

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[Fenasaúde integra movimento contra aumento do ICMS sobre tratamentos médicos](#) - Fonte: Segs

[Lei geral de proteção de dados e a saúde](#) - Fonte: IESS

[Boletim Covid-19: setor registra o maior número de beneficiários desde dezembro de 2016](#) - Fonte: ANS

[Adiamento do início do envio das solicitações para autorização de reajuste dos planos individuais](#) - Fonte: ANS

[Ações da Hapvida e da Intermédica disparam após operadoras confirmarem fusão](#) - Fonte: Valor Investe

[Pressa: Rede D'Or compra R\\$ 600 mi em ações da Qualicorp só em fevereiro](#) - Fonte: Exame

[O papel da avaliação de tecnologia em saúde](#) - Fonte: IESS

# FENASAÚDE INTEGRA MOVIMENTO CONTRA AUMENTO DO ICMS SOBRE TRATAMENTOS MÉDICOS

Segs – 02/03/2021

Cobrança do imposto por São Paulo pode elevar em mais de 20% o custo de produtos para cirurgias e de medicamentos de combate a câncer e Aids, entre outros

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) participa do movimento Unidos pela Saúde, que reúne nove entidades contra a decisão do governo de São Paulo de aumentar de 0% para 18% o ICMS cobrado do setor de saúde no estado. Lançada nesta segunda-feira (1º/3), a iniciativa chama atenção para o impacto que a tributação terá sobre o atendimento à população. Também ressalta o efeito da medida em todo o país, com provável alta de custos, além do risco de eliminar empregos e de aumentar a demanda pelo SUS.

Planos de saúde são o setor em que os efeitos do aumento de ICMS serão mais visíveis para a população. Isso porque as mensalidades cobradas dos beneficiários refletem toda e qualquer alta das despesas assistenciais, diretamente impactadas pelos tributos. Levantamento realizado pela FenaSaúde estima aumentos de mais de 20% nos preços de diversos itens usados no atendimento de saúde prestado à população (mais detalhes abaixo).

“Num momento crítico da pandemia como o atual, todos que lidamos com saúde deveríamos estar 100% focados na frente de batalha contra a covid. Mas, ironicamente, estamos tendo que lidar, usando uma linguagem médica, com essa verdadeira infecção oportunista que é o aumento absurdo de carga tributária sobre a saúde determinado pelo estado de São Paulo”, resumiu o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, em entrevista coletiva realizada nesta manhã, junto com representantes de todas as nove entidades que integram o movimento Unidos pela Saúde. “Estamos falando de um aumento de 18.000% na carga tributária de vários itens até então isentos e que tiveram suas alíquotas alteradas para 18%.”

A decisão do governo de São Paulo afeta diversos produtos e tratamentos. Materiais e insumos para cirurgias e medicamentos para tratamento de Aids e câncer, por exemplo, perderam a isenção e passam a ser taxados em 18%. Próteses e cadeiras de rodas também passam a ser tributadas, em quase 6%. Até mesmo a compra de seringas e agulhas descartáveis – fundamentais para a imunização

contra o novo coronavírus – teve aumento de imposto com a decisão do Executivo paulista.

O impacto da cobrança do ICMS paulista será sentido em todo o Brasil, já que mais de 70% dos dispositivos médicos usados no país saem de São Paulo. É o caso do tubo de plástico para coleta de sangue a vácuo. Fabricado em São Paulo e vendido para todo o Brasil, o produto foi afetado pela decisão do governo paulista, o que deve fazer com que seu preço suba mais de 6%, ainda de acordo com levantamento feito pela FenaSaúde.

Fornecedores de produtos médicos já têm reportado elevações de preços de 18% ou mais. Um provável efeito do aumento dos custos é a migração de beneficiários da saúde suplementar para o SUS, onerando ainda mais o sistema público. “A medida do governo paulista é um verdadeiro tiro no pé, porque essa provável evasão para o sistema público vai gerar ônus para o Estado, anulando o efeito da alta da arrecadação”, avaliou o presidente da FenaSaúde.

Importante ter presente que tributos representaram 4,9% das despesas das operadoras de planos de saúde até o 3º trimestre de 2020, com R\$ 7,8 bilhões. A alta do ICMS, portanto, vai elevar ainda mais estes dispêndios, que, mais à frente, serão repassados para as mensalidades cobradas dos beneficiários da saúde suplementar. “Lidamos com a poupança de milhões que nos confiam seus recursos. Se não repassarmos, as operadoras que atendem estas pessoas quebram e param de atender”, alertou Amoroso Lima.

Além da FenaSaúde, fazem parte do movimento Unidos pela Saúde as seguintes entidades: Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para a Saúde), Abimo (Associação Brasileira das Indústrias Médico, Odontológicas, Hospitalares e de Equipamentos de Laboratório), Abraidi (Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde), Abramed (Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica), Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), CNSaúde (Confederação Nacional de Saúde) e Sindhosp (Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo).

Conheça mais sobre o movimento Unidos pela Saúde no site <https://movimentounidospelasaude.org.br/>

## IMPACTO DO AUMENTO DO ICMS DE SÃO PAULO SOBRE A SAÚDE PRIVADA.

Produto	Como era	Como ficou	Impactos nos preços
<i>Fármacos, produtos intermediários e medicamentos para tratamento de Aids</i>	Isento	Alíquota de 18%. Caso o medicamento seja genérico, alíquota de 12%	Aumento entre 4% e 22%*
<i>Equipamentos e insumos utilizados em cirurgias</i>	Isento	Alíquota de 18%	Aumento entre 4% e 22%*
<i>Medicamentos utilizados no tratamento de câncer</i>	Isento	Alíquota de 18%. Caso o medicamento seja genérico, alíquota de 12%	Aumento entre 4% e 22%*
<i>Venda de cadeira de rodas e próteses</i>	Isento	Isenção parcial. Nova alíquota aproximada de 5,94%	Aumento de 5%
<i>Seringas e agulhas descartáveis</i>	Alíquota de 12%	Alíquota de 13,3%	Aumento de 1,5%
<i>Venda de tubos de plástico por fabricante de SP para coleta de sangue a vácuo, com destino a consumidor final</i>	Crédito de 6% sobre o valor da operação	Crédito de 4,7% sobre o valor da operação	Aumento de 6,6%

\* A depender da alíquota do produto, nas aquisições pelas instituições não descritas no benefício.

## LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E A SAÚDE

IESS – 02/03/2021

Pela complexidade do sistema de saúde, a maturidade para uso dos dados dos pacientes de forma eficiente ainda é um desafio em diferentes aspectos. E não é algo específico do caso brasileiro. Lembrar de como a tecnologia e as diversas inovações digitais mudaram as relações e transformaram a rotina de diversas áreas já não é novidade. Ou ainda falar do ganho de eficiência trazido por meio dessas inovações.

Um aspecto, no entanto, sempre foi fundamental e necessita ainda de debate: a maior disseminação e melhor uso de diversas ferramentas está totalmente relacionado com a segurança dos dados. E é aí que entra a importância da nova Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) em território nacional.

Vivemos numa sociedade fortemente baseada em dados. Sendo assim, o tratamento, a gestão e o compartilhamento dessas informações são, por um lado, uma vantagem competitiva para empresas de diferentes setores e, de outro, sua proteção se torna cada vez mais relevante à medida que a quantidade de dados criados e armazenados continua a crescer amplamente.

Nesse contexto, recente artigo publicado no Estadão reforça os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais no setor da saúde suplementar. De autoria das advogadas Ângela Ventim Lemos e Christine Albiani, a publicação ressalta diante dos recentes vazamentos de dados de milhares de brasileiros, é evidente o protagonismo da segurança da informação e da aplicação de multas em caso de descumprimento da legislação de proteção de dados pessoais vigente no país.

“Pode-se afirmar que a implementação da LGPD impacta e altera antigas práticas e o modo de funcionamento de empresas, sobretudo, as inseridas no mercado de saúde suplementar. Particularmente neste setor, a lei classifica os dados como sensíveis – já que é tido como sensível qualquer dado a respeito da saúde, da vida sexual, dado genético ou biométrico, de acordo com o Art. 5º, II da LGPD – e, assim, demanda uma atenção especial, já que garante uma maior proteção e tratamento mais criteriosos”, reforçam as autoras. Nesse sentido, elas apontam diferentes exemplos estrangeiros de aplicação de multas e notificações de violações por parte de diferentes instituições. “Nesse contexto, a área da saúde suplementar, segmento já exaustivamente regulado por conta da sua inquestionável

importância, tem como desafio compatibilizar as novas regras da LGPD com as normas setoriais já existentes (regulações do Conselho Federal de Medicina e ANS, Lei do Prontuário Eletrônico – nº 13.787/2018 –, etc.) de forma a definir o adequado cumprimento de suas obrigações no que diz respeito a atividades que envolvem tratamentos de dados pessoais, como a gestão de acesso a prontuários médicos, por exemplo”.

Para as especialistas, é de fundamental importância que as organizações façam o correto mapeamento dos seus dados, identificando todas as formas de entrada, as finalidades para o tratamento e se ele é realizado de modo legítimo, além de investir em segurança da informação, treinamento dos seus colaboradores para uma efetiva adequação à LGPD, entre outros.

Claro que é impossível negar a evolução tecnológica pela qual temos passado e o progresso que isso acarreta. É necessário, no entanto, garantir segurança jurídica às organizações com o estabelecimento de boas práticas para todo o setor ao mesmo tempo em que se reforça a maior proteção dos dados dos pacientes. [Acesse o artigo completo aqui.](#)

Você também pode conferir aqui como foi o nosso seminário “[Transformação Digital na Saúde](#)”, que trouxe o debate “[Uma visão integrada dos desafios da transformação digital na saúde](#)”.

Ou ainda acessar o Webinar IESS “[Governança e uso de dados para uma gestão integrada de saúde](#)”

## BOLETIM COVID-19: SETOR REGISTRA O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DESDE DEZEMBRO DE 2016

ANS – 01/03/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (01/03) nova edição do Boletim Covid-19 com dados sobre a utilização dos planos de saúde durante a pandemia. São apresentadas informações assistenciais e econômico-financeiras coletadas até janeiro junto a uma amostra de operadoras, além da prévia da evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica relativa a esse mês, número de exames relacionados à Covid-19 realizados pelos planos de saúde e demandas dos consumidores recebidas pela ANS através de seus canais de atendimento.

O objetivo da publicação é monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde durante o período da pandemia, subsidiando análise qualificada da agência reguladora e prestando mais informações à sociedade.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

Na parte relativa aos indicadores assistenciais, são informados a ocupação de leitos, os atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação e autorizações emitidas para procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar, entre outros dados que apontam as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde durante a pandemia. Os indicadores econômico-financeiros analisam a sinistralidade observada através do fluxo de caixa das operadoras - movimento de entrada (recebimentos) e saída (pagamentos) de recursos em um dado período - e a inadimplência, ou seja, o não pagamento de obrigações no prazo estabelecido. Confira a seguir as informações detalhadas.

### Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica registrado em janeiro segue a tendência de crescimento que vinha sendo observada desde julho de 2020. Foram 47,7 milhões de beneficiários em planos de assistência médica na prévia de janeiro, com aumento de 0,16% em relação a dezembro.

O número é o maior registrado desde dezembro de 2016 - antes disso, foi superado em dezembro de 2016, quando foram registrados 47.771.437 milhões de beneficiários. A evolução crescente de beneficiários demonstra a importância do setor e evidencia o interesse dos brasileiros no acesso à saúde suplementar.

De março (início da pandemia) a janeiro, o aumento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, sendo que o maior percentual foi verificado nos coletivos por adesão (1,68% a mais em relação a março). Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação foi positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação ao longo dos meses de março de 2020 até janeiro deste ano. Destaca-se também, no período, o aumento de beneficiários em planos individuais e familiares.

### Informações assistenciais

Em janeiro, a taxa de ocupação geral de leitos (com e sem UTI) nos hospitais da amostra ficou em 68%, assim como em dezembro, abaixo do observado para o mesmo mês em 2020 (71%). Essa informação considera a ocupação tanto para o atendimento à Covid-19 quanto para demais procedimentos não relacionados à doença, e engloba leitos comuns e de UTI dos hospitais próprios das operadoras da amostra, que representam aproximadamente 10,5% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados. Houve um aumento na alocação de leitos dos hospitais da amostra

para atendimento à Covid-19, passando de 29% para 32%. Esse aumento foi mais expressivo na proporção de leitos com UTI alocados para Covid-19, passando de 41% em dezembro para 48% em janeiro. Vale destacar, ainda, o aumento das internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave, atípico para a época, com crescimento de 483% em relação a janeiro de 2020.

A quantidade de atendimentos em pronto-socorro que não geraram internações segue apresentando retomada lenta e gradual. Em janeiro, houve um crescimento de 1,4% em relação ao mês anterior, mesmo assim, ainda abaixo do observado antes do início da pandemia.

A busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) – que permite avaliar a tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar – em janeiro ficou 4,7% abaixo do observado em janeiro de 2020. No entanto, observou-se retorno do volume de exames e terapias fora do ambiente hospitalar ao patamar observado antes da pandemia.

### Exames

Os dados sobre a realização de exames contemplam informações coletadas até novembro e têm como fonte os dados do Padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar). Nesse mês, foram contabilizados 351.678 exames para detecção de Covid-19 do tipo Pesquisa de RT-PCR e 52.810 testes do tipo sorológico. Destaca-se ainda que, em novembro, o número de exames realizados voltou a subir, interrompendo a queda iniciada em agosto de 2020.

Cabe ressaltar que os números do mês de novembro apresentados no boletim ainda sofrerão alteração à medida que as cobranças forem encaminhadas dos prestadores de serviços às operadoras e, posteriormente, para a ANS.

### Informações econômico-financeiras

Essa edição do boletim mostra que, em janeiro, houve redução das despesas assistenciais e do pagamento de mensalidades em relação a dezembro de 2020. No entanto, o índice de sinistralidade permaneceu estável e igual a dezembro de 2020 (79%), porém ligeiramente superior ao nível histórico para o primeiro trimestre, ao se comparar com o primeiro trimestre dos últimos anos.

Quanto às informações sobre pagamento de mensalidades, a exemplo dos períodos em que o final do mês ocorreu no final de semana, o indicador de inadimplência apresentou alta. Isso pode ser explicado pelo fato de as receitas ingressarem apenas no mês subsequente ao fechamento do fluxo de caixa, agravando o resultado do indicador. Logo, considerando que não houve variação expressiva da receita com contraprestações, acredita-se que esta variação se deve à postergação dos pagamentos para o primeiro dia útil de fevereiro, de forma semelhante ao que se observou nos meses de maio e outubro de 2020.

### Demandas dos consumidores

Em janeiro, houve queda de 18,8% em relação ao mês anterior no número de reclamações (sobre todos os temas) registradas nos canais de atendimento da ANS, totalizando 9.196 demandas. No comparativo com janeiro de 2020, a redução foi de 39,1%, mas estável em relação a janeiro de 2019. As queixas relacionadas especificamente à Covid-19 também apresentaram queda, passando de 1.048 em dezembro para 874 em janeiro.

Do total de reclamações sobre Covid-19 registradas em janeiro, 46% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento; 27% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia; e 27% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

De março até janeiro, foram registradas 17.048 reclamações e 19.913 pedidos de informações sobre Covid-19. Cabe esclarecer que essa classificação considera o relato do consumidor ao cadastrar sua demanda na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

As demandas de reclamação dos consumidores passam pela mediação de conflitos realizada através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), conforme definição prevista na Resolução Normativa nº 388/2015. A mediação possibilita que as operadoras reparem sua conduta irregular e resolvam os problemas dos beneficiários, evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial.

A NIP vem atingindo índices elevados de resolutividade, alcançando em 2020 (até outubro) patamares superiores a 90%, inclusive em relação às demandas relacionadas à Covid-19.

Já o percentual de resolução das reclamações relativas aos testes para detecção da Covid-19 ficou em 93% para os exames de RT-PCR e 92,4% para os exames sorológicos. Esse dado informa que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação promovida pela Agência.

No portal da ANS, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19. [Clique aqui e confira.](#)

[Confira as outras edições](#) do Boletim Covid-19.

### Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 49 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 94 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e 93 para análise de inadimplência. Juntas, as operadoras respondentes para



esses grupos de informação compreendem 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares.

Adicionalmente, na construção do boletim, para estes e demais indicadores relacionados a demandas de consumidores e variação da base de beneficiários, foram

utilizados dados oficiais da ANS, entre eles, o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), o Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

## ADIAMENTO DO INÍCIO DO ENVIO DAS SOLICITAÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

ANS – 01/03/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, em virtude de questões operacionais, o início do envio pelo Aplicativo de Gestão Eletrônica de Autorização de Reajuste (GEAR) das solicitações para autorização de reajuste dos planos individuais, no período de maio/2021 a abril/2022, não será, excepcionalmente, no dia 1º de março de 2021.

A Agência informará a nova data para o início das solicitações por parte das operadoras e lamenta pelo adiamento, que se faz necessário para garantir uma implementação bem-sucedida do processo.

## AÇÕES DA HAPVIDA E DA INTERMÉDICA DISPARAM APÓS OPERADORAS CONFIRMAREM FUSÃO

Valor Investe – 01/03/2021

**O acordo cria uma companhia com valor de mercado de R\$ 110,5 bilhões, a décima primeira mais valiosa da B3, considerando as cotações das duas empresas na sexta-feira (26).**

As ações da Hapvida e da NotreDame Intermédica eram os papéis do Ibovespa que mais subiam na manhã desta segunda-feira (1º), [após as operadoras de planos de saúde confirmarem na manhã de ontem que pretendem fundir suas operações](#). No fim do pregão, as ações ordinárias (com direito a voto em assembleia) da Hapvida fecharam com alta de 5,29%, enquanto os papéis ordinários da Intermédica saltaram 3,41%.

O acordo cria uma companhia com valor de mercado de R\$ 110,5 bilhões, a décima primeira mais valiosa da B3, considerando as cotações das duas empresas na sexta-feira (26). A empresa combinada passa a ter 13,6 milhões de usuários de planos de saúde e dental e uma receita líquida

de R\$ 18,2 bilhões, o que a coloca como uma das maiores operadoras de saúde verticalizadas do mundo.

Com a fusão, as companhias se tornam líderes absolutas no mercado brasileiro de convênios médicos, ampliando a distância para a segunda colocada, que é a Bradesco Saúde, e se aproximando da líder do setor de planos odontológicos, a OdontoPrev.

A [corretora XP investimentos iniciou a cobertura da Hapvida e da Intermédica, ambas com recomendação de compra e preços-alvo de R\\$ 21 e R\\$ 117, respectivamente](#). Segundo a corretora, separadamente, as empresas estão bem posicionadas para capturar uma oportunidade de crescimento orgânico, se consolidando nos mercados em que já estão presentes.

“Entretanto, juntas elas criam uma rede complementar única de abrangência nacional com espaço adicional para uma consolidação inorgânica e sinergias relevantes – estimamos impacto de até R\$ 1,1 bilhão”, diz o relatório.

## PRESSA: REDE D'OR COMPRA R\$ 600 MI EM AÇÕES DA QUALICORP SÓ EM FEVEREIRO

Exame - 01/03/2021

No ano, participação na empresa de distribuição de planos de saúde subiu de 13,5% para 22,4% após compras que totalizam R\$ 750 milhões

Agora, quem tinha dúvida, não tem mais. Somente em fevereiro, a Rede D'Or ampliou a participação na Qualicorp

de 15% para 22,4%. As aquisições de ações voltaram com tudo desde que o ex-presidente e fundador da empresa, José Seripieri Filho, fechou seu acordo de colaboração premiada. Dessa vez, o tiquete da aquisição foi bem mais alto: mais de R\$ 600 milhões pelo preço verificado na bolsa. Com o bolso cheio, depois de captar R\$ 8,4 bilhões na oferta inicial de

ações realizada no fim do ano passado, e sem a insegurança a respeito do legado de Júnior, como Seripieri Júnior é conhecido, a Rede D'Or colocou o pé no acelerador. Entre meados de janeiro e o começo de fevereiro, o valor investido tinha sido da ordem de R\$ 150 milhões, fazendo o total no ano estar próximo de R\$ 750 milhões.

A Qualicorp é um caminho importante para a rede de hospitais fundada pela família Moll em 1974 — e que enfrenta a forte concorrência das empresas verticalizadas — conseguir ter na mão um dos principais canais de distribuição de planos de saúde para negociar pacotes com as operadoras.

Na B3, a Qualicorp era avaliada em pouco mais de R\$ 9 bilhões. O investimento da Rede D'Or na empresa começou em 2019, mas ficou parado devido às investigações. Para quem já está se perguntando: o estatuto social da companhia não impõe nenhuma restrição à compra de grandes participações. Outros acionistas relevantes são Pátria Investimentos, com 10%, e Opportunity, com 6%.

A empresa terá eleição do conselho de administração em abril deste ano. De acordo com calendário no site de relações com investidores, a divulgação de resultados está programada para dia 23 e a convocação da assembleia ordinária, prevista para dia 30.

A Rede D'Or, que tem um agressivo projeto de expansão e consolidação, precisa garantir formas de crescer mesmo com o mercado de planos de saúde estagnado há uma década em 45 milhões de vidas.

No fim de semana, as duas maiores empresas do segmento, Hapvida e Grupo NotreDame Intermédica, fecharam uma fusão de mais de R\$ 115 bilhões. Juntas, elas terão cerca de 20% do mercado nacional de saúde. A companhia resultante

será a segunda maior do setor em avaliação de mercado, na cola da Rede D'Or, que valia há pouco R\$ 135 bilhões na B3. Com o encarecimento dos planos individuais e a conquista de participação de mercado dessas empresas unificadas, que atendem os pacientes apenas na própria rede de diagnóstico e hospitais, a Rede D'Or, que sempre teve um tíquete bem mais salgado, precisa se reinventar — ou a forma como vende seus serviços. Ainda mais para entregar o crescimento prometido ao mercado durante as reuniões para o IPO.

Ninguém duvida da capacidade da família Moll. A expansão entregue até aqui já surpreendeu muitos em muitas etapas do caminho. Contudo, o setor de saúde não para de se transformar, e isso vem junto a uma pressão cada dia maior por custos mais baixos.

Só em crescimento orgânico, a Rede D'Or tem em marcha projetos com capacidade para dobrar seu total de leitos operacionais em cinco anos. Mais as aquisições que não param. Para completar o quadro, seu próprio sucesso despertou rivais.

Para concorrer por ativos bons, três redes de hospitais estão com planos de IPO e já pediram à Comissão de Valores Mobiliários (CVM) o registro para suas ofertas: Matter Dei, Kora saúde, com operações relevantes em Tocantins e Mato Grosso e planos mil para outros estados, e o grupo Hospital Care, que mira aquisições em hospitais de alta complexidade em regiões carentes.

É sempre a lei da oferta e da procura: quanto mais compradores tem um ativo, mais caro ele fica. E quanto maior a oferta de um produto, menos ele custa. O segmento de hospitais vive exatamente esse momento e os especialistas preveem que ainda vai levar um tempo até o ponto de equilíbrio, provavelmente, passando por mais distorções.

---

## O PAPEL DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

IESS – 28/02/2021

“A ATS tem como objetivo fornecer aos tomadores de decisão informações quanto ao possível impacto e consequências de uma nova tecnologia em saúde ou de mudanças em uma tecnologia estabelecida. É responsável por avaliar as consequências diretas e indiretas, benefícios e desvantagens, e pelo mapeamento das etapas envolvidas em qualquer transferência de tecnologia, tanto no setor privado quanto público. O papel da ATS é fornecer para os tomadores de decisão uma análise hierarquizada das opções de políticas de saúde, com um entendimento das implicações em saúde, econômicas, ambientais, sociais, políticas e legais para a sociedade”.

A incorporação de novas tecnologias é um dos temas mais sensíveis para o setor de saúde, sendo um dos principais impulsionadores dos custos desse segmento em todo o mundo. Por isso, é um dos assuntos que mais buscamos

analisar aqui no Blog e no portal IESS como um todo. O tema já foi abordado em diversos momentos aqui no blog, vídeos, estudos e apresentações em eventos. Todo esse material pode ser acessado facilmente em nossa [Área Temática](#).

O trecho que abre essa publicação está em nosso livro “Saúde Suplementar: 20 Anos de Transformações e Desafios em um Setor de Evolução Contínua”, no artigo “Avaliação de Tecnologia em Saúde no Brasil”, de autoria de Carisi Anne Polanczyk e Denizar Vianna.

Como já apontamos em diferentes momentos, a [inovação tecnológica](#) é boa e desejada, mas é necessário analisar os casos em que ela deve ser empregada e, principalmente, que não há como prover tudo o tempo todo para todos. Para garantir equilíbrio, a Avaliação de Tecnologia em Saúde

(ATS), em moldes semelhantes ao que o Conitec faz para o Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental.

Portanto, os autores apresentam um histórico do tema, experiências nacionais e estrangeiras, o funcionamento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), os desafios para a saúde suplementar brasileira e outros aspectos.

Segundo eles, os financiamentos do SUS e do Sistema Suplementar de Saúde Brasileiro estão sob stress em decorrência da redução no número de beneficiários – no caso da Saúde Suplementar – além do envelhecimento populacional e pressão para incorporação de novas tecnologias.

“Há necessidade de adoção de novo modelo de avaliação de tecnologia em saúde para enfrentar o desafio de prover acesso, com qualidade, de maneira custo-efetiva. O cenário da Saúde Suplementar no Brasil tem peculiaridades que representam um desafio para ATS, em função da

heterogeneidade das operadoras de planos de saúde”, apontam no texto. “As operadoras têm modelos assistenciais e portes diferentes, onde uma mesma tecnologia incorporada terá impacto diferente nos orçamentos das operadoras. Torna-se necessário delinear um modelo de avaliação de tecnologia que contemple estas especificidades”, concluem os autores.

Carisi Anne Polanczyk é coordenadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologia em Saúde - INCT IATS e professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FAMED/UFRGS. Já Denizar Vianna é professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pesquisador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) CNPq/Brasil.

Leia agora o artigo na íntegra e [“Saúde Suplementar: 20 Anos de Transformações e Desafios em um Setor de Evolução Contínua”](#).

---

**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)