despesas, melhoria do fluxo de trabalho, qualidade... E tentem dar o primeiro passo”, aconselha Sandra.

## SAÚDE EM EVIDÊNCIA NA CONSUMER ELECTRONIC SHOW - CES 2019

DASA – 11/01/2019

Las Vegas sedia mais uma vez a [Consumer Electronic Show - CES](#). A feira, organizada pela Consumer Technology Association (CTA), acontece entre os dias 8 e 11 de janeiro e é reconhecida internacionalmente pela comunidade tecnológica por revelar novidades importantes na área de tecnologia. Bons exemplos são os casos dos primeiros

drones de uso pessoal e os novos modelos de carros elétricos.

As inovações em tecnologia aplicada à saúde ganharam maior destaque este ano e, abaixo, listamos alguns gadgets que vem despertando a atenção do público.

## Prevenção de ataques cardíacos

A empresa francesa Chronolife apresentou na CES um colete que, por meio de sensores, mede sinais vitais como batimento cardíaco, fluxo de respiração e temperatura corporal. Ao processar esses dados, de acordo com a companhia, um ataque cardíaco pode ser identificado com antecedência. [Saiba mais](#)

## Controle inteligente para diabetes tipo 1

Ao integrar um monitor de glicemia, uma bomba de insulina e um aparelho que mede os níveis de glicose a cada 5 minutos, a empresa francesa Diabeloop promete uma solução que os diabéticos insulino-dependentes anseiam por ter acesso: a injeção automática da quantidade de insulina que o corpo necessita. [Saiba mais](#)

## Medição de pressão arterial via smartwatch

A Omron HeartGuide apresentou oficialmente o smartwatch HeartGuide. Segundo a empresa, o aparelho mede a pressão arterial com o auxílio de pequenas bexigas de ar que ficam em contato com o pulso. [Saiba mais](#)

O CES é um importante indicador dos caminhos que a tecnologia percorrerá. Para o segmento healthcare, de acordo com as inovações apresentadas na Feira, os gadgets que permitem o monitoramento da saúde em tempo real estão entre as tendências mais quentes.

# PLANOS ODONTOLÓGICOS APRESENTAM FORTE ALTA NO FIM DE 2018

IESS – 11/01/2019

O total de beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos avançou 6,9% nos 12 meses encerrados em novembro de 2018, com 1,6 milhão de novos vínculos. Com isso, de acordo com a última edição da [Nota de Acompanhamento dos Beneficiários \(NAB\)](#), o segmento já conta com 24,2 milhões de beneficiários.

O setor tem se beneficiado de custos mais acessíveis em relação aos planos médico-hospitalares e tem crescido constantemente. Um movimento que deve se manter ao longo de 2019. Além dos custos mais atraentes, o setor ainda assiste apenas pouco mais da metade das vidas dos planos médico-hospitalares, o que demonstra que o mercado está longe de alcançar seu potencial. Para entender melhor, vale dar uma olhada em nossa Área Temática.

Em números absolutos, a região Sudeste foi a que registrou o maior número de novos vínculos: 1 milhão ou 65,6% dos contratos firmados entre novembro de 2018 e o mesmo mês do ano anterior. Com alta de 7,7%, a região já conta com 14,2 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Apenas em São Paulo foram registrados 423,8 mil novos vínculos e, no Rio de Janeiro, mais 405,7 mil.

Proporcionalmente, contudo, as Regiões Centro-Oeste e Sul tiveram resultados ainda mais expressivos. Ambas cresceram 8,6% no período analisado. No Centro-Oeste foram firmados 120,7 mil novos vínculos, o que elevou o total de beneficiários desse tipo de plano para 1,5 milhão na região. Já no Sul, há 2,5 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 199,8 mil a mais do que em novembro de 2017.

# ANS E CADE FIRMAM ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

ANS – 11/01/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) firmaram um Acordo de Cooperação Técnica para aperfeiçoar a atuação das autarquias no monitoramento da concentração do mercado de planos de saúde e, desta forma, propiciar uma melhor defesa da concorrência no setor. A parceria foi assinada pelo presidente do CADE, Alexandre Barreto, e pelo diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca.

No acordo, que tem duração prevista de cinco anos, o Conselho e a Agência se comprometem a compartilhar informações, bancos de dados, relatórios, diagnósticos e estatísticas, além de pareceres técnicos e resultados de

estudos e pesquisas elaborado pelas entidades. A troca de informações, contudo, só poderá envolver documentos que não são confidenciais ou sigilosos e que não comprometam ou prejudiquem atos e procedimentos de competência das respectivas autarquias.

A cooperação propõe também a capacitação de técnicos por meio de eventos promovidos bilateralmente e intercâmbio de servidores para a produção conjunta de estudos e pesquisas, entre outras iniciativas.

“Nossa expectativa é que essa ação fomente a promoção de um ambiente concorrencial saudável nas áreas de atuação tanto do Conselho como da agência reguladora. Além disso,



a parceria ajuda a consolidar a cooperação institucional e a melhorar os processos de trabalho, promovendo a gestão do conhecimento e a capacitação no âmbito do setor público”, avalia o diretor Leandro Fonseca.

[Confira o Acordo de Cooperação Técnica entre ANS e CADE](#)

## ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUEM CONHECE GOSTA

FenaSaúde – 09/01/2019

"Fui a tantos médicos nos últimos meses. Preciso de um que junte tudo". A queixa ouvida de um paciente em uma sala de emergência e registrada, em 2002, pela médica Barbara Starfield, uma das principais estudiosas do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), representa o sentimento atual de grande parte dos beneficiários da saúde suplementar no Brasil.

Todos os anos, milhões de brasileiros seguem um roteiro que aumenta o desperdício de recursos. E, o pior: sem que o investimento gere ganhos expressivos de saúde. Por que nosso modelo assistencial funciona assim? É preciso reconhecer que, nas últimas décadas, o mercado privado reforçou a cultura do livre acesso a especialistas e tecnologias.

Não é razoável, portanto, esperar que mude da noite para o dia. A valorização da APS na saúde suplementar é uma construção coletiva que precisa começar a acontecer e a ser compreendida. É um processo de mudança cultural de todos os envolvidos (beneficiários, operadoras, prestadores e empregadores). O sucesso das iniciativas das operadoras depende do engajamento dos beneficiários e de toda a cadeia produtiva da saúde.

A estratégia elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 é um modelo vencedor em vários países,

inclusive no Brasil por meio do SUS. Com ele, 80% dos problemas de saúde são resolvidos sem que o paciente precise ser encaminhado a serviços especializados. A procura por unidades de urgência e emergência cai 29%. Há redução de 17% das demandas por internação. A porta de entrada no sistema de saúde se dá por meio de uma equipe multidisciplinar, com um médico de família à frente, que assume a coordenação do cuidado. A experiência tem demonstrado que quem conhece gosta. A qualidade de vida melhora a partir das mudanças de comportamento induzidas pela APS. Com uma força de trabalho mais saudável, as empresas observam ganhos de produtividade. É bom para todos.

No Brasil, no entanto, as pessoas ainda estão acostumadas a priorizar o modelo fragmentado. Essa é uma cultura que precisa mudar, como salientou o médico Lewis Sandy, vice-presidente da UnitedHealth Group. Nações desenvolvidas como Inglaterra, Dinamarca e Noruega têm em comum o fortalecimento da APS.

Curioso para saber o que vem primeiro (o desenvolvimento econômico e social ou a valorização da APS), o professor Gustavo Gusso, da Universidade de Saúde (USP), disse ter feito essa pergunta, certa vez, a Barbara Starfield. A resposta dá a dimensão do desafio que o Brasil e a saúde suplementar têm pela frente: "As duas coisas devem andar juntas".

## GUERRA CONTRA AS BACTÉRIAS

IESS – 09/01/2019

De acordo com estimativas do governo britânico, 700 mil pessoas morrem anualmente por causa de infecções. Segundo uma estimativa da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), entre 2015 e 2050, o número de mortos em decorrência apenas de infecções por supermicrobios pode chegar a 2,4 milhões.

No Brasil não há muitos dados sobre a questão. Desde 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) monitora as chamadas infecções primárias de corrente sanguínea ocorridas em UTIs de 1.900 hospitais de todo o país.

Não é de hoje que o tema preocupa os sistemas de saúde em todo o mundo. Isso acontece porque o uso inadequado de antibióticos não acaba com as bactérias de modo eficaz, restando aquelas extremamente hábeis e capazes de gerar

infecções difíceis ou até impossíveis de combater com as ferramentas farmacológicas atuais.

A boa notícia vem da Folha de S. Paulo de hoje, que mostra que hospitais, médicos, governos e indústria farmacêutica estão se mobilizando na guerra contra as bactérias super-resistentes. Uma boa estratégia é reduzir o tempo de internação hospitalar dos pacientes.

"Eles acabavam ficando muito tempo internados só para fazerem uso do antibiótico, mas o ambiente hospitalar é de risco. A gente sabe que uma pessoa corre mais risco de vida ao entrar num hospital do que ao fazer uma viagem de avião", contou a farmacêutica Priscilla Sartori, responsável pelo programa de gerenciamento de uso de antibióticos (ou "stewardship", no jargão em inglês) da Santa Casa de Santos.

A iniciativa já poupou mais de mil dias de UTI desde 2017, reduzindo o risco de infecção de pacientes, abrindo novas vagas e melhorando a eficiência do sistema.

Nós já falamos sobre a desospitalização em diferentes momentos, como no seminário IESS no [Healthcare Innovation Show \(HIS\)](#). “É fundamental repensarmos o atendimento dos pacientes, tanto do ponto de vista de efetividade do cuidado,

quanto de racionalidade do sistema, de modo a garantir a melhor e mais eficiente prestação de serviços de saúde. O foco está no paciente e onde ele terá o melhor cuidado preventivo e a melhor assistência em sua jornada”, destacou Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS no evento.

Confira a matéria da [Folha de S. Paulo na íntegra](#).

---

**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.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.

