

## ÍNDICE INTERATIVO

[A potência das HEALTH TECHS brasileiras, que captaram US\\$ 344,3 mi em 2021](#) - Fonte: Veja

[Lucro da Oncoclínicas cresce dez vezes no 3º trimestre, após IPO](#) - Fonte: Valor Econômico

[Procedimentos odontológicos têm queda de 16% durante a pandemia](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Plano de saúde pode ser cancelado por falta de pagamento?](#) - Fonte: Jornal Juríd

[72,9% das empresas adotam atendimento virtual em saúde](#) - Fonte: Valor Econômico

[Idas ao PS sobem ante 2020, mas seguem abaixo dos níveis de 2019](#) - Fonte: Revista Seguro Total

[ANS sugere que paciente seja detentor dos próprios dados](#) - Fonte: Revista Apólice

[Inovação na saúde: 5 tecnologias que irão revolucionar o setor](#) - Fonte: Saúde Business

[Setores público e privado buscam crescimento da saúde suplementar](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Consultas com pediatras caem 35,4% após início da pandemia](#) - Fonte: Medicina S/A

[Despesas assistenciais na saúde suplementar crescem 53% entre 2015 e 2020](#) - Fonte: Grupo Mídia

[CARE PLUS: ascensão expressiva](#) - Fonte: Forbes

# A POTÊNCIA DAS HEALTH TECHS BRASILEIRAS, QUE CAPTARAM US\$ 344,3 MI EM 2021

Veja – 17/11/2021

Com o objetivo de oferecer acesso à saúde a custos mais baixos, segmento cresceu 329% no último ano e deve aumentar ainda mais com a chegada do 5G no país

Com a pandemia da Covid-19 e o aumento dos cuidados sanitários da população, o setor de saúde naturalmente passou a atrair mais capital de investidores no mundo inteiro. No Brasil, no entanto, as oportunidades de crescimento são ainda maiores e fizeram com que os números de Health Techs — empresas de tecnologia em saúde — em 2021 surpreendessem. De acordo com um levantamento realizado pela plataforma Sling Hub, que mapeia dados de startups na América Latina, até o dia 30 de outubro o segmento captou 344,3 milhões de dólares em investimentos, um aumento de 329% em relação ao ano anterior.

O número de empresas passou de 542 em 2020 para 1.158 em 2021, e o total captado por rodada de investimento também aumentou significativamente no período, de 1,6 milhão de dólares em 2020 para 8,3 milhões em 2021, uma alta de 423%. “As rodadas de investimento cada vez maiores mostram que em breve teremos algum unicórnio brasileiro neste segmento”, diz João Ventura, CEO da Sling Hub.

As Health Techs funcionam de maneira parecida às Fintechs, que por meio de uma rápida análise de dados conseguem oferecer crédito aos clientes de uma maneira que os bancos tradicionais muitas vezes não proporcionam, diminuindo, inclusive, a quantidade de desbancarizados no país. No caso das Health Techs, elas veem no Brasil um país que possui um grande número de pessoas sem acesso à plano de saúde, o que torna este mercado bastante promissor.

De acordo com o empresário Luís Chicani, CEO da Saúde da Gente, uma Health Tech fundada em 2011 para dar acesso à saúde básica para a população por meio de mensalidades que vão até 20 reais, o Brasil possui 160 milhões de pessoas sem um plano de saúde. Delas, 60 milhões não têm condições financeiras para consumir, portanto, há ainda 100 milhões de clientes potenciais para adquirir uma alternativa ao Sistema Único de Saúde (SUS) via acesso à saúde privada a custos baixos. Chicani foi ainda fundador da empresa de planos de assistência odontológica DentalCorp, que foi vendida em 2006 por 25 milhões de reais, e da BenCorp, de gestão integrada de soluções em saúde para empresas.

“Tudo o que for ligado a dar acesso à saúde às pessoas por meio de aumento de eficiência e tecnologia de dados têm potencial de expansão”, diz ele. O “pulo do gato” das Health Techs é utilizar tecnologia e cruzamento de dados para identificar da maneira mais precisa possível as necessidades de atendimento de saúde dos clientes, de maneira que possa oferecer planos com uma menor oferta de serviços e, por isso, mais baratos. “O importante é evitar o mal uso dos recursos, quer seja por desinformação sobre o risco de saúde da pessoa ou por fraudes. O papel da Health Tech é ser mais assertivo naquilo que ela oferece”, diz Chicani.

## Tecnologia

Outro propulsor das Health Techs é o atendimento à distância que vêm sendo proporcionado pela tecnologia, uma vez que o Brasil possui uma grande extensão territorial e áreas em que a chegada dos serviços de saúde e atendimento médico são raros. Com a chegada do 5G no país, esta perspectiva fica mais favorável. “Dado o tamanho e as dificuldades sociais que o Brasil enfrenta, não tem como a telemedicina não crescer no país”, diz Chicani.

Um ranking realizado pela Sling Hub mostra que a empresa no segmento de Health Techs que mais atraiu investimentos desde sua fundação foi a Dr. Consulta, com 186 milhões de dólares, seguida pela Bionexo, com 106 milhões, e a Memed, com 83 milhões de dólares. Além disso, o crescimento do número de funcionários de algumas delas aponta para o futuro. No último ano, a Vibe Saúde quadruplicou o seu quadro, de 32 para 116 colaboradores, enquanto a Beep Saúde passou de 178 para 569 e a NexaData cresceu de 19 para 59.

Por todos estes fatores, especialistas acreditam que, além do recorde de captação que ocorreu em 2021, essa expansão deve continuar, ainda que outras áreas econômicas do país estejam andando a passos lentos. “O setor de startups fica à parte da bolsa de valores e do risco fiscal e político, porque há um excesso de capital no mundo para se investir em tecnologia, principalmente nos Estados Unidos, onde o mercado de startups está saturado. Ainda não vemos este excesso no Brasil, o que atrai este capital. Por aqui, esse balanço está chegando num equilíbrio”, diz João Ventura, CEO da Sling Hub.

## LUCRO DA ONCOCLÍNICAS CRESCE DEZ VEZES NO 3º TRIMESTRE, APÓS IPO

Valor Econômico – 16/11/2021

A companhia reportou lucro líquido atribuído aos controladores de R\$ 145,1 milhões no período; a receita líquida, recorde, avançou 29,5% no comparativo anual, para R\$ 679,4 milhões

A Oncoclínicas registrou lucro líquido atribuído aos controladores de R\$ 145,1 milhões no terceiro trimestre deste ano, montante dez vezes acima do registrado em igual período de 2020. É o primeiro resultado financeiro da companhia após a oferta pública inicial de ações (IPO, na sigla em inglês), realizada em agosto.

Já o lucro líquido contábil somou R\$ 150,7 milhões, um salto de 574,5% em relação ao visto um ano antes, devido a um ajuste positivo, sem efeito de caixa, relacionado ao plano de incentivo de longo prazo, de R\$ 136,8 milhões.

A receita líquida avançou 29,5% no comparativo anual, para R\$ 679,4 milhões. Segundo a companhia, o resultado foi recorde e impulsionado, em partes, por um crescimento

orgânico do número de procedimentos combinado com o do ticket médio.

No período, foram realizados 97,6 mil procedimentos, alta de 22,7% na base anual, refletindo o crescimento da companhia e do mercado de oncologia no Brasil. Já o tíquete médio cresceu 6,4% entre julho e setembro.

O lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) ajustado foi de R\$ 117,6 milhões entre julho a setembro, o que representa alta de 34% em relação ao mesmo período do ano passado. A margem Ebitda ajustada subiu 0,6 ponto percentual (p.p.), para 17,3%.

As despesas operacionais, excluindo depreciação, amortização e itens extraordinários, atingiram R\$ 97,3 milhões no terceiro trimestre, o que representa 14,3% da receita líquida, leve alta de 0,3 p.p. em relação ao apurado um ano antes, refletindo uma melhor eficiência operacional.

## PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS TÊM QUEDA DE 16% DURANTE A PANDEMIA

Revista Cobertura – 16/11/2021

Resultado entre os planos privados foi impactado pelos desafios impostos pela Covid-19

Os planos privados contabilizaram 154 milhões de procedimentos odontológicos em 2020. O valor representa queda de 16% em comparação com o ano anterior, em que foram realizados 183 milhões de intervenções. Os resultados são da “Análise do Mapa Assistencial – Panorama da Odontologia Suplementar no período da pandemia de Covid-19”, elaborada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

As despesas assistenciais exclusivamente odontológicas tiveram retração de 18,5% entre 2019 e 2020. Além da redução nas despesas com procedimentos preventivos (-15,3%), o resultado foi puxado pela queda nas despesas com próteses odontológicas unitárias (-17,2%) e consultas (-16,5%) no intervalo analisado. “Apesar dos impactos da pandemia na saúde e na economia, o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos tem crescido de forma contínua. Em 2020, o setor já contava com a marca histórica de mais de 26,1 milhões de vínculos e agora em setembro de 2021 alcançou a marca de 25,8 milhões”, explica José Cechin, superintendente executivo do IESS. E continua “ainda há muito espaço para crescimento dado que a taxa de cobertura é baixa, assim com o ticket médio, as empresas têm ofertado cada vez mais este benefício, a oferta se dá em vários canais e, como revelou a pesquisa do IESS, é alta a

satisfação, a recomendação e a intenção de continuar com o plano odontológico”.

Cabe destacar que, do total de ações assistenciais identificadas, 70 milhões (46%), foram atendimentos preventivos como, por exemplo, atividades educativas, aplicação de flúor e selantes dentários em pacientes menores de 12 anos de idade. Mesmo com a redução de 13% nas ações preventivas entre 2019 e 2020, no comparativo com 2015, esses procedimentos avançaram 33%. [Veja a íntegra da análise no portal do IESS](#).

### Sobre o IESS

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma entidade sem fins lucrativos com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar baseados em aspectos conceituais e técnicos que colaboram para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. O Instituto busca preparar o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, como também para aproveitar as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos. O IESS é uma referência nacional em estudos de saúde suplementar pela excelência técnica e independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas e a promoção de debates que levem à sustentabilidade da saúde suplementar.

# PLANO DE SAÚDE PODE SER CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO?

Jornal Jurid – 12/11/2021

Um contrato de plano de saúde ou de seguro saúde é um contrato com a finalidade de cobrir as despesas médicas e hospitalares sempre que necessário para o cliente. Por regra, estes contratos cobrem procedimentos eletivos, ou seja, aqueles que não são emergenciais, internações, consultas e todo tipo de tratamento.

Por serem contratos que visam a proteção da saúde dos clientes, são contratos que tem duração indeterminada, ou seja, não podem ser cancelados por decisão da operadora, exceto quando houve justo motivo.

Assim como qualquer contrato de prestação de serviços, a falta de pagamento é um dos casos em que o contrato pode ser cancelado por decisão da operadora, sem que seja necessário que o cliente concorde com o cancelamento, contudo, diferentemente do fornecimento de energia, telefone ou internet, existem algumas regras para que o cancelamento ocorra.

Diferentemente dos casos mencionados, o plano de saúde é um contrato que serve para proteger a saúde e a vida do cliente, ou seja, o cancelamento pode trazer consequências irreversíveis ou até mesmo fatais para o paciente. Assim, a lei que regula os planos de saúde criou algumas condições para que o contrato possa ser cancelado.

Primeiramente a lei estabelece que o cancelamento do contrato somente poderá ocorrer por falta de pagamento após 60 (sessenta) dias de não pagamento, sejam esses dias consecutivos ou não, dentro de um período de 12 (doze) meses.

Ou seja, a cada ano, o cliente não poderá passar 60 (sessenta) dias em atraso com o pagamento das mensalidades. O prazo de 12 (doze) meses é sempre contado a partir da data da assinatura do contrato. Mas não basta que o cliente tenha ficado em atraso por 60 (sessenta) dias para o cancelamento por falta de pagamento.

A lei também determina que a operadora comprove que tenha notificado ou consumidor até o quinquagésimo dia de inadimplência que o plano será cancelado em caso de falta de pagamento.

Assim, o cancelamento do plano de saúde por falta de pagamento, sem que tenha sido feita a notificação até o quinquagésimo dia é considerada ilegal. Caso o seu plano tenha sido cancelado nestas condições, você tem direito a ingressar na justiça para ter seu plano reativado, conforme entendimento dos tribunais:

RECURSO INOMINADO – PLANO DE SAÚDE – CANCELAMENTO SEM PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DA PARTE AUTORA – SENTENÇA QUE CONFIRMOU A TUTELA ANTECIPADA PARA DETERMINAR A REATIVAÇÃO DO PLANO E FIXOU INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – Insurgência da parte ré – Não acolhimento – Ausência de interesse processual e incompetência do Juizado Especial Cível em razão da necessidade de prova técnica – Preliminares afastadas – Interesse que se demonstra pela necessidade e adequação da tutela jurisdicional, que engloba, também, danos morais – Autos que se encontram suficientemente instruídos para julgamento do lide – Mérito – Cancelamento de plano de saúde sem notificação prévia – Conduta vedada pelo artigo 13, inciso II, da Lei n. 9.656/1998 – **Recorrente não comprovou a notificação – Cancelamento indevido – Reativação que se impunha, ainda mais porque as mensalidades foram adimplidas posteriormente** – Danos morais – Cabimento – Autora que se encontrava em curso de tratamento médico e carecia da presteza e completude da assistência médica – Indenização fixada em montante proporcional e que não importa em enriquecimento ilícito – Sentença mantida por seus próprios fundamentos – Art. 46, Lei n. 9.099/1995 – Recurso não provido. (TJ-SP - RI: 00032259320218260001 SP 0003225-93.2021.8.26.0001, Relator: Paulo de Abreu Lorenzino, Data de Julgamento: 27/08/2021, 1ª Turma Cível, Data de Publicação: 27/08/2021)

Vale ressaltar que essa regra de cancelamento se aplica somente aos planos individuais e aos familiares, não se aplicando aos planos empresariais, exceto, quando o plano empresarial for na verdade um plano familiar feito em nome da pessoa jurídica.

## 72,9% DAS EMPRESAS ADOTAM ATENDIMENTO VIRTUAL EM SAÚDE

Valor Econômico – 12/11/2021

Pesquisa Aon mostra que companhias adotaram o modelo, que facilita o acesso dos colaboradores aos serviços médicos. Dessas, 97% pretendem mantê-lo após a pandemia

As empresas, que já vinham investindo em programas para promover a saúde integral dos seus colaboradores, acentuaram esse movimento nos últimos anos. E passaram a

contar, a partir do início da pandemia, com um aliado novo e muito eficiente, o teleatendimento, que amplia o acesso à saúde. Essa foi uma das descobertas mais importantes da 13ª Pesquisa Aon de Benefícios, estudo que há 17 anos acompanha a evolução das práticas de RH das empresas no Brasil.

Realizada pela Aon, consultoria e corretora que atua nas áreas de seguros, aposentadoria e saúde em 120 países, a pesquisa ouviu 808 empresas de trinta segmentos, em todo o País, sobre 35 benefícios oferecidos por elas.

De acordo com o estudo, 59,7% das empresas mantêm programas de gestão de saúde, bem-estar e qualidade de vida voltados aos colaboradores e seus familiares. O número representa um crescimento de 33 pontos percentuais em relação à edição anterior, realizada há dois anos.

O destaque do período foi a adoção do atendimento virtual, que superou barreiras regulatórias e culturais a partir das restrições impostas pela pandemia. O modelo é disponibilizado hoje por 72,9% das companhias. “O serviço ganhou grande importância durante a pandemia e cresceu, não somente no número de usuários e empresas aderentes, mas também em e escopo”, afirma a diretora de Consultoria de Health and Retirement Solutions da Aon Brasil, Rafaella Matioli.

### **Diversas possibilidades**

Entre as companhias que aderiram, 82,1% disponibilizam o serviço remoto para atendimentos eletivos, 53% para urgências e emergências e 33,8% para os programas de gestão de saúde e qualidade de vida. “Isso demonstra o quanto o modelo vem crescendo e se consolidando para se tornar uma ferramenta de cuidado integral remoto”, diz Rafaella.

Na avaliação dela, o teleatendimento abriu diversas possibilidades no cuidado com a saúde dos colaboradores e suas famílias, além de trazer facilidades na implementação de ações e acompanhamentos voltados à gestão de saúde e bem-estar. “Espera-se que, mesmo com o fim da pandemia, esse cuidado permaneça como parte integrante de uma cultura de saúde a ser aplicada pelas empresas, apoiando, inclusive, no engajamento do seu público-alvo”, explica a diretora da Aon Brasil. Entre as companhias que adotaram o modelo, segundo a Pesquisa Aon, 97% pretendem mantê-lo após o fim da pandemia.

“A pandemia acentuou o interesse das empresas em cuidar cada vez mais da saúde de seus colaboradores e de suas famílias e, com isso, alcançar maior sustentabilidade no custo assistencial”, afirma Ubaldo Carvalho Junior, diretor Médico na Aon Brasil. Segundo ele, o teleatendimento não se limita a consultas médicas, mas inclui acompanhamento e orientação em outros pilares da saúde, como psicologia, alimentação saudável, atividades físicas e cuidados gerais para gestantes.

### **Qualidade e sustentabilidade**

Entre as empresas que passaram a oferecer atendimento remoto em saúde e pretendem mantê-lo após a pandemia, encontra-se a KPMG, que emprega 5.500 colaboradores no Brasil. Segundo o sócio e diretor de Human Capital Management (HCM) Marcelo Esteves, a companhia havia começado a disponibilizar orientação médica virtual poucas

semanas antes da pandemia, por meio da plataforma Dr. Aon, depois rebatizada como Dr. KPMG. Desde então, implementou diversos serviços com atendimento remoto.

Um deles é o EAP – sigla em inglês para Programa de Assistência ao Empregado –, que oferece orientação psicológica, financeira e jurídica 24 horas por dia, sete dias por semana. “O atendimento psicológico representa 95% dos atendimentos”, diz Esteves. Outro é o teleatendimento disponibilizado por meio do plano de saúde, que inclui um serviço de concierge para orientar os usuários.

Paralelamente, a KPMG contratou um médico para estruturar e implementar um plano de gestão de saúde. Recentemente, a empresa adotou várias medidas para estimular os colaboradores a cuidar da saúde maneira preventiva. Uma das iniciativas foi a isenção, por um período de três meses, da coparticipação no plano de saúde paga pelas mulheres titulares ou dependentes, para incentivar consultas e exames de rotina. A companhia também conseguiu dobrar o número de executivos que vão fazer o check-up de saúde.

Na avaliação do diretor da KPMG, o atendimento remoto representa um grande avanço para a promoção da saúde. Ele cita a vantagem de poder receber o atendimento remoto rapidamente. “Se a pessoa estiver com uma dor no peito ou apresentar sintomas de AVC, o teleatendimento vai encaminhá-la na hora para o hospital. Essa agilidade pode salvar uma vida – e só isso já seria suficiente para mantermos o serviço”, afirma Esteves.

O atendimento remoto, ele diz, também facilita consultas médicas de rotina e evita custos e riscos associados a idas desnecessárias ao Pronto Socorro, contribuindo para a sustentabilidade dos planos de saúde. “Nos últimos anos, a sinistralidade vem aumentando de forma descontrolável, ameaçando a oferta desse benefício no futuro. O teleatendimento permite assegurar a qualidade do atendimento e controlar os custos. Devemos fazer o máximo para mantê-lo após o fim da pandemia”, ele ressalta.

### **De 500 para 75 mil**

A experiência da SulAmérica, uma das principais provedoras de planos de assistência médica empresariais do País, tem mostrado a importância do teleatendimento na promoção da saúde. E não apenas para tratar, mas também para prevenir doenças e manter a adesão dos pacientes aos tratamentos.

A companhia começou a utilizar o teleatendimento em 2019, mas apenas para orientações em saúde e terapia psicológica. Com a chegada da pandemia e a mudança de regulamentações que antes impediam consultas, prescrição de medicamentos e outros atendimentos de forma virtual, os números explodiram. “Antes, fazíamos cerca de 500 teleatendimentos por mês”, lembra Raquel Imbassahy, diretora de Gestão de Saúde Populacional da SulAmérica. “Em março de 2020, quando o serviço foi autorizado, passamos a oferecer teleatendimento para consultas médicas 24 horas por dia e esse número passou para 30 mil.

Depois, ampliamos para praticamente todas as especialidades e para outras áreas da saúde, como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Hoje, fazemos 75 mil teleatendimentos por mês.”

Na avaliação dela, o serviço virtual melhora o cuidado com a saúde. “Os brasileiros tendem a usar o sistema de saúde de uma forma muito reativa e episódica”, ela lamenta. “A pessoa fica doente, vai ao médico, trata o sintoma, quando a dor passa, abandona o tratamento.” Ao facilitar o acesso, o teleatendimento acaba favorecendo a realização de mais consultas preventivas e um melhor acompanhamento de doenças crônicas, por exemplo. E as vantagens são ainda maiores para quem vive em municípios menores, que não dispõem de atendimento em muitas especialidades.

A plataforma de teleatendimento da SulAmérica proporciona também um outro benefício: ela permite que os diferentes profissionais que estão atendendo um mesmo paciente compartilhem informações sobre o caso. “O clínico geral pode dizer para o cardiologista porque está encaminhando o paciente a ele”, exemplifica Raquel.

A diretora da SulAmérica lembra, no entanto, que o teleatendimento não é um substituto, mas sim um

complemento ao atendimento presencial, que continua sendo importante e necessário em muitas situações. Costuma ser indicado para consulta com o médico, avaliação de resultados de exames ou para ajustar a dose de algum remédio receitado anteriormente.

Entre os profissionais de saúde da rede credenciada e os beneficiários dos planos da SulAmérica, o atendimento virtual vem sendo muito bem avaliado. “Em uma pesquisa que fizemos em meados de 2020, 80% dos médicos disseram que pretendiam continuar atendendo por telemedicina após o fim da pandemia. Na pesquisa mais recente, esse número chegou a 98%”, conta Raquel. “Entre os psicoterapeutas, esse índice é de 97%.”

Para os pacientes, a satisfação é medida por meio de uma pesquisa de NPS enviada a todos eles após cada teleatendimento. A nota média encontra-se em 87, dentro do chamado nível de excelência, um resultado superior ao da avaliação que a SulAmérica aplica aos participantes de um programa de promoção da saúde baseado em atendimentos presenciais.

## IDAS AO PS SOBEM ANTE 2020, MAS SEGUEM ABAIXO DOS NÍVEIS DE 2019

Revista Seguro Total - 12/11/2021

Levantamento da Alper Consultoria em Seguros mostra que, entre os procedimentos médicos, apenas exames superaram o patamar de 2019

As idas ao pronto-socorro (PS), que haviam caído entre março a agosto de 2020, auge da pandemia do Covid-19, ante o mesmo período do ano anterior, voltou a crescer este ano, mas segue abaixo de 2019. Levantamento realizado pela Alper Consultoria em Seguros mostra que de março a agosto do ano passado, as idas ao PS caíram 34,8% ante o mesmo período de 2019. Já quando considerado o mesmo

período em 2021 (mar/21 a ago/21) ante 2020 e 2019, verifica-se um crescimento de 1,72% e uma queda de 33,7%, respectivamente.

Entre os principais procedimentos médicos, exames foi o único que apresentou crescimento ante 2019, de 13,9%. Na comparação com 2020, o aumento foi de 51,8%. Consulta eletiva caiu 21,44% ante 2019 e subiu 19% quando comparado com o mesmo período de 2020. Já as internações caíram 20% e subiram 9,1%, respectivamente

		Período				
		Mar/ 19 a Ago/ 19	Set/ 19 a Fev/ 20	Mar/ 20 a Ago/ 20	Set/ 20 a Fev/ 21	Mar/ 21 a Ago/ 21
Frequência	Indicador					
	N.de Vidas					
	Consulta Eletiva	-		-34,0%		-21,4%
	Pronto Socorro	-		-34,8%		-33,7%
	Internações	-		-26,7%		-20,0%
	Exames	-		-25,0%		13,9%
	Ambulatorial	-		8,3%		-30,3%

De acordo com a superintendente de risco e saúde da Alper Consultoria em Seguros, Elaine Patrícia Urbaneja de Brito, o movimento reflete a mudança de comportamento da população que deixou de procurar o pronto socorro. A explicação é que o vírus, além de agravar a condição de pessoas já debilitadas pelas mais diversas razões, tem feito muitas não apenas desmarcar consultas e até cirurgias, mas também desistir de ir às clínicas ou pronto-socorros quando não estão se sentindo bem.

Este ano, com o avanço da vacina as pessoas estão se sentindo mais seguras para dar continuidade aos exames e consultas que haviam sido adiados em razão da Covid-19. “Durante o auge de doença e antes da vacina, muitas pessoas deixaram de realizar tratamentos clínicos e o crescimento em relação ao ano passado mostra que as pessoas estão retomando esses cuidados”, explica a

executiva, acrescentando que o uso da telemedicina também contribuiu para a redução de idas de pacientes a consultas e hospitais.

Quando considerado por setores, o de serviços foi o que apresentou maior queda no número de idas ao PS, de 43,45% ante 2019, enquanto indústria caiu 29,25% e comércio, 21,42%. Já ante 2020, comércio ainda manteve queda, de 6,92%, enquanto indústria e comércio apresentaram avanço de 5,05% e 22%, respectivamente.

Para Elaine, é preciso lembrar que este ano o que veremos, provavelmente, é o efeito contrário, já que as pessoas estão procurando mais os atendimentos médicos. “Assim como houve queda no preço das consultas, por conta do menor número de procedimentos, não está descartado um reajuste forte no ano que vem”, pondera.

## ANS SUGERE QUE PACIENTE SEJA DETENTOR DOS PRÓPRIOS DADOS

Revista Apólice - 12/11/2021

Objetivo é que o paciente possa transitar em atendimento nos sistemas público e privado de saúde como alternativa ao prontuário eletrônico unificado

O paciente precisa ser o detentor dos próprios dados para transitar em atendimento nos sistemas público e privado de saúde como alternativa ao prontuário eletrônico unificado, sugeriu o presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar, Paulo Rebello, no segundo dia do 25º Congresso Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

O Futuro da Saúde Pós-Pandemia demanda avanços de integração de dados, monitoramento e divulgação de indicadores de qualidade assistencial, incorporação unificada de tecnologias e revisão dos formatos de plano individual e ambulatorial, como relacionou o presidente da Abramge, Renato Casarotti. O evento reuniu autoridades e especialistas do setor de saúde durante dois dias, 10 e 11 de novembro, para dialogar sobre a evolução do sistema.

“Temos que colocar o paciente no centro da discussão de democratização do acesso. O prontuário eletrônico precisa ter quem pague a conta, o custo é muito alto, mas o setor privado precisa avançar. Por que não trazer o beneficiário como detentor desses seus dados? Pode ser uma alternativa para que a gente possa reduzir esses custos”, afirmou Rebello.

O deputado Dr. Luizinho (PP-RJ) citou o Conecte SUS como o início de uma unificação dos sistemas, ao disponibilizar a Carteira Nacional Digital de Vacinação. “O prontuário eletrônico é uma medida que pode vir induzida pela ANS como órgão regulador”, defendeu.

“Precisamos ajudar o cidadão a navegar entre os sistemas (público e privado). O prontuário eletrônico vai ajudar o paciente, sendo acessado pelo SUS e pelo plano

ambulatorial. Com dados, teremos maior eficiência na gestão de recursos, o que resulta em preços mais acessíveis”, ponderou Casarotti.

Ex-ministro da Saúde, Nelson Teich lembrou que é preciso desenhar os projetos trabalhando a infraestrutura para recebê-los. “A Covid-19 realçou as dificuldades do sistema. A gente precisa ter uma agência de inteligência. A incorporação e a avaliação de tecnologia precisa ser uma ferramenta”, apontou.

Na mesma direção, Antônio Brito, diretor executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), destacou a importância dos dados para o setor e ressaltou que o verdadeiro acesso será “uma assistência em todo o ciclo de cuidado focada na dignidade do tratamento dos brasileiros”. A entidade desenvolveu uma plataforma para a divulgação de indicadores com o desempenho de seus associados a cada três meses.

A relevância dessa adesão é destacada por Casarotti: “Estimulamos todos os associados da Abramge a participar dos novos indicadores de qualidade da ANS e da plataforma da Anahp”, reforçou Casarotti.

Sobre a regulamentação definitiva da telemedicina, o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, defendeu o projeto da deputada Adriana Ventura (NOVO-SP) por considerar o mais genérico entre os cinco em debate atualmente. Dessa forma, o detalhamento ficaria para a legislação infraconstitucional. “Sobre a primeira consulta, acreditamos que a necessidade de atendimento presencial deva ser uma decisão do médico, assim como sua remuneração”, opinou.

Desde o início da pandemia, a Abramge está alinhada aos protocolos divulgados pelas autoridades de saúde a favor da segurança clínica da população e do controle eficaz da Covid-

19. Agora, durante o 25º Congresso Abramge, a entidade manteve seu compromisso com os órgãos oficiais e estipulou limite de inscrições, respeitando a capacidade do local e o distanciamento social. O evento conta com testagem PCR

para todos os participantes e ambiente próprio para a realização de teleconsultas, além de consultório reservado com profissionais de saúde.

## INOVAÇÃO NA SAÚDE: 5 TECNOLOGIAS QUE IRÃO REVOLUCIONAR O SETOR

Saúde Business - 11/11/2021

Confira a lista produzida por Daniel Torres, CEO da Zitrus, healthtech que desenvolve softwares de gestão para operadoras de planos de saúde.

A pandemia trouxe inúmeras mudanças para diversos segmentos e uma delas foi o avanço tecnológico. De acordo com a consultoria McKinsey, houve um salto de cinco anos em termos de transformação digital em questão de oito semanas. E na área da saúde não foi diferente, a pandemia intensificou o uso de soluções inovadoras. Apesar do longo caminho que temos pela frente, clínicas, hospitais, médicos e operadoras de planos de saúde utilizam cada vez mais softwares e hardwares para melhorar o atendimento aos pacientes, otimizar a gestão e reduzir custos.

Uma das tecnologias que devem revolucionar o setor da saúde nos próximos anos é a Internet das Coisas (IoT). Já pensou ter uma pulseira que monitore a pressão arterial de um hipertenso, emita alertas e gere relatórios para acompanhamento clínico? Apesar de já existirem devices com essas funcionalidades, o custo ainda é muito alto e não acessível, além de não terem padrões médicos estabelecidos. Mas essas iniciativas mostram como a Internet das Coisas (IoT) veio para ficar na área da saúde. Incorporar sensores, software e outras tecnologias a objetos de uso comum e diário pode auxiliar na prevenção de diversas enfermidades, evitar consultas e exames sem necessidade e garantir mais qualidade de vida a milhões de doentes crônicos.

Não poderíamos deixar de fora dessa lista a telemedicina. Com a autorização concedida enquanto durar a pandemia e cuja regulamentação definitiva está em discussão no Congresso, o uso da telemedicina tem se consolidado e a tendência é que responda por boa parte dos atendimentos de rotina no futuro. Por meio de tecnologia simples, é possível fazer o atendimento remoto de pacientes - inclusive daqueles fora dos grandes centros e que enfrentam mais dificuldade de consultas especializadas. O recurso garante rapidez, menos custos e acesso amplo ao atendimento médico.

Uma pesquisa da Conexa Saúde e Datafolha apontou que 73% dos pacientes que já fizeram uma consulta online voltariam a fazer e até poderiam adotar a prática habitualmente. Essa aprovação aparece também em uma análise da consultoria McKinsey, que estima que as receitas decorrentes do atendimento médico por telemedicina, farmácia e aparelhos vestíveis irão aumentar de US\$ 350 bilhões, em 2020, para US\$ 600 bilhões em 2024.

Outra tecnologia que deve estar em alta é a inteligência artificial. Com o uso de ciência dos dados e inteligência artificial, é possível analisar inúmeras informações que já são coletadas dos pacientes - pressão arterial, nível de colesterol, entre tantos outros - e trabalhar com uma medicina preditiva. Isso significa usar essa massa de dados e transformar em valor, usar as informações para construir cenários, parâmetros e atuar de forma preventiva e com tratamentos precoces. A medida evita sobrecarregar os sistemas de saúde - tanto público como privado - com consultas de rotina ou exames desnecessários, além de reduzir custos. Soluções inovadoras e softwares de gestão também permitem agilizar e automatizar processos burocráticos, como autorizações, preenchimento de cadastros e de prontuários, o que auxilia nessa otimização de tempo e de recursos.

O relatório "The Future Health Index 2021", que ouviu mais de três mil gestores em Saúde de 14 países (incluindo o Brasil), aponta que os líderes do setor estão usando atualmente as tecnologias de IA para otimizar a eficiência operacional (19%). Nesta área, os principais investimentos serão em tecnologias capazes de integrar diagnósticos (32%), prever resultados (30%) e para apoio à decisão clínica (24%).

Técnicas de machine learning também podem ser aplicadas em diversos setores e processos na área de saúde. Por exemplo, podem auxiliar no diagnóstico precoce de diversas doenças ao criar parâmetros em exames de sangue e imagem. Outra área que pode ser beneficiada é a de triagem. O usuário chega ao pronto-atendimento e, ao informar os sintomas, os dados que já constam no sistema ajudam a encaminhar o paciente ao especialista ou tipo de consulta mais adequada.

As vantagens dos usos dessas tecnologias é que se ganha tempo em atividades mais burocráticas e permite focar a atenção em um atendimento mais humanizado e completo quando se está diante do médico ou profissional da saúde. Outro ponto positivo é que concede mais segurança de diagnóstico e tratamentos, já que engloba uma massa de dados muito maior.

Outro destaque deve ser a tecnologia blockchain. Quando um usuário de plano de saúde é atendido em outro município, por exemplo, é necessário que as operadoras façam o que chamamos de intercâmbio. Eles precisam enviar os dados e a fatura para o município de origem para que o atendimento seja contabilizado e parte desse processo ainda é feito

manualmente. Com o uso de blockchain, que registra dados e transações de forma distribuída e transparente, é possível tornar a troca de informações mais segura e ágil. Essa tecnologia também pode auxiliar no controle de estoques de

medicamentos em um hospital e no armazenamento e alterações de prontuários médicos eletrônicos. Além de fazer o acompanhamento de pedidos de exames e prescrição por médicos, o que ajuda a evitar possíveis falhas e fraude.

## SETORES PÚBLICO E PRIVADO BUSCAM CRESCIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Revista Cobertura - 11/11/2021

Abertura do 25º Congresso Abramge mostra interesse das autoridades na desburocratização do sistema e ampliação do acesso para a população

A parceria entre o setor privado e o público deu o tom da abertura do 25º Congresso Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde). As declarações iniciais foram do secretário executivo do Ministério da Saúde, Rodrigo Cruz; senador Sérgio Petecão (PSD-AC); deputado Dr. Luizinho (PP-RJ), presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara; presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Roberto Rebello; e do presidente da Abramge, Renato Casarotti. O evento está sendo realizado entre hoje (10) e amanhã (11) em Brasília, com transmissão on-line.

“Inauguramos essa pauta de diálogo constante para que o governo federal possa ampliar o alcance da saúde suplementar e, assim, desonerar a pública”, destacou o secretário executivo do Ministério da Saúde, Rodrigo Cruz. Ele citou o faturamento anual do sistema privado de R\$ 230 bilhões para um público de 48 milhões de beneficiários, enquanto o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de R\$ 140 bilhões para uma população três vezes maior (cerca de 160 milhões de brasileiros).

O deputado Dr. Luizinho apontou para a necessidade de desburocratização do setor de saúde suplementar e de uma normatização clara, a partir da interlocução dos atores. “Para um atendimento de qualidade, precisamos dar apoio a todos os brasileiros pelo SUS e ter um sistema de saúde suplementar forte, para chegarmos a uma cobertura de 100 milhões de beneficiários”, propôs.

Para o presidente da ANS, Paulo Rebello, há desafios estruturantes, como o crescente custo em saúde. “Precisamos promover uma regulação firme, para promover o interesse público em busca de mais saúde”, apontou.

O presidente da Abramge, Renato Casarotti, lembrou que o sistema de saúde suplementar cedeu mais de 800 leitos ao setor público durante a pandemia, além da doação de mais de R\$ 50 milhões em EPIs, medicamentos e apoio social. Também destacou o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na agilidade para liberar a importação de produtos em escassez no mercado nacional, com os kits de intubação e a imunoglobulina.

“Algumas operadoras se adiantaram e importaram respiradores ainda no início, quando a contaminação crescia na China, pela preocupação com seus beneficiários”, lembrou o presidente da Abramge, que agradeceu a escuta ativa das autoridades durante a crise sanitária.

Casarotti citou medidas tomadas em caráter de urgência, como a prorrogação do prazo para procedimentos eletivos, para liberar leitos, e a suspensão do reajuste dos planos individuais, por adesão e com até 29 vidas (conhecidos como PME) por três meses pela maioria dos associados da Abramge e da FenaSaúde, entre maio e junho de 2020, no momento agudo da pandemia.

“A contratação e o treinamento de mais de 10 mil profissionais de saúde e a abertura de mais de 2.800 novos leitos, incluindo a antecipação da inauguração de hospitais inteiros, foram decisões tomadas pelas operadoras para solucionar a crise de atendimento”, ressaltou.

Desde o início da pandemia, a Abramge está alinhada aos protocolos divulgados pelas autoridades de saúde a favor da segurança clínica da população e do controle eficaz da Covid-19. Agora, durante o 25º Congresso Abramge, a entidade manteve seu compromisso com os órgãos oficiais e estipulou limite de inscrições, respeitando a capacidade do local e o distanciamento social. O evento conta com testagem PCR para todos os participantes e ambiente próprio para a realização de teleconsultas, além de consultório reservado com profissionais de saúde..

## CONSULTAS COM PEDIATRAS CAEM 35,4% APÓS INÍCIO DA PANDEMIA

Medicina S/A - 11/11/2021

As consultas ambulatoriais em pediatria na saúde suplementar foram as mais afetadas após a chegada da pandemia de Covid-19. Das 25 especialidades analisadas, o atendimento com esses especialistas caiu de 16,5 milhões para 10,6 milhões (-35,4%) entre 2019 e 2020, de acordo com a “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020”, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o resultado merece atenção, sobretudo pela necessidade de acompanhamento em bebês e recém-nascidos. “O atendimento em pediatria, especialmente no primeiro mês de vida, é primordial para a redução da mortalidade infantil e detecção de possíveis problemas”, alerta.

Dados do Relatório 2020 de Mortalidade Infantil do UNICEF revelaram os avanços conquistados pelo Brasil entre 1990 e 2019. Houve redução significativa na mortalidade de recém-nascidos (-56,1%), e de crianças de até 5 anos (-59,8%). Contudo, em 2019, o país assinalou a terceira maior taxa de

mortalidade de adolescentes na América Latina (7,1%), atrás da Guiana (8,6%) e da Venezuela (12,6%). [Acesse no portal do IESS](#) a íntegra da análise.

### Acompanhamento de adultos também foi impactado

A queda do número de consultas não foi uma particularidade apenas na pediatria. A [pesquisa Vox Populi](#), realizada em abril deste ano a pedido do IESS, mostrou queda no percentual de entrevistados que realizaram consultas, de 86% na pesquisa de 2019 (antes da pandemia) para 71% em abril de 2021, na procura de consultas médicas. A pesquisa mostrou que o serviço mais procurado foi o exame diagnóstico (88%). Além disso, a análise especial do “Mapa Assistencial na Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020”, elaborada pelo IESS, mostrou que os atendimentos com mastologistas e urologistas caíram 24,4% e 22%, respectivamente, entre 2019 e 2020.

## DESPESAS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR CRESCEM 53% ENTRE 2015 E 2020

Grupo Mídia - 10/11/2021

Análise do IESS mostra que aumento foi puxado pela elevação do número de terapias e atendimentos ambulatoriais

O total de despesas assistenciais na saúde suplementar avançou de R\$ 117,2 bilhões para R\$ 164,8 bilhões (valores nominais) entre 2015 e 2020, de acordo com dados da “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020”, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Os gastos foram puxados pelo crescimento no volume de terapias (hemodiálise, quimioterapia, radioterapia etc.) e atendimentos ambulatoriais, com aumento de 112,4% e 78,6%, respectivamente.

A apuração do IESS mostra também que, no intervalo analisado, houve avanço nas despesas com internações (54,6%), demais custos médico-hospitalares (44,1%), e exames complementares (43%).

Dentro desse recorte, as principais variações na saúde suplementar no período foram: aumento de 57,8% nas despesas com exame de hemoglobina glicada; e, avanço de 84,6% nos custos com vasectomias.

### O impacto da Covid-19 na saúde suplementar

Os dados no comparativo entre 2019 e 2020 já mostram alguns dos efeitos da pandemia no setor. Nesse intervalo, as despesas assistenciais foram 8,1% menores.

Na mesma comparação, as reduções mais expressivas foram no número de consultas médicas não identificadas (-82,5%), seguidas de consultas ao pronto socorro (-25,2%).

“O ano de 2020 foi sem precedentes tanto na área da saúde, quanto no âmbito econômico e social, devido às medidas de isolamento necessárias para barrar o avanço da Covid-19. Alguns impactos podem ser observados nos agravos à saúde dos beneficiários em comparação a 2019”, analisa José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Entre 2019 e 2020, os números revelam aumento de internações por infarto no miocárdio (15,2%), insuficiência cardíaca congestiva (9,8%) e diabetes mellitus (6,7%), segundo apuração do IESS.

Em 2020, as despesas com internações responderam por R\$ 75,6 bilhões; já os gastos com exames complementares representaram R\$ 32 bilhões; seguido por R\$ 20,5 bilhões com consultas médicas. A íntegra da análise está disponível no portal do IESS.

# CARE PLUS: ASCENSÃO EXPRESSIVA

Forbes - 10/11/2021

Empresa de saúde cresce duas vezes mais que o setor em percentual de beneficiários.

A busca por cuidados em saúde vem impulsionando o mercado de saúde suplementar. Entre junho de 2020 e junho de 2021, o número de beneficiários com planos de assistência médica saltou de 46.708.239 para 48.238.117 – alta de 3,2% no período. Os números são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O movimento foi sentido mais fortemente pela operadora de saúde premium Care Plus. Superando o setor, a análise de membros assistidos pelo plano de saúde mostra elevação de 6,2% dos beneficiários entre 2020 e 2021.

Para Manny Roman, CFO da Care Plus, o crescimento pode estar relacionado, em certa medida, aos reflexos da Covid 19. “A gravidade da pandemia mudou o senso de prioridade das pessoas em relação ao acesso à saúde. Muitos deixaram de vê-la como algo bom de ter e passaram a vê-la como essencial”, analisa.

Roman afirma, no entanto, que a pandemia não foi a única responsável pelo crescimento acima da média da Care Plus. Para ele, boa parte disso se deve à carteira da companhia,

composta majoritariamente por empresas de tecnologia. O executivo destaca ainda outras competências da empresa, entre elas “a habilidade de entregar soluções digitais, como telemedicina e devices de cuidados médicos remotos, como o Tyto Care”.

Outra característica do período é a busca por cobertura odontológica. Segundo a ANS, também entre junho de 2020 e julho de 2021, o número de beneficiários desse segmento cresceu 9,2%. “O mais interessante é que ainda há muito espaço de crescimento para o dental. Atualmente, apenas 14% dos brasileiros têm plano privado de saúde bucal, enquanto 24,5% têm assistência médica”, ressalta Roman.

De olho nesse mercado, e amparada pela Bupa Global, que oferece serviços de saúde bucal em larga escala em suas 700 clínicas estabelecidas pelo mundo, a Care Plus tem investido fortemente na área. “Muitos projetos estão sendo desenvolvidos em prol de nossos clientes atuais e futuros. Um deles é a venda de planos odontológicos por adesão”, complementa o executivo.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto ‘Remover’ no campo assunto.

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

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

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