
ÍNDICE INTERATIVO

[A medicina do futuro será mais humanizada e baseada em dados](#) - Fonte: Veja Saúde

[IESS lança livro jurídico sobre Judicialização de planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[ANS e entidades do setor debatem inclusão de mais um teste de Covid no Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde reagem: obrigação de pagar vacina contra Covid é inviável](#) - Fonte: Metrôpoles

[Oncoclínicas testará mercado com IPO de R\\$ 3,5 bi](#) - Fonte: Exame

[Um 'empurrão' na melhoria da governança das operadoras de planos de saúde](#) - Fonte: Exame

[Preços de dispositivos médicos sofrem queda real de 17%](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020](#) - Fonte: GOV (ANS)

[UnitedHealth: Lucro da dona da Amil cai com aumento de custos no pós-pandemia](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS discute Modelos de Remuneração Baseado em Valor em webinar](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Paulo Rebello toma posse no cargo de diretor-presidente da ANS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Healthtechs ganham espaço e mostram que estão saudáveis](#) - Fonte: Estadão

A MEDICINA DO FUTURO SERÁ MAIS HUMANIZADA E BASEADA EM DADOS

Veja Saúde – 20/07/2021

Presidente da associação dos planos de saúde discute como a medicina da família e a transformação digital ampliarão o acesso a uma assistência de qualidade

A coordenação do cuidado é uma ferramenta da medicina que auxilia os pacientes a navegar pelo sistema de saúde de forma mais eficaz e eficiente, de acordo com as suas necessidades clínicas e em sintonia com a evolução do conhecimento sobre doenças crônicas e as diversas formas de prevenção.

Diante da mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, sujeita a enfermidades que se desenvolvem ao longo do tempo e podem ser evitadas ou amenizadas por diagnósticos precoces, não faz mais sentido insistir em um modelo de oferta de tratamento focado quase exclusivamente em situações críticas ou quadros agudos, adotado pela saúde suplementar no século passado.

Nesse contexto, ganha importância o acompanhamento constante dos usuários dos planos de saúde por médicos da família, com o compartilhamento de prontuários, históricos e exames, quando realmente for preciso encaminhá-los a especialistas. A gestão integrada de recursos e informações economiza tempo, evita desperdícios e proporciona um entendimento da saúde global do paciente, que não pode mais ser tratado de forma fragmentada.

De acordo com pesquisa recente do Conselho Federal de Medicina (CFM), o número de profissionais dedicados à Medicina da Família e Comunidade cresceu, no Brasil, 30% em dois anos e 171% na última década. Esses índices têm correspondência com os investimentos em atenção primária (o atendimento inicial dos pacientes) feitos pelos planos de saúde e healthtechs. A mesma pesquisa aponta que 80% dos casos dos pacientes podem ser solucionados por esse tipo de atendimento, evitando hospitalizações e exames desnecessários.

O modelo baseado na atenção primária concentra-se no cuidado ao longo da vida e não quando o paciente já está em uma fase aguda. Assim, o médico da família e comunidade é protagonista da manutenção da saúde e do bem-estar. Diante do melhor uso da rede assistencial, os beneficiários e toda a cadeia produtiva ganham com a otimização de exames e procedimentos.

O médico da família é mais do que aquele profissional que acompanha o paciente em todas as fases da vida: trata-se de um especialista em pessoas, pois possui um amplo conjunto de informações, que vão muito além dos dados exigidos para um prontuário comum.

Assim, conhece as emoções, a rotina, as dificuldades e os sonhos de cada um, com capacidade para fazer uma avaliação mais aprofundada do quadro clínico, que nem sempre requer o direcionamento para especialistas. Por manter um acompanhamento frequente, ele mesmo pode pedir exames ou apontar tratamentos de diferentes especialidades pela vasta compreensão que tem de seu paciente.

No entanto, isso não exclui o direcionamento e o trabalho em parceria com especialistas. A diferença é que, com o acompanhamento do médico da família, as pessoas são orientadas a procurá-los em situações mais complexas. A partir da necessidade de encaminhamento, os profissionais trocam informações para a realização de exames e a escolha do tratamento mais indicado para o caso em questão.

Atualmente, com base em dados divulgados pela plataforma de inovação aberta Distrito, há 747 healthtechs no Brasil. Parte delas vem investindo na oferta de atendimento primário digital a partir do médico de família e comunidade, reflexo de como a transformação digital das empresas e da sociedade tem impactado a medicina.

Segundo a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), desde abril de 2020, foram feitas mais de 3 milhões de teleconsultas entre as operadoras filiadas, que atendem quase 9 milhões de beneficiários no país. Pode-se dizer que o sucesso da telessaúde impulsionou não apenas o modelo de atendimento focado na atenção primária, mas também o comportamento das pessoas quanto à adoção da saúde digital.

A chegada iminente da internet 5G, aliada à Internet das Coisas (IoT) e à inteligência artificial, resultará em um salto na digitalização da saúde, com a integração de dispositivos e máquinas. Haverá maior armazenamento de dados em nuvem, mais velocidade na transmissão desses registros e eficiência no cruzamento de informações para a definição de protocolos de tratamento ainda mais precisos.

Esse movimento também impactará o setor de medicina diagnóstica a partir da realização de exames inovadores, como aqueles via telecomando, em que uma equipe opera o aparelho remotamente e especialistas trabalham no laudo e pós-laudo. Tais avanços tornarão factível a chamada Medicina 4P (preditiva, preventiva, personalizada e participativa) em um curto espaço de tempo.

As operadoras de planos de saúde caminham para esse futuro cada vez mais próximo. O envolvimento dos médicos nesse processo é fundamental para facilitar o acesso aos beneficiários e lhes proporcionar um tratamento mais completo, eficiente e humanitário.

IESS LANÇA LIVRO JURÍDICO SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Terra – 19/07/2021

O IESS, em parceria com o Colégio Permanente de Diretores de Escolas da Magistratura (COPEDEM), acaba de lançar o livro “Judicialização de Planos de Saúde: conceitos, disputas e consequências”. A publicação conta com 20 autores renomados que se dedicam a compreender as causas, os desafios e as adversidades que tornam a saúde suplementar um foco de geração de demandas judiciais.

O título procura, por meio de 17 artigos, debater os novos mecanismos de acesso ao Judiciário, além de concentrar esforços para entender as causas das controvérsias jurídicas, formas de solução de conflitos e como essa tendência de judicialização crescente impacta na existência e na sustentabilidade do setor.

Dentre os temas abordados, estão ativismo judicial, planos privados de assistência à saúde, ressarcimentos ao SUS e cobranças de encargos, atuação judicial e interpretação de contratos, justiça e direito à saúde e vários outros – todos em meio à nova realidade imposta pela pandemia da Covid-19. A obra reforça a missão do IESS de ser agente promotor da sustentabilidade do setor pela produção de conhecimento e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

Para o superintendente do IESS, José Cechin, os artigos favorecem reflexões, com temas provocativos e atuais, e com grande potencial para colaborar na compreensão da saúde

ANS E ENTIDADES DO SETOR DEBATEM INCLUSÃO DE MAIS UM TESTE DE COVID NO ROL

GOV (ANS) – 19/07/2021

Participantes avaliaram incorporação de testes rápidos de antígeno na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu, na última quarta-feira (14), uma reunião extraordinária com representantes do setor de planos de saúde para debater a inclusão de mais um teste de Covid no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ao abrir o encontro, o diretor-presidente da Agência, Paulo Rebello, ressaltou as ações de enfrentamento ao coronavírus feitas pelas entidades, instituições e pela população desde que a pandemia se instalou no país, contabilizando mais de 535 mil mortes até aquela data. Ele também salientou que havia sido divulgado, no dia anterior, uma melhora nos indicadores da doença, mas que isso não poderia ser motivo para relaxar quanto às medidas restritivas e de segurança. “Temos que continuar firmes na estratégia do combate à Covid-19 e no autocuidado”, disse.

A partir do panorama apresentado, o novo presidente da ANS explicou que a atualização do Rol é um processo complexo, que envolve atividades técnicas altamente especializadas para avaliação de eficácia, segurança e impactos econômicos das novas tecnologias, bem como para a revisão das regras de coberturas das tecnologias já incorporadas.

suplementar e na construção de soluções para as disputas. “O esforço dessa obra é conduzir o leitor a uma jornada de entendimento sobre as bases nas quais a saúde suplementar se estabeleceu, até mesmo seus fundamentos atuariais, econômicos, jurídicos e assistenciais”, explica.

Entre os autores, destacam-se as participações do ex-ministro Marco Aurélio Mello, recém-aposentado do Supremo Tribunal Federal (STF), e dos ministros Luis Felipe Salomão, Marco Aurélio Buzzi, e Ricardo Villas Bôas Cueva, do Superior Tribunal de Justiça (STJ). A produção reúne ainda alguns dos maiores especialistas do País em saúde suplementar: Ana Carolina Maia, Angélica Carlini, Arnaldo Hossepian S. L. Junior, Candice Lavocat Galvão Jobim, Clenio Jair Schulze, Elival da Silva Ramos, Gonzalo Vecina, José Cechin, José L. Carvalho, Luciana Yeung, Luiz Felipe Conde, Marcos Paulo Novais, Natália Pires de Vasconcelos, Paulo Furquim de Azevedo, Ramiro Nóbrega Sant’Ana e Samir José Caetano Martins.

O livro está disponível no site do IESS e em plataformas gratuitas, como Google Livros, Biblioteca Nacional e também na Amazon.

“Acabamos de aprovar um novo processo de atualização do Rol com o objetivo de dar mais celeridade ao processo de incorporação de novos procedimentos e revisão dos já incluídos, mas é fundamental ressaltar o compromisso público de todos nós aqui e a importância da avaliação tecnológica em saúde e a segurança que isso traz aos pacientes”, frisou.

O Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), Rogério Scarabel agradeceu a contribuição de todos os participantes, reforçando ser fundamental o debate para subsidiar os entendimentos e avaliações da ANS.

A gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS, Ana Cristina Martins, fez uma apresentação incluindo as normatizações e um histórico da incorporação de procedimentos relacionados ao diagnóstico e monitoramento dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2. “Em 4 de fevereiro houve a declaração de emergência em saúde de importância nacional e, em 13 de março, a ANS já incorporou, através da RN 453/2020, a pesquisa por RT-PCR do SARS-CoV-2, seguida de outras incorporações importantes para a abordagem do paciente”, declarou Ana Cristina. Ela ressaltou também que as revisões sistemáticas vêm indicando que os testes rápidos de antígeno têm boa especificidade e sensibilidade quando utilizados em pacientes sintomáticos.

Ana Cristina convidou os participantes do encontro para apresentarem suas colaborações, que serão utilizadas pelas áreas técnicas da Agência na avaliação do teste no Rol.

O diretor científico da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, Álvaro Pulchinelli Jr., apresentou a avaliação dos testes, a partir de parecer técnico-científico sobre o Teste Antígeno SARS-CoV-2, e considerando-se os resultados econômicos. Por ser um teste mais simples, de acordo com Pulchinelli, seria uma solução para testagem em grande escala, descentralizando o diagnóstico e com ganho de tempo significativo, representando benefícios importantes para as condutas necessárias de isolamento e terapêutica, se obedecido o período recomendado para a sua realização (do início das manifestações dos sintomas até o 7º ou 8º dia). Além disso, ele também conta com desempenhos positivos em termos financeiros quando comparado ao RT-PCR.

O diretor-executivo de Relações Institucionais da Associação Brasileira das Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), Renato Porto, apresentou o panorama dos testes realizados nas farmácias em todo o território nacional. De acordo com ele, mais de 8 milhões de testes foram feitos nas drogarias entre maio de 2020 e junho 2021, sendo 21,45% com resultados positivos para o SARS-CoV-2 e 78,55%, negativos.

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirmou que a evolução do teste de antígeno é bastante positiva e que ele já está sendo utilizado pelas

operadoras que têm rede própria. Contudo, chamou atenção para a necessidade de uma Diretriz de Utilização (DUT) bem definida e que contemple uma janela adequada para evitar o excesso de testagem.

A Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) também participou, representada pelo seu coordenador-geral de Estudos e Monitoramento de Mercado, Frederico Moesch, bem como a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Ministério da Saúde, representada por Daniel de Lima Neto.

Os membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) colocaram seus questionamentos e colaborações, enriquecendo a discussão.

Ao fim da reunião, a diretora-adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Carla Soares, agradeceu a participação de todos e frisou a importância do encontro. “Esse fórum é fundamental para consubstanciar a tomada de decisões, para que a ANS possa entregar a melhor resposta”, declarou. Ela ressaltou o prazo máximo para que sejam enviadas as contribuições, que ficou definido como 23 de julho, devendo ser enviadas para ggras.dripro@ans.gov.br, até dia 23 de julho.

A reunião teve transmissão ao vivo pelo canal da ANS no YouTube e pode ser assistida [clikando-se aqui](#).

PLANOS DE SAÚDE REAGEM: OBRIGAÇÃO DE PAGAR VACINA CONTRA COVID É INVIÁVEL

Metrópoles – 19/07/2021

De acordo com o IGE, apenas 28,5% da população brasileira tem algum tipo de plano de saúde médico ou odontológico

A ideia do ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, de incluir vacinas contra a Covid-19 no rol de serviços dos planos de saúde, não agradou o setor. Para Marcus Pestana, assessor especial da presidência da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o ponto de vista do cardiologista não passa de uma vontade inviável: “Nem lógica, nem social, nem economicamente viável”.

Pestana já foi secretário de Saúde de Minas Gerais, é ex-deputado federal pelo PSDB e um participante ávido de comissões que tratam sobre a saúde. Para ele, a questão da imunização “sempre foi alçada do setor público, afinal, as doenças não distinguem quem é rico ou pobre, quem tem plano e saúde ou quem não tem. É uma tarefa típica de saúde pública, por isso nenhuma vacina é prevista no rol dos planos de saúde”.

Pestana ainda destaca que o governo federal tem plena condição de vacinar toda a população: “A imunização foi muito mais lenta, o SUS tem uma capacidade incrível, com enfermeiros, técnicos e postos de Saúde. Tínhamos a capacidade de 4 milhões por dia, podíamos liquidar em 2 meses, porém não tem vacina”.

“Farinha pouca, meu pirão primeiro”

O primeiro ponto que Pestana alerta é a questão social: “Você não pode discriminar, não pode ser aquele negócio: ‘Farinha pouca, meu pirão primeiro’. Todos devem ser vacinados”.

“É uma questão de desigualdade, hoje só a parcela mais rica da população tem plano de saúde, os outros dependem exclusivamente do SUS. Isso é muito transparente, os nossos usuários são a classe média alta: A, B, não chega nem a C. Se fizer isso, você estaria discriminando, seria um certo privilégio, o rico poderia se vacinar antes dos mais pobres”, destaca Pestana.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, divulgada em setembro de 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 28,5% da população brasileira tinha algum tipo de plano de saúde médico ou odontológico, totalizando 59,7 milhões de pessoas.

Econômica

O segundo argumento, de acordo com Pestana, é o de natureza econômica. Ele sustenta que a saúde complementar é “uma poupança coletiva, na qual você contrata o plano, mas a ideia é não ficar doente e não usar, é mais como uma prevenção. Nesse caso, todo mundo se protege e paga para alguns usarem, como no caso de alguém que tem um câncer ou precisa de um

tratamento bem caro, nesse universo o percentual é muito baixo e há uma lei de compensação, uns usam mais e outros menos”, diz. “Já na vacina não tem essa lógica econômica, todos vão usar e o plano vai acabar repassando esse despesa, é como se cada um pagasse a sua própria vacina”. acrescenta Pestana.

Operacional

Pestana ainda frisa: “O ministro surgiu com isso agora com a melhor das intenções, mas a outra questão é que neste momento não tem vacina, é simples assim, um motivo operacional”.

No terceiro ponto, Pestana também diz que: “Não tem vacina à venda para o mercado privado, as grandes empresas só estão conversando com o governo, então, a partir disso, vacinação da Covid-19 por planos de saúde é impossível de ser cumprida”.

Federação Nacional de Saúde Suplementar

A pedido do Metrôpoles, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também se posicionou. “Tirar do SUS a atribuição de ministrar as vacinas será desvirtuá-lo ainda mais”, alega a entidade.

“O Brasil possui um dos mais bem avaliados programas de vacinação, o Programa Nacional de Imunização (PNI), considerado modelo em todo o mundo. Há 45 anos, a vacinação é atribuição exclusiva do poder público no país, numa política acertada que, desde seu início, visou impedir a descontinuidade, o caráter episódico e a reduzida área de cobertura que caracterizavam as ações de imunização até então”, continua.

A FenaSaúde também caracteriza a iniciativa como ineficaz, “pois não irá aumentar a disponibilidade de vacinas para a população brasileira. As maiores e melhores fabricantes já manifestaram que não venderão vacina contra a Covid para o sistema privado nesta fase da pandemia”, adianta.

A FenaSaúde, que representa os 15 maiores grupos de planos de saúde do país, destaca ainda que qualquer incorporação ao rol de cobertura significa aumento de despesas assistenciais, e, portanto, reajuste das mensalidades. “Portanto, os beneficiários de planos de saúde devem ter ciência de que ou pagarão a vacina na forma de tributos, como é hoje com a imunização feita via SUS, ou pagarão na forma de tributos e também de mensalidades mais caras”, relembra.

ANS

ONCOCLÍNICAS TESTARÁ MERCADO COM IPO DE R\$ 3,5 BI

Exame – 19/07/2021

Companhia controlada por fundos do Goldman Sachs pode estreitar na B3 avaliada entre R\$ 11 bilhões e R\$ 15 bilhões.

A Oncoclínicas, líder no tratamento de câncer na América Latina, decidiu enfrentar o mercado e seguir com a oferta pública inicial (IPO), a despeito de um mau humor aqui e outro ali. A oferta base da companhia deve ficar em R\$ 3,5 bilhões, um valor abaixo do que a companhia inicialmente pretendia

Queiroga informou que a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde da pasta encaminhou ofício à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a proposta. Cabe ao órgão discutir e avaliar a inclusão das vacinas no rol dos planos de saúde.

“Essa avaliação, projetando-se um horizonte de cinco anos, demonstra bastante custo-efetividade. Pelas regras do Conselho de Saúde Suplementar, quando uma tecnologia ou insumo específico é aprovado pela Conitec, deve ser analisado pela ANS com vistas à cobertura pelos planos de saúde”, disse o ministro.

O Metrôpoles também questionou a ANS, que confirmou o recebimento do ofício da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde. E que “dará atenção à questão, verificando junto à Coordenação Nacional do Plano Nacional de Imunizações a conduta mais adequada frente ao quadro de evolução das novas infecções pelo Sars-Cov-2”.

“Tendo em vista que, até o momento, não há vacinas de cobertura obrigatória no rol, o processo de incorporação representaria uma medida a exigir ampla participação de todos os envolvidos, bem como a simulação dos impactos possíveis na saúde pública. Cabe lembrar que os imunizantes funcionam, de fato, quando considerados como medida coletiva, e não fragmentada em grupos específicos (nesse caso, os beneficiários de planos de saúde)”, finaliza.

O que diz o ministro sobre os pontos

Para Queiroga, a inclusão dos imunizantes na cobertura dos planos de saúde vai gerar economia. “Vamos esperar a decisão da ANS, mas como é custo-efetiva, sendo incorporado nos planos vai se reverter em economia para as operadoras, porque de maneira clara as vacinas evitam internações”, concluiu.

Quando questionado sobre uma possível desigualdade na aplicação dos imunizantes, o cardiologista disse que a medida não vai gerar nenhum tipo de favorecimento.

“Qual é a desigualdade? Todos os brasileiros estão recebendo vacinas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e recebem também assistência à saúde nos hospitais públicos, nos hospitais filantrópicos. E aqueles que têm um plano de saúde recebem nos hospitais atendidos pelas operadoras”, disse.

quando planejou listar ações na B3. Esse é o montante da operação sem os lotes adicional e suplementar, e que considera o ponto médio do intervalo de preços sugerido para a venda dos papéis, que vai de R\$ 22,21 a R\$ 30,29.

Mesmo se conseguisse sair no topo da faixa de preços — algo que nem SmartFit quis emplacar mesmo com uma demanda 20 vezes a oferta —, a operação poderia alcançar

no máximo R\$ 4,8 bilhões. Isso se incluídos no total ações do hot issue (adicional) e do greenshoe (suplementar), aquelas destinadas a atender cenários de demanda elevada.

De qualquer forma, a captação máxima possível para a empresa seria de R\$ 2,7 bilhões, tomando como base o valor mais alto das ações, pois a oferta primária (que vai para o caixa da companhia) é sempre de 90,05 milhões de ações. Os lotes ampliados seriam todos do acionista vendedor, o Goldman Sachs, cujos fundos geridos controlam a Oncoclínicas desde uma capitalização em 2017.

No pior cenário das condições apresentadas, o Goldman Sachs levantaria cerca de R\$ 1 bilhão com a oferta base (no piso dos valores apresentados). Trata-se de garantir metade do que foi investido lá atrás. Em 2017, os fundos da instituição

assumiram o controle após um aporte da ordem de R\$ 2 bilhões, conforme o EXAME IN apurou. Antes da oferta, o Goldman controla 93,5% das ações da empresa. Se vendesse os lotes extras e aumentasse o total embolsado, a fatia detida, ainda assim, permaneceria majoritária, pouco acima de 51%.

O preços sugeridos para os papéis indicam que a Oncoclínicas pode estreitar na B3, ou seja, com o bolso já recheado, avaliada entre R\$ 11 bilhões e R\$ 15 bilhões. A companhia é desses casos de rápido crescimento, um misto de investimentos orgânicos com aquisições. Fundada em 2010, em Belo Horizonte, a partir de uma unidade, reúne hoje 69 clínicas espalhadas por diversos estados — dessas, 17 foram frutos de aquisições.

UM 'EMPURRÃO' NA MELHORIA DA GOVERNANÇA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Exame – 18/07/2021

Sem governança a empresa não tem condições de conhecer e medir os riscos a que se expõe

Por Paulo Rebello e Tatiana Aranovich*

Em 2017, Richard Thaler e Cass Sunstein foram os ganhadores do prêmio Nobel de Economia apenas fornecendo formatação teórica para uma ideia bastante intuitiva. O termo nudges, ou “empurrõesinhos”, em uma tradução livre para o português, surgiu a partir do conceito de facilitar as escolhas positivas pelo jeito como as opções são apresentadas e que podem alterar — e muito — o resultado social.

Tornar menos ou nada custosos os caminhos para comportamentos desejáveis e dificultar a adesão a comportamentos indesejáveis são uma eficiente ferramenta regulatória. Em tempos de incentivo à vacinação contra a Covid-19, os nudges têm sido empregados tanto em sorteios lotéricos nos EUA, entre indivíduos que decidem se imunizar, e “passaporte de vacinação” aprovado pela União Europeia, que apenas permite a entrada de pessoas imunizadas.

Foi com essa abordagem que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora de planos de saúde, adotou uma nova regra de governança.

Os planos de saúde constituem o terceiro maior objeto de consumo da população brasileira, procura que só aumentou com a pandemia, quando o setor atingiu o maior número de beneficiários dos últimos cinco anos. Ao lidar com o bem mais precioso das pessoas e que é fundamental para que as relações e trocas possam ocorrer na sociedade e na economia, qualquer medida que vise à melhoria da qualidade desses serviços é de primeira ordem.

O setor é composto de empresas em sua maioria de pequeno e médio portes, cooperativas e limitadas (apenas 1% das

empresas do setor são sociedades anônimas de capital aberto).

A nova norma de governança, por sua vez, traz uma série de boas práticas que serão verificadas por auditoria independente. Ela será obrigatória somente a partir de 2023, entretanto, a verificação deverá ser feita pela auditoria ainda em 2022. Caso não cumpra os requisitos, a administração da operadora não sofrerá penalidades diretamente, mas deverá apresentar justificativas e esclarecer práticas alternativas adotadas.

Além da arquitetura da escolha, a norma premia a operadora que atende a todos os requisitos com redução de sua exigência de capital regulatório, que são recursos que a regulação prudencial as obriga a deter para suportar riscos não-esperados.

A norma de governança foi editada em 2019, sedimentando o terreno para a nova regra de capital baseado em riscos — disciplinada em 2020. A nova regra de capital passa a valer em 2023 e exigirá mais capital da operadora que se exponha mais ao risco, e vice-versa. Importante ressaltar que o “risco” muitas vezes é visto como oportunidade, e algumas empresas podem ter como estratégia uma maior exposição, porém, nesse caso, necessitam ter recursos suficientes para arcar com a efetiva ocorrência dessas possíveis intempéries.

Entretanto, como medir riscos apropriadamente se não há adequada gestão de riscos e controles internos? Não por outro motivo, essas duas linhas de frente foram foco privilegiado da normativa da ANS sobre governança, replicando a experiência de reguladores de outros setores e jurisdições na implementação da abordagem baseada em riscos.

Sem o pilar da governança, a empresa não tem condições mínimas de conhecer e medir os riscos a que se expõe.

Tampouco é capaz de atuar para reduzir esses riscos, caso deseje que o capital exigido pelo regulador seja reduzido. Gestão de riscos e controles internos são capazes de mitigar erros, duplicidades e ineficiências em geral, atacando o problema na raiz. E justamente por isso a governança atua tanto como um “termômetro” do risco quanto como um “remédio” na implementação da nova abordagem de capital baseado em riscos.

A medida foi exaltada pelo setor como um estímulo concreto e orientado para melhoria da gestão, profissionalismo e transparência. Além disso, empodera os atores que lidam com as frentes de gestão de riscos e controles internos dentro das empresas.

A ANS dá agora um horizonte claro às operadoras de planos de saúde, indicando o que é importante e o que espera delas. E, para isso, usou parâmetros consagrados de governança, como melhores práticas da ISO 31.000, de Gestão de riscos empresariais (ERM) e do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC).

A tendência é que o binômio governança-capital baseado em riscos atraia maiores investimentos e qualidade para o setor. É sabido que grandes investidores buscam sinalização de que seu recurso terá boa destinação e gerará benefícios. A governança exerce a sua função como este indicativo, que atua via estruturas internas de fiscalização e controle, corroborando o cuidado dos interesses dos investidores perante o conselho de administração ou da diretoria executiva, bem como procedimentos que garantam que a alta administração examine recomendações feitas pelas áreas de controles internos e gestão de riscos, reduzindo assim, a chance de que ameaças se materializem.

E esta é uma preocupação plausível. A partir de um levantamento realizado em 119 relatórios da Comissão de Inquérito da ANS sobre operadoras de planos de saúde com

atividade encerradas entre 2012 e 2018, verificou-se que, em 100% dos casos, problemas de gestão despontavam entre as motivações para as liquidações das empresas. Em mais de 98% dos casos, faltava confiabilidade nas informações fornecidas pelas operadoras e, em 82,2%, deficiências nos controles internos foram assinaladas.

Os números revelam que problemas em gestão de riscos e controles internos são significativamente frequentes em empresas levadas à ruína no setor, razão pela qual é imperiosa uma mínima sinalização de que esses procedimentos estão estruturados e seus resultados são patrocinados pela alta administração, implementando-se mudanças quando necessário.

Governança pode não ser a panaceia, mas reduz a probabilidade de o risco se materializar, aumenta a transparência e alinha os interesses de atores-chaves. Se a adoção de boas práticas de governança não afasta por completo a possibilidade de ocorrência de má gestão, fraudes e falência das entidades, sabe-se, no entanto, que em quase todos os casos de má gestão, fraudes e falência, as fragilidades de governança estão presentes.

O “empurrão” e o incentivo da Reguladora à adoção de padrões de governança na saúde suplementar têm como externalidade positiva a redução de custos e o aumento de eficiências das operadoras, melhoria das condições de atração de capitais para o setor e estímulo ao desenvolvimento sustentável do setor como um todo, propiciando um serviço de assistência à saúde adequado e de qualidade aos consumidores.

*Paulo Rebello é diretor-presidente e diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Tatiana Aranovich é assessora na Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

PREÇOS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SOFREM QUEDA REAL DE 17%

Saúde Business - 16/07/2021

Stent cardíaco teve defasagem de preço de 80,9%, teste sorológico para vitamina D 45,6% e aparelhos de ressonância magnética 15,3%

Os dispositivos médicos não são responsáveis por onerar os custos da saúde. A conclusão está no relatório final do estudo ‘Índice ABIIS Compras Públicas’, comparativo entre 2015 e 2020, da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde e que acaba de ser publicado.

Foram analisados sete itens representativos no contexto das compras do SUS e o valor médio global teve defasagem de 17%, em relação ao IGP-M e ao dólar. “Em seis anos, os preços nominais dessa cesta de produtos tiveram alta de 25,8%, diante de uma inflação acumulada no período de 51,52% e da valorização do dólar norte-americano em 33,08%. Portanto, o índice global não acompanhou nem a

inflação do período muito menos as variações da taxa de câmbio”, explica o diretor executivo da ABIIS, José Márcio Cerqueira Gomes.

Para o executivo, “o estudo apenas comprova o que já sabíamos e sempre defendemos: os dispositivos médicos não são os vilões da saúde. Pelo contrário. O stent cardíaco, por exemplo, teve uma defasagem de preço de 80,9%, considerando a inflação nos últimos seis anos, ou seja, está custando menos de um quarto do que custava em 2015”, completa.

Considerando os produtos, isoladamente, foram analisados, além do stent, as variações de preços das próteses de joelho (desvalorização de 51,3%); de testes sorológicos para vitamina D (-45,6%), HIV (-30,4%) e do hormônio estimulador da tireoide (TSH) (-33,4%); e dois equipamentos de

diagnóstico por imagem: os ecógrafos (9,3%) e os aparelhos por ressonância magnética (-15,3%). “De sete itens analisados, apenas um teve alta e na casa de um dígito”, destaca Gomes.

Quando analisados os grupos de produtos, dispositivos médicos implantáveis sofreram queda de 57,7%, reagentes para diagnóstico in vitro registraram defasagem nos preços de 32,8%, nos seis anos analisados, e equipamentos para diagnóstico por imagem desvalorizaram 10,7%.

“O resultado do estudo é uma prova de que a atualização tecnológica de dispositivos e equipamentos médicos não impacta na alta da inflação na saúde. As novas tecnologias são sim fundamentais para aumentar a produtividade e resolutividade do sistema de saúde, contribuindo para sua sustentabilidade”, defende o diretor executivo da Aliança.

O estudo ‘Índice ABIIS Compras Públicas’ foi realizado pelos economistas Emerson Fernandes Marçal e Patrícia Marrone.

PLANOS DE SAÚDE REALIZARAM 1,3 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS EM 2020

GOV(ANS) – 15/07/2021

Total representa redução de 17,2% em relação a 2019. Este e outros dados estão no painel dinâmico Mapa Assistencial

O setor de planos de saúde realizou 1,3 bilhão de consultas, exames, terapias, cirurgias e procedimentos odontológicos em 2020, 17,2% a menos que em 2019. A queda mais acentuada foi no número de consultas, que apresentou redução de 25%. Os dados sobre o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde de assistência médico-hospitalar e odontológica no País estão disponíveis no painel dinâmico Mapa Assistencial 2020, ferramenta interativa que facilita o acesso às informações, amplia a transparência e permite maior interatividade aos usuários.

[Consulte aqui o painel dinâmico Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2020.](#)

No Mapa Assistencial é possível verificar, entre outros dados, a quantidade de internações, consultas, terapias e exames, bem como os custos assistenciais informados pelo setor. Esta edição conta, ainda, com uma seção temática especial, com breve análise da utilização de serviços de saúde no setor para enfrentamento da pandemia de Covid-19.

A publicação é elaborada a partir das informações de produção de serviços de saúde encaminhadas periodicamente pelas próprias operadoras de planos de saúde à ANS e considera a média de procedimentos realizados e informados pelo Sistema de Informações dos Produtos (SIP) da ANS. Para a análise sobre utilização de serviços de saúde relacionados à pandemia de Covid-19, foram utilizados dados recepcionados na base do padrão TISS (Troca de informação da Saúde Suplementar).

“Os números do Mapa Assistencial revelam, de forma detalhada, a redução de uso do plano de saúde no ano em que a pandemia de Covid-19 alterou a rotina das pessoas, inclusive no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Nota-se que por conta das medidas de isolamento e distanciamento social, grande parte dos procedimentos não urgentes deixaram de ser realizados”, aponta o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

Procedimentos realizados por planos de saúde em 2019 e 2020:

Tipo de Procedimento ou evento	Número de ocorrências	Número de ocorrências	Variação
	2019	2020	%
Consultas	277.547.948	208.015.620	-25,1%
Outros atendimentos ambulatoriais	158.837.908	131.274.762	-17,4%
Exames complementares	916.537.839	783.000.124	-14,6%
Terapias	72.051.896	54.942.214	-23,7%
Internações	8.639.578	7.367.872	-14,7%
Procedimentos odontológicos	182.781.826	153.915.863	-15,8%
TOTAL	1.616.396.995	1.338.516.455	-17,2%

As consultas médicas em geral apresentaram redução de 25,1% em 2020 em comparação com 2019, passando de 6 consultas anuais para 4,4 por beneficiário. As terapias diminuíram 23,7% e as internações hospitalares tiveram queda de 14,7%. De acordo com o DATASUS, as reduções no Sistema Único de Saúde (SUS) para consultas e internações foram de respectivamente 25% e 16%.

Em relação às doenças do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares) – uma das principais causas de morte no Brasil – a redução geral de hospitalizações foi de 8,9%; e a realização de consultas com cardiologista caiu 22,6% em 2020 em relação ao ano anterior. O Mapa Assistencial, no entanto, apontou um aumento nas internações específicas para infarto agudo do miocárdio (15,2%), insuficiência cardíaca congestiva (9,8%), e acidente vascular cerebral (12,8%).

“Diante do panorama apresentado em 2020, é importante ressaltar que as operadoras que possuem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que realizam a coordenação do cuidado com fortalecimento da atenção primária em saúde, e que adotam boas práticas de atenção à saúde, têm maiores chances de alcançar melhores resultados em saúde para os seus beneficiários, evitando desperdícios e, conseqüentemente, reduzindo custos”, enfatiza Scarabel.

Destaques do Mapa Assistencial 2020

CONSULTAS

Em relação às consultas médicas com especialistas, os dados do Mapa 2020 apontam que as especialidades mais afetadas foram a pediatria (-35,4%), seguida da otorrinolaringologia (-32%). As consultas médicas em pronto-socorro por beneficiário apresentaram queda de 25,1% em 2020 no comparativo com 2019.

Também sofreram redução os atendimentos com fisioterapeutas (-29%), fonoaudiólogos (-21,5%) e nutricionistas (-28,1%). As consultas/sessões com psicólogos sofreram redução (-7,9%), porém menor do que dos outros profissionais desse grupo, possivelmente devido ao impacto da pandemia na saúde mental da população.

EXAMES

Sobre os exames para diagnóstico do câncer, verificou-se em 2020 redução de 28,3% de mamografias (convencional e digital); de 24,4% de exames de citopatologia cérvico-vaginal oncológica (em mulheres de 25 a 59 anos); de 37,3% de exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos); e de 31,8% de colonoscopias. Esses números geram preocupação em relação à detecção e tratamento precoces de neoplasias, que aumentam as chances de cura dos pacientes.

Em relação aos exames de alta complexidade e maior custo, observou-se redução de 24,5% de ressonâncias magnéticas

realizadas por beneficiários de planos de saúde e de 3,8% nas tomografias computadorizadas. As tomografias computadorizadas de tórax em 2020 foram muito utilizadas para acompanhamento de complicações da Covid-19, o que pode explicar a redução menos acentuada na utilização do total agregado.

TERAPIAS

As terapias eletivas realizadas em regime ambulatorial também apresentaram redução em 2020 (-23,7%). Dentre elas, destaca-se a radioterapia de megavoltagem que sofreu queda de 20%. A quimioterapia sistêmica apresentou queda de apenas 1,4%, apontando alguma continuidade do tratamento de pacientes com câncer já diagnosticado ao longo da pandemia.

INTERNAÇÕES

As internações cirúrgicas sofreram queda de 21,5%, enquanto as clínicas sofreram uma redução menor, de 6,7%. Vale frisar que as internações por Covid-19 são consideradas, em geral, internações clínicas, que não requerem intervenções cirúrgicas, salvo em casos específicos. O adiamento de cirurgias eletivas pode ser observado especificamente na redução de 34,3% de cirurgias para revisão de artroplastia; e na queda de 27,1% das internações em hospital-dia. Por outro lado, observou-se um aumento de 9,8% nas internações domiciliares, possivelmente para preservar os pacientes do contato com o coronavírus no ambiente hospitalar.

As internações obstétricas sofreram pouca alteração (-1,7%), o que é coerente, dada a impossibilidade de adiamento dos partos. Já as internações pediátricas por doenças respiratórias (0 a 5 anos) caíram significativamente em relação ao ano anterior (-48,2%), o que pode ser explicado pela suspensão da ida presencial a creches e escolas, fazendo com que as crianças ficassem protegidas de infecções respiratórias comuns decorrentes do contato com outras crianças.

A redução de 15,4% das hospitalizações por causas externas (como quedas e acidentes) é atribuída às medidas de distanciamento social, que resultaram em menor circulação de veículos e pessoas nas ruas e redução de acidentes.

Também entram nessa classificação casos de lesões com armas e envenenamento.

Na saúde suplementar, as internações por câncer sofreram redução de 18,9%, o que inspira grande preocupação pois tal redução deve estar associada à falta de diagnósticos devido à queda no número de exames e biópsias. Segundo as informações encaminhadas à ANS pelas operadoras, a maior queda ocorreu nas internações para tratamento cirúrgico de câncer de próstata (-24,3%).

ODONTOLOGIA

Em 2020, houve queda de 15,8% na realização de procedimentos odontológicos. As consultas odontológicas iniciais caíram 18,5%; os procedimentos preventivos, caíram 16,1%; e os tratamentos endodônticos em dentes permanentes tiveram redução de 25%.

PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À COVID-19

Exames para detecção do novo coronavírus: houve aumento gradativo dos exames específicos para Covid-19 no decorrer dos trimestres do ano de 2020. A pesquisa por RT-PCR, que foi incorporada ao Rol de coberturas obrigatórias em março de 2020, respondeu por 84,63% do total de exames para detecção do vírus. Já os testes sorológicos, incorporados em agosto de 2020, perfizeram 15,22% desse total. Outros exames de detecção de vírus respiratórios foram responsáveis por 0,14% do total.

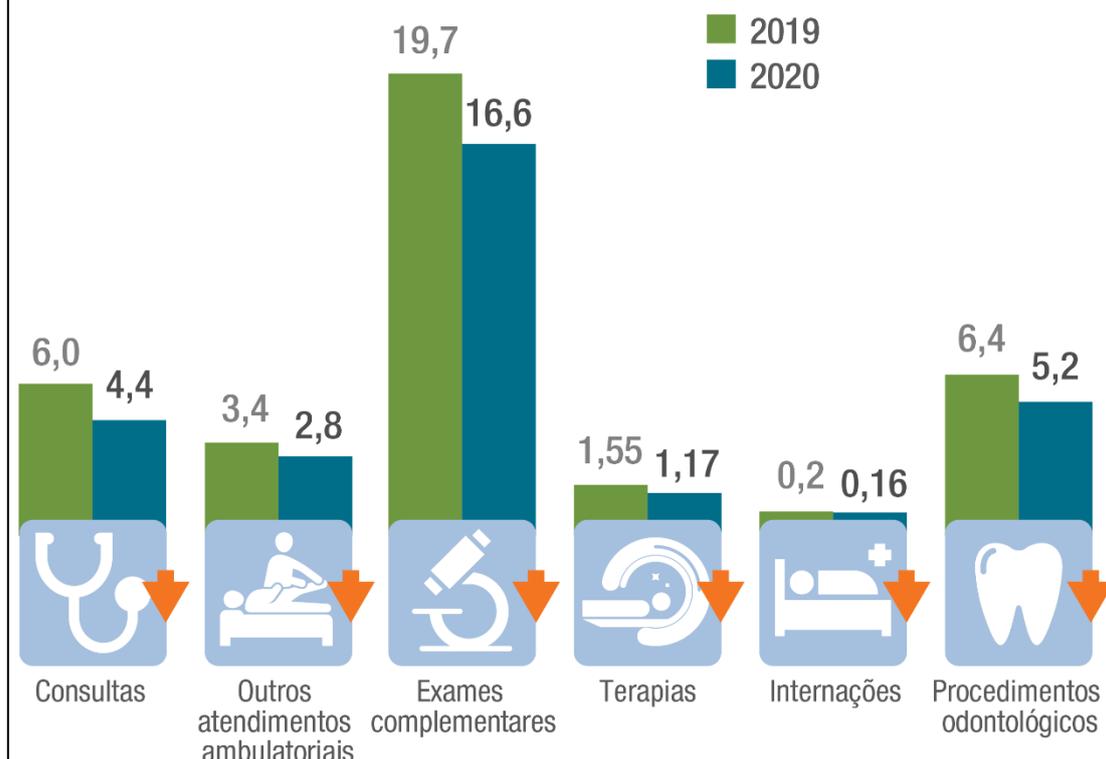
Internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave e Covid-19: o impacto da pandemia na assistência hospitalar foi analisado através do número de internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e internações específicas por Covid-19. Pode ser observado que os eventos de internação por essas causas apresentaram ou um aumento significativo a partir do segundo trimestre de 2020, que permaneceu nos trimestres posteriores, coincidindo com o agravamento da epidemia no País.

É importante destacar que a informação do código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) não é de envio obrigatório na troca de informações entre operadoras e prestadores, por determinação judicial, o que pode gerar limitações na identificação das causas de internação.

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DO SETOR



NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR BENEFICIÁRIO



UNITEDHEALTH: LUCRO DA DONA DA AMIL CAI COM AUMENTO DE CUSTOS NO PÓS-PANDEMIA

Valor Econômico – 15/07/2021

O grupo UnitedHealth, dona da Amil no Brasil, teve lucro líquido atribuído a acionistas de US\$ 4,2 bilhões no segundo trimestre, queda de 35,7% na comparação anual,

pressionada pela alta nos custos médicos com mais clientes procurando atendimento no pós-pandemia.

O efeito no lado da receita foi uma alta de 14,8%, para US\$ 71,3 bilhões. O lucro por ação ajustado da UnitedHealth ficou em US\$ 4,70, acima da projeção da agência FactSet, que estimava o número em US\$ 4,43.

A sinistralidade, relação entre o número de procedimentos para os quais a empresa tenha sido acionada por um beneficiário e o prêmio, ficou em 83%, ante os 70% vistos um

ano antes, por conta do aumento na procura dos serviços médicos.

Em comentário que acompanha o resultado, a empresa projeta um lucro líquido de US\$ 17,35 a US\$ 17,85 por ação em 2021. “A empresa continua a incluir efeitos de aproximadamente US\$ 1,80 por ação por conta da covid-19.”.

ANS DISCUTE MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR EM WEBINÁRIO

GOV (ANS) – 14/07/2021

Evento virtual reuniu mais de mil pessoas na plataforma Teams

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na quinta-feira (08/07), o Webinário - Modelos de Remuneração Baseado em Valor, que reuniu mais de mil pessoas em transmissão realizada ao vivo pela plataforma Teams e pelo Youtube. Trata-se da maior marca de inscritos em um evento já realizado pela ANS.

O objetivo do webinário foi discutir a relevância de modelos inovadores de remuneração na saúde suplementar. A primeira mesa discutiu como as mudanças na forma de remunerar podem ser indutoras da qualidade dos serviços de saúde e da garantia de maior sustentabilidade do setor. Já a segunda mesa buscou discutir a implementação dessas novas formas de remunerar nas áreas da atenção Hospitalar, Oncologia, Atenção Primária e Atenção ao Parto e Nascimento.

O diretor de Desenvolvimento Setorial substituto da ANS, César Serra, abriu o evento destacando a importância do encontro. “Vivemos uma época de grandes desafios na saúde em todo o mundo. No caso do Brasil, as mudanças demográficas e epidemiológicas, os custos crescentes em saúde e o aumento da expectativa de vida; vem mudando todo o comportamento de custos. Com um modelo de remuneração adequado, é possível alcançar um novo equilíbrio contratual entre as partes envolvidas, que oferecerá controle de custos baseados na gestão de saúde e na entrega de valor para o beneficiário. E isso é fundamental para a sustentabilidade do setor”, explica o diretor.

Em seguida, a gerente de Estímulo e Inovação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, iniciou a primeira mesa intitulada “Modelos de Remuneração Baseados em Valor: Fundamentos e sua Evolução” com uma breve apresentação destacando as principais iniciativas de qualidade da ANS, a linha do tempo das ações da ANS no âmbito de Modelos de Remuneração que se iniciou em 2016 (com a criação do Grupo Técnico de Remuneração criado no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial – LAB-DIDES) e que segue até hoje com o monitoramento remoto dos projetos-pilotos e com a realização do Webinário. Ana Paula também destacou o contexto da Saúde Suplementar no Brasil, a premissa das

ações realizadas pela ANS enfatizando que preconiza Miller (2017), segundo o autor, “o foco dos modelos de remuneração baseados em valor deve ser alcançar bons resultados em saúde, com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos. Ana esclarece que não cabe à ANS estabelecer, indicar ou regular o Modelo de Remuneração negociado entre as Operadoras e os Prestadores de Serviços de Assistência à Saúde.

[Clique aqui acesse a apresentação completa](#)

Na sequência, a gerente questionou aos participantes da mesa sobre assuntos importantes relacionados ao tema central do evento. Os especialistas Aline Medeiros, gerente sênior - analytics na UnitedHealth Group (UHG Brasil); César Abicalaffe, presidente Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS); e Marcia Makdisse, educadora, mentora & consultora em Value-based Health Care (VBHC); apresentaram suas visões e considerações sobre questões relevantes, como a importância dos modelos de remuneração baseados em valor no atual contexto da saúde suplementar; a implementação de novos formatos alternativos ao fee for service - FFS (“modelo de conta aberta”) a relevância dos modelos que consideram na sua composição os resultados em saúde; as formas de gestão organizacional e de processos e os desafios para se engajar a alta direção das instituições, da relação Operadora-Prestador; além do processo de transição para adaptação às mudanças de um modelo de FFS para um modelo baseado em valor.

Renata Gasparello, especialista em Regulação da ANS, conduziu a segunda mesa sobre os desafios da implementação dos Modelos de Remuneração Baseado em Valor considerando as diferentes linhas de cuidado: Atenção Primária à Saúde, Atenção Hospitalar, Parto e Oncologia. Na oportunidade, os convidados Renato Couto, presidente do Grupo IAG Saúde e cofundador da plataforma de valor em saúde DRG Brasil; Vanessa Teich, superintendente de Economia da Saúde do Hospital Israelita Albert Einstein; André Cassias, gerente médico da Rede DaVita Serviços Médicos; e Cláudia Garcia, diretora do Escritório de Excelência Hospital Israelita Albert Einstein (Projetos Colaborativos nos setores público e privado da Saúde); expuseram suas experiências e os desafios enfrentados para

a implementação de modelos de remuneração baseados em valor conforme cada uma das linhas de cuidado.

Após o encerramento das mesas, os participantes inscritos puderam realizar perguntas aos palestrantes, que prestaram os esclarecimentos necessários. O diretor César Serra fechou o encontro reforçando a importância do diálogo sobre o tema. “Tivemos um importante debate hoje sobre os modelos de remuneração. Não existe um modelo superior a

outro e que a lição mais importante deixada por este evento é de que é preciso tentar. Tentar para chegarmos na fórmula ideal para as necessidades das partes envolvidas. Trata-se de um movimento complexo, que vai levar tempo, mas que é super necessário para levarmos o setor à um cenário de maior eficiência e sustentabilidade”, complementou.

Aos que desejarem conferir ou rever o evento, a gravação já está disponível na [página da ANS no YouTube](#).

PAULO REBELLO TOMA POSSE NO CARGO DE DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS

GOV (ANS) – 14/07/2021

Ministro Marcelo Queiroga deu posse ao diretor na noite desta terça-feira, 13/07.

O Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, deu posse, na noite desta terça-feira (13), ao advogado Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho para exercício do cargo de diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 21/12/2024. O decreto de nomeação, assinado pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro, havia sido publicado em edição extra do Diário Oficial da União na noite de 12/07.

No dia 07/07, Paulo Rebello passou por sabatina na Comissão de Assuntos Sociais pela manhã e foi aprovado com 11 votos favoráveis e três contrários. No mesmo dia, houve votação no plenário e o resultado foi: 43 votos Sim, 10 votos Não e uma abstenção.

Na ANS desde 2018, Rebello já foi titular da diretoria de Gestão e até o momento ocupava o cargo de diretor de Normas e Habilitação das Operadoras.

[Confira o Decreto de nomeação de Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho para o cargo de Diretor-Presidente da ANS](#)

HEALTHTECHS GANHAM ESPAÇO E MOSTRAM QUE ESTÃO SAUDÁVEIS

Estadão - 14/07/2021

Ao ampliar acesso e melhorar a experiência dos pacientes por meio da tecnologia, startups do setor querem repetir o que as fintechs fizeram no mercado financeiro

A pandemia impulsionou startups de todos os segmentos no Brasil – evidentemente aquelas que atuam na saúde, conhecidas como “healthtechs”, também ganharam musculatura. Com o uso esperto de tecnologia, inteligência artificial e dados, elas vêm encontrando soluções para resolver alguns dos principais gargalos do segmento do País, como acesso limitado, baixa eficiência e experiência de atendimento ruim. É um movimento que lembra o que as fintechs causaram no setor financeiro.

Era, porém, uma onda que estava destinada a acontecer. Startups costumam gostar de desafios que trazem

oportunidades proporcionalmente grandes. É o caso da saúde no Brasil. O País está entre os 10 principais mercados de saúde no mundo – segundo o dado mais recente do IBGE, o gasto com saúde é equivalente a 9,2% do PIB. O desembolso das famílias com o segmento é equivalente a 5,4% do PIB.

Tanto a quantidade de healthtechs quanto o volume de investimentos cresceram em 2021. Segundo relatório da empresa de inovação Distrito, obtido com exclusividade pelo Estadão, já existem 900 healthtechs no País, que receberam no primeiro semestre US\$ 183,9 milhões em investimentos. A marca é maior do que a soma dos cheques de 2019 (US\$ 68,1 milhões) e 2020 (US\$ 109,5 milhões). Muitos no mercado garantem que o Brasil terá um “unicórnio” (startup avaliada em mais de US\$ 1 bilhão) da saúde nos próximos anos. A Distrito aponta três nomes em potencial: Alice, Dr. Consulta e Memed.

Bem de saúde

Investimentos em healtechs vem crescendo ano a ano

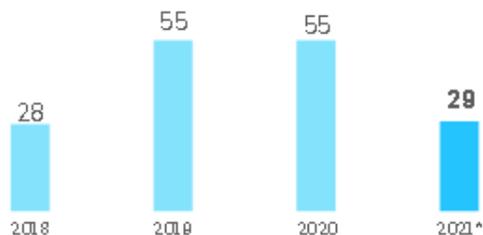
Volume de Investimento

EM MILHÕES DE DOLARES



Investimentos

NÚMERO DE NEGÓCIOS REALIZADOS



*Primeiro semestre

Fonte: Distrito

“Existe um ‘gap’ entre quem usa o SUS e quem usa o setor privado. As startups têm papel fundamental para mudar o mercado e oferecer uma nova via”, explica Raphael Augusto, sócio diretor de inteligência de mercado da aceleradora Liga Ventures. “O preço cai com o uso da tecnologia e do software. Isso seria impossível há alguns anos”, diz Igor Piquet, diretor de aceleração da Endeavor.

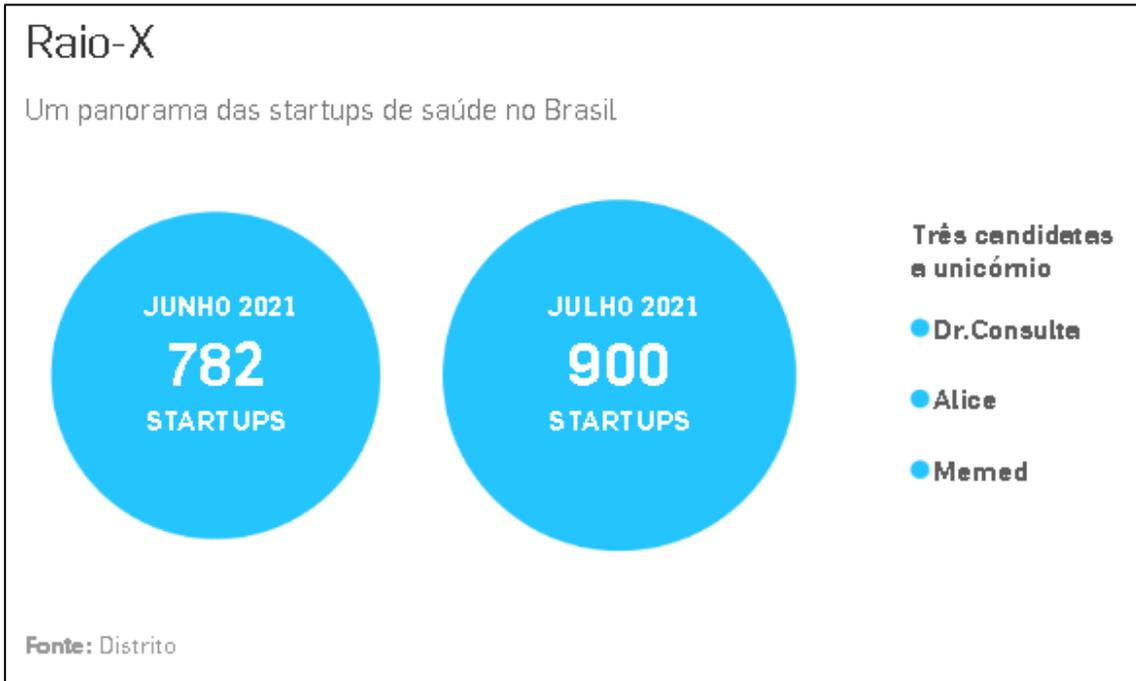
Com dinheiro na mesa e oportunidades no horizonte, porém, essas empresas ainda têm alguns desafios de curto prazo. “O poder de execução será fundamental para transformar a promessa em realidade. A taxa de mortalidade de startups ainda é alta”, diz Gustavo Araújo, presidente e fundador da Distrito.

Outro fator citado por startups, investidores, gigantes do setor e especialistas é a regulação. Faz sentido: a saúde das pessoas não pode ser alvo de experimentos. Todos, porém, apontam que os órgãos responsáveis, como Agência Nacional de Saúde

(ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conselhos de medicina e Ministério da Saúde, terão papel em fomentar a inovação – muitos comparam com o papel que o Banco Central teve ao preparar o terreno das fintechs.

Com 14 segmentos diferentes, o setor de startups de saúde é gigante e complexo. A palavra “healthtech” é um guarda-chuva grande, que coloca junto nomes que oferecem software de gestão hospitalar, apps de bem-estar, pesquisas em biotecnologia e hardware de monitoramento. Neste especial, vamos mostrar casos promissores de uso de tecnologia em setores que impactam diretamente a vida das pessoas: atendimento e diagnóstico, planos de saúde e telemedicina. Falamos também do futuro do setor, que passa pela relação de grandes hospitais com startups e pelo surgimento de fundos de investimento dedicados ao setor.

Saúde!



Nichos estão na mira de atendimento e diagnóstico

Consultas e exames de diagnóstico são os principais meios pelos quais as pessoas têm contato com o setor de saúde – é o caminho pelo qual elas podem evitar problemas mais sérios. Mas ainda há baixa eficiência, o que torna tudo mais caro. Por meio de sistemas inteligentes, as startups estão tentando mudar isso.

Não é à toa que uma das principais healthtechs do Brasil tem um pé em atendimento e outro em diagnóstico. Fundado em 2011, o Dr. Consulta mordeu o maior cheque já recebido entre as startups de saúde do País – [um aporte de R\\$ 300 milhões em 2017](#). A empresa oferece consultas médicas, exames e também serviços de saúde como fisioterapia, acupuntura e cirurgias simples.

Isso não significa que o seu passado recente tenha sido fácil. No início da pandemia, a empresa viu o número de atendimentos cair 65%. “Tivemos de arrumar a companhia. Uma das coisas que lançamos foi a telemedicina, que

colocamos no ar em nove dias”, conta Renato Velloso, presidente executivo do Dr. Consulta, ao Estadão.

O número de clínicas da empresa diminuiu: eram 55 no pré-pandemia e agora viraram 35 – as unidades estão espalhadas por São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Velloso, porém, diz que o enxugamento da operação não foi apenas uma reação à crise: “Entendemos que a oferta não necessitava de tantas clínicas presenciais e o arranjo ideal era distribuir os serviços de forma inteligente. A pandemia nos pegou no meio desse processo.”

Segundo Velloso, o Dr. Consulta já superou os níveis de receita pré-pandemia – de 2020 para este ano houve um crescimento de 32%. A empresa, que tem 800 funcionários, está com 40 vagas abertas e também procura outras 40 pessoas para a rede de médicos parceiros, que soma hoje 1,2 mil profissionais. “Temos muito ainda a calibrar na eficiência”, diz o presidente executivo da empresa. “Quando voltarmos a crescer em novas localidades, precisaremos de mais investimento. Não é o momento agora, mas, quando acontecer, será em um ritmo acelerado”.

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.

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

© 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.