

## ÍNDICE INTERATIVO

[Healthtech alice compra startup cuidas de olho em planos de saúde para empresas](#) - Fonte: Terra

[Em um ano, planos de saúde ganham mais de 562 mil beneficiários em São Paulo](#) - Fonte: Saúde Business

[Care Plus amplia canal de distribuição com e-commerce](#) - Fonte: Revista Apólice

[Hospital Mater Dei anuncia a aquisição do Hospital Santa Genoveva](#) - Fonte: MarterDei

[Planos coletivos empresariais ganham um beneficiário a cada dois novos empregos formais criados](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Norma sobre formas de pagamento de planos de saúde é questionada no STF](#) - Fonte: ConJur

[5 Fatos que você precisa saber sobre a telemedicina](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS realiza audiência pública sobre constituição de provisões técnicas](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Pandemia de COVID-19 ampliou as distorções na saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Big Data e IA vão atuar cada vez mais na saúde](#) - Fonte: Estadão

# HEALTHTECH ALICE COMPRA STARTUP CUIDAS DE OLHO EM PLANOS DE SAÚDE PARA EMPRESAS

Terra – 23/11/2021

Com a aquisição, a Alice, que até então focava na venda de planos de saúde diretamente para pacientes, passa a atender o mercado corporativo

A startup paulistana **Alice** anuncia nesta terça-feira, 23, a compra da **Cuidas**, que oferece consultas com médicos da família e enfermeiros para funcionários de empresas - o valor da operação não foi revelado. Com a aquisição, a Alice, que até então focava na venda de planos de saúde diretamente para pacientes, passa a atender o mercado corporativo.

A Alice é um dos principais nomes entre as startups brasileiras que atuam na saúde, conhecidas também como "healthtechs" - ao todo, as empresas do segmento receberam US\$ 260,7 milhões de investimentos no País neste ano, segundo dados da empresa de inovação Distrito. Fundada por André Florence e Matheus Moraes, ambos ex-99, e por Guilherme Azevedo, cofundador do Dr. Consulta, a empresa nasceu em 2019 como uma clínica com time de saúde próprio: o plano de saúde para uma pessoa de 30 anos pela startup custa a partir de R\$ 600 e dá acesso à telemedicina e a hospitais e laboratórios parceiros - apenas em São Paulo.

A compra da startup Cuidas acompanha o processo de expansão da Alice. No início deste mês, a startup passou a oferecer consultas digitais avulsas em todo o Brasil - a empresa passou a disponibilizar no aplicativo atendimentos de emergência e consultas com nutricionistas, psicólogos e preparadores físicos para quem quiser pagar os serviços à parte.

"A aquisição da Cuidas vai na direção de uma movimentação que a Alice começou a fazer em 2021 e pretende atender no próximo ano com força total: o mercado B2B (*venda de serviços para empresas*)", explica Florence em comunicado.

Um dos principais objetivos da aquisição também é integrar ao time da Alice os funcionários da Cuidas, principalmente das áreas de engenharia, tecnologia e saúde. "A Alice tem por pilares saúde mental, sono, alimentação e atividade física, que são exatamente os desafios que as empresas têm com seus funcionários, sobretudo desde o início da pandemia", diz Florence. "A Cuidas significa um reforço em nossas equipes para atender a essa demanda".

Fundada em 2018 por Deborah Alves, João Vogel e Matheus Silva, a Cuidas oferece tecnologia para o atendimento de atenção primária em empresas - a healthtech tem hoje cerca de 20 clientes. A plataforma da startup faz a curadoria dos profissionais da saúde, oferece prontuário eletrônico e realiza a gestão dos dados dos pacientes. A startup diz ter crescido quatro vezes em receita no ano passado na comparação com 2019.

A Cuidas levantou R\$ 5 milhões com os fundos Kaszek e Canary em 2018 e, em 2020, captou mais R\$ 17 milhões com Kaszek e Península Participações, empresa de investimentos do empresário Abílio Diniz - o aporte também contou com investidores-anjo como Jorge Paulo Lemann.

## EM UM ANO, PLANOS DE SAÚDE GANHAM MAIS DE 562 MIL BENEFICIÁRIOS EM SÃO PAULO

Saúde Business – 23/11/2021

Aumento foi de 3,3% entre setembro de 2020 e setembro de 2021; para a FenaSaúde, crescimento reflete a preocupação cada vez maior dos brasileiros com a saúde

Os planos de saúde ganharam 1,9 milhão de novos beneficiários desde junho de 2020 em todo o país, segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sobre o comportamento do mercado durante a pandemia. Em junho do ano passado, o sistema contabilizava 46,7 milhões de beneficiários, o patamar mais baixo de 2020. Em setembro deste ano, o número chegou a 48,6 milhões.

Um dos estados que registraram crescimento foi São Paulo. Dados da ANS mostram que os planos ganharam 562,2 mil novos beneficiários paulistas entre setembro de 2020 e setembro de 2021. O Estado agora conta com 17,6 milhões de usuários de planos de saúde, uma alta de 3,3% no período. Com isso, 37,7% da população paulista contam com cobertura de plano de saúde privado.

Para a FenaSaúde, entidade que representa os 15 maiores planos do país, é fundamental incentivar esse crescimento, a fim de garantir que mais pessoas tenham acesso à saúde suplementar. E isso passa por mudanças profundas no Marco Legal da saúde suplementar que está em discussão no Congresso Nacional. Entre elas, maior segmentação, com mais modalidades de cobertura; novos modelos de franquias e coparticipação; e mais liberdade para a comercialização de planos individuais, com regras competitivas para preços e reajustes.

"Outro ponto importante é diversificar e ampliar os tipos de coberturas que podem ser oferecidos, a chamada modulação de produtos, pois hoje são apenas cinco opções, restringindo a criação de opções adequadas para o perfil de cada família ou empresa", ressalta a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

## CARE PLUS AMPLIA CANAL DE DISTRIBUIÇÃO COM E-COMMERCE

Revista Apólice – 23/11/2021

Empresa busca ampliar sua carteira de clientes por meio da oferta de planos para pessoas físicas, oferecendo valores acessíveis e facilidade na compra

A Care Plus diversificou sua distribuição com um novo canal digital para comercializar os [planos odontológicos](#) Dental Lite e Dental Pro 10. A empresa busca ampliar sua carteira de clientes por meio da oferta de planos para pessoas físicas com valores acessíveis e facilidade na compra.

Os produtos e as condições comerciais são exclusivos para clientes Mastercard, sejam aqueles que integram o Special Gifts (modalidade na qual basta ter um cartão de crédito) ou os que participam do Mastercard Surpreenda, programa de pontos com vantagens exclusivas na contratação dos planos.

Os planos comercializados vão de R\$ 29,00 (Dental Lite) a R\$ 79,00 (Dental Pro 10) por vida, com diferentes benefícios e serviços inclusos. Dentre eles, destaca-se uma ampla rede credenciada, equipe de atendimento exclusiva e reembolso de despesas, entre outros benefícios. O plano Dental Pro 10 ainda dá acesso à Care Plus Clinic, clínica de referência em odontologia e dermatologia da Care Plus, que oferece tratamentos com o que há de mais moderno, eficaz e seguro.

O lançamento de seu e-commerce e a oferta de planos para consumidores Mastercard é uma estratégia que integra as diretrizes da Bupa, empresa global de saúde com atuação em mais de 190 países (da qual a Care Plus faz parte) e que também é líder no segmento odontológico, com mais de 1.200 clínicas espalhadas pelo planeta.

Luiz Camargo, CEO da operadora, destaca a importância do cuidado com a saúde odontológica e a experiência premium dos planos oferecidos. “Menos de um terço dos brasileiros possui plano de saúde ou odontológico. Esse investimento, muitas vezes deixado de lado, deve ser tratado como prioridade, uma vez que manter a saúde bucal previne diversas doenças e eleva a autoestima, além de tantos outros benefícios. Nossos planos odontológicos vendidos online vão oferecer um tratamento de alta qualidade, com especialistas

qualificados e acesso à tecnologia de ponta a um preço justo”, enfatiza Camargo.

Quem contratar a Care Plus terá um atendimento exclusivo, equipe especializada, profissionais renomados, tratamentos de última geração e toda a excelência que a operadora proporciona, de forma simplificada e sem burocracia. Atualmente, a operadora conta com mais de mil empresas como clientes, somando mais de 175 mil beneficiários com planos empresariais.

Segundo Caio Abdalla, diretor comercial da companhia, um novo canal de distribuição digital é favorável ao momento atual do mercado. “Estamos diversificando e ampliando o nosso formato de vendas, por meio de parcerias estratégicas e investimento em tecnologia para proporcionar a melhor experiência na compra. Hoje as pessoas buscam praticidade, rapidez e conveniência. Isso não é diferente com planos de saúde e odontológico. Com o nosso e-commerce, em poucos cliques o usuário se torna beneficiário, e essa tendência só tende a crescer”.

A escolha da Mastercard como parceira estratégica para o lançamento não ocorreu por acaso. A empresa de tecnologia em meios de pagamentos, líder no mercado de cartões no Brasil, deseja aumentar sua oferta no nicho de saúde, proporcionando ainda mais benefícios ligados à qualidade de vida e bem-estar. “Na Mastercard, nossa estratégia de negócios é centrada no consumidor. Por isso, diariamente trabalhamos para oferecer soluções e experiências que não tem preço para os nossos clientes. Agora, pela primeira vez, adicionamos ao portfólio do nosso programa de fidelidade, Mastercard Surpreenda, produtos do segmento odontológico que trarão benefícios inéditos aos nossos consumidores. A parceria realizada com a Care Plus possibilita maior acesso dos nossos consumidores à saúde bucal”, afirma Paulo Frossard, vice-presidente de Desenvolvimento de Negócios da Mastercard Brasil.

Mais informações estão disponíveis no [link](#).

## HOSPITAL MATER DEI ANUNCIA A AQUISIÇÃO DO HOSPITAL SANTA GENOVEVA

MarterDei – 22/11/2021

O Hospital Mater Dei S.A. (“Mater Dei” ou “Companhia”) (B3: MATD3), anuncia mais um importante passo em direção à sua estratégia de consolidação de ativos de referência em suas localidades de atuação, por meio da aquisição de 99,6% do Hospital Santa Genoveva Ltda. (“HSG”), e também da aquisição de participação representativa de 100% do Centro de Tomografia Computadorizada Uberlândia Ltda. (“CDI”).

O anúncio está em linha com as premissas de expansão do Mater Dei, por meio da criação de hubs regionais em praças estratégicas, sendo uma referência em qualidade assistencial. Este anúncio representa a terceira aquisição da Companhia desde sua abertura de capital, em abril deste ano.

O HSG e o CDI são contíguos e integrados, localizados em Uberlândia, cidade estratégica e com o 2º maior PIB de Minas Gerais. Por serem tradicionais e referência em qualidade

assistencial, atraem pacientes de todo o Triângulo Mineiro, região com mais de 1,5 milhão habitantes e 650 mil beneficiários, em ampla expansão. Os imóveis do HSG e do CDI também estão sendo adquiridos, além da operação das Unidades. Isso permite ao Mater Dei futuras expansões.

Fundado em 1975, o HSG é um hospital geral de alta complexidade, com mais de 50 especialidades, com um corpo clínico experiente e altamente reconhecido. Além de uma gama completa de credenciamentos, possui acreditação internacional da QMentum e sua excelência em atendimento foi reconhecida por 18 anos seguidos com o prêmio Top of mind. Atualmente, o HSG possui 204 leitos, sendo 156 operacionais, além de áreas para expansões adicionais. Já o CDI, fundado em 1978, é referência em diagnóstico por imagem na região, contando com uma infraestrutura moderna e parque tecnológico de última geração. Por estarem em um mesmo complexo hospitalar permitem a integração de fluxos e a otimização operacional, proporcionando uma melhor experiência ao paciente.

“Este anúncio – totalmente alinhado aos nossos valores, cultural e também com a estratégia que desenhamos e comunicados em nosso IPO – demonstra nossa capacidade de nos posicionarmos, cada vez mais, como líderes no processo de consolidação do mercado de Saúde Brasileiro, sempre focando em ativos de alta qualidade e buscando expandir nossa atuação como uma verdadeira rede integrada e coesa”, afirma Doutor Henrique Salvador, presidente do Hospital Mater Dei. “Nos orgulhamos de incluir mais um hospital referência – tanto em qualidade assistencial quanto em operação – em nosso ecossistema”, conclui.

O Enterprise Value da Operação é de R\$ 309 milhões, incluindo os imóveis, levando a um múltiplo de R\$ 1,5 milhão por leito, sendo que deste valor será deduzido o endividamento líquido que é de, aproximadamente, R\$ 57 milhões. As Receitas Líquidas anualizadas dos ativos somam cerca de R\$ 160 milhões.

O fechamento está sujeito a determinadas condições precedentes, dentre elas a aprovação pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

## PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS GANHAM UM BENEFICIÁRIO A CADA DOIS NOVOS EMPREGOS FORMAIS CRIADOS

Revista Cobertura – 22/11/2021

Análise do IESS mostra que 1,6 milhão de vínculos dessa forma de contratação foram estabelecidos em 12 meses

A cada dois novos empregos formais criados foi acrescentado um beneficiário de planos médico-hospitalares por meio de contratação coletivo empresarial, aponta a Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 63, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) – que, a partir desta edição, incluirá dados do novo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). Entre setembro de 2020 e 2021, o estoque de empregos celetistas avançou de 38.684.845 para 41.875.905 (8,2%). No mesmo período, o número de vínculos coletivos empresariais para planos médico-hospitalares cresceu de 31.712.806 para 33.319.882 (5,1%).

A taxa de beneficiários de planos de saúde por contratação coletiva tende a acompanhar a quantidade de vagas formais no mercado de trabalho. Em setembro deste ano, a quantidade de contratos desses planos (33,3 milhões) representava cerca de 80% do estoque de empregos formais (41,9 milhões). Vale

destacar também que, em setembro de 2021, o número de vínculos de planos coletivos empresariais representava a maioria (69%) do total de beneficiários, sendo 53% titulares e 47% dependentes.

Além disso, a contratação de planos de saúde segue em expansão. No período de 12 meses encerrados em setembro deste ano, houve acréscimo de 1.548.701 (3,3%) beneficiários. Desse montante, 378.462 vínculos foram firmados entre junho e setembro de 2021. “A retomada das atividades econômicas, ainda que em meio às incertezas por conta da pandemia, deve influenciar a velocidade do crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares. Se o nível de empregos formais continuar a avançar nos próximos meses, a tendência é que haja um reflexo positivo no setor da saúde suplementar”, opina José Cechin, superintendente executivo do IESS.

[Veja a íntegra da NAB 63 aqui.](#)

## NORMA SOBRE FORMAS DE PAGAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE É QUESTIONADA NO STF

ComJur - 19/11/2021

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) questiona, no Supremo Tribunal Federal, a validade

de norma do estado do Rio de Janeiro que amplia as formas de pagamento dos planos privados de assistência à saúde e

odontológica, obrigando as operadoras a disponibilizar modalidades de cartão de crédito, boleto digital e PIX.

A entidade alega que a Lei estadual 9.444/2021, além de criar regras que geram graves prejuízos às operadoras, impõe obrigações não previstas em lei federal e em disparidade com empresas que atuam em outros entes da federação, em violação ao princípio da isonomia.

Sustenta, também, que os estados não podem legislar sobre direito civil e comercial, matéria de competência privativa da União. Ainda de acordo com a Unidas, o setor e o contrato de plano privado de assistência à saúde estão sujeitos à Lei Federal 9.656/1998 e à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a quem compete determinar os critérios a serem adotados nos contratos.

## 5 FATOS QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TELEMEDICINA

Saúde Business - 18/11/2021

A telemedicina é a prática da medicina à distância, onde os procedimentos, o diagnóstico, as decisões terapêuticas e as recomendações subsequentes de tratamento baseiam-se na visualização e nos dados dos pacientes, documentos e outras informações transmitidas por sistemas de telecomunicação. Desde 2018, a AMM (Associação Médica Mundial) recomenda o uso amplo da telemedicina, principalmente em casos nos quais o paciente não possa ver presencialmente um médico devidamente qualificado a tempo, devido a problemas de acesso como barreira geográfica ou falta de disponibilidade.

Mas, foi durante a pandemia que todos os termos iniciados com o prefixo “tele”: telemedicina, teleatendimento, teleconsulta, teleassistência, teleoperação, telemonitoramento, ganharam os holofotes. Segundo dados divulgados pela consultoria de saúde Mercer Marsh, no último ano, mais de 4 milhões de brasileiros optaram pela teleconsulta ao invés de ir aos hospitais presencialmente e, com isso, a aceitação da telemedicina aumentou em 316% durante a pandemia.

Da mesma forma, a discussão e a percepção dos impactos, dos prós e contras, extrapolaram as barreiras das instituições de saúde e do âmbito governamental para entrar em rodas de discussões da população em geral. A telemedicina é a grande responsável por unir brilhantemente os mundos físicos e digitais na área da saúde e tem alguns fatos que você precisa saber sobre ela.

### #1 Medicina e telemedicina são a mesma coisa

A telemedicina é simplesmente medicina, utilizando ferramentas de comunicação à distância e apoio da ciência computacional, com a vantagem de encurtar barreiras físicas, usar outros recursos que suportam a decisão clínica.

Ou seja, medicina e telemedicina não concorrem em hipótese nenhuma entre si. Pelo contrário, elas se complementam na missão de agregar valor à saúde e ampliar o acesso da população ao cuidado de qualidade. A telemedicina não é uma porta a menos e sim uma porta a mais para que o paciente chegue até o sistema de saúde.

### #2 Telemedicina salva muitas vidas e desafoga o sistema público

Segundo dados extraídos das bases da SDB - Saúde Digital Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital) - de março de 2020 até abril de 2021, foram mais de 7,5 milhões de atendimentos. Destes, 87% foram primeiras consultas, evitando as famosas idas desnecessárias e identificando a necessidade do atendimento presencial que estava sendo negligenciado. O resultado: mais de 75 mil vidas salvas.

No entanto, além desta resolutividade e da equidade, a telemedicina pode desafogar essa estrutura complexa e evitar tanto a subutilização de especialistas, quanto a superutilização do sistema. Isso porque ela absorve um atendimento que seria tradicionalmente direcionado às estruturas mais complexas. Ela assume o papel dos pronto-socorros, em geral, a porta de entrada do sistema, porém uma estrutura desenhada para atender a um nível de complexidade superior ao demandado na maioria das situações.

Sendo assim, pode-se dizer que, a telemedicina, pela agilidade que proporciona e pelo volume de dados que registra, consegue evidenciar, do ponto de vista populacional, os movimentos que acontecem de saúde e o adoecimento com alguma antecedência.

### #3 A telemedicina reduz custos e desperdícios

“É preciso fazer mais com menos!” Esse é um bordão cantado em todo o país, mas que, na prática, seja pela falta de recursos e dificuldade de acesso ou pela imensidão do Brasil, por mais de 30 anos teima em não se concretizar.

O grande problema do financiamento da saúde pública não é uma dificuldade exclusivamente brasileira, outros países têm discutido exaustivamente este desafio. O sistema de saúde britânico, por exemplo, sempre fonte de inspiração para o nosso Sistema Único de Saúde, reconhece que a telemedicina, na sua plenitude, é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Ela amplia o acesso à saúde e diminui custos. É por meio desta ferramenta que se pode melhorar a experiência e o desfecho clínico do paciente e reduzir desperdícios, já que está aberta a porta das grandes possibilidades, de colocar o paciente certo no lugar correto, no momento adequado,



evitando atrasos no diagnóstico e condutas, itens tão caros aos sistemas, melhorando assim, a saúde da população.

#### #4 A telemedicina pode antecipar cenários

Uma grande vantagem da telemedicina é antecipar cenários, algo crucial quando estamos falando sobre saúde de populações. O que podemos chamar “telepredicina”. Isso ocorre, pois, pelo volume de dados que registra, consegue evidenciar, do ponto de vista populacional, os movimentos que acontecem de saúde e o adoecimento com alguma antecedência.

Isso, inclusive, mostrou-se verdadeiro durante a pandemia, quando tivemos um volume de atendimento muito grande e conquistamos a capacidade de acompanhar os indicadores que eram obtidos nas consultas on-line e compará-los com dados de atendimentos presenciais nas unidades ambulatoriais e hospitalares presenciais.

#### #5 Regularizar a telemedicina é uma necessidade urgente

Desde abril de 2020, ela foi liberada em caráter de urgência por conta da pandemia. O Projeto de Lei 1998/20, que regulamenta a telemedicina em caráter definitivo está tramitando no Congresso Nacional e ainda há alguns entraves e discussões em andamento.

Mas, é indiscutível que o Brasil tem necessidade de avanço. Precisamos evitar que o país retorne ao patamar de 2002, data da regulamentação anterior, pois a insegurança jurídica traz falta de desenvolvimento em tecnologia, treinamento de pessoas e estruturação de novos processos e modelos assistenciais.

Manter as restrições nos condena a viver no passado, sem perspectiva de melhora para o atual presente. O que precariza a medicina não é a telemedicina e sim a regulamentação restritiva, caso inviabilize a prática de tal forma que o médico terá que voltar a atuar na informalidade para garantir sua autonomia

---

## ANS REALIZA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE CONSTITUIÇÃO DE PROVISÕES TÉCNICAS

GOV (ANS) - 18/11/2021

Evento será realizado de forma remota, no dia 26/11. Inscrições podem ser feitas no portal da Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, no dia 26/11, uma audiência pública sobre critérios de constituição de provisões técnicas por parte das operadoras de planos de saúde. O objetivo do evento, que será realizado por meio da plataforma Microsoft Teams, é receber contribuições para a proposta de alteração da Resolução Normativa Nº 393/2015, que trata do tema, e informar acerca da atualização dos parâmetros de cálculo da PEONA-SUS (Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados referentes a procedimentos realizados no SUS em beneficiários de

planos de saúde). Para participar da Audiência Pública nº 19, é necessário realizar inscrição até as 17h do dia 25/11, [clique aqui](#).

A revisão da norma tem como objetivos promover maior clareza sobre as determinações normativas que são comumente objeto de dúvida das operadoras e adequar processos diante de um novo cenário.

As notas técnicas, exposição de motivos e a minuta de Resolução Normativa podem ser acessadas [aqui](#).

---

## PANDEMIA DE COVID-19 AMPLIOU AS DISTORÇÕES NA SAÚDE

Saúde Business - 17/11/2021

A vida de quem trabalha com produtos para a saúde não foi nada fácil durante a pandemia, como grande parte da população imagina. Apenas para fazer um comparativo, o setor de turismo, que toda a sociedade enxerga como tendo sido brutalmente afetado pelas restrições impostas pela Covid, e foi, caiu 36,7% em suas atividades em 2020, em relação ao ano anterior. O setor de saúde enfrentou baixa de 50,8% no faturamento das empresas, em paralelo semelhante. Um cenário ainda mais dramático.

Os procedimentos cirúrgicos programados foram cancelados ou adiados e, em 2020, tiveram uma redução média de

59,8%, nos sistemas público e privado. Em algumas regiões do país, essa baixa nas operações chegou a 90%, com 1,3 milhão de cirurgias que foram suspensas somente no SUS. Mas as doenças não deixaram de existir. Portanto, as pessoas tiveram um agravamento de seus quadros ou muitos, infelizmente, acabaram morrendo. Vários dados de aumentos de óbitos por doenças cardiovasculares e cânceres, por exemplo, têm sido amplamente divulgados.

Esse cenário ampliou distorções históricas enfrentadas há muitos anos por empresas de saúde, que fornecem produtos, como EPIs, cateteres, marcapassos, próteses, entre os

milhares de itens e atendem hospitais públicos e privados por todo o país. Em pesquisa realizada pela ABRAIDI, pelo 4º ano consecutivo, os problemas representam 64% do custo de operação das companhias e impactaram mais uma vez no fluxo de caixa. Em 2019, esses problemas representavam 50%, uma alta de 14 pontos percentuais.

Hospitais e operadoras impuseram postergação de pagamentos, ou seja, exigiram a retenção de faturamento de cirurgias realizadas e o volume de recursos contingenciados chegou a R\$ 793,4 milhões. Em média levaram 118 dias para quitar débitos, mas há relatos de dívidas ainda em aberto do ano passado. O segundo item das distorções praticadas foi a inadimplência, que chegou a R\$ 714 milhões, quando o fornecedor não é remunerado após 180 dias, a partir da realização do procedimento cirúrgico. As glosas injustificadas, quando uma cirurgia é previamente autorizada, ficaram, em terceiro lugar, com um volume financeiro paralisado de R\$ 118,6 milhões.

As três distorções somadas representam um valor de R\$ 1,626 bilhão não pago por hospitais públicos e privados, por convênios, planos de saúde e seguradoras. Um valor que afeta principalmente pequenas e médias empresas que não conseguem se manter com valores tão elevados sem as devidas quitações.

O valor retido ou bloqueado bateu recorde, desde que a pesquisa foi iniciada em 2017. Convênios, planos de saúde e

seguradoras contingenciaram R\$ 392 milhões de empresas fornecedoras de produtos para a saúde; já os hospitais privados bloquearam pagamentos de R\$ 290,4 milhões, enquanto as instituições públicas foram responsáveis por R\$ 111 milhões.

Em alguns casos, a conta hospitalar inteira tem sido glosada, sem argumento plausível. Isso pode decorrer por questões burocráticas, de terceiros ou não justificáveis. 89% dos associados relataram sofrer com valores glosados, sendo 64% atribuídas a convênios, operadoras e planos de saúde, enquanto 36% relativos aos hospitais. O número de associados que afirmaram sofrer com glosas aumentou três pontos percentuais (86%), em relação à pesquisa anterior. Já em relação à inadimplência, 94% dos associados registraram perdas com a falta de pagamento superior a 180 dias ou calote por parte de hospitais, operadoras ou órgãos públicos.

Esse cenário sempre foi bastante desolador para que o fornecedor de produtos para a saúde consiga manter a empresa em atividade e, de certa forma, encarece todo o custo operacional e em cadeia. Mas a pandemia de Covid-19 ainda trouxe elementos adicionais, como problemas logísticos que aumentaram o frete, num país continental, como o Brasil, além da elevação excessiva do dólar – produtos e insumos são importados. Precisamos buscar formas urgentes para tornar o setor sustentável, sob risco de colapso.

## BIG DATA E IA VÃO ATUAR CADA VEZ MAIS NA SAÚDE

Estadão - 17/11/2021

Poucas indústrias estão sendo tão afetadas pela transformação digital quanto a da saúde. Assim como poucas foram tão impactadas pela pandemia. Ninguém conta melhor essa história do que Edvaldo Vieira, CEO da Amil. É uma história que inspira — de resiliência empresarial e gana de mudar. A indústria, ele conta nessa conversa com o Estadão Blue Studio e Fabio Costa, general manager no Brasil da Salesforce, muda porque estamos todos mudando de muitas maneiras.

Pelo cansaço que o baque dos últimos anos traz — saúde mental está se tornando mais importante. Também pela praticidade que o digital impõe. Consultas via apps vão ficar cada vez mais comuns. E, do jeito que Vieira conta, essa não é só uma história de gestão. É, também, a história de todos nós.

### **Estamos vivendo a pandemia num mundo digital. A telemedicina veio para ficar?**

Edvaldo Vieira – Vimos durante a pandemia uma aceleração fantástica na adesão a nossos aplicativos, que subiu para perto de 95% em algumas funcionalidades, como agendamento e reembolso. Disponibilizamos aplicativos para nossos 5,7 milhões de beneficiários – 3,4 milhões de saúde,

e os demais na área dental. Então, a experiência do cliente é importante, e a necessidade fez com que a adesão a esses aplicativos evoluísse. Acreditamos que a telessaúde veio para ficar. Ela é importante, e o cliente a aceitou.

### **Pode nos dar um exemplo?**

Antes da pandemia fazíamos perto de mil teleconsultas por mês. Hoje estamos perto de 90 mil mensais, e o acumulado chegou a 2 milhões. E enviamos as receitas de forma segura. Em termos de experiência, é possível evoluir, pois, uma vez que você tem a receita, pode haver o link automático com a farmácia, o medicamento chegar por delivery, e a experiência do cliente vai sendo cada vez mais considerada. O setor de saúde tem que evoluir para isso. Havia um motivo para essa integração, que era o isolamento social, mas lentamente o estamos deixando...

Eu tenho a esperança de que no caso da telessaúde esse hábito veio sim para ficar. E nosso papel é como garantimos a evolução dessa experiência. Para mim o segredo está na experiência do cliente e na resolubilidade da necessidade dele. E, importante, os clientes entenderam que não precisam sempre ir para o hospital; apenas 5% acabam indo. Mas o objetivo da telemedicina não é evitar que o cliente vá ao

hospital, é dar uma comodidade de resolver a necessidade dele, e os clientes têm entendido isso. Esse é o caminho que imaginamos trilhar.

### **A impressão é que a indústria da saúde é uma das que mais se digitalizaram?**

Fabio Costa – Com certeza. Eu tenho a impressão de que no caso de dor no joelho, por exemplo, você tem de ir ao hospital, porque o médico tem de examinar, fazer exames. Mas nos casos de dor de cabeça, coriza, esse tipo de coisa, e principalmente nos de saúde mental, fazer tratamento, consultas e terapias via tecnologia se provou um sucesso.

### **Outro ponto: com tanta informação, Edvaldo, será que o big data e a inteligência artificial (IA) não vão ter um papel ainda mais preponderante na antecipação de doenças?**

Edvaldo Vieira – Sem dúvida. Nos nossos modelos preditivos, com IA e big data, tem havido outra evolução. Temos muito mais dados, e os modelos estão evoluindo para chegarmos perto dessa prevenção e da criação de programas. Temos um de saúde mental e vimos a adesão a ele, durante a pandemia, aumentar 50%, 60%. Mais ou menos 20% das consultas com psicólogos têm sido por meio de telessaúde. E IA, big data e machine learning vão nos ajudar, porque não há uma solução

para todos, tem de ser segmentada de acordo com o problema e a idade.

### **Como se pode deixar de ser um plano de saúde para ser um extensor de vida para as pessoas?**

Os modelos preditivos nos ajudam. Conseguimos saber pelo tipo de exame, pelo tipo de solicitação, para onde o cliente está indo e qual é o caminho, e assim criamos programas. Temos alguns como o de obesidade e o de saúde mental. Fazemos uma abordagem convidando o paciente a entrar no programa de prevenção, que é desenvolvido por um comitê clínico. Além das consultas com especialistas, o paciente recebe orientações sobre que tipo de atividade física eventualmente tem que fazer e qual é a alimentação ideal, por exemplo, tudo isso com a sua evolução sendo acompanhada.

### **Fabio, a sua experiência é essa? Inteligência artificial consegue melhorar a vida das pessoas?**

Fabio Costa – Sem dúvida alguma. Na verdade, o grande valor adicionado são os insights, que normalmente em nosso dia a dia não conseguimos tirar, mas a IA consegue. Então, eu diria que há um potencial de melhoria de qualidade de vida absurdo.

---

**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.