

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de Saúde do estado do Rio terão que oferecer aos clientes novas formas de pagamento](#) - Fonte: Extra

[Planos de Saúde podem cobrar mais de quem não se vacinou contra a Covid-19?](#) - Fonte: Jota Info

[Pandemia mais do que dobra o número de “Healthtechs” no Brasil](#) - Fonte: Valor Econômico

[Plano de Saúde sobe acima da inflação com retomada de consultas e exames](#) - Fonte: Folha UOL

[ANS descarta incluir no Rol incorporações do SUS retroativas a medida provisória](#) - Fonte: Jota Info

[Einstein fica mais próximo de startups](#) - Fonte: Valor Econômico

PLANOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO TERÃO QUE OFERECER AOS CLIENTES NOVAS FORMAS DE PAGAMENTO

Extra – 03/11/2021

As operadoras e seguradoras de saúde que atuam no Estado do Rio terão que ampliar as formas de pagamento oferecidas aos usuários. É o que determina a Lei 9.444, sancionada pelo governador Cláudio Castro e publicada no Diário Oficial desta quarta-feira (dia 3). A medida se aplica a planos individuais e coletivos, de assistências médica e odontológica.

De acordo com a lei — que tem aplicação imediata —, os meios de pagamento oferecidos deverão incluir cartão de crédito, boleto digital e Pix, como formas de pagamento. Caberá ao cliente escolher o que lhe for mais conveniente.

O descumprimento desta Lei sujeitará o responsável ao pagamento de multa, nos termos do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que deverá ser revertido ao Fundo Especial de Apoio a Programas de Proteção e Defesa do Consumidor (Feprocon).

A Lei 9.444 é decorrente do Projeto de Lei 1.366-A/2019, de autoria da deputada estadual Martha Rocha, que foi aprovado pela Assembleia Legislativa do Rio (Alerj) no dia 6 de outubro. De acordo com a parlamentar, a lei pode ajudar a reduzir de custos e diminuir a inadimplência.

PLANOS DE SAÚDE PODEM COBRAR MAIS DE QUEM NÃO SE VACINOU CONTRA A COVID-19?

Jota Info – 02/11/2021

Nos EUA medida é discutida, mas no Brasil resolução da ANS impõe óbices à ideia.

Nos Estados Unidos, é possível que operadoras de planos privados de saúde alterem o preço dos contratos a partir de uma seleção de risco. No caso das pessoas que não se vacinaram contra a Covid-19, após a aprovação definitiva do imunizante da Pfizer no país, foi iniciada uma discussão sobre a possibilidade de se cobrar mais caro delas. Mas, e no Brasil?

Na Resolução Normativa (RN) nº 162, de 2017, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina, em seu artigo 10º, parágrafo único, que não são permitidas por parte das operadoras perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos. Além disso, a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656) estabelece que a operadora não pode, sob nenhum pretexto ou alegação, discriminar ou atender de forma diferente um consumidor.

“Falar em preço maior para quem não se vacina é a mesma coisa que falar em preço maior para quem não vai à academia ou fuma”, avalia a advogada Lidiane Mazzoni, especialista em regulação de planos de saúde e sócia do Mazzoni Advocacia. Ela explica que não pode haver discriminação nem com costumes, hábitos, idade ou doenças. Desta forma, não há como alterar preços, muito menos negar a entrada de um beneficiário não vacinado contra a Covid-19 no plano.

A Súmula Normativa nº 19/2011 também dispõe que a comercialização de planos privados, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência — inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores.

A norma também proíbe a seleção de risco em qualquer tipo de contratação de planos e prevê que a discriminação consiste em infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde, podendo a operadora ter sanções como advertência e multa no valor de R\$ 50 mil.

O que pode acontecer, no caso de doenças ou lesões pré-existentes, é a imposição da Cobertura Parcial Temporária (CPT), que admite — por um período de até dois anos a partir da contratação do plano — que seja suspensa da cobertura os procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, todos relacionados às doenças preexistentes declaradas pelo beneficiário. A situação está prevista na RN nº 162/2017.

Por exemplo, se um paciente infectado pela Covid-19 desenvolver uma doença, quando ele for contratar um plano, deve notificar a operadora, podendo sofrer a suspensão temporária daqueles tratamentos específicos.

Na visão do professor de economia do Insper, Thomas Conti, a cobrança de um valor maior de pessoas que não se vacinaram contra a Covid-19 faria sentido a partir de uma lógica econômica. “Como é um risco facilmente evitável, as vacinas são extremamente seguras, faz muito sentido econômico que os planos diferenciem esses preços. É uma vantagem para a carteira de segurados, para o mercado — porque reduz o risco de todos -, e para a gestão dos hospitais”, disse o professor. Para ele, também é um incentivo a mais para que as pessoas se vacinem.

Já Rogério Scarabel, advogado e ex-presidente da ANS, avalia que a diferenciação de preços de acordo com hábitos e costumes de cada beneficiário, pode ser prejudicial ao acesso à saúde e afirma também que não faria sentido, se tratando de planos de saúde, facilitar o acesso apenas para pessoas saudáveis.

Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), afirma que o setor não iniciou e nem aparenta pretender começar uma discussão sobre o tema.

PANDEMIA MAIS DO QUE DOBRA O NÚMERO DE “HEALTHTECHS” NO BRASIL

Valor Econômico – 01/11/2021

Número de ‘healthtechs’ em operação passou de 542 em 2020 para 945 em setembro deste ano

A digitalização da economia, processo acelerado pela pandemia, estimula o surgimento de empresas na área de saúde e novos modelos de negócios e serviços. Em dois anos, entre 2018 e 2020, o número das chamadas “healthtechs”, empresas de saúde baseadas em plataformas tecnológicas, mais do que dobrou. Passou de 248 companhias para 542, segundo levantamento da comunidade de startups Distrito. Em agosto deste ano, havia 919 startups no setor, número que passou a 945 no mês seguinte.

A maioria das empresas são de gestão e acesso à saúde e telemedicina. Empregam 18.849 pessoas, com investimentos de US\$ 466,3 milhões desde 2018, de acordo com a Distrito. O avanço abre a possibilidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, mas requer regulamentação e também desperta preocupações, como destaca a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Reinaldo Guimarães, presidente da entidade, diz que avanços tecnológicos que melhorem a vida dos pacientes ou facilitem o contato de profissionais e sistemas de saúde com a demanda são sempre bem-vindos, mas há ressalvas em relação à telemedicina. “A principal dimensão a ser analisada é a ampliação do acesso e da qualidade aos cuidados de saúde. Se a gente está tratando de desigualdade, a incorporação das tecnologias exige que o Sistema Único de Saúde [SUS] esteja no centro do assunto”, disse Guimarães, cuja organização apoia o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços em saúde pública.

Para Gustavo Araújo, diretor da Distrito, a conectividade traz mudanças na relação entre médico e paciente, com potencial para baratear custos e aumentar a parcela da população que usa serviços privados de medicina: “Estamos no começo de um processo que vai ser muito grande, com várias frentes. Uma delas, a telemedicina, vai revolucionar a relação entre médico e paciente, que vai ser cada vez mais híbrida, por meio, por exemplo, de teleconsultas e telediagnósticos”, disse Araújo.

No ano passado, uma lei autorizou o exercício de práticas de telemedicina, embora apenas enquanto durar a pandemia. Um projeto de lei para regulamentar o tema de forma definitiva está em discussão na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O Conselho

Federal de Medicina (CFM) também debate a questão e prevê publicar resoluções sobre o assunto.

Segundo o diretor da Distrito, o surgimento de novos modelos de negócios vai aumentar o uso da saúde privada, assim como a possibilidade de levar especialistas para cidades com falta de profissionais. “Dois terços da população brasileira, que depende da saúde pública, será incluída em uma saúde de melhor qualidade por meio de plataformas, convênios digitais, ‘marketplaces’ de saúde, serviços mais baratos, telemedicina e cartões. A população vai usar um misto de saúde privada e pública.”

Criada pelos pernambucanos Sérgio Bivar e Antonino Coelho, a “healthtech” Exmed é uma das novas empresas do setor. A operação funciona por meio de uma conta digital. Os usuários fazem aportes mensais – para uma pessoa de 30 anos, o valor mínimo é de R\$ 84,96 – e os recursos são usados para pagamento de consultas e exames em empresas parceiras e de um pacote de seguros, que cobre internações hospitalares até R\$ 200 mil e inclui seguro de vida. Se os valores depositados forem maiores, parte é investido em aplicações com rendimentos parecidos com o CDI, na opção mais conservadora. Por enquanto, o serviço só está disponível no Recife, mas, em breve, será expandido para São Paulo.

Ex-médico dos Bombeiros, o carioca Vander Corteze, criador da Beep Saúde, que oferece serviços de vacinas e exames domiciliares, compara o que ocorre no setor ao que aconteceu no passado com o comércio eletrônico. Na esteira da digitalização, ele vê os negócios prosperarem. A expectativa da Beep é superar R\$ 100 milhões em faturamento em 2021. No ano passado, esse valor foi de R\$ 50 milhões e, em 2019, de R\$ 20 milhões.

“A pandemia é a prova de que a gente já tinha tecnologia para digitalizar a jornada do paciente. É uma tendência que não vai retroceder”, afirmou Corteze. Segundo ele, o fato da Beep não ter unidades físicas para análise e realização de exames e vacinas faz com que o preço dos serviços seja competitivo. “Somos também uma empresa de logística. Quanto mais pessoal atendemos, mais barato ficam os custos de deslocamentos.”

A empresa, que está em cerca de 100 cidades do Rio de Janeiro, Distrito Federal, Paraná e São Paulo, vai entrar no Espírito Santo. No futuro, a Beep pretende oferecer exames oftalmológicos e infusão de medicamentos.

A tecnologia também está proporcionando a chegada de novos equipamentos ao mercado. A empresa de aparelhos auditivos Demant, que abriu este ano uma loja em Ipanema, no Rio, tem parceria com a Philips para produzir equipamentos. Entre os lançamentos, estão aparelhos conectados ao celular, que permitem ao paciente fazer uma gravação de volume, facilitando a adaptação.

Outra novidade é um aplicativo de teleconsulta, por meio do qual ajustes podem ser feitos à distância pelo fonoaudiólogo. Alguns aparelhos também suportam transmissão de streaming do celular diretamente para a prótese. "A projeção para os próximos anos era essa, mas a pandemia acabou acelerando. Estamos vivendo o futuro no presente", afirmou o fonoaudiólogo Marcus Vinicius Silva, especialista em treinamento na Demant.

Outra healthtech do setor é a V-Lab, que desenvolveu tecnologia para hospitais gravarem ultrassonografias na nuvem ou fazer transmissão ao vivo do procedimento. De acordo com a V-Lab, mais de 80% das clínicas de diagnóstico por imagem no Brasil não gravam os exames de ultrassom obstétrico em vídeo. Dos 20% que gravam, mais de 70% gravam em uma mídia obsoleta, o DVD.

Com o V-Baby, são gravadas ultrassonografias obstétricas, enquanto o V-Telessaúde abrange outros tipos de ultrassonografia. O serviço possibilita uma melhor gestão dos recursos na área de saúde em pequenas e médias cidades, reduzindo a necessidade de encaminhamento desnecessário de pacientes de um município para o outro. Além disso, possibilita uma segunda opinião médica em casos específicos.

PLANO DE SAÚDE SOBE ACIMA DA INFLAÇÃO COM RETOMADA DE CONSULTAS E EXAMES

Folha UOL – 29/10/2021

Este ano, alta deve ser de 11% e, em 2022, de 13%; operadoras querem mudar marco legal para oferecer planos populares.

Desde o início da vacinação contra a Covid no Brasil, na segunda metade de janeiro deste ano, puluraram no Instagram e no Facebook fotos de gente com mangas de camisa arregaçadas, empunhando com orgulho a carteirinha do SUS (Sistema Único de Saúde), felizes por terem se imunizado contra o novo coronavírus.

Mas a alegria com a saúde pública termina aí. Hoje, ter um plano privado de saúde é o terceiro bem mais importante para o brasileiro, depois de moradia e educação, segundo pesquisa do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), divulgada em junho. Algo acessível para menos de um quarto da população (23%), ou 48,3 milhões de pessoas, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que regula o setor.

A restrição decorre da natureza do negócio: a maior parte dos planos de saúde hoje no Brasil são coletivos empresariais (68%), ou seja, é oferecido como benefício para quem está empregado. Outros 13% são planos coletivos por adesão, contratados por meio de sindicatos e associações. Apenas 19% são individuais ou familiares –a maioria dos planos não se interessa por esta categoria porque nela o reajuste é ditado pela ANS.

Este ano, os beneficiários de planos de saúde empresariais vão sentir uma alta de 11% no custo do serviço, como um dos reflexos da pandemia. No ano que vem, a dor no bolso vai ser ainda maior: o reajuste deve ficar em 13%, já incluindo a inflação, de acordo com a consultoria Mercer Marsh Benefícios.

"Em 2020, consultas, exames preventivos e cirurgias eletivas foram postergados por receio de contaminação, mas em

2021, a realidade é inversa, está todo mundo voltando", diz Fernanda Rodrigues, analista setorial da Lafis Consultoria. "Isso exerce uma forte pressão sobre os custos do setor, que também precisou enfrentar um maior número de internações por Covid este ano em relação a 2020".

Segundo a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), que reúne as maiores operadoras de planos de saúde do país, em julho de 2020, para cada 100 mil beneficiários, havia 60 pacientes internados.

"Em abril deste ano, o número quase dobrou para 114", diz Vera Valente, diretora da FenaSaúde. "O ano que vem vai refletir o aumento dos custos deste ano, assim como a maior frequência de uso", diz ela, que também aponta o aumento "absurdo" de insumos médicos, como luvas, máscaras e aventais, que supera em muito a inflação.

Em 2020, segundo dados apontados em relatório da Lafis, o setor faturou R\$ 227,5 bilhões, um aumento de 5% na comparação anual, motivado justamente pelo adiamento de procedimentos médicos, por conta da Covid. As operadoras passam cerca de 85% desse total aos prestadores de serviços (hospitais, clínicas e especialistas), de acordo com a FenaSaúde.

Nos planos de saúde empresariais, existem duas formas de compartilhamento de custos com usuários: por coparticipação (74%), em que o beneficiário paga uma parte do serviço quando usa, e por média de desconto, quando um valor fixo é descontado todo mês da folha de pagamento.

"A fatia da coparticipação vem crescendo ao longo dos últimos anos, porque é uma maneira de aumentar a consciência do usuário: ele não vai fazer qualquer exame por fazer, só vai fazer aquilo que realmente precisa", diz Mariana Dias Lucon, diretora da consultoria Mercer Marsh Benefícios.

De acordo com a consultoria, o custo total do plano de saúde este ano por funcionário é de R\$ 427,09. "O plano de saúde representa 13,95% da folha de pagamento, é a segunda maior fonte de custo para as empresas empregadoras, depois do salário", diz ela, que também vê a frequência de uso de planos de saúde aumentando este ano por conta do tratamento das sequelas de quem contraiu Covid.

Para fechar a conta, as empresas de saúde suplementar vêm aumentando o ritmo de fusões de aquisições na tentativa de diminuir custos. Neste sentido, uma das tendências é a verticalização do negócio: a operadora passa a ter também hospital e clínicas de exames e diagnósticos.

É a estratégia usada pela segunda e terceira maiores companhias do setor, o GNDI (Grupo NotreDame Intermédica) e a Hapvida, respectivamente. As duas anunciaram em fevereiro uma fusão, que ainda está em análise pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

"O setor ainda é muito pulverizado e o ritmo de fusões e aquisições deveria estar até mais acelerado, se não fosse o momento de instabilidade econômica e política que o país enfrenta", diz José Cechin, superintendente do IESS. A instituição, assim como a FenaSaúde, ligadas às operadoras, defendem a revisão do marco legal do setor, uma vez que a legislação já tem 23 anos.

"A regra de precificação da ANS precisa ser alterada", diz Cechin. Nos planos individuais, a agência limita o percentual de reajuste das mensalidades. Este ano, por exemplo, ela indicou um reajuste negativo de 8%, ou seja, os planos individuais tiveram que diminuir os preços.

"Como um operador pode se interessar por um mercado como este?", questiona Cechin. "Os custos de saúde cresceram mais que a inflação e, em vez de repassar ao consumidor, o plano baixa a mensalidade".

Já no caso dos planos de saúde coletivos, a ANS apenas acompanha os reajustes, que são negociados diretamente entre a operadora e a empresa ou sindicato.

Mas para Cechin, o principal motivo para a ANS rever a regra de precificação está no envelhecimento da população. O gasto de saúde com os mais velhos é subsidiado em parte do que se cobra dos mais novos, diz ele –mas, em um momento em que a faixa etária média sobe, a conta não fecha.

Vera Valente, da FenaSaúde, concorda. "É preciso uma revisão geral da lei 9656/98, que regula os planos de saúde, uma comissão especial na Câmara dos Deputados está discutindo o assunto", diz ela.

Hoje, a legislação define uma listagem mínima e obrigatória de exames, consultas, cirurgias e outros procedimentos que um plano de saúde deve oferecer. A FenaSaúde propõe que as operadoras possam oferecer planos mais segmentados e, consequentemente, mais baratos.

"A maioria dos beneficiários usa o plano apenas para consultas e exames, mas as operadoras são obrigadas a oferecer ao menos atendimento ambulatorial", diz. "Se o usuário pagar apenas por aquilo que ele usa, o plano seria mais vantajoso para ele e as operadoras poderiam atender um percentual muito maior da população", afirma.

Mariana Dias, da Mercer, lembra que a ANS inclui, a cada dois anos, novos procedimentos no rol de serviços mínimo obrigatório a ser prestado pelas operadoras, o que contribui para aumentar os preços.

"Além disso, o alto custo da saúde envolve medicamentos cotados em dólar e a mais tecnologia empregada na prestação dos serviços, como os robôs que fazem cirurgias ou os aparelhos mais sofisticados para exames clínicos", diz.

ANS DESCARTA INCLUIR NO ROL INCORPORAÇÕES DO SUS RETROATIVAS A MEDIDA PROVISÓRIA

Jota Info – 28/10/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) defende que a determinação de inclusão das tecnologias aprovadas para oferta no SUS na cobertura obrigatória dos planos de saúde, prevista em medida provisória, não tem efeito retroativo. Uma interpretação diversa sobre o escopo do ato normativo poderia atender a interesses específicos do Ministério da Saúde, autor da proposta, já que nele estariam, por exemplo, as vacinas da Pfizer e da AstraZeneca para Covid-19.

A MP 1067/21, publicada no dia 3 de setembro para modificar o processo de atualização do rol da ANS, foi anunciada em julho pelo ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, após o veto do presidente Jair Bolsonaro (sem partido) ao projeto de lei que previa a cobertura automática de antineoplásicos orais na

saúde suplementar. Existiu consenso entre ministério, agência e Presidência da República de que o PL 6330/19 teria um efeito negativo. A MP, por sua vez, enfrenta forte resistência da ANS.

Segundo a análise da proposta feita pelo Palácio do Planalto, obtida pelo JOTA por meio da Lei de Acesso à Informação, a pasta afirma que a medida provisória "apresenta uma solução concreta e efetiva para lidar com o problema de limitação de acesso" e "gera isonomia de acesso à saúde privada com os serviços públicos de saúde". O objetivo central seria tornar mais próximos os processos de avaliação de tecnologia em saúde (ATS) do SUS e da saúde suplementar.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), no entanto, tem 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias, para fazer sua recomendação final. Depois da publicação da decisão pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SCTIE), existe o prazo de mais 180 dias para a efetiva oferta no sistema público. A MP fixa para a reguladora dos planos de saúde 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias, para a conclusão da etapa de ATS. Esgotado esse tempo, haverá incorporação automática até a decisão final da agência.

A ANS havia publicado no mesmo mês a norma (RN 470) com novas regras para o trâmite: submissão contínua de propostas, prazo máximo entre 18 e 24 meses para a análise de cada tecnologia e publicação semestral do rol. Esse formato refletiria, na visão da agência, “o melhor desenho possível para o processo de atualização do rol”, conforme a nota técnica encaminhada ao ministério.

Diante das avaliações opostas, o Planalto retornou a minuta de MP à pasta, questionando se haveria intenção de manter o texto. Dada a resposta positiva, a análise concluiu que a decisão final sobre a proposição de atos normativos relacionados à área da saúde é prerrogativa do ministro de Estado, independentemente da avaliação da agência.

A versão sustentada por alguns representantes da ANS ouvidos pelo JOTA, entre integrantes do alto escalão e servidores, é a de que o Executivo tenta enfraquecer a reguladora e pode afetar a sustentabilidade do setor com a eliminação da etapa de avaliação de tecnologia específica para a saúde suplementar.

Além de reduzir o tempo de análise da agência para no máximo 180 dias, com previsão de incorporação automática em caso de descumprimento, a medida provisória também determina a inclusão no rol, em até 30 dias, das tecnologias incorporadas ao SUS. Existem divergências, no entanto, sobre a aplicação desse trecho.

O art. 1º, § 8º da MP 1.067/2021 diz: “As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até trinta dias”.

Uma interpretação é a de que o dispositivo se refere a todas as decisões oficializadas antes da edição da medida provisória, o que daria à ANS um prazo de 30 dias corridos para a atualização do rol com as tecnologias cobertas pelo SUS. Nesse caso, a reguladora teria até o dia 3 de outubro para cumprir a determinação.

De acordo com a agência, porém, o prazo de 30 dias começa a correr após a decisão de incorporação que seja publicada a partir do dia 3 de setembro, data de início da vigência da MP. A lógica adotada é a de que a medida provisória não pode

alcançar atos passados, devido à inviabilidade de efeitos retroativos.

SUS: 66 tecnologias incorporadas desde 2019

Dados levantados pelo JOTA no site da Conitec mostram que, entre 4 de maio de 2019 — data limite para a submissão de tecnologias para o atual rol da ANS, definido pela RN 465/21 — e outubro de 2021, houve incorporação ao SUS de 66 novas tecnologias, entre as quais estão as duas vacinas contra a Covid-19 registradas no Brasil, dispositivos médicos e medicamentos de alto custo.

O recorte considerado pela ANS, por enquanto, engloba apenas a decisão referente ao implante de drenagem oftalmológica para o tratamento do glaucoma primário de ângulo aberto leve a moderado, datada de 8 de outubro. As decisões sobre os medicamentos tiamazol e levetiracetam foram descartadas por se enquadrarem nas exclusões legais previstas no art. 10 da Lei 9656/98.

Na prática, significa que a reguladora terá até o dia 8 de novembro para alterar o rol em atendimento à MP. Antes disso, haverá a aprovação de uma norma com o intuito de adequação das regras atuais ao texto. A proposta normativa foi apreciada pela diretoria colegiada no dia 28 de setembro e passa por análise jurídica para retornar à votação.

A RN 470 entrou em vigor no dia 1º de outubro. Apesar de ter alguns dispositivos com eficácia suspensa devido a conflitos com a MP 1067/21, foi mantida a possibilidade de submissão de tecnologias para o próximo rol. Até o dia 15 de outubro, foram recebidos oito pedidos de avaliação, sendo um para a inclusão de consulta com profissional não médico e sete para medicamentos, dos quais quatro são antineoplásicos e três são imunobiológicos.

No último dia 20, o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, afirmou em reunião da Câmara de Saúde Suplementar (Camss) que tem atuado no Congresso para preservar os interesses da agência. Tanto o veto ao PL 6330/19 quanto a MP 1067/21 podem ser colocados para votação no Legislativo.

Em sua fala, Rebello argumentou que a edição da medida provisória desconsiderou a norma já aprovada e chegou a mencionar uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) favorável à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em razão de uma deferência técnica.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e a Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), entidades que representam as operadoras, informaram que as empresas aguardam a atualização do rol pela ANS e que irão cumprir a decisão da agência.

Vacinas se enquadrariam na exclusão legal

Desde que foi nomeado ministro da Saúde, em março deste ano, Queiroga tem tentado fazer com que as operadoras

arquem com os custos de vacinação dos beneficiários de planos de saúde. A ideia sempre foi rejeitada pela diretoria da ANS, que apontava óbices em relação à aquisição, à organização de um programa privado de vacinação e ao consequente repasse de custos aos consumidores.

No mês de junho, o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Hélio Angotti, enviou um ofício à ANS para solicitar a inclusão das vacinas na Pfizer e da AstraZeneca no rol de cobertura obrigatória. Ambas possuem registro na Anvisa e já haviam sido incorporadas no SUS.

Em resposta enviada em setembro, após a edição da medida provisória, a reguladora usou a legislação vigente para justificar a inviabilidade de incorporação. Entre os normativos mencionados, está a própria Lei 6259/75, que dispõe sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

“Não seria possível a inclusão das vacinas no rol de procedimentos e eventos em saúde, de caráter obrigatório para as operadoras de planos privados de saúde, sem que a vacinação no âmbito da saúde suplementar seja conflitante com a legislação vigente, a menos que os imunizantes fossem ‘subvencionados pelos governos federal, estaduais e municipais, em todo o território nacional’, conforme dispõe o texto legal”, diz o documento.

Também foram explicadas dificuldades relacionadas à Lei 14.125/21, que prevê a doação de 50% das doses adquiridas pelo setor privado ao sistema público, o que geraria um custo mais alto aos planos para a imunização dos beneficiários, dificuldade de ressarcimento ao SUS e imprevisibilidade de impacto financeiro.

Mesmo se a interpretação da ANS fosse pela incorporação de tecnologias do SUS anteriores ao vigor da MP 1.067/21, o argumento da reguladora seria de que as vacinas também estariam entre as tecnologias enquadradas na exclusão legal, apesar de não haver discriminação no art. 10 da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/98).

As vacinas da Pfizer e da AstraZeneca são consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde para o PNI em 2022. Implante cardíaco é pauta de Queiroga

O implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI) para tratamento da estenose aórtica grave em pacientes inoperáveis também entraria na lista de incorporações ao SUS anteriores à medida provisória. O dispositivo já está no atual rol da ANS, mas com diretriz de utilização mais restritiva, atendendo apenas em parte à solicitação de inclusão.

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a cobrir o procedimento para pacientes com idade igual ou maior que 75 anos, com expectativa de vida superior a um ano, sintomáticos, inoperáveis ou com alto risco cirúrgico.

A utilização do TAVI é uma pauta antiga do ministro Marcelo Queiroga. Em 2013, ano em que ele ocupou a posição de presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), a entidade apresentou o primeiro pedido à Conitec, mas não houve um resultado favorável à incorporação.

No mesmo ano, o ministro foi um dos autores do artigo científico “Implante por Cateter de Bioprótese Valvular Aórtica para Tratamento de Estenose Valvar Aórtica Grave em Pacientes Inoperáveis sob Perspectiva da Saúde Suplementar – Análise de Custo-Efetividade”, citado na análise mais recente da comissão.

Em março de 2021, antes de Queiroga assumir o ministério, a SCTIE fez um novo pedido de avaliação para a Conitec. Inicialmente, o plenário foi contrário à oferta do tratamento, mas mudou o posicionamento após a realização de consulta pública. A comissão deu parecer final positivo no dia 5 de maio, desde que o procedimento seja custo-efetivo para o SUS, o que se resume à compra do dispositivo pelo preço máximo de R\$ 35,5 mil. A decisão de incorporação foi publicada no dia 2 de julho.

O ministro está entre os cirurgiões cardiovasculares na lista de profissionais certificados em TAVI mantida pela SBHCI. Tanto Queiroga quanto o sogro do senador Flávio Bolsonaro (Patriota-RJ), Hélio Roque Figueira, fazem parte do conselho consultivo da entidade.

O Ministério da Saúde foi procurado oficialmente para comentar sobre o trecho da MP e sobre a incorporação do TAVI, mas não se posicionou

EINSTEIN FICA MAIS PRÓXIMO DE STARTUPS

Valor Econômico - 28/10/2021

A incubadora do hospital atraiu 90 startups em 2020 e, mesmo trabalhando de forma virtual, avançou em criar soluções para o tratamento da covid-19.

Apesar de a pandemia da covid-19 ter afetado os resultados do Hospital Albert Einstein no ano passado, a instituição não deixou de avançar em pesquisa e inovação. Com pequeno crescimento (2,8%) na receita líquida de R\$ 3,2 bilhões, em 2020, o Einstein enfrentou a mesma situação de outros hospitais, com a redução da ocupação de leitos e de

procedimentos eletivos. A pandemia provocou um impacto nas contas de R\$ 500 milhões, que foi contornado com a ajuda de um financiamento de longo prazo no valor de R\$ 200 milhões junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), por meio do BID Invest, braço de investimento para o setor privado, bem como por meio de medidas de redução de custos. Dessa forma, pôde dar continuidade e até mesmo acelerar alguns de seus projetos, tendência que vem se mantendo em 2021.

Uma prova é o aumento de empresas participantes de sua incubadora de startups, Eretz-bio. “No ano passado, a atratividade de startups foi enorme. Começamos com 39 empresas e terminamos com quase 90. Isso se deu principalmente por conta da virtualização, que permitiu acolher startups à distância”, explica o presidente Sidney Klajner. Segundo ele, mesmo não estando fisicamente no mesmo local, as startups podem se beneficiar do mentorado e acompanhamento de profissionais do Einstein e com isso validar seus projetos. “Esse aumento do número de startups nos trouxe inovações importantes. Entre elas, soluções para o enfrentamento da covid-19”, afirma.

Um exemplo é a Varstation, empresa de sequenciamento genético, uma das primeiras a participar da incubadora. Ela desenvolveu um teste para covid-19, utilizável em larga escala e baseado na tecnologia de sequenciamento de DNA. Utilizando princípios da pesquisa genômica, a Varstation criou um teste de alta precisão e com poder de processamento até 16 vezes maior do que a análise molecular do teste PCR, que tem sido amplamente utilizado para detectar o vírus. “Essa descoberta foi muito importante durante a primeira onda da pandemia, embora depois os testes PCR tenham se tornado mais utilizados”, diz Klajner.

Criada há quatro anos, a Eretz-bio é considerada um dos principais canais de inovação do Einstein para resolver gargalos e implementar avanços na rotina da instituição. Foi lá que se desenvolveu o algoritmo de predição de leitos, que permite realizar a gestão de leitos e internações, saber com mais agilidade se um paciente recebido na urgência precisará ou não de internação e em qual setor, explica Klajner.

Em abril deste ano, o Einstein lançou, em parceria com a gestora Vox Capital, um fundo de R\$ 100 milhões destinado às empresas de inovação em saúde. Os aportes variam entre R\$ 1 milhão e R\$ 1,5 milhão por empresa selecionada. Além disso, a instituição integrou o grupo de investidores que auxiliou a Nexodata, plataforma de prescrição médica digital, a captar R\$ 35 milhões para o desenvolvimento de um marketplace para facilitar aos pacientes a compra de medicamentos de forma rápida e digital.

Criada em 2014, a diretoria de inovação do Einstein reúne especialistas em gestão de inovação, propriedade intelectual, engenheiros, cientistas da computação, designers, pesquisadores e profissionais de saúde. A área engloba, além da incubadora Eretz-bio, o Centro de Inovação Tecnológica (CIT - órgão de consultoria técnica em projetos que envolvem propriedade intelectual, desenvolvimento tecnológico e transferência de tecnologia) e o Innovation Lab, laboratório para experimentação e criação de novos produtos e processos. “Temos um ambiente propício para receber as sugestões de colaboradores de todas as áreas. As ideias são analisadas e selecionadas e, se aprovadas, são prototipadas e testadas”, diz Klajner.

Os diferentes braços em pesquisa e desenvolvimento são responsáveis por importantes projetos que o Einstein desenvolve atualmente. “Nosso time de big data, por exemplo, tem contribuído com o mapeamento de doenças

perinatais em Minas Gerais e na Bahia em parceria com o Ministério da Saúde”, explica Klajner. Outra iniciativa, também em parceria com o Ministério da Saúde, é a de um estudo epidemiológico sobre hepatite viral aguda.

A instituição integra ainda a Coalizão Covid-19 Brasil, uma aliança para a condução de estudos sobre a doença, que reúne hospitais, o Brazilian Clinical Research Institute (BCRI) e a Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet). “Essa aliança permitiu, em tempo recorde, realizar estudos e ter resultados de pesquisas com propostas de tratamento para a covid”, diz Klajner.

Os testes clínicos realizados pela Coalizão Covid-19 Brasil avaliaram a validade do uso de drogas como hidroxiquina, azitromicina e dexametasona e também contribuíram para a adoção de protocolos clínicos mais eficazes contra a doença.

A produção científica do Einstein é robusta: só em 2020, a instituição teve mais de 1,5 mil publicações em periódicos científicos e cerca de 3,5 mil citações a artigos escritos por seus pesquisadores. Em junho deste ano, por exemplo, o New England Journal of Medicine publicou os resultados promissores do estudo Stop Covid, realizado pela Academic Research Organization (ARO – divisão para a realização de estudos clínicos criada pelo Einstein), em parceria com a Pfizer.

O estudo avaliou a eficácia e a segurança de um novo medicamento, o inibidor oral Janus kinase tofacitinib, em 289 pacientes adultos hospitalizados com pneumonia por causa da covid-19 que não estavam em ventilação. Os resultados apontaram para uma redução significativa de mortes ou quadros de insuficiência respiratória.

Esse estudo, coordenado pelo Einstein e realizado em diferentes hospitais do país, foi visto pelo New England Journal como uma pesquisa que mudou a prática clínica em relação ao tratamento da covid.

“Durante a pandemia, houve grandes avanços também na área de telemedicina, que foi bastante utilizada tanto nas urgências leves quanto em casos relacionados à covid”, acrescenta Klajner. Ele explica que, embora esse instrumento tenha tido uma afluência de utilização maior durante o pico da primeira onda, ele se manteve em seguida ainda bastante demandado. “O interessante é que a telemedicina passou a ter o mesmo modo de indicador de qualidade que a atividade presencial, como medidas como tempo de atendimento, de segurança. Isso nos ajuda a prestar um serviço cada vez melhor”, afirma ele.

Avanços como a telemedicina e o atendimento virtual só são possíveis com investimentos substanciais em tecnologia da informação. “Temos nos aperfeiçoado cada vez mais no que diz respeito ao desenvolvimento de nossas ferramentas digitais e na aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados”, diz o presidente.

Ele explica que, neste ano, a instituição contou pela primeira vez com a ajuda de uma consultoria para entender melhor a jornada digital dos pacientes, principalmente daqueles que utilizam serviços de medicina diagnóstica e ambulatorial. O objetivo foi tornar os aplicativos e serviços virtuais mais intuitivos e práticos, de maneira a melhorar o relacionamento com esse público.

“Nosso aplicativo começou a contar esse ano com algo inédito no país: o Open Notes. Trata-se de uma funcionalidade que permite ao paciente acessar seu prontuário à medida que ele é preenchido na hora da internação. Isso confere maior transparência aos processos, além de aumentar o engajamento da relação médico-paciente”, diz Klajner, acrescentando que esse sistema já é utilizado por instituições americanas de peso.

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