

Digital



Health Report

As principais **Jazidas de Valor** que vão transformar a saúde no Brasil



Sumário Executivo

INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Suplementar tem um amplo leque de oportunidades – potencializado pelas novas tecnologias disponíveis – mas está estruturado em pilares inadequados. Se nada for feito, existe o risco de colapso do sistema.

PONTOS DE ATENÇÃO

- A saúde ainda é vista na perspectiva do tratamento e controle de danos, ao invés da prevenção;
- O modelo fee-for-service ainda é predominante;
- Há que se aprofundar a visão de saúde populacional, a fim de viabilizar o direcionamento de perfis específicos para linhas de cuidado pertinente
- A experiência do paciente é fragmentada e pode ser aprimorada com uma jornada omnichannel;
- As novas tecnologias ainda não foram totalmente integradas à dinâmica da prestação de cuidados;
- Baixo nível de captura e digitalização de dados em organizações de saúde

JAZIDAS DE VALOR

Identificamos **10 grandes áreas de oportunidade**, denominadas **Jazidas de Valor**, que foram categorizadas em 3 grupos:

NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS

- 1** Direcionamento, retenção e engajamento de pacientes em linhas de cuidado apropriadas
- 2** Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde
- 3** Ampliação e qualificação do acesso a saúde
- 4** Farmácias como hubs de cuidado

EFICIÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL

- 5** Relação entre prestadores de serviços e operadoras
- 6** Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde
- 7** Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias

DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

- 8** Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros
- 9** Ascensão de novos modelos de At-Home Health para conveniência e acompanhamento do paciente
- 10** Experiência omnichannel do paciente

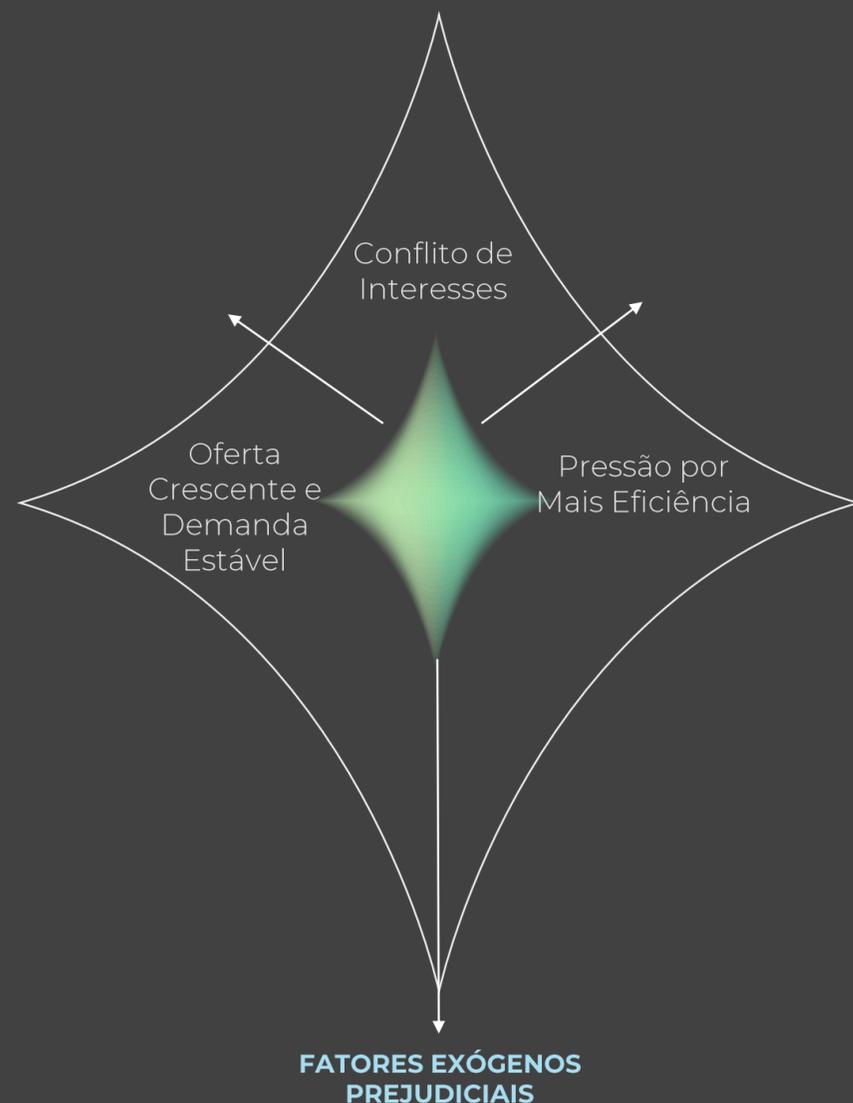
Sumário

10	Contexto
16	Autores
19	Metodologia
21	Digital Health & Venture Capital
28	Jazidas de Valor
31	Novos Modelos de Saúde
45	Eficiência e Transformação Digital
55	Descentralização da Saúde



Contexto

O Sistema de Saúde Suplementar no Brasil é insustentável no longo prazo



Conflito de Interesses

- ▶ O modelo fee-for-service leva algumas partes interessadas a ter interesses antagônicos

Oferta Crescente e Demanda Estável

- ▶ Grandes players de saúde têm estratégias de consolidação e expansão, apesar da recente curva de crescimento horizontal da base de beneficiários de planos de saúde.

Pressão por Mais Eficiência

- ▶ Com custos crescentes que não podem ser repassados aos consumidores, provedores e operadoras são pressionados a priorizar ganhos imediatos, em vez de se comprometerem com metas de médio e longo prazo.

Fatores Exógenos Prejudiciais

- ▶ O envelhecimento da população, a desvalorização do real e questões de judicialização são alguns fatores prejudiciais adicionais que aumentam a pressão sobre o sistema.

Para reverter o quadro, é preciso desafiar antigas premissas

PREMISSAS DO STATUS QUO:



Tratamento e Contenção: A jornada do paciente é moldada pelo tratamento de enfermidades e pela minimização de riscos e de efeitos adversos mapeados durante o diagnóstico. Há um caráter majoritariamente reativo.



Foco em Volume: Os provedores de serviço possuem sua receita diretamente associada ao volume de serviços ofertados. A qualidade dos desfechos não interfere diretamente na remuneração.



Lócus de Saúde Restritos: A prestação e o monitoramento dos cuidados se restringe, majoritariamente, às unidades de saúde, sejam hospitais, laboratórios, clínicas, entre outras.



Escassez e Desconexão de Informações: Com lócus de saúde restritos, dados são coletados apenas esporadicamente e vistos de forma descoordenada. A saúde do paciente é vista em “fotos”, sem um senso evolutivo.



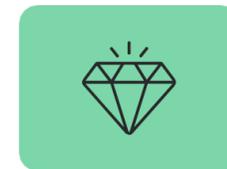
Cuidados Descontinuados e Subotimizados: Tipicamente, os cuidados prestados não estão conectados, dependendo primariamente do diagnóstico mais recente e sem o amparo de uma lógica de monitoramento e prevenção associada ao quadro clínico.



NOVOS PILARES ESTRUTURANTES:



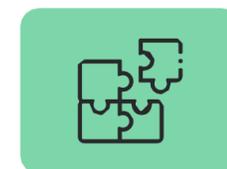
Prevenção e Antecipação: A jornada do paciente passa a ser pautada pela prevenção e antecipação de riscos e necessidades médicas. Nesse contexto, a Atenção Primária deixa de ser um nice-to-have e se torna um imperativo.



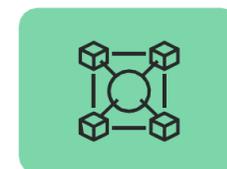
Foco em Criar Valor: Os provedores de serviço possuem sua receita, sua reputação e sua rentabilidade atrelados à qualidade e à economicidade dos desfechos proporcionados.



Healthcare Everywhere: Múltiplos canais se tornam lócus de saúde, incluindo a própria residência do indivíduo, locais de grande circulação e até mesmo regiões remotas que são alcançadas com o advento da telemedicina. A omnicanalidade se torna um corolário.



Enriquecimento de Informações: Com mais lócus de saúde e com a ascensão de tecnologias como smart devices, wearables e autotestes, os dados de saúde dos indivíduos são mais diversos e são atualizados corriqueiramente.



Cuidados Personalizados e Integrados: Por meio da gestão populacional, pacientes são inseridos e engajados em linhas de cuidado, cujo grande objetivo é oferecer um continuum assistencial apropriado às suas condições de saúde.

4 grandes alavancas de valor precisam ser acionadas para viabilizar os pilares estruturantes

NOVOS PILARES ESTRUTURANTES:



Prevenção e Antecipação



Foco em Criar Valor



Healthcare Everywhere



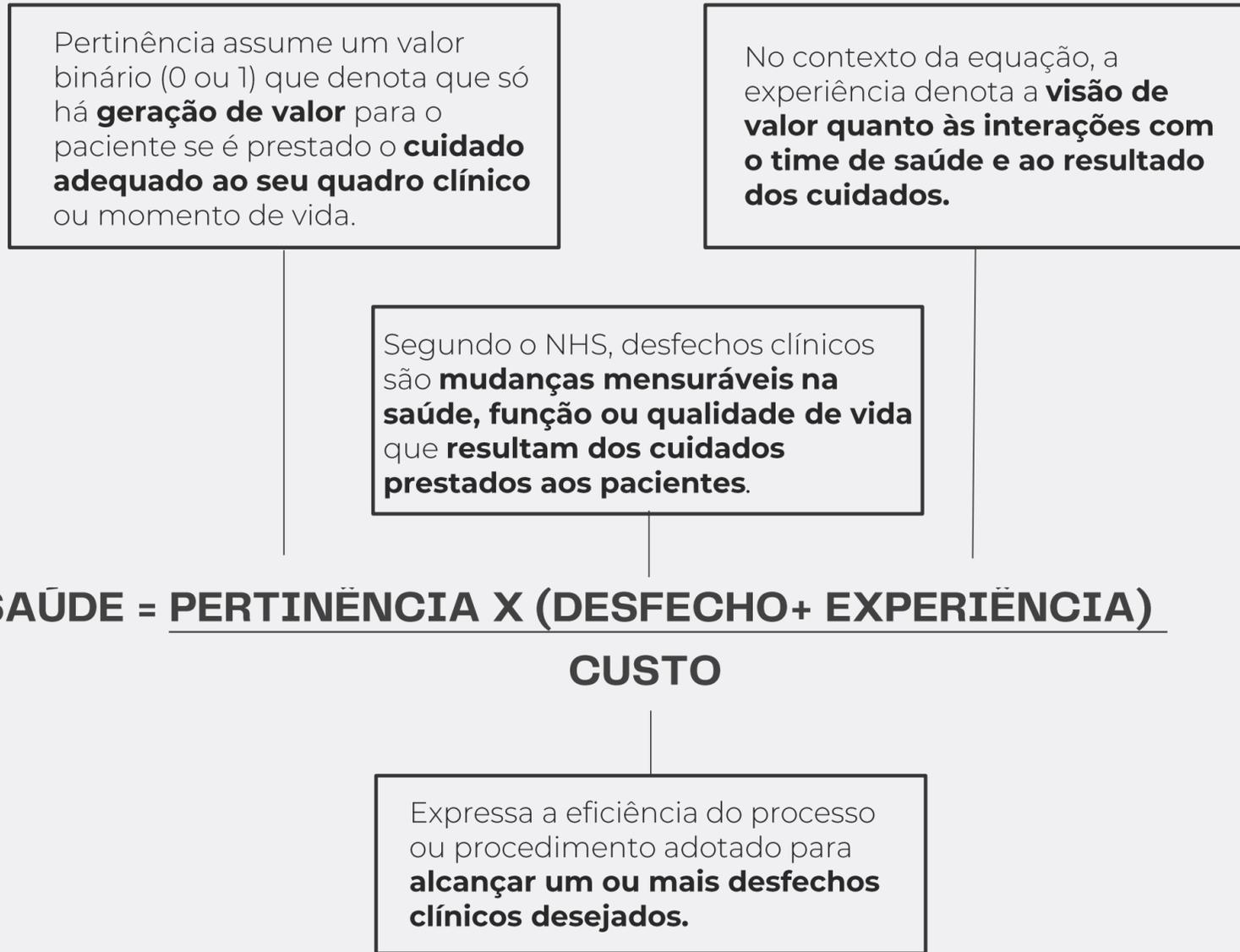
Enriquecimento de Informações



Cuidados Personalizados e Integrados



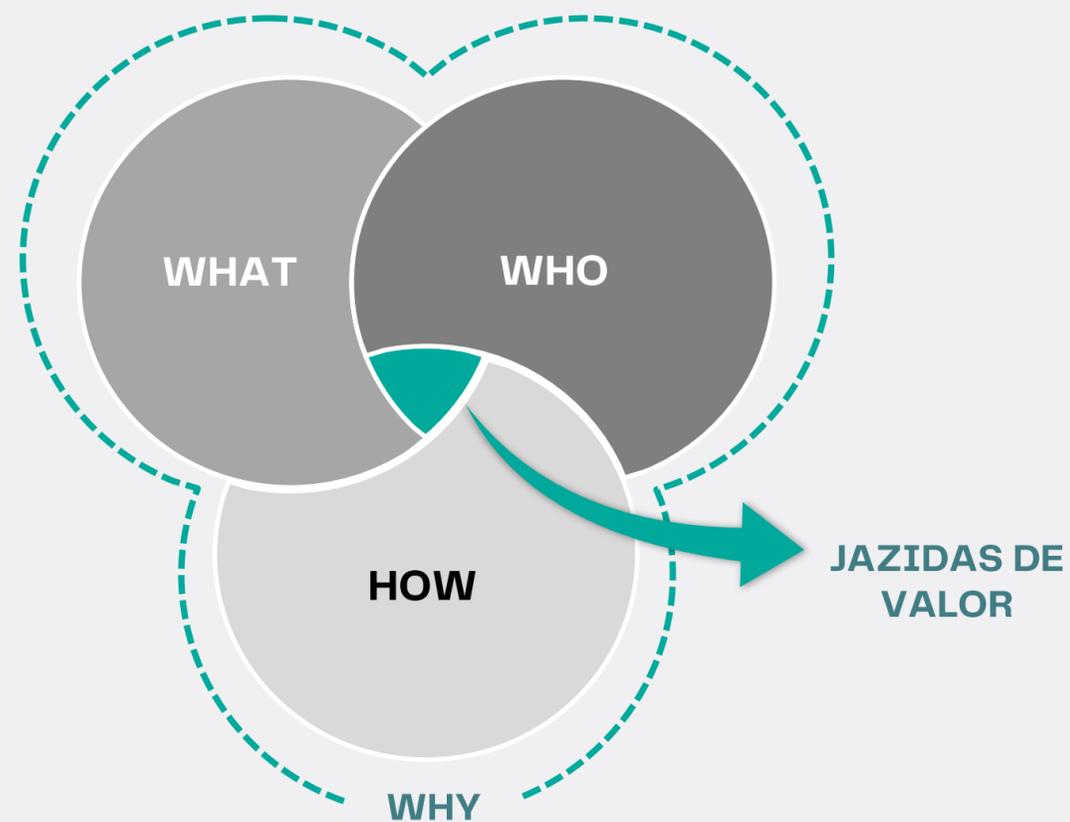
VALOR EM SAÚDE É REPRESENTADA PELA EQUAÇÃO A SEGUIR:



Quando as alavancas são acionadas no contexto certo, elas apontam para Jazidas de Valor

DEFINIÇÃO:

Uma **Jazida de Valor** se materializa quando uma ou mais alavancas podem ser acionadas em um determinado contexto para destravar valor presente ou futuro para os stakeholders envolvidos, incluindo os usuários do sistema de saúde.



- WHAT**
Qual é o desafio a ser encarado?
Qual é a visão de futuro?
- WHO**
Quem são os atores envolvidos e qual é o seu papel?
- HOW**
Existe uma forma acionável de resolver essa questão?
- WHY**
Por que a oportunidade é relevante e qual é o seu potencial de impacto?



Autores

QUEM SOMOS?

Um **report de referência no setor de saúde**, com contribuições de vários stakeholders e apresentação das principais **Jazidas de Valor em Digital Health no Brasil**



A Aggir é um fundo de Venture Capital independente, focado em saúde digital.

Com uma rede privilegiada de investidores no setor de saúde, a Aggir nasceu para ser o *partner of choice* dos empreendedores brasileiros, com a missão de melhorar a saúde do Brasil.



Uma plataforma de transformação de negócios que combina competências de Technology, Analytics e Management para tornar negócios estrategicamente digitais e destravar o potencial de transformação de pessoas e organizações.

30+
ENTREVISTAS
com líderes do setor

Médicos
Hospitais
Clínicas e Laboratórios
Operadoras
Fornecedores e Fabricantes
Distribuidores
Investidores



QUEM SOMOS?



Renato Ferreira
General Partner



Nádía Armelin
General Partner



Luisa Van Erven



Riley Stanford-Hill
Stanford University



Paula Chapchap
University of
Edinburgh



Davi Almeida
Partner



Otávio Vianna



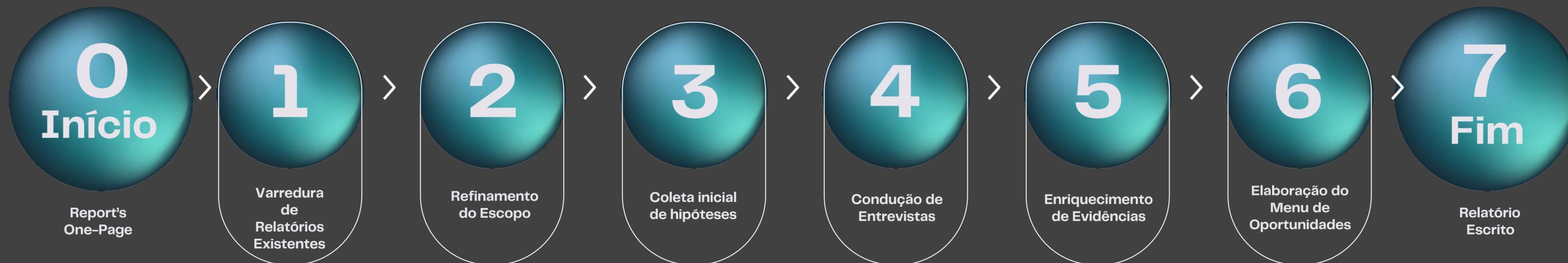
Eduardo Menezes



Marcos Portugal



Metodologia



OBJETIVO

Construir uma visão geral do relatório e determinar seus principais objetivos.

Compreender as principais estruturas e conteúdo dos relatórios.

Determinar e delinear o conteúdo do relatório.
Refinar a linha do tempo com base nas atividades declaradas.

Explicar as premissas de estruturação, tanto no que diz respeito ao formato quanto ao conteúdo.

Mapear percepções de indivíduos-chave sobre oportunidades e desafios no setor de saúde.

Confrontar a lista de hipóteses com evidências qualitativas e quantitativas obtidas por meio de pesquisas primárias e secundárias.

Priorizar e detalhar as principais oportunidades que circunscrevem o setor de saúde.

ATIVIDADES

Brainstorming, discussão e estruturação da visão geral do relatório

Análise de relatórios exemplares relacionados ou não à saúde no Brasil e no mundo.

Mapeamento e discussão sobre as principais estruturas e conteúdo desses relatórios

Elaboração do resumo detalhado do Relatório de Saúde Digital, desmembrado em blocos e nível de granularidade estimado.

Construção do método de captação e análise de oportunidades e desafios, orientando todo o trabalho subsequente.

Definição e formatação das principais premissas estruturais do relatório, bem como oportunidades e desafios assumidos pela equipe.

Realização de entrevistas com as principais referências do setor e gestores de importantes organizações da cadeia de valor da saúde

Realização de entrevistas complementares junto a referências técnicas e líderes de nível tático.

Busca de evidências qualitativas e quantitativas para testes de hipóteses.

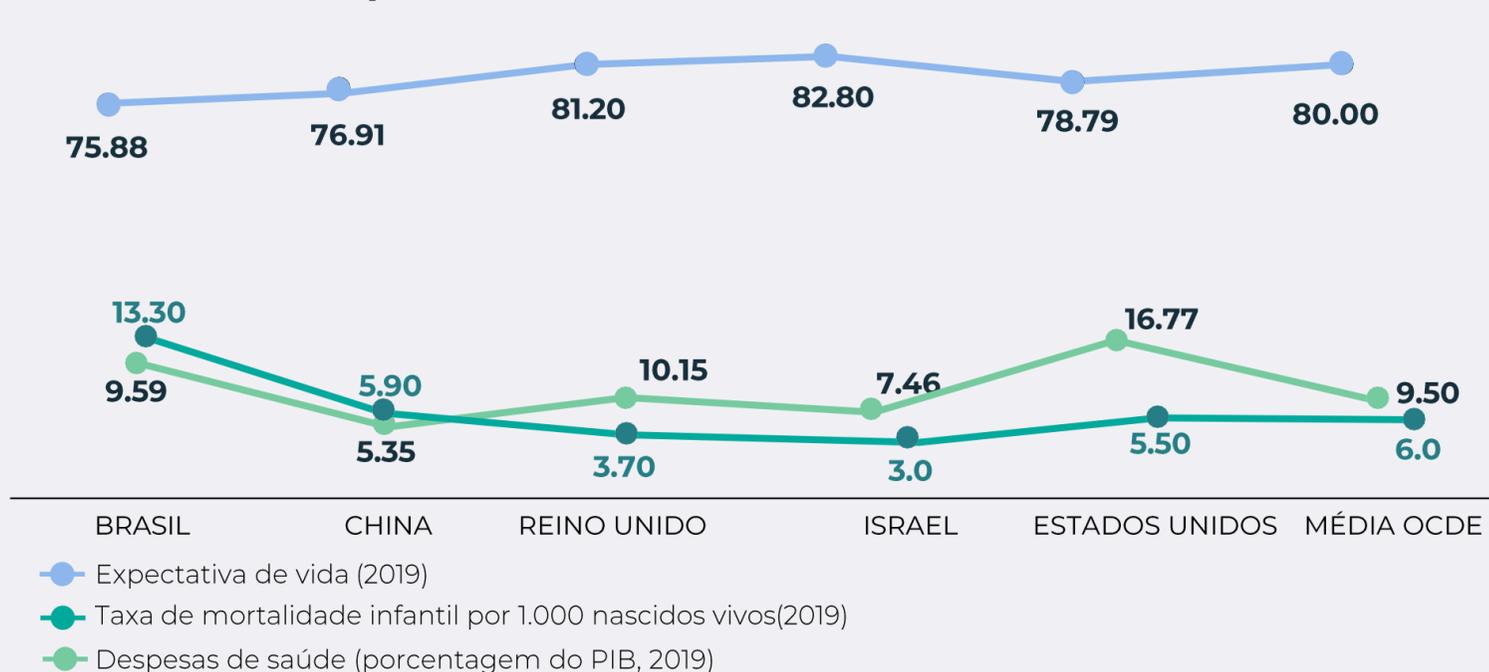
Estruturação do conteúdo da apresentação e explicação das principais áreas de oportunidade identificadas, tudo em formato padronizado.



Setor de Saúde Brasileiro

Enquanto o Brasil gasta mais com saúde (em % do PIB) do que a média da OCDE, o gasto per capita é 3x menor e os gastos privados com saúde são maiores que os públicos

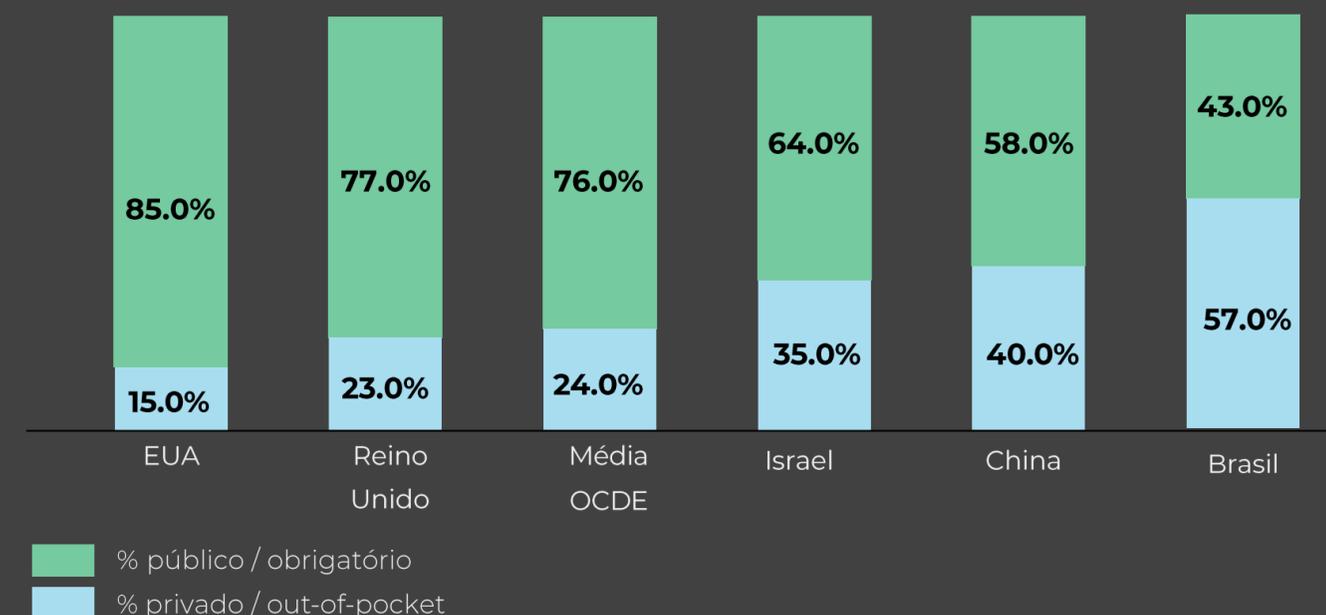
O Brasil gasta perto da média da OCDE em saúde, mas tem menor expectativa de vida e maior mortalidade infantil



Embora a implantação do SUS tenha sido um marco importante para a ampliação do acesso à saúde e redução das desigualdades, o subfinanciamento do sistema público de saúde é uma realidade no Brasil. O governo enfrentará maior pressão para atender às futuras necessidades de saúde da população nos próximos anos, mas tem espaço fiscal limitado para aumentar o gasto total, o que significa que outras alternativas precisam ser consideradas.

Fonte: World Bank Data (2022), OECD (2022), OECD Reviews of Health Systems: Brazil (2021)

Ao contrário de outros países, os gastos privados com saúde no Brasil são superiores aos gastos públicos, apesar de possuir um sistema nacional de saúde

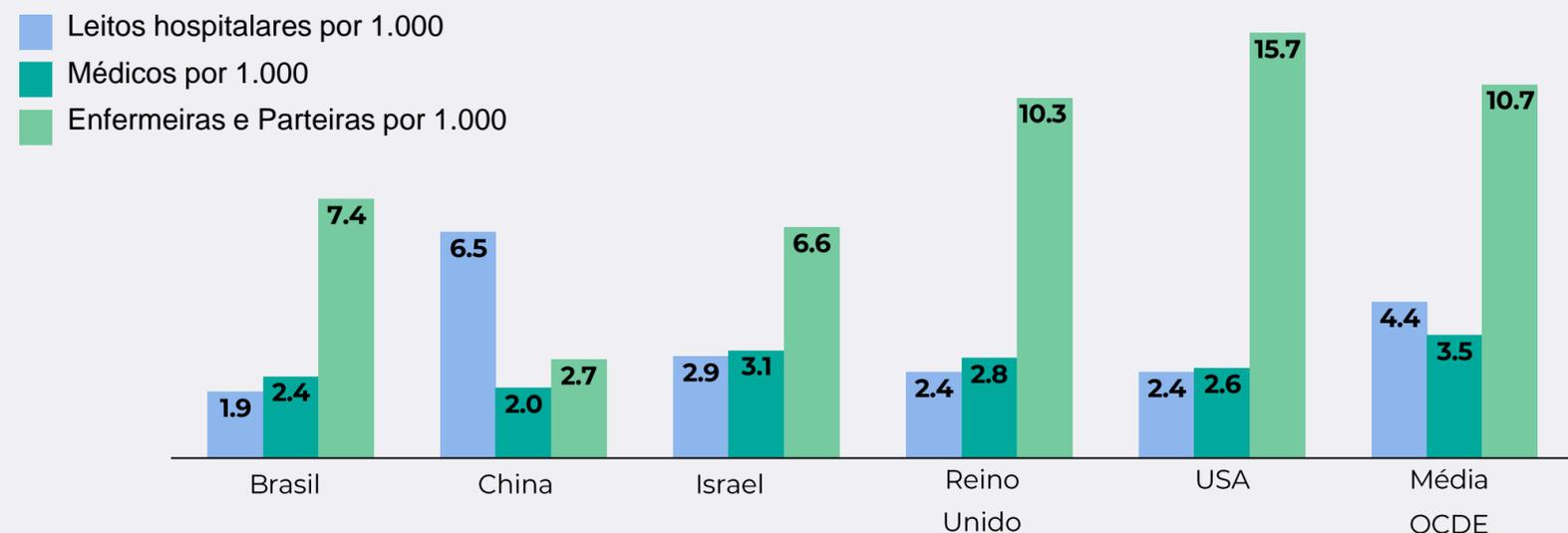


Os gastos privados (57% do gasto total) podem ser segmentados em prêmios de planos de saúde (31%) e custos diretos/out-of-pocket (25%).

A maior parte das despesas diretas vem de produtos farmacêuticos, visto que apenas 9% dos medicamentos vendidos através do varejo são financiadas pela rede pública. Isso está abaixo da média de 58% para a OCDE e abaixo de qualquer país da OCDE.

O Brasil tem menos recursos per capita do que a média da OCDE. A má distribuição agrava as disparidades e a escassez de recursos deverá aumentar...

O número de leitos hospitalares, médicos e enfermeiros por 1.000 residentes no Brasil ficou muito abaixo da média da OCDE em 2020

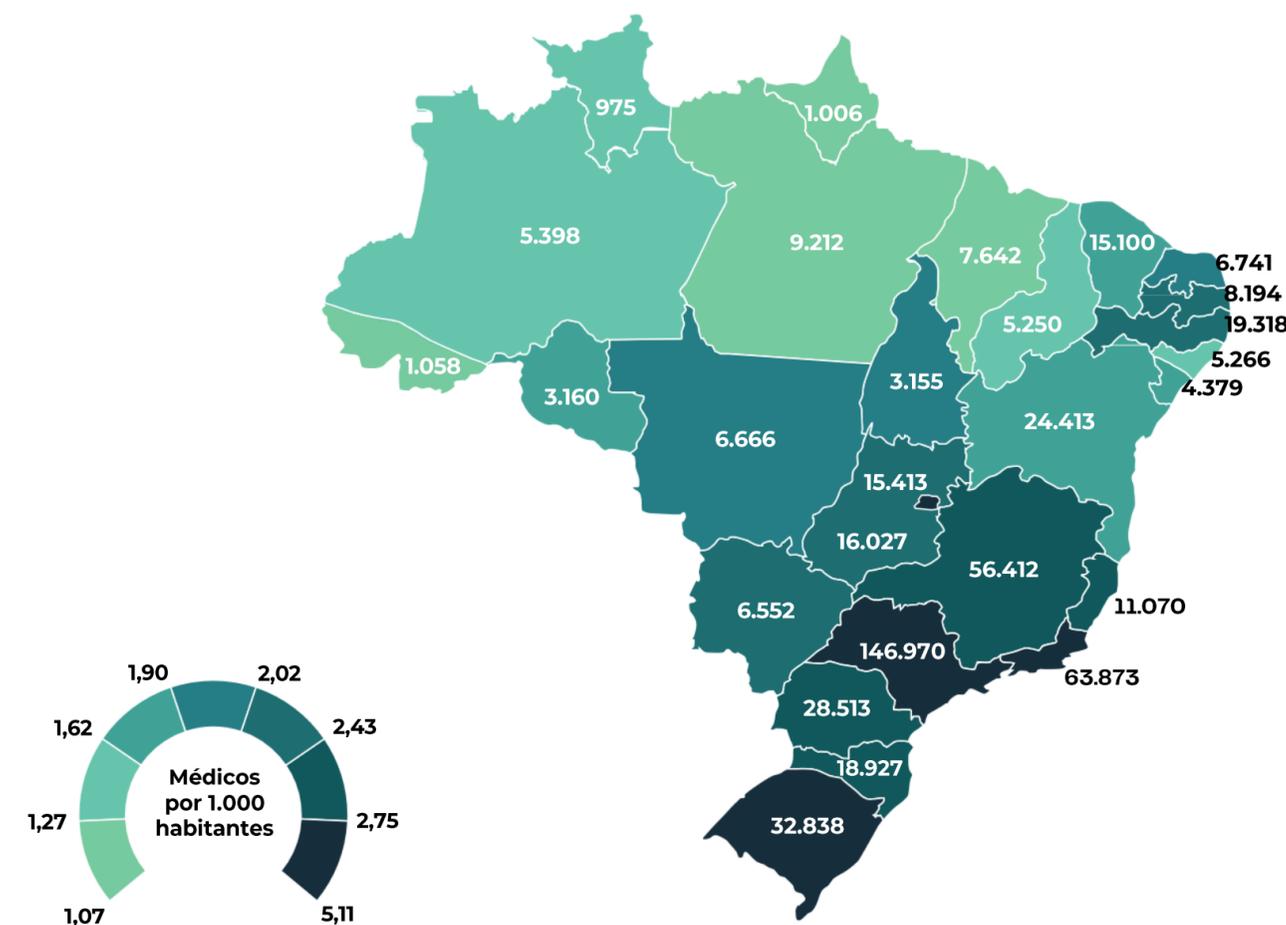


Embora a OMS recomende 3,0 leitos hospitalares por 1.000 vidas, o Brasil tem apenas 1,9, e esse número vem diminuindo desde 2010 (2,4).

A OMS também projeta um déficit global de 18 milhões de trabalhadores da saúde até 2030 (particularmente em países de baixa e média renda). A relação enfermeiro-paciente inadequada leva ao aumento das chances de readmissão do paciente, piores desfechos clínicos, desgaste dos profissionais e aumento dos custos de rotatividade.

O Brasil também está abaixo do Reino Unido - uma boa proxy para a razão recurso-paciente porque possui o segundo maior sistema de saúde pública do mundo - em todas as métricas.

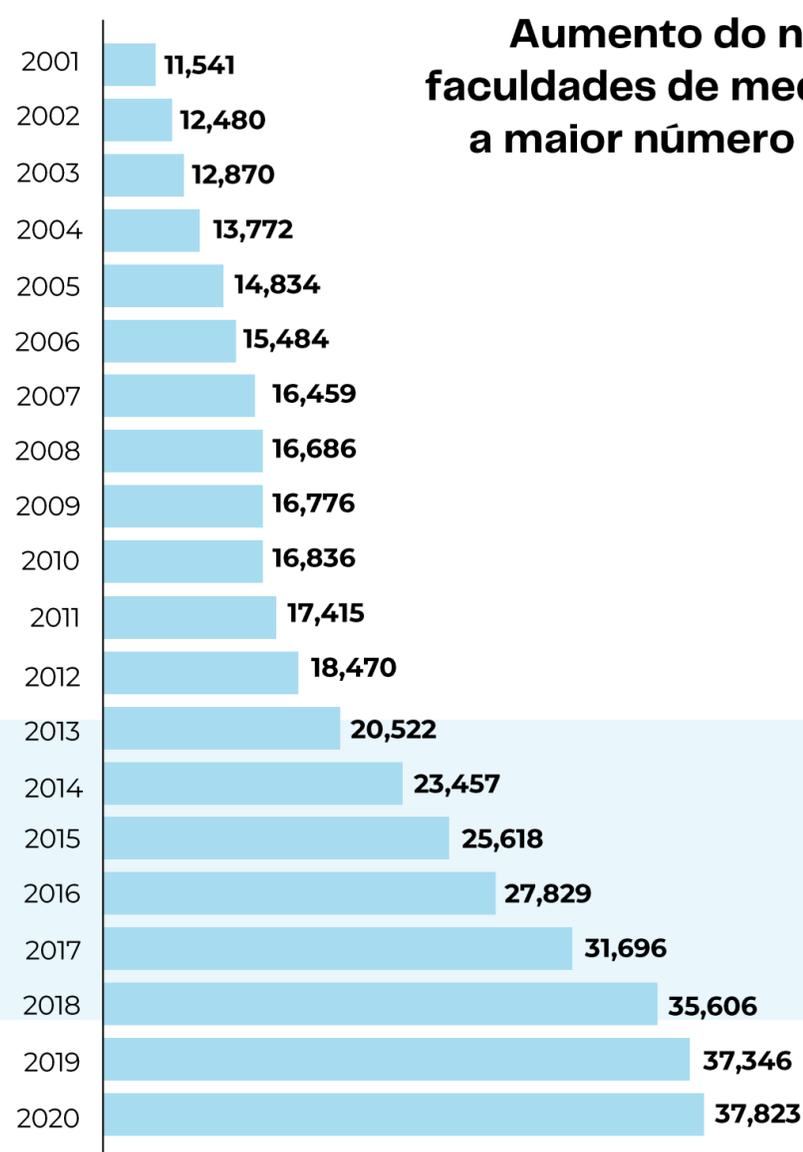
Os recursos de saúde tendem a se concentrar nas regiões Sul e Sudeste (médicos por 1.000 habitantes)



Municípios com mais de 500.000 habitantes contêm 29% da população, mas 61% dos médicos.

Enquanto isso, 12,5% dos municípios não têm sequer um médico residente e 22 estados estão abaixo da média nacional. Muitos deles não têm dinheiro ou volume para administrar grandes hospitais ou ter atendimento especializado.

... portanto, a ênfase na formação e treinamento de profissionais de saúde e ferramentas digitais para fornecer acesso aos cuidados de saúde são ainda mais relevantes



A rápida expansão, especialmente após 2013, deveu-se em grande parte à adoção de políticas e incentivos do governo federal, principalmente a lei Mais Médicos em outubro de 2013.

O Ministério da Educação (MEC) também investiu em alternativas de financiamento para o curso de medicina, por meio da criação do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e do Programa Universidade para Todos (ProUni).

No entanto, em 2018, o MEC proibiu a criação de novos cursos e vagas de medicina (devido à crescente preocupação com a qualidade) por 5 anos, achatando a curva.

Indicadores de qualidade e desempenho se deterioraram

Apesar do crescimento, os indicadores das escolas privadas ficam abaixo dos das escolas públicas.

(i) 59% dos estudantes de medicina foram reprovados no Cremesp (Exame do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - 2014). As escolas privadas tiveram a maior taxa de reprovação (72%) vs escolas públicas (33,9%).

(ii) um estudo do Conselho Federal de Medicina (CFM) constatou que 94% das escolas médicas estão em municípios com déficit em pelo menos um dos parâmetros considerados ideais para uma educação médica de qualidade.

O aumento das vagas nas faculdades de medicina também não foi acompanhado pelo aumento proporcional das vagas de residência

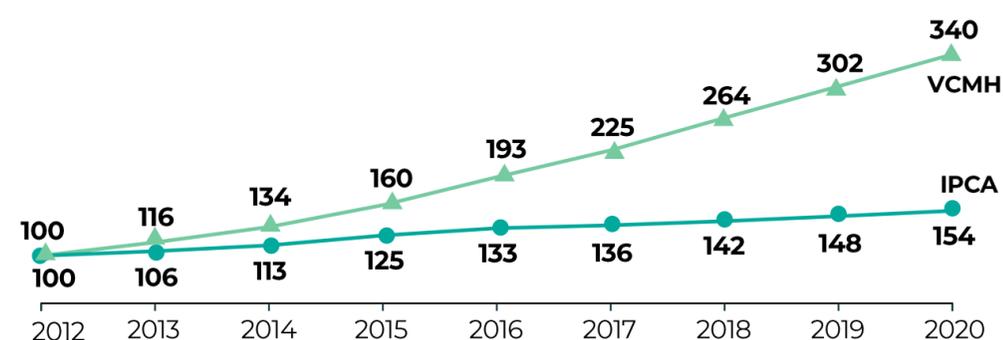
Embora o Brasil tenha um número elevado de especialistas (72% dos médicos brasileiros entre 30 e 60 anos são especialistas), o rápido aumento do número de vagas nas faculdades de medicina não foi acompanhado por um aumento nos programas de residência.

Há 44% mais médicos concluindo o curso de medicina do que vagas para residência, o que pode levar a um maior percentual de generalistas nos próximos anos.

A ênfase na eficiência e na boa utilização de recursos é igualmente importante, especialmente quando o desperdício representa uma grande parcela dos gastos com saúde e os custos médicos estão aumentando muito além da inflação

Aumento nos custos médicos excede em muito a inflação

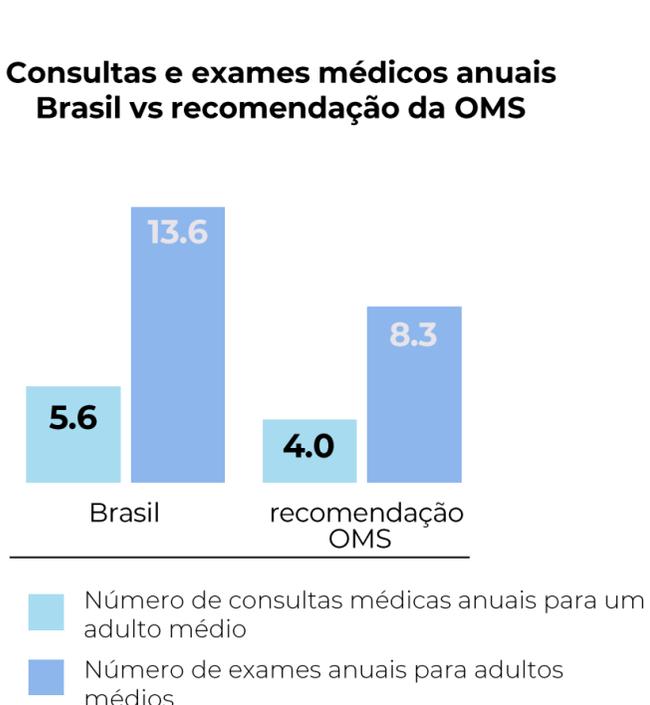
VCMH vs. IPCA (indexado a 100 em 2012)



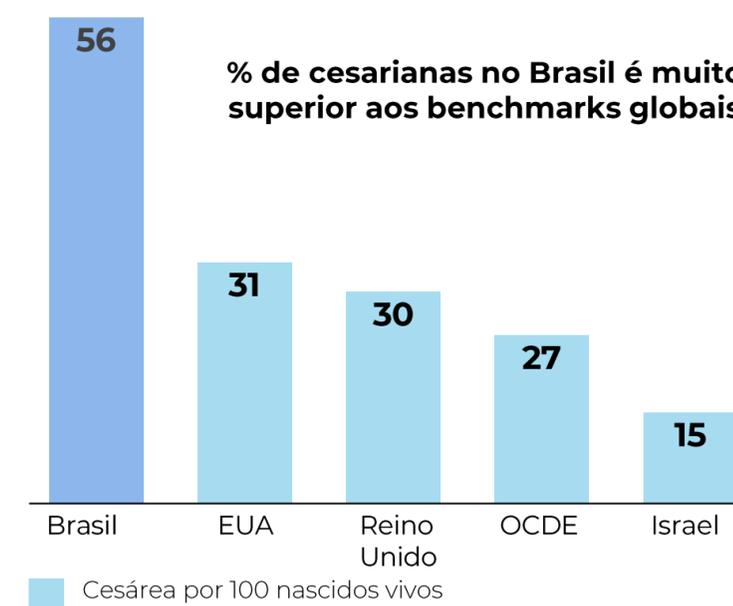
A crescente disparidade entre IPCA e VCMH deve-se às altas taxas de utilização no sistema de saúde, motivadas, entre outras causas, por procedimentos desnecessários (consultas, exames, terapias, cirurgias etc.) e falta de coordenação do cuidado.

Hábitos culturais no Brasil divergem das práticas internacionalmente recomendadas e a má utilização de recursos contribui fortemente para o desperdício no setor de saúde

Consultas e exames médicos anuais Brasil vs recomendação da OMS



% de cesarianas no Brasil é muito superior aos benchmarks globais

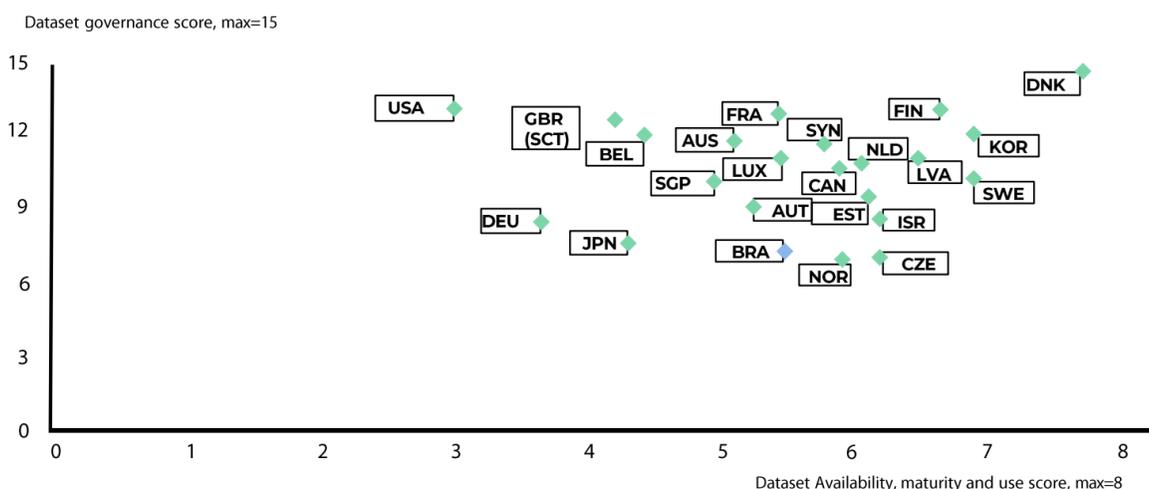


O Brasil realizou o dobro de cesáreas em relação a média da OCDE em 2019.

A OMS recomenda que a taxa de cesarianas fique entre 10-15%.

A infraestrutura de dados e os sistemas de informação ainda estão em estágio inicial no Brasil, mas desempenham um papel importante na melhoria da qualidade e eficiência na prática clínica...

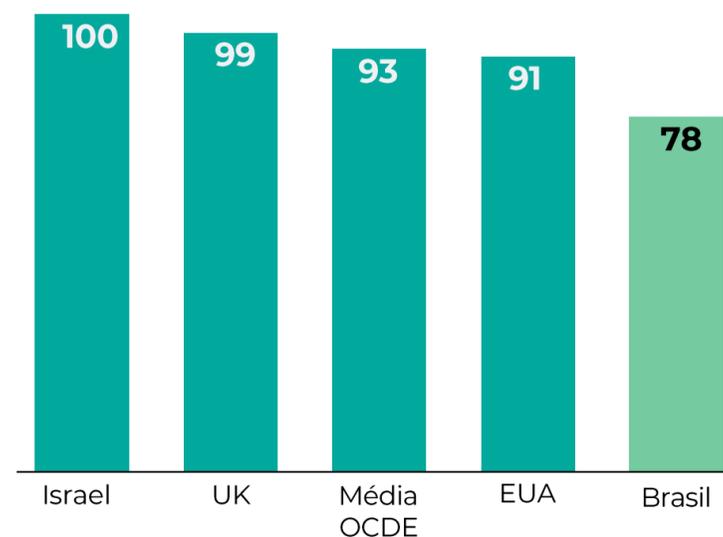
Apesar de haver espaços para melhorias, o Brasil avançou em termos de governança e uso de dados de saúde



Apesar do recente progresso no ambiente regulatório e operacional, o setor de saúde brasileiro ainda apresenta gargalos em áreas críticas, incluindo: disponibilidade de indicadores, padrões para acordos de compartilhamento de dados, coordenação nos níveis federal, estadual e municipal e questões de segurança cibernética.

Infraestrutura e acesso à internet ainda estão atrás de outros países, afetando o uso de sistemas de EHR em unidades de atenção primária

Taxa de uso do EHR - atenção primária



O Ministério da Saúde lançou uma ambiciosa Estratégia de Saúde Digital onde a Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) desempenha um papel fundamental

Plano de Ação - Principais prioridades

Governança e liderança

Digitalização de 3 níveis de saúde

Apoio à melhoria da saúde

Formação e capacitação de recursos humanos

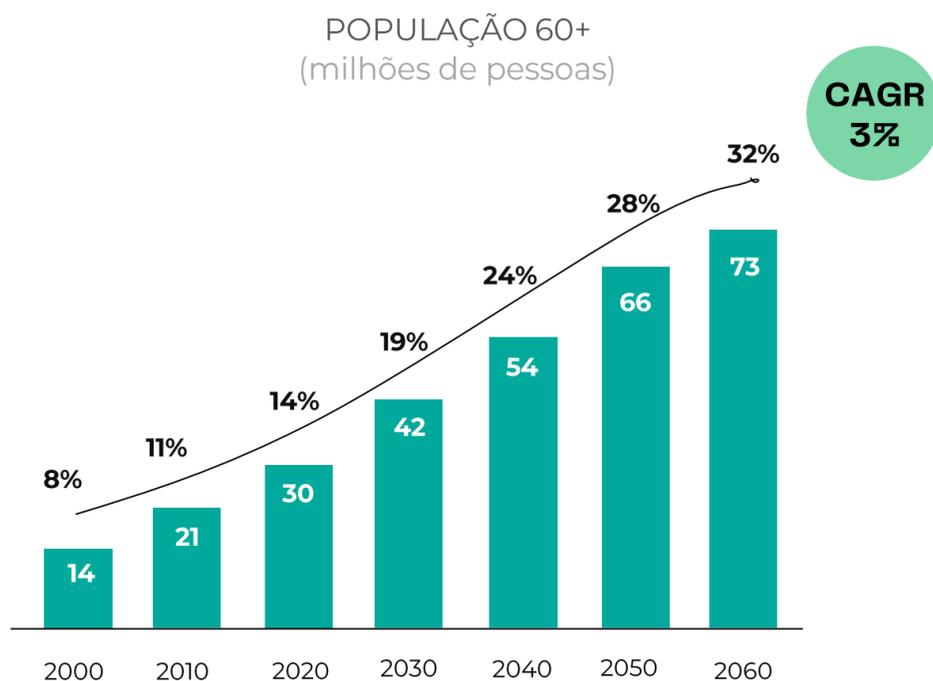
Usuário como protagonista

Ecosistema de inovação

Ambiente interconectado

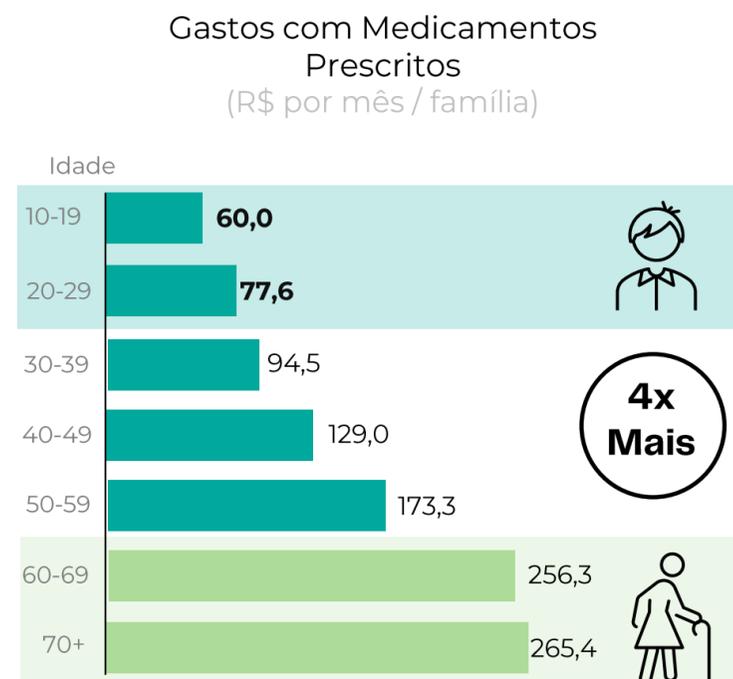
... principalmente quando as tendências apontam para o envelhecimento da população com taxas crescentes de doenças crônicas, adicionando pressão a um sistema de saúde já sobrecarregado

Com rápido envelhecimento populacional, a parcela de 60+ brasileiros deve triplicar até 2050

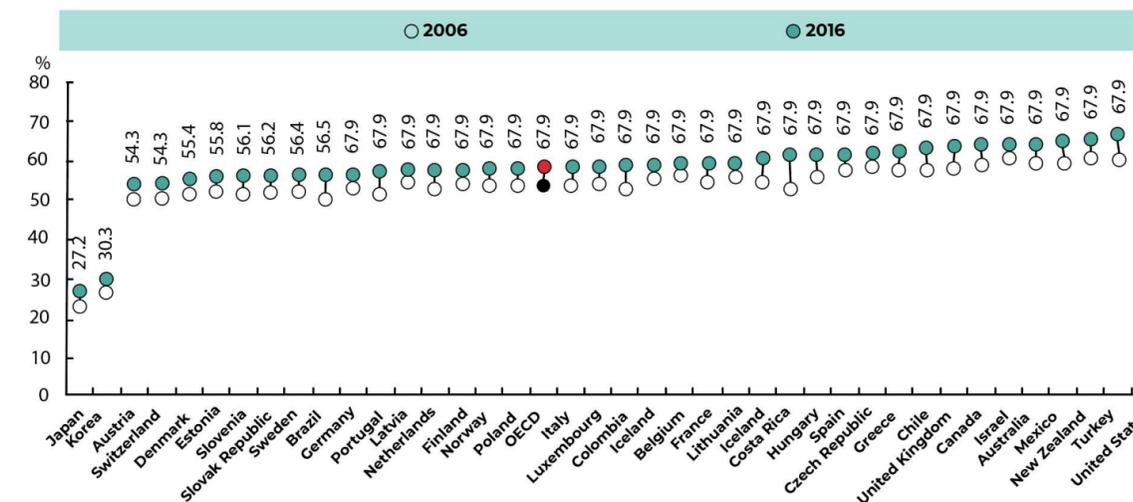


População com mais de 60 anos gasta 4x mais em medicamentos prescritos do que grupos mais jovens

População 60+ gasta 4x mais com medicamentos prescritos do que população mais jovem



A taxa de sobrepeso está aumentando rapidamente, exigindo mudança comportamental de longo prazo



A obesidade é um fator de risco chave para inúmeras DNTs, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes e tipos específicos de câncer.

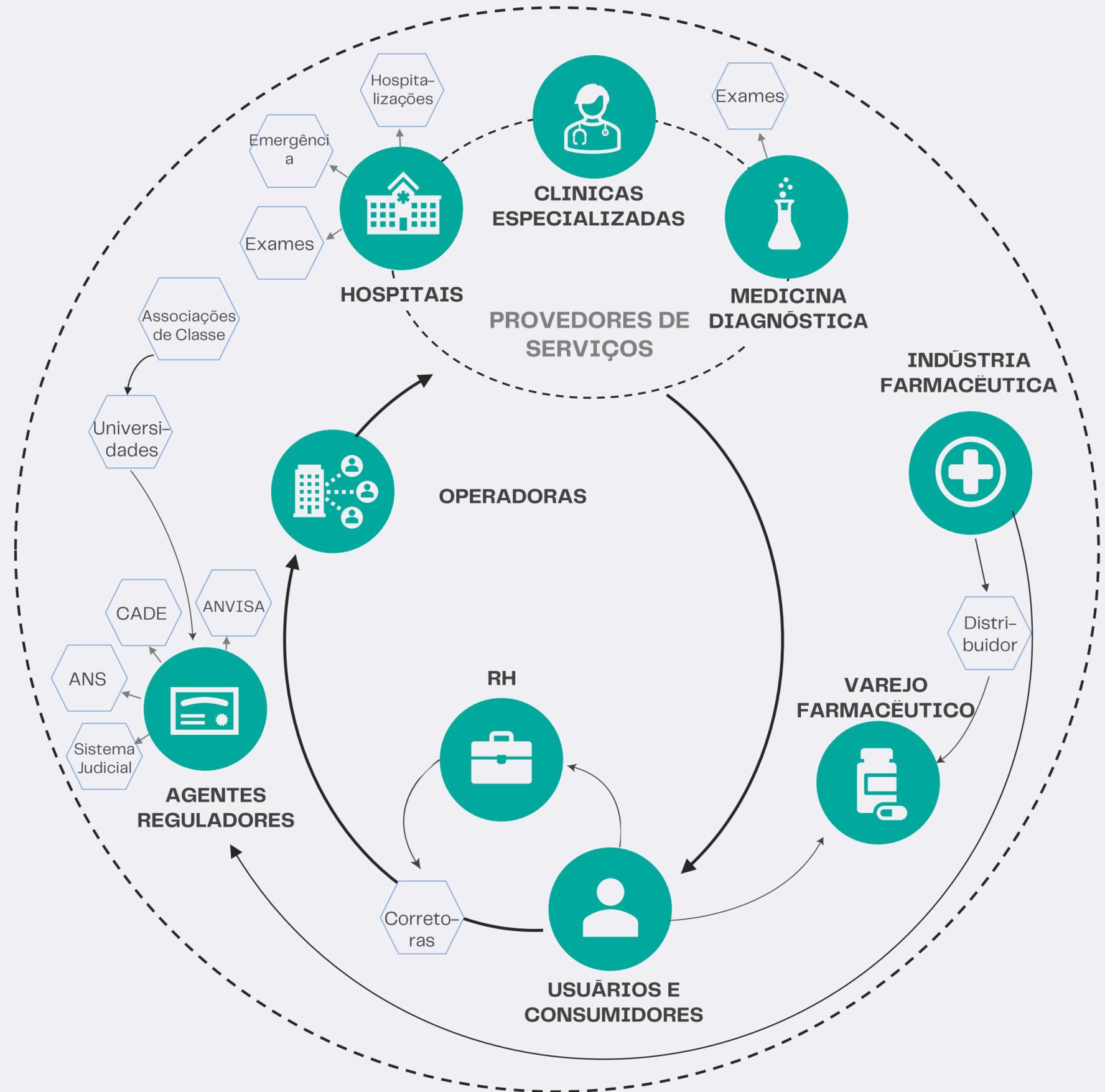
Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constatou que 61,7% da população adulta brasileira estava com sobrepeso, dos quais 25,9% eram obesos.



Ecossistema de saúde

ECOSSISTEMA DE SAÚDE

O que antes era uma cadeia linear com funções não sobrepostas agora se tornou uma rede onde os atores atendem a necessidades diferentes e variadas dentro do ecossistema de saúde



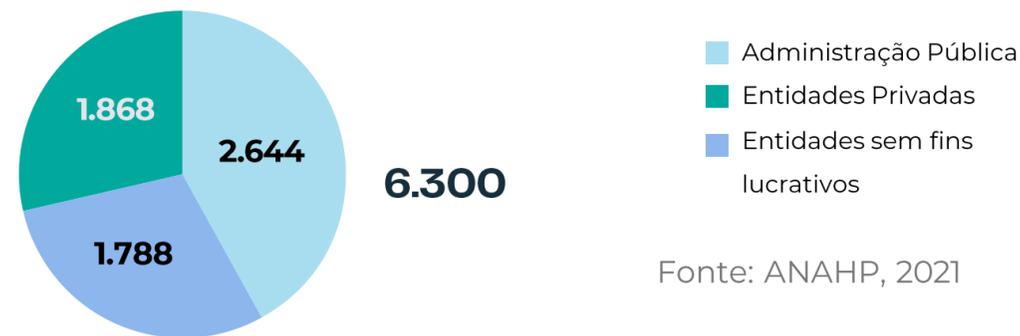


Hospitaux

Setor fragmentado com predominância de hospitais de pequeno e médio porte (apesar de movimentos de consolidação) e alta taxa de utilização de instituições privadas pelo SUS

Apesar de possuir um sistema nacional de saúde, 62% dos hospitais no Brasil são privados. O SUS depende de mais da metade dessas instituições (principalmente sem fins lucrativos)

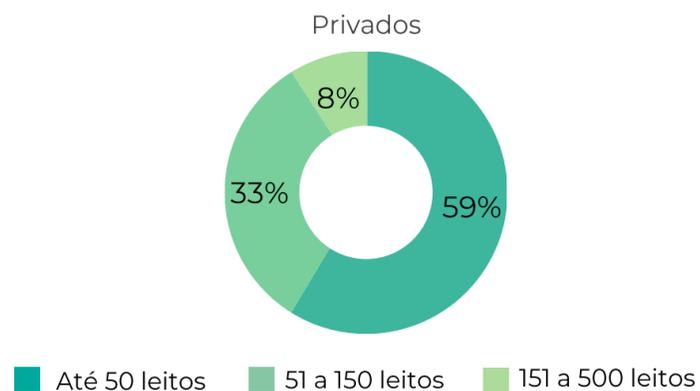
Nº de hospitais públicos privados e sem fins lucrativos no Brasil 2020



Fonte: ANAHP, 2021

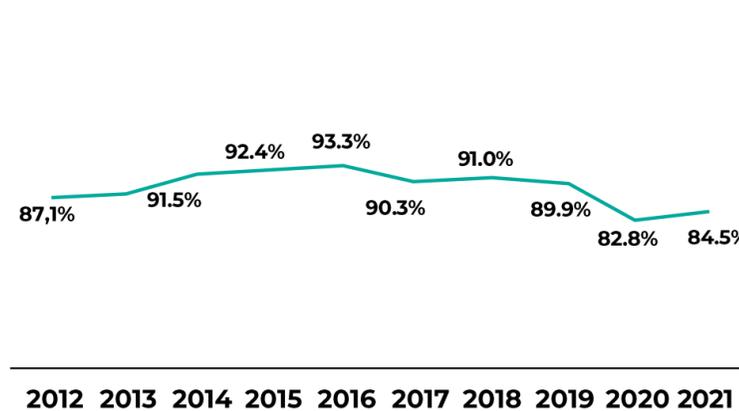
Quase 60% são hospitais de pequeno e médio porte, que enfrentam problemas de escala

Porte dos hospitais privados



Hospitais de diferentes tamanhos têm dores diversas - por exemplo, hospitais maiores lidam com ociosidade enquanto instituições menores sofrem com problemas de escala e falta de especialistas.

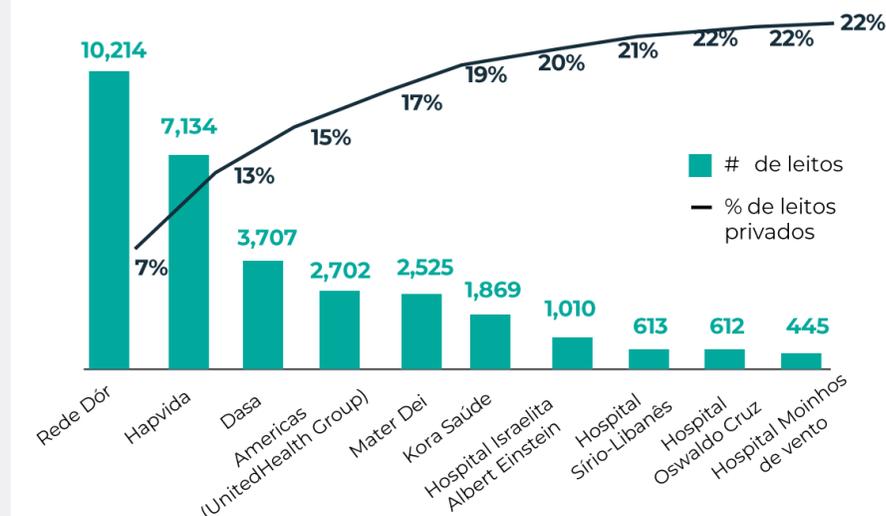
Planos de saúde privado são responsáveis por 85% da receita dos hospitais da ANAHP



Apesar da queda em 2020 devido à pandemia do COVID-19, a maior parte da receita vem de planos privados de saúde.

Dessa forma, os hospitais também poderiam se beneficiar com o aumento do número de beneficiários de planos privados de saúde.

Os hospitais privados ainda estão em um setor fragmentado, apesar da recente consolidação

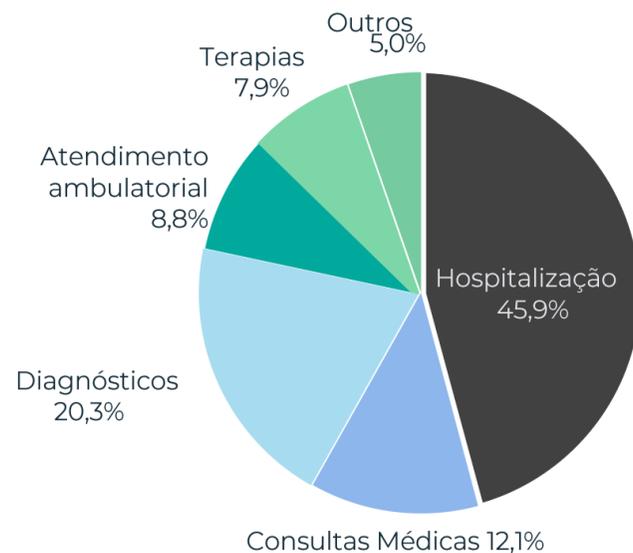


Apesar dos movimentos recentes de consolidação do mercado, os 6 maiores players respondem por ~20% dos leitos privados do país, sugerindo que ainda há muito espaço para transações de M&A para integração de players menores a fim de ampliar receita e ganhar escala.

Estratégias de desospitalização contribuem para um sistema de saúde sustentável, mas ainda há espaço para ganhos de eficiência e melhoria da gestão nos hospitais por meio do uso de ferramentas tecnológicas de captura e análise de dados

A hospitalização é o principal custo dos planos de saúde

Despesas das operadoras

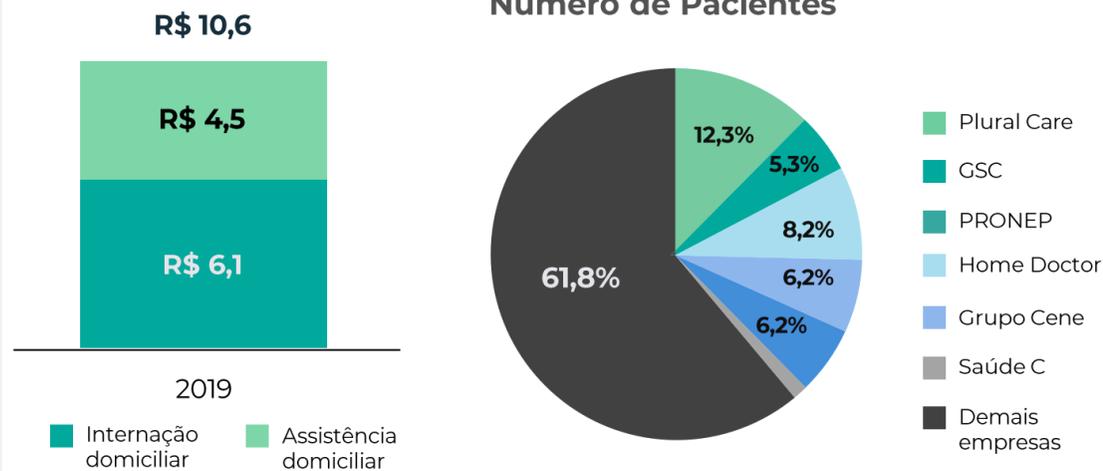


A hospitalização é o principal custo dos planos de saúde, representando ~46% dos custos totais.

As estratégias de desospitalização podem ser, portanto, uma grande alavanca para reduzir a sinistralidade médica.

A assistência domiciliar é um mercado de mais de R\$ 10 bilhões, mas ainda fragmentado e regionalizado

Market Share (%) - Número de Pacientes

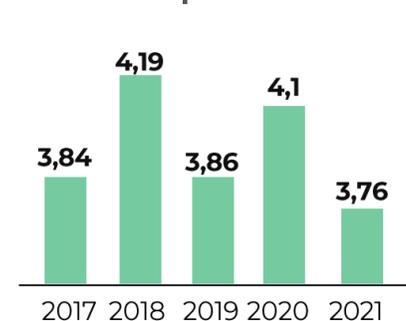


O envelhecimento da população brasileira, o legado de serviços domiciliares da COVID e a implementação do 5G podem acelerar a adoção do atendimento domiciliar nos próximos anos.

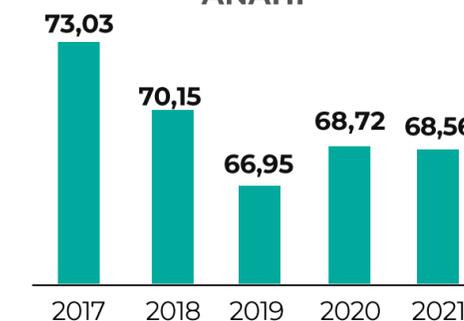
As parcerias entre players tradicionais (como empresas de home care) e startups provavelmente ganharão força e permitirão uma abordagem omnichannel para atender às expectativas dos clientes.

Ferramentas digitais podem reduzir significativamente o atrito nos ciclos de receita e custo para hospitais

Índice de glosa (% da receita líquida) - média dos hospitais ANAHP



Prazo médio de recebimento (dias) - média dos hospitais ANAHP



As taxas de glosa e o tempo médio de recebimento permaneceram altos, o que impactou negativamente o fluxo de caixa, apesar dos esforços pós COVID-19.

Inúmeras startups desenvolveram recentemente soluções de automação ou otimização relacionadas aos ciclos de custo e receita dos hospitais.

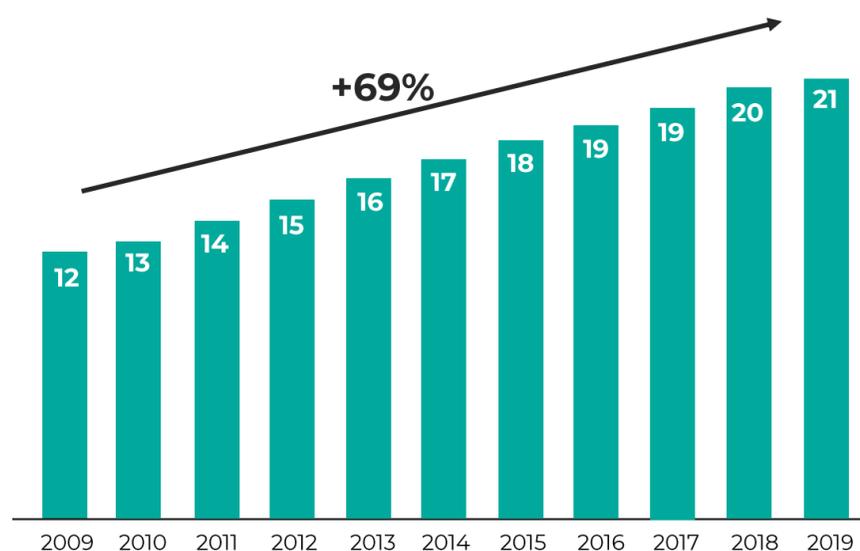


Medicina Diagnóstica

MEDICINA DIAGNÓSTICA

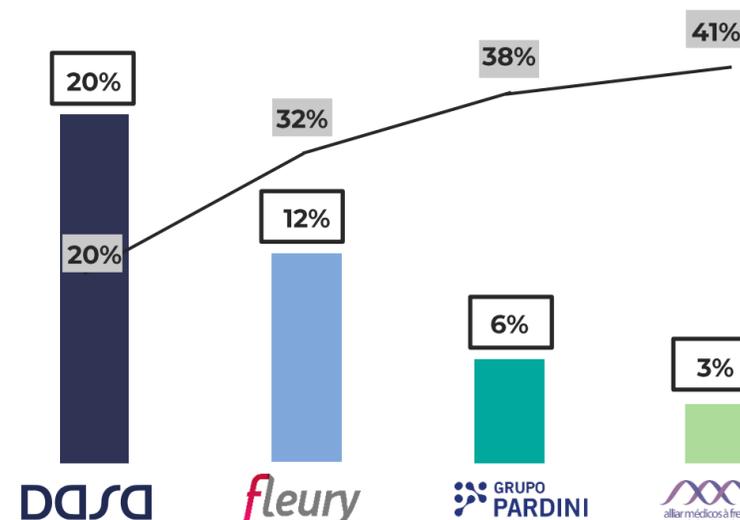
O setor de Medicina Diagnóstica é um dos setores de saúde mais inovadores do Brasil, com fortes players regionais e crescente número de unidades laboratoriais e exames

Mercado estimado em R\$ 35 Bi (receita 2021).
Apesar da curva de crescimento lento, o número de unidades de laboratórios cresceu significativamente



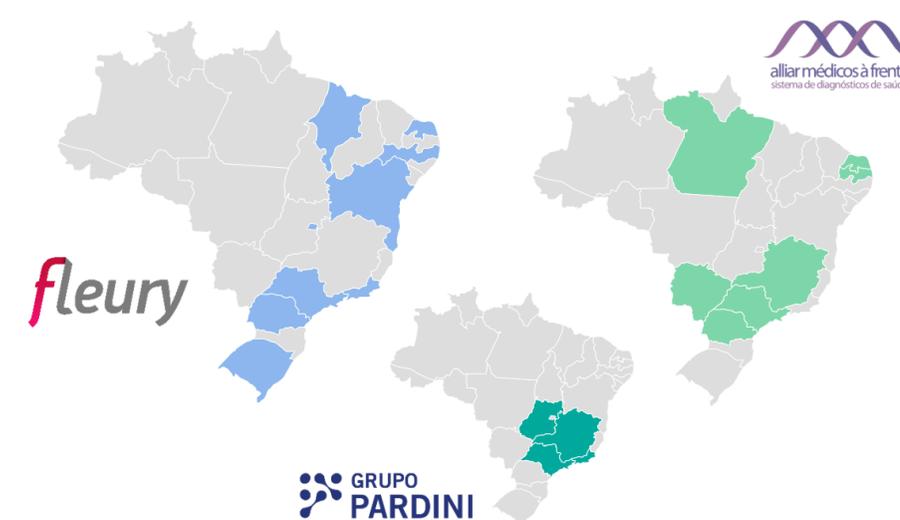
Nos últimos 10 anos, os laboratórios e as clínicas de diagnóstico por imagem tiveram o crescimento mais expressivo do setor. Apesar do aumento do número de unidades e exames, os preços foram reajustados abaixo da inflação médica.

Os 4 maiores players do setor representam 41% de market share em receita

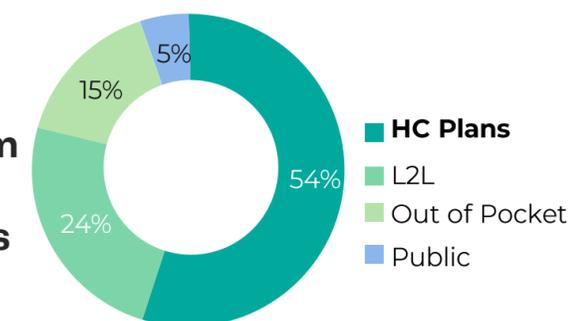


A consolidação é impulsionada pela expansão orgânica e inorgânica. Com o novo posicionamento de certos grupos como plataformas de saúde, o mercado de diagnósticos está mais integrado com hospitais e clínicas especializadas, o que pode ajudar na coordenação do cuidado e na otimização do uso do sistema.

Mercado regionalizado: grandes players com marcas sólidas em diferentes estados e segmentos



54% da receita vem das operadoras de saúde



As mudanças tecnológicas pós-pandemia devem acelerar o acesso aos serviços domiciliares e a IA pode ser fortemente adotada como ferramenta complementar para os radiologistas (em vez de substituí-los)

Novos players digitais podem oferecer serviços domiciliares e se tornar parceiros para o *last mile* de provedores e operadoras

Com novos hábitos de consumo e uma nova abordagem centrada no paciente, novos players têm a oportunidade de oferecer serviços em domicílio (exames, vacinas e até atendimento médico domiciliar), pois não é o core business de grandes redes de medicina diagnóstica e hospitais.

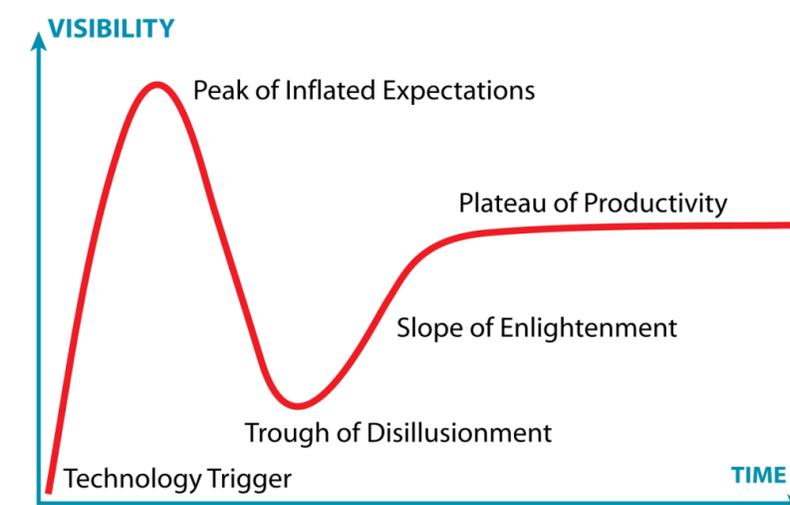
Para se destacar neste setor em crescimento os seguintes fatores, são fundamentais:

- preço competitivo
- qualidade de serviço
- eficiência logística
- captura e tratamento de dados

A IA pode promover a produtividade e a assertividade, mas não substituirá a experiência e o trabalho humanos

O ciclo de hype de Gartner modela como a IA é percebida no mercado de diagnóstico. Há a especulação de que um dia os radiologistas poderiam ser substituídos por redes neurais de aprendizado, com intuito de identificar patologias em imagens radiológicas com maior precisão.

No entanto, a combinação de tecnologia e fator humano é realmente a solução ideal. Tarefas repetitivas podem ser automatizadas e a IA pode ajudar na tomada de decisão, mas esta executa tarefas específicas (IA restrita). Os radiologistas fazem muito mais do que ler e interpretar imagens. A sua experiência em relacionar imagens a outros registros médicos, bem como discutir cenários, nunca será substituída.





Clínicas Especializadas

As clínicas de especialidades são um setor em crescimento, porém extremamente fragmentado e com muito espaço para melhorias no uso da tecnologia para prevenção, monitoramento e engajamento dos pacientes

	ONCOLOGIA	PSIQUIATRIA
MARKET SIZE (BRASIL)	~ R\$ 40 bilhões : diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer. O número de pacientes que vivem com câncer é ~1,5MM	~ R\$3 bilhões : receita estimada de internações em hospitais psiquiátricos por ano
MARKET SHARE (BRASIL)	Oncoclínicas é o maior grupo dedicado exclusivamente ao tratamento do câncer e possui apenas ~5% de market share	A Clínica Maia é o maior grupo privado de tratamento psiquiátrico com 350 leitos dos 36 mil do Brasil (1% de participação de mercado)
	NEFROLOGIA	FERTILIDADE
MARKET SIZE (BRASIL)	~ R\$6 bilhões : mercado de tratamento de diálise, que representa ~148 mil pacientes.	~ R\$7 bilhões : mercado de tratamento reprodutivo. A infertilidade afeta 15% dos casais, representando ~8MM de pessoas no Brasil
MARKET SHARE (BRASIL)	O cenário competitivo da nefrologia também é extremamente fragmentado. No Brasil, os 2 maiores players respondem por ~14% de market share (ambos grupos internacionais).	- Grupos privados internacionais têm participação relevante - ~10% dos tratamentos de infertilidade são realizados por grupos de investimento como Huntington, PróCriar e Solum.

Fonte: Inteligência Aggir, Oncoclínicas, DaVita, Fresenius, Pesquisa FAPESP, Brazilian Society of Nephrology, WHO, ANVISA, Huntington, Maia Clínica
 Nota: Visão não exaustiva do mercado (outras especialidades incluem oftalmologia, ortopedia etc.)

As clínicas de especialidades são um setor em crescimento, porém extremamente fragmentado e com muito espaço para melhorias no uso da tecnologia para prevenção, monitoramento e engajamento dos pacientes

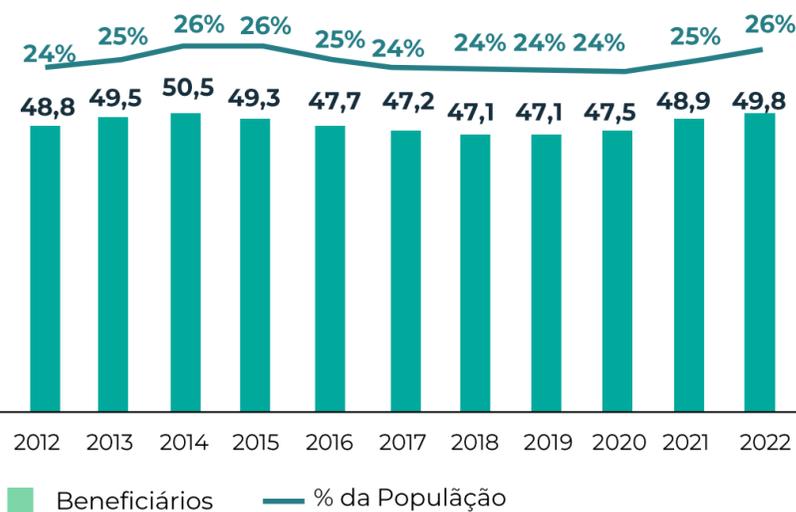
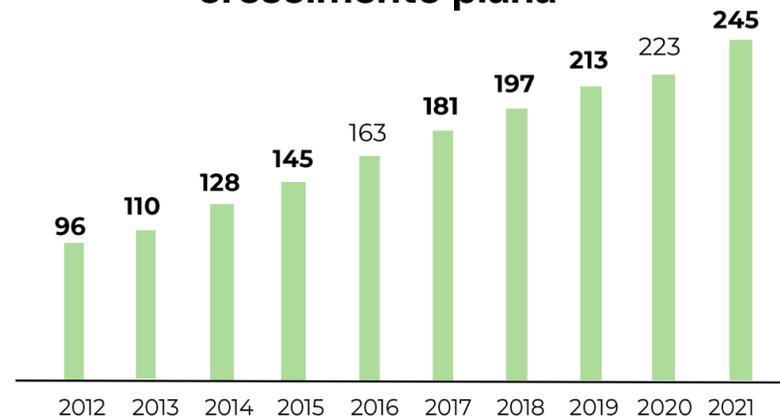
<p>HIGHLIGHTS</p>	<p>ONCOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUS tem papel predominante no setor devido aos altos custos, mas o governo tem dificuldade para pagar as clínicas - Oncologia tem aprovação regulatória mais rápida em relação a outras doenças - Forte progresso científico e tecnológico - Altas taxas de mortalidade com riscos significativos se os processos não forem seguidos adequadamente 	<p>PSIQUIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUS tem papel predominante no setor devido aos altos custos, mas o governo tem dificuldade para pagar as clínicas - Precariedade dos hospitais psiquiátricos - Diminuição significativa de leitos de hospital psiquiátrico desde a Reforma Psiquiátrica - Altas taxas de readmissão
<p>OPORTUNIDADES</p>	<p>Monitoramento da conformidade do processo e engajamento e navegação do paciente com abordagem multidisciplinar + medicina de precisão e personalizada</p>	<p>Instalações premium + suporte contínuo após a alta do paciente, incluindo cuidados domiciliares e ferramentas de monitoramento</p>
<p>HIGHLIGHTS</p>	<p>NEFROLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUS tem papel predominante no setor devido aos altos custos, mas o governo tem dificuldade para pagar as clínicas - A diálise peritoneal é utilizada em apenas 7% dos pacientes apesar da recomendação de 20% dos órgãos de saúde - +70% dos pacientes são diagnosticados quando os rins estão gravemente danificados 	<p>FERTILIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos tratamentos não é coberta pelo SUS nem por planos de saúde, então o desembolso é alto. - Empresas de diagnóstico estão criando seus próprios centros de fertilidade com uma abordagem holística. - A legislação sobre fertilidade é uma discussão muito sensível devido a questões éticas e médicas.
<p>OPORTUNIDADES</p>	<p>Identificação e acompanhamento de pacientes com doença renal em estágios iniciais da doença</p>	<p>Abordagem holística do cuidado feminino, não limitada ao diagnóstico de infertilidade e alternativas de financiamento.</p>



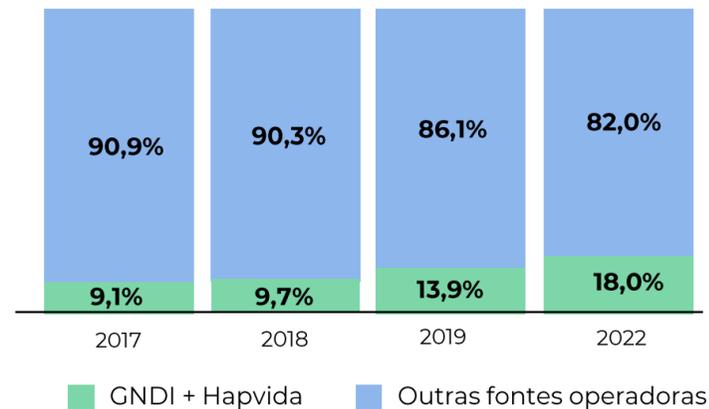
Operadoras

A base de beneficiários de planos de saúde se manteve estável nos últimos 10 anos, mas os players verticalmente integrados estão ganhando participação devido à oferta de planos com tickets menores

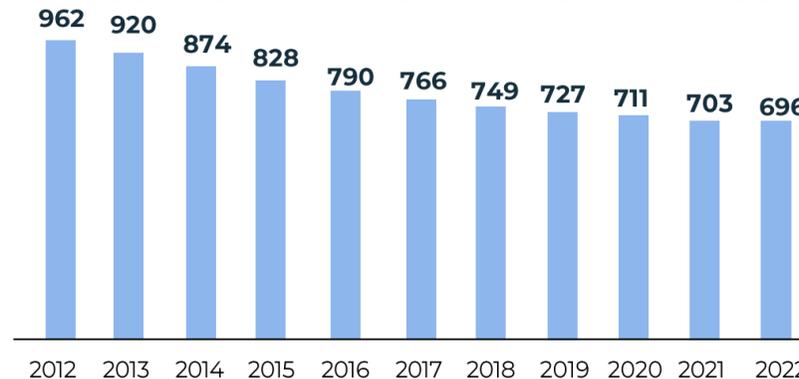
O mercado de seguro saúde privado é estimado em R\$ 245 bilhões com CAGR de 11,7% (2007-2021), mas o nº de beneficiários mostra uma curva de crescimento plana



Os players verticalmente integrados estão aumentando rapidamente sua participação de mercado, com tickets médios até 60% mais baixos

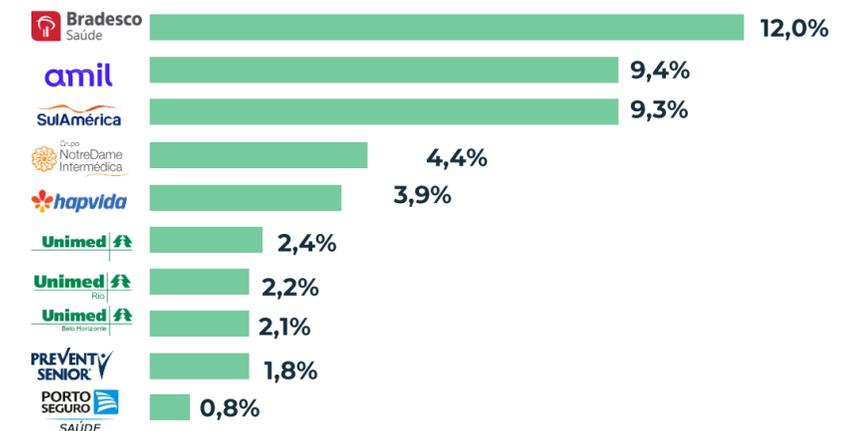


Tendência de consolidação é acelerada → nº de operadoras de saúde reduzidas em 27% em 10 anos

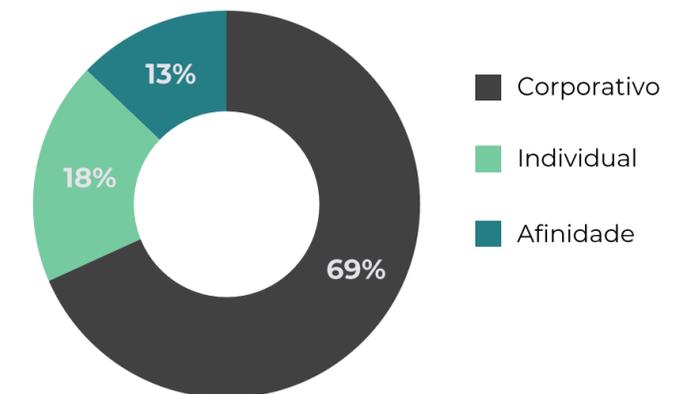


Com tickets mais altos, PPOs possuem sólida representatividade no faturamento do setor

Healthcare - participação na receita 2020 dos principais players do setor

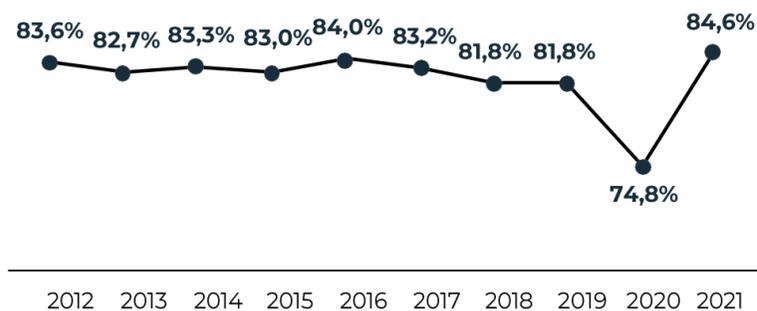


69% da cobertura de saúde privada é fornecida pelos empregadores



Soluções inovadoras para reduzir custos e sinistralidades são prioridade para as operadoras no curto prazo. Alternativas de baixo custo estão em ascensão para atender a um mercado enorme sem cobertura privada.

A sinistralidade gira em torno de 85%, próximo de níveis pré-pandemia



As operadoras estão focadas na redução de “despesas *low hanging fruits*”, como fraude e desperdício, bem como outros custos e sinistralidade.

Várias iniciativas e estratégias foram desenhadas para perseguir essas prioridades, incluindo (i) integração vertical parcial/virtual, (ii) investimento em coordenação de cuidados e (iii) parcerias para atender o mercado de médio porte.

Além disso, as operadoras tendem a fazer parcerias com startups que oferecem soluções de engajamento e navegação do paciente, gerenciamento de dados e validação de fraudes.

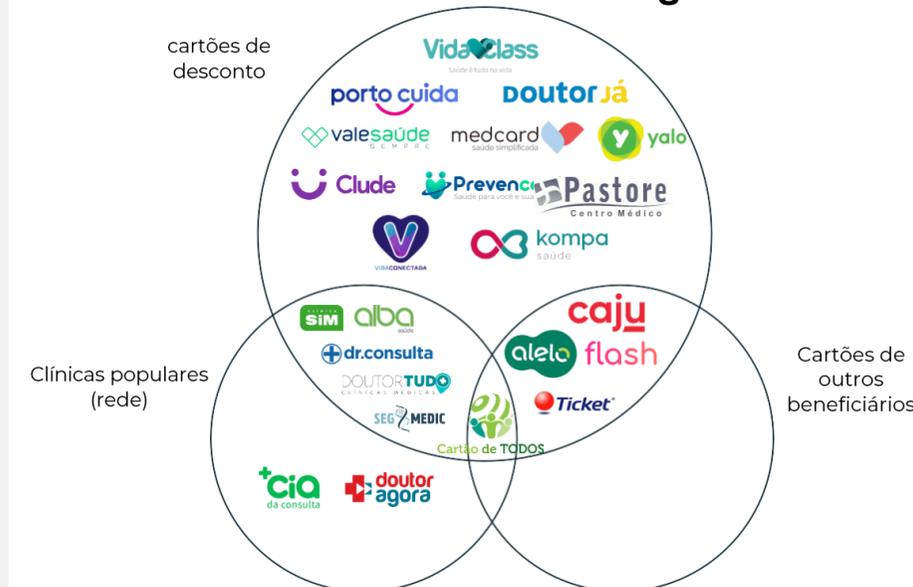
Os players emergentes com uma abordagem digital e orientada por dados e foco na atenção primária estão tentando revolucionar o mercado*



As operadoras digitais buscam oferecer uma experiência digital e endereçar a VCMH por meio de uma abordagem orientada por dados e maior foco na atenção primária.

No entanto, desafios culturais, necessidade de capital e construção de marca com uma rede abrangente são potenciais barreiras.

Os produtos não regulamentados estão em alta na tentativa de atender a um mercado enorme e não segurado*



Incumbentes do setor de benefícios estão entrando no setor de saúde (Ticket, Alelo, VR, Sodexo).

Clínicas populares agora oferecem “cartões de saúde” como um complemento de valor agregado para aumentar os fluxos de receita.

Por fim, marketplaces bilaterais podem conectar pacientes e provedores por meio de plataformas digitais (exames, consultas etc.).

*Lista não exaustiva



RH

Os gestores de RH recorrem a corretoras ao escolher benefícios para seus funcionários, mas ainda enfrentam altos custos com saúde

Orçamentos apertados e engajamento de funcionários ainda são desafios para a contratação de benefícios adicionais

93%

das empresas no Brasil

oferecem assistência médica aos funcionários, incluída no pacote de benefícios corporativos.

Os benefícios corporativos representam o 2º maior custo para os departamentos de RH depois dos salários.

Dependendo do tamanho da empresa, ela pode ainda oferecer uma série de benefícios, apesar das restrições orçamentárias significativas.

74%

de gerentes

acreditam que o uso de corretoras é importante para manter-se dentro dos orçamentos, mas apenas 55% adotam tal serviço na tomada de decisão.

Além dos exames de saúde ocupacional exigidos por lei, os departamentos de RH também oferecem benefícios corporativos com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar geral dos funcionários.

Os benefícios muitas vezes têm esquemas de implementação inadequados, em que os funcionários não os usam devido ao horário de trabalho rígido ou à falta de flexibilidade dos gerentes.

59%

das empresas

afirmam que parte importante da sinistralidade vem de benefícios não utilizados – uma melhor compreensão das necessidades dos funcionários pode diminuir o desperdício e aumentar o bem-estar no local de trabalho.

70%

dos empregados

consideram a assistência à saúde essencial, mas apenas 61% afirmam que os benefícios atendem às suas necessidades individuais.

A pandemia abriu os olhos de empregadores para a importância do bem-estar dos colaboradores, além dos benefícios tradicionais

SAÚDE CORPORATIVA (STARTUPS)*

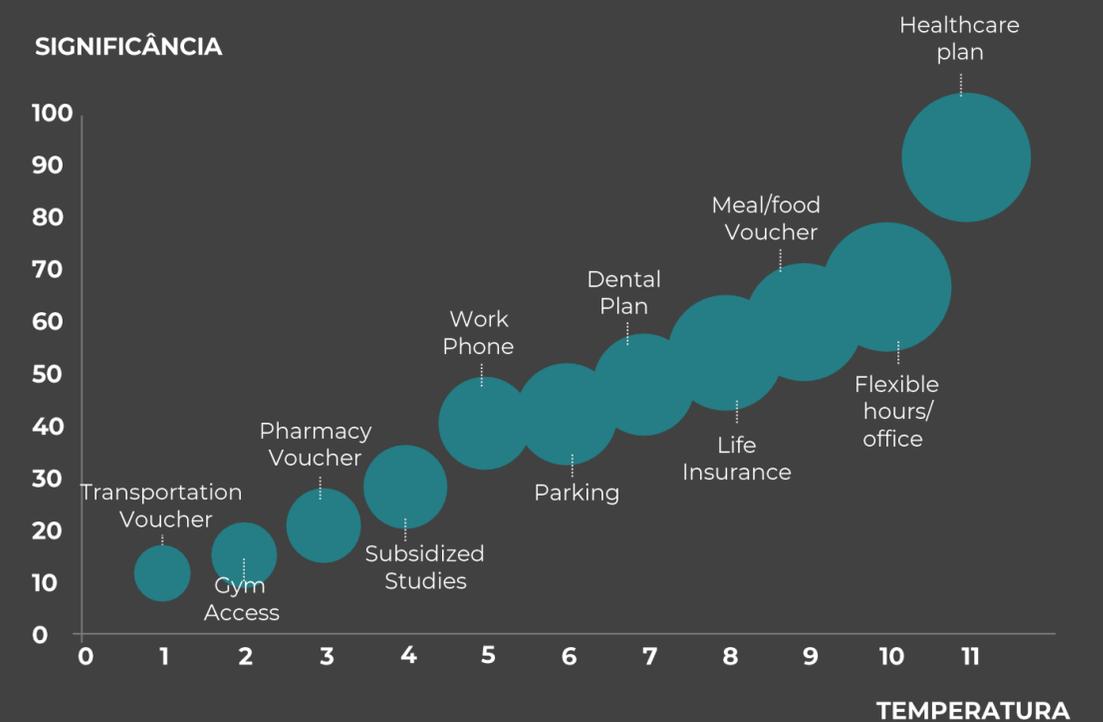
Saúde Ocupacional	Análise e mapeamento	Corretoras	Bem estar	Saúde mental

Muitos gestores de RH estão aplicando novas abordagens em relação a benefícios oferecido, cultura organizacional e novos estilos de liderança e rotinas de trabalho.

Indicadores Chave de Performance

As empresas podem monitorar o bem-estar de seus funcionários, tanto as condições físicas (por exemplo, monitoramento de peso e qualidade do sono), quanto a saúde mental (através da promoção de uma comunicação transparente).

Como resultado, indicadores financeiros como retorno sobre o investimento (ROI) e produtividade podem ser um reflexo da melhoria da satisfação dos funcionários, aumento das taxas de retenção, menores taxas de absenteísmo/turn-over e menores índices de sinistralidade.



Quase 100% dos colaboradores concordam que os planos de saúde são a prioridade nº 1, colocando a jornada de trabalho e flexibilidade no local de trabalho em segundo lugar e acesso à academia e vale-transporte em último.

As tendências futuras envolvem a adoção de mudanças para o home office, ênfase em saúde mental, dentre outros.

Um parceiro de saúde com uma solução robusta, baseada em dados, que abrange várias etapas da jornada de saúde corporativa também pode ganhar impulso.



Indústria farmacêutica

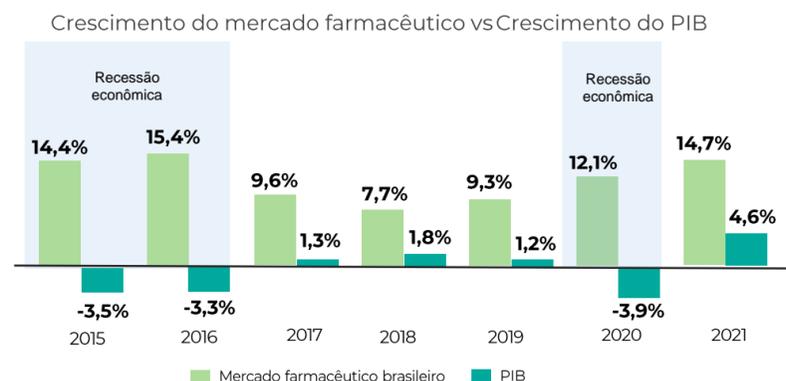
As empresas locais lideram o mercado de genéricos, enquanto as multinacionais têm uma vantagem competitiva no mercado de specialty pharmaceuticals (que exigem maiores investimentos em P&D)

O Brasil tem um grande, mas ainda fragmentado mercado farmacêutico

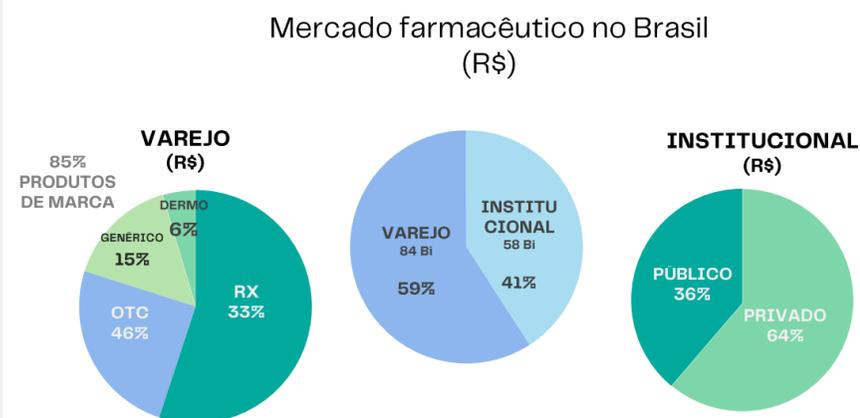
Em 2021, a indústria farmacêutica teve uma receita agregada de ~R\$ 146,7 bilhões.

Há 349 empresas neste setor (sendo 2/3 brasileiras). Apesar de ter 80,4% de participação de mercado em unidades vendidas, as empresas locais têm apenas 59,3% no faturamento devido ao baixo custo dos genéricos.

O mercado cresceu significativamente acima PIB nos últimos anos, mesmo com recessões

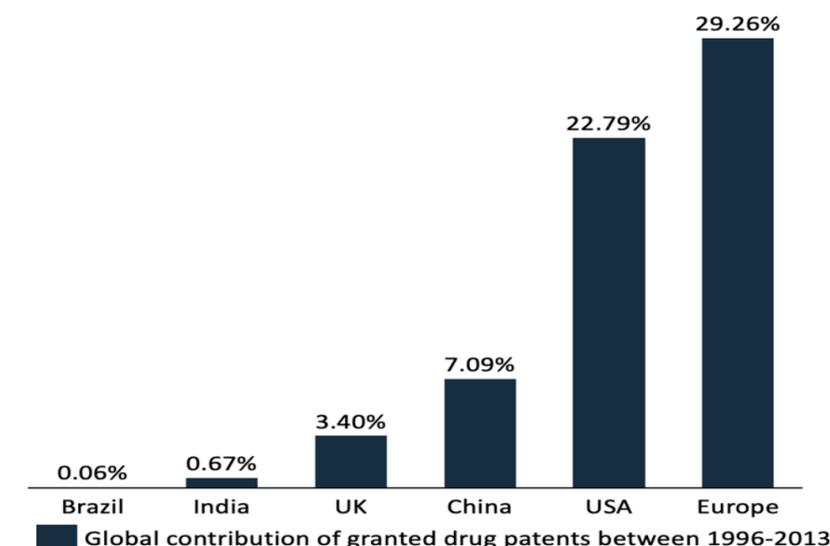


Varejo representa 59% do mercado farmacêutico brasileiro, mas mercado institucional vem crescendo



Vendas para varejo e institucional (hospitais, clínicas, governo) têm crescido nos últimos anos. No mercado institucional, grande parte dos medicamentos são de alto custo e tem características que geram desafios nos processos de logística, armazenamento, distribuição e comercialização. A tecnologia pode ajudar a reduzir as complexidades desse mercado crescente.

O Brasil contribui muito pouco para P&D, resultando em um baixo número de patentes



O Brasil importa 90% de seus Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) da China e da Índia, sujeito a restrições da cadeia de suprimentos

As empresas locais são fortes no mercado de genéricos, mas não são relevantes em specialties.

Apesar dos desafios de inovação no Brasil, as empresas farmacêuticas podem aproveitar as novas tecnologias para desbloquear investimentos em P&D e digitalizar a experiência do cliente

Inovação afetada por questões econômicas e regulatórias

A indústria farmacêutica brasileira frequentemente aponta restrições econômicas e regulatórias relevantes à inovação, como:

(i) modelos rígidos de precificação que dificultam o desenvolvimento/comercialização de medicamentos inovadores devido aos tetos de preços estabelecidos;

(ii) alta carga tributária e intenso quadro regulatório.

(iii) baixo poder aquisitivo da população (90% dos gastos farmacêuticos são diretos)

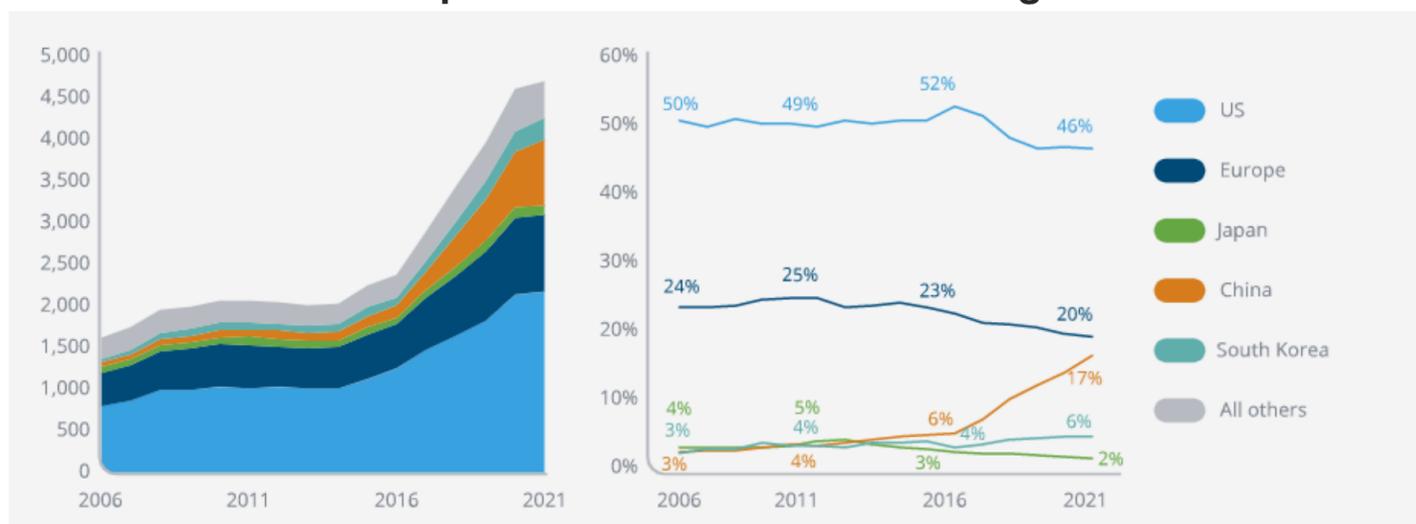
Otimização do desenvolvimento de medicamentos pode incentivar investimentos em P&D

Devido aos altos custos de P&D, as empresas têm encontrado oportunidades de investir em novas tecnologias, como IA e Big Data.

Essas soluções podem agilizar os processos de recrutamento para ensaios clínicos, além de trazer mais eficiência e assertividade ao processo de P&D.

Isso provavelmente incentivará o crescimento de biotechs e aumentará o número de M&As no setor. Globalmente, o número de produtos em desenvolvimento em empresas biofarmacêuticas emergentes (EBP) dobrou desde 2016.

Número de produtos em desenvolvimento por empresas biofarmacêuticas emergentes



Da digitalização de P&D à experiência do cliente

Em outros países, as companhias farmacêuticas progrediram em sua transformação digital e começaram a lidar com fricções ao longo das jornadas de pacientes e médicos.

Apesar de questões regulatórias locais e práticas de mercado, no exterior tais empresas já testaram aplicativos para apoiar a jornada do paciente e usar o canal D2C para a venda de produtos.

5%
das vendas da indústria farmacêutica são feitas por meio de canais D2C (Brasil)

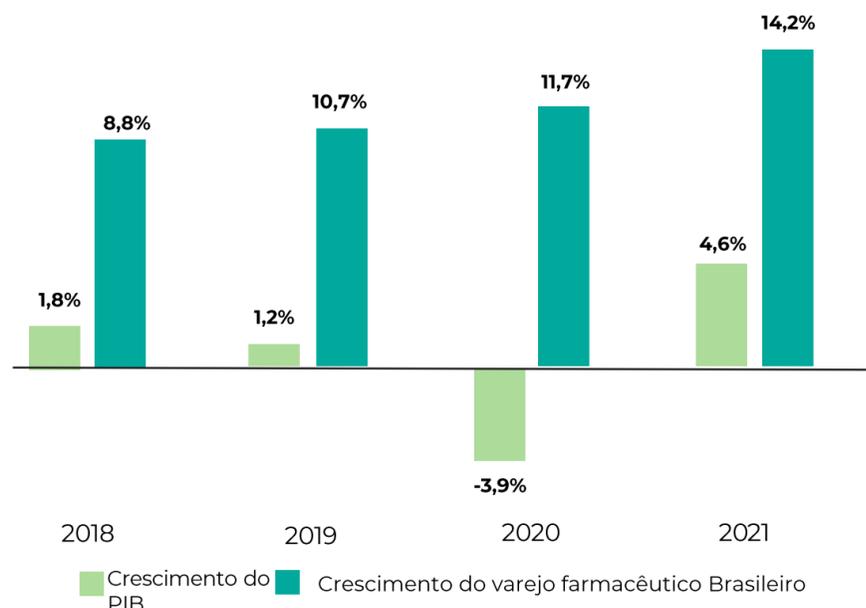
17%
nos EUA



Varejo Farmacêutico

O varejo farmacêutico é um mercado fragmentado, mas resiliente e em crescimento. O mercado de genéricos está crescendo em ritmo acelerado e ainda tem muito espaço para aumentar a participação de mercado

Mercado de varejo farmacêutico é estimado em R\$ 88,3 bilhões e cresceu acima do PIB nos últimos anos



Crescimento mesmo com a recessão em 2020. Cerca de 75% das compras no varejo são para o consumidor final, um aumento de 55,1% nos últimos quatro anos

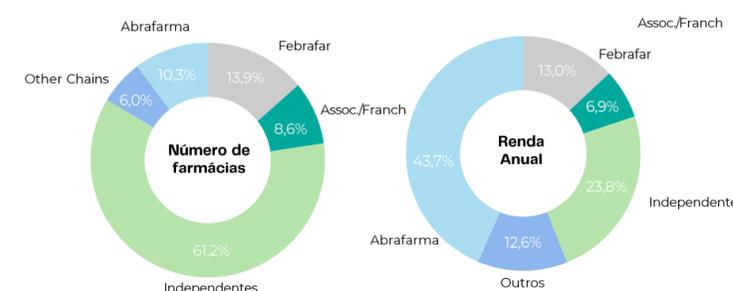
Havia mais de 116 mil lojas de farmácias de varejo em 2020.

O mercado de varejo farmacêutico vem se consolidando lentamente → crescimento orgânico (físico e digital)

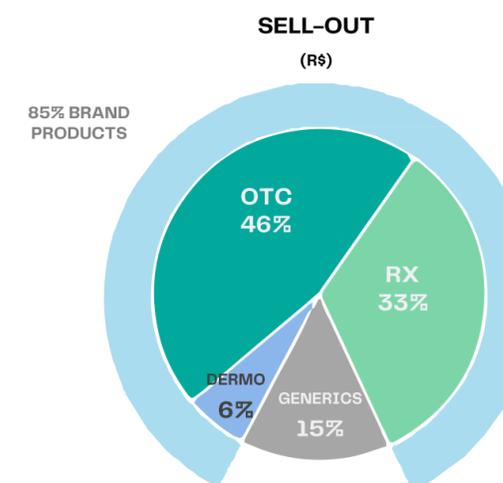
Mercado fragmentado: oportunidade de consolidação

	9,2%	9,8%	10,8%	11,4%	11,8%	13,4%	13,5%	14,1%
	18,6%	17,5%	16,3%	16,4%	16,3%	16,0%	15,2%	15,2%
	22,5%	24,7%	24,9%	23,9%	23,3%	22,3%	21,8%	21,0%
	17,2%	15,9%	16,7%	17,6%	18,4%	19,1%	20,2%	22,0%
	32,5%	32,1%	31,3%	30,7%	30,3%	29,1%	29,2%	27,6%
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021

■ RD
 ■ Abrafarma #2 to #5.
 ■ Outros
 ■ Assoc./Franch.
 ■ dependents



Os genéricos representam 15% das vendas no varejo farmacêutico, mas vêm crescendo em ritmo acelerado



Desde 1999, quando a “Lei dos Genéricos” foi aprovada com o objetivo de aumentar o acesso e a adesão ao tratamento, os genéricos têm sido uma categoria em rápido crescimento no varejo farmacêutico.

Grandes grupos têm buscado a diversificação de fluxos de receita, posicionando-se como prestadores de serviços básicos (hubs de saúde), bem como desenvolvendo estratégias digitais para lidar com novos hábitos de consumo

As redes varejistas pretendem remodelar a prestação de cuidados de saúde

Desde o início da pandemia, milhões de testes foram realizados em farmácias brasileiras, colocando-as no centro da resposta à pandemia.

Apesar das questões regulatórias envolvidas, as farmácias possuem uma vasta rede de lojas que podem ser transformadas em pontos de atendimento (oferecendo exames, exames, consultas etc.), ao invés de pontos de venda.

4,5k

Farmácias com consultórios

14k

farmacêuticos que prestam serviços de saúde

16.8M

Testes realizados em drogarias brasileiras de março de 2020 a abril de 2022

Novas estratégias para fornecer serviços adicionais e uma experiência de cliente omnichannel

Grandes grupos também projetaram estratégias digitais e omnichannel para melhorar a experiência do cliente e fortalecer os canais de vendas proprietários:

A RD (líder do mercado brasileiro) reportou 10,5% das vendas realizadas por meio de canais digitais (principalmente apps proprietários).

Recentemente, lançou a Vitat, sua plataforma digital de saúde e bem-estar.

Nessa expansão de receita é importante que tais grupos observem rigorosos padrões de qualidade e pertinência nas prescrições e serviços prestados.

O novo cenário pode proporcionar oportunidades de M&A e parcerias

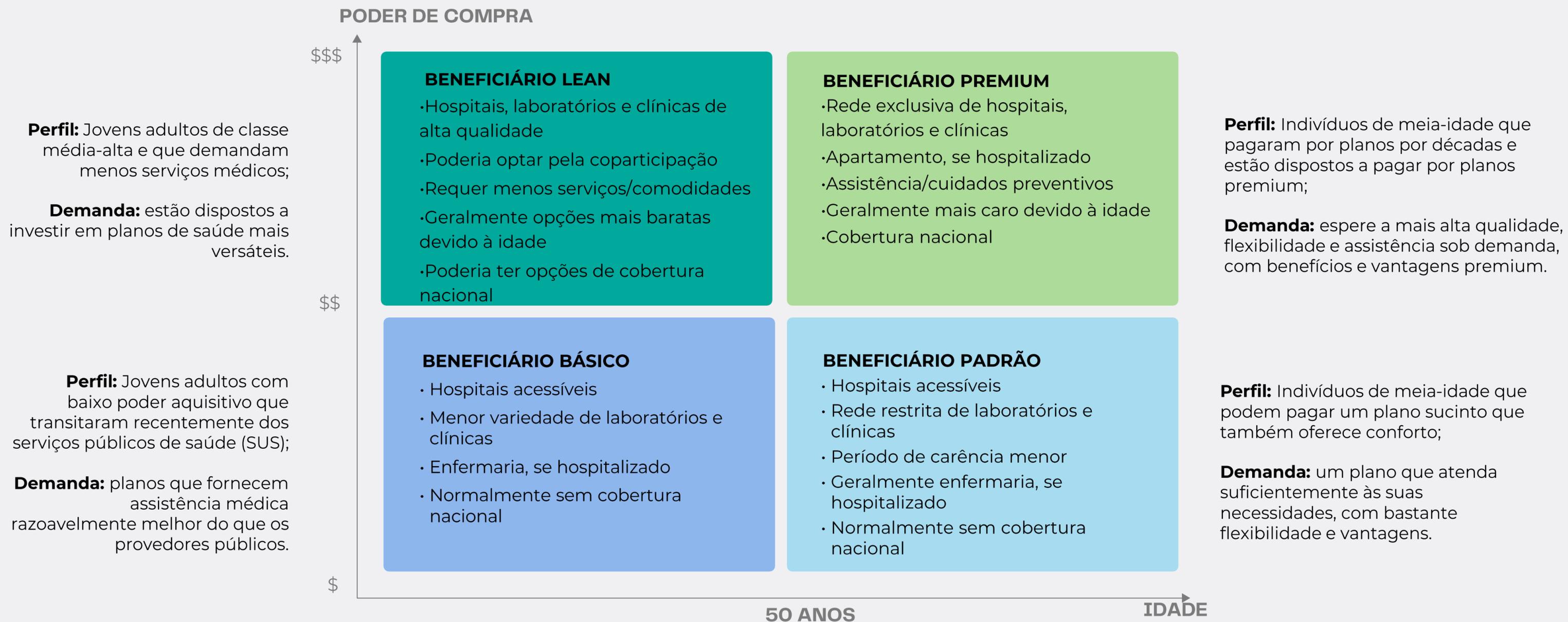
Como se viu com outros grandes varejistas, como Amazon e Walmart, a mudança de grupos farmacêuticos de varejo para provedores de saúde pode impactar positivamente o ecossistema de tecnologia de saúde.

Uma vez que decidam se reposicionar como hubs de cuidado e fornecer serviços adicionais, é provável que busquem ativamente parcerias e até mesmo a aquisição de startups.

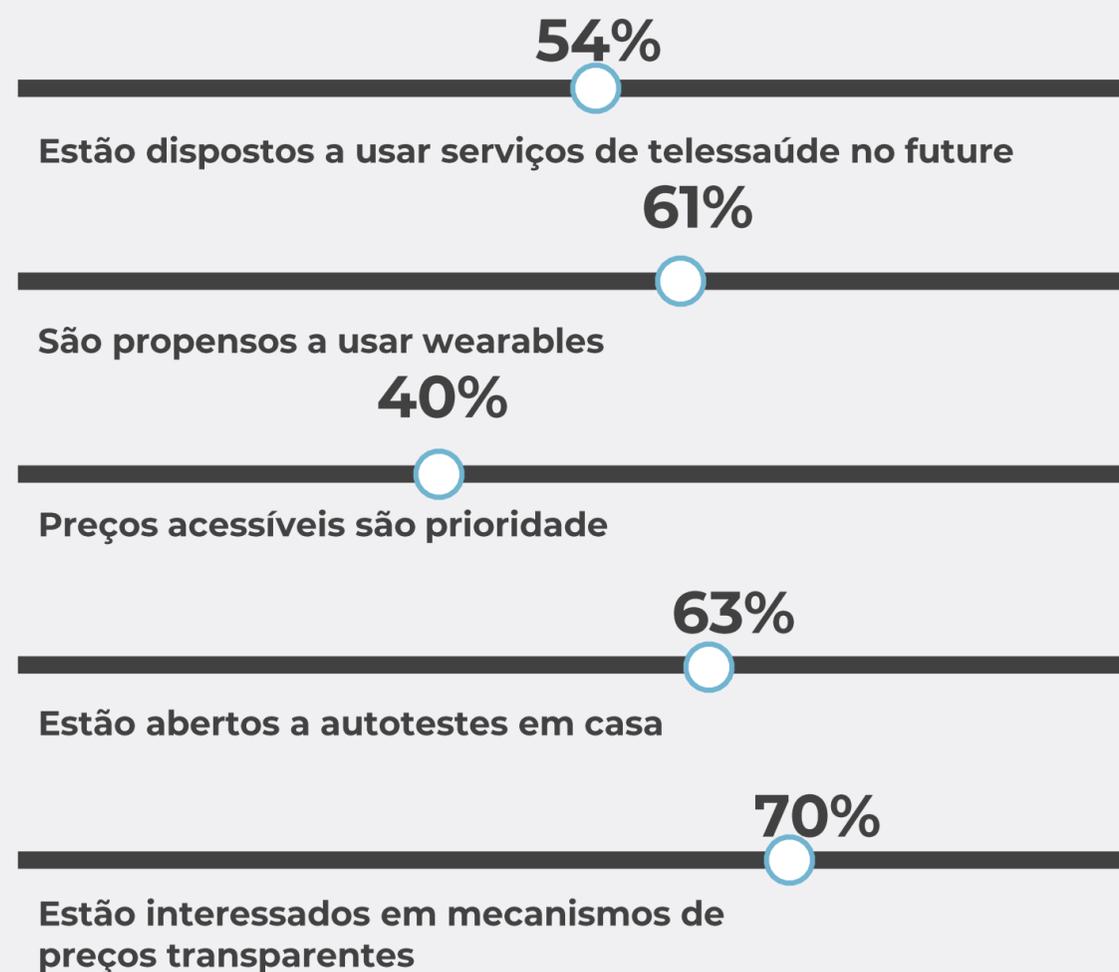


Usuários e Consumidores

Os consumidores esperam assistência médica diferenciada de acordo com sua idade, poder aquisitivo e preferências



As tendências no estilo de vida estão se voltando para um maior foco na atenção primária e ênfase em rotinas mais saudáveis



As 5 principais tendências em estilo de vida e bem-estar:

1

Wearables

Aumento da adesão a wearables para monitorar indicadores de saúde, como oxigenação do sangue, batimentos cardíacos e qualidade do sono.

2

Serviços a domicilio

De autotestes a sessões de fisioterapia on-line, os consumidores estão aderindo a tratamentos de saúde no conforto de suas casas.

3

Saúde mental

A pandemia do COVID-19 incentivou muitos consumidores a investir tempo e esforço para nutrir seu bem-estar e adaptar as suas rotinas diárias.

4

Transparência

Os consumidores exigem cada vez mais transparência das empresas, desde ingredientes em produtos alimentícios até o processamento de seus dados pessoais.

5

Saudável + sustentável

Os hábitos alimentares estão mudando para dietas orgânicas com a intenção de diminuir a pressão sobre o meio ambiente e melhorar a saúde geral, comprando de forma mais sustentável.



Cenário Regulatório

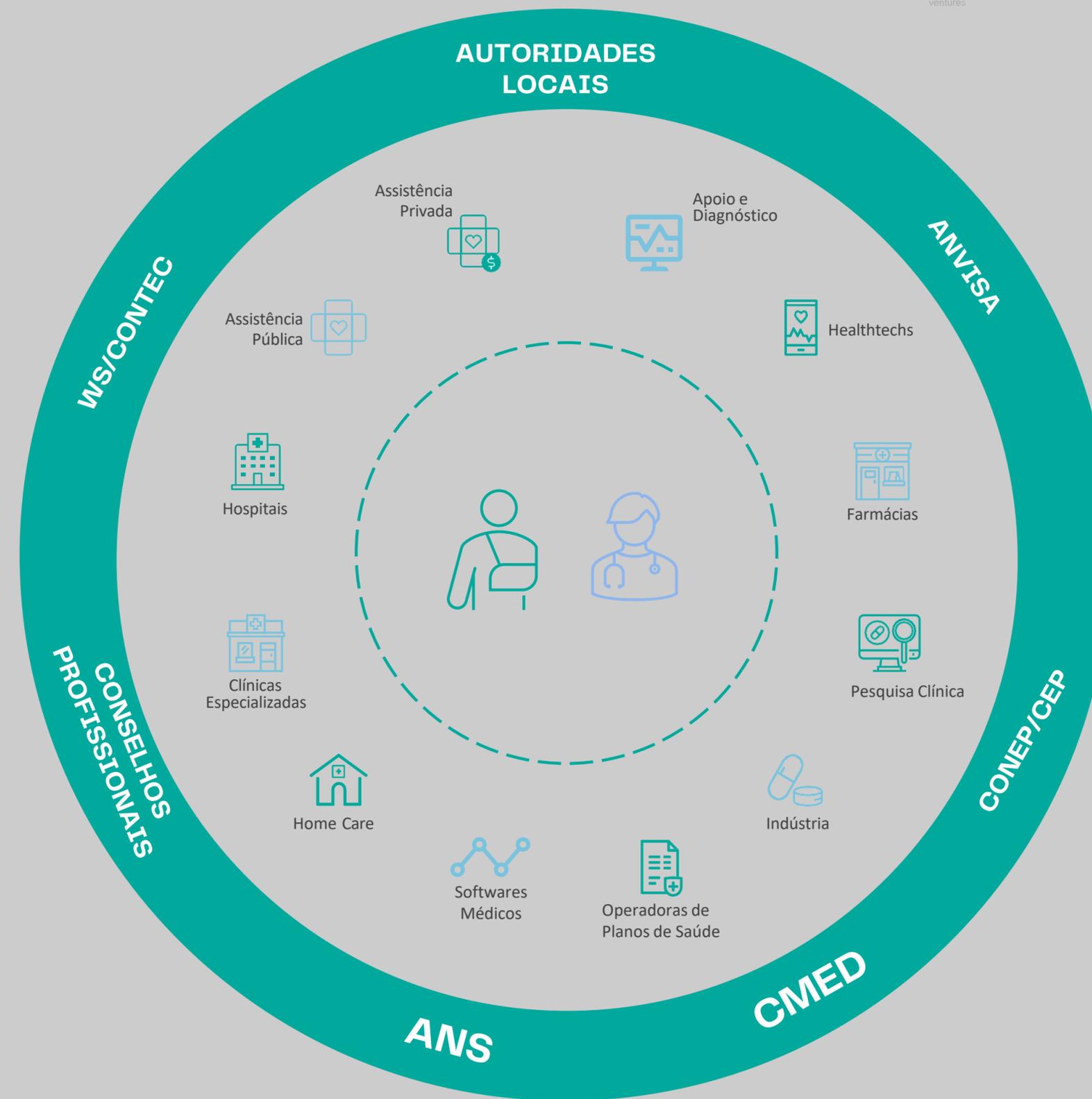
Cenário regulatório complexo, mas com avanços recentes

O setor de saúde vive um momento único com o surgimento de novas tecnologias e modelos de negócios e diversificação de atividades por grupos relevantes.

Esse cenário, sem dúvida, incentiva a construção de um ecossistema de saúde digital, mas também aumenta a complexidade regulatória.

O setor é fortemente regulamentado e há inúmeras discussões em curso, mesmo além do ambiente digital.

Alguns exemplos são a autorização de investimentos de capital estrangeiro (2016), a proibição temporária de novos cursos de medicina (2017) e a regulamentação de produtos à base de cannabis para uso medicinal.



Momento único para posicionamento dos reguladores como parceiros da inovação

No novo contexto, os órgãos reguladores enfrentam o desafio de acompanhar essas novas tendências (que, como sempre, vêm em ritmo muito acelerado), com a devida cautela.

o mesmo tempo, os reguladores têm uma enorme oportunidade de apoiar a inovação e a tecnologia. Temos um cenário semelhante ao que ocorreu recentemente com as fintechs, em que o Banco Central do Brasil teve (e ainda tem) um papel importante na criação de um ambiente regulatório tech-friendly.

Estamos otimistas de que um novo panorama regulatório será construído para apoiar a inovação em saúde e garantir a robustez necessária à implementação de novos modelos digitais..

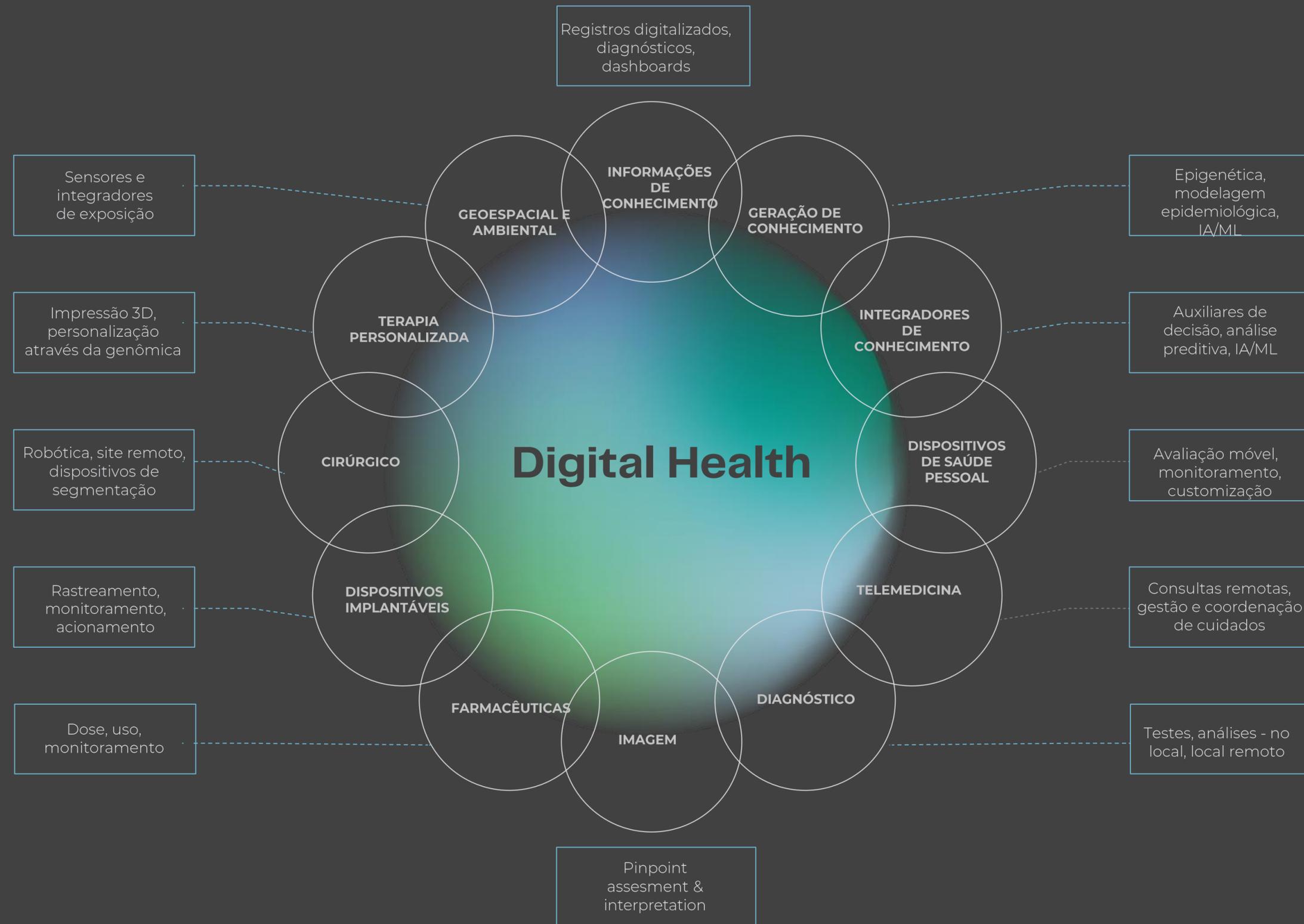




Digital Health & Venture Capital

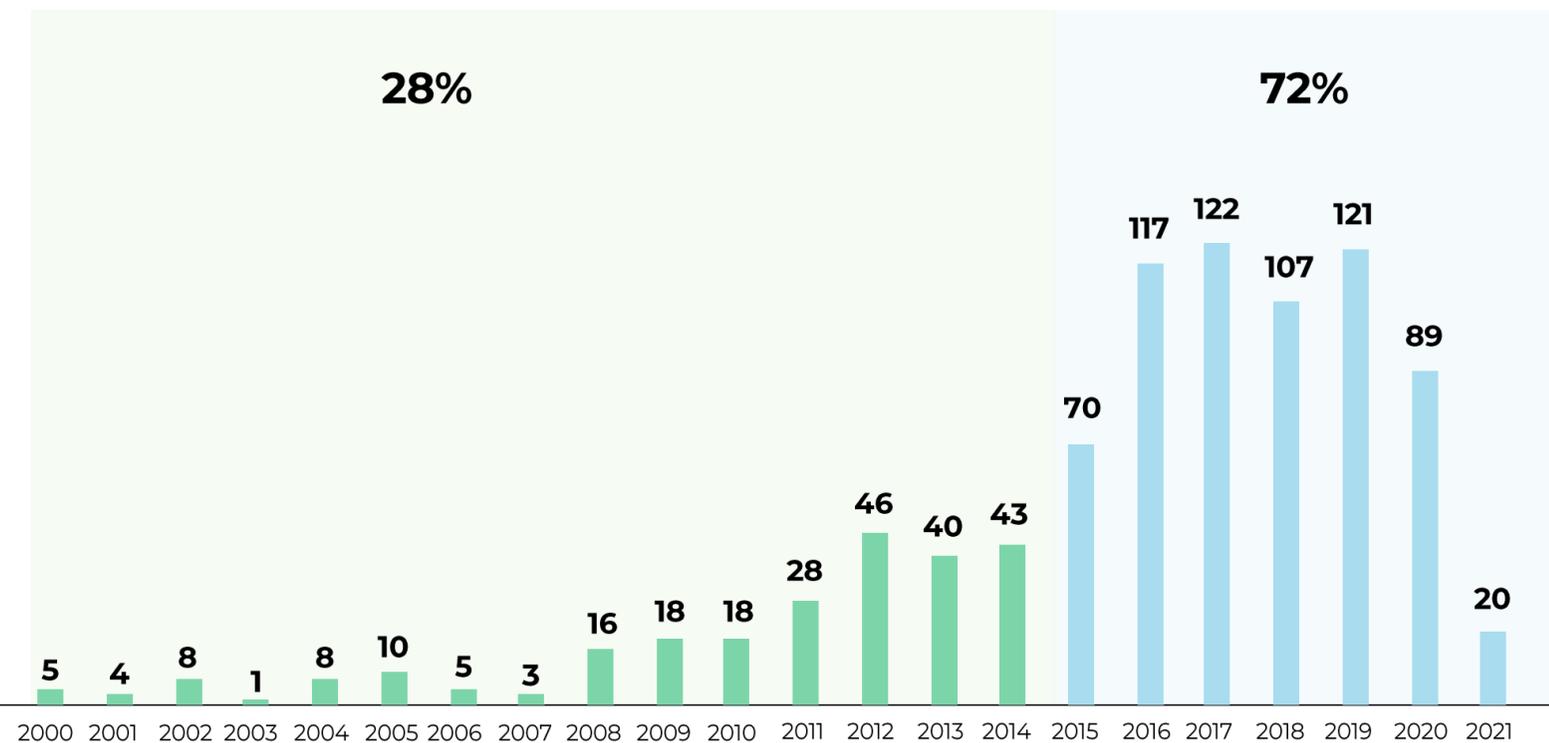
O QUE É DIGITAL HEALTH?

Saúde Digital combina avanços digitais, tecnológicos e científicos com cuidados de saúde, visando a reduzir ineficiências na prestação de cuidados, melhorar o acesso e a qualidade, reduzir custos e tornar os tratamentos mais personalizados e precisos

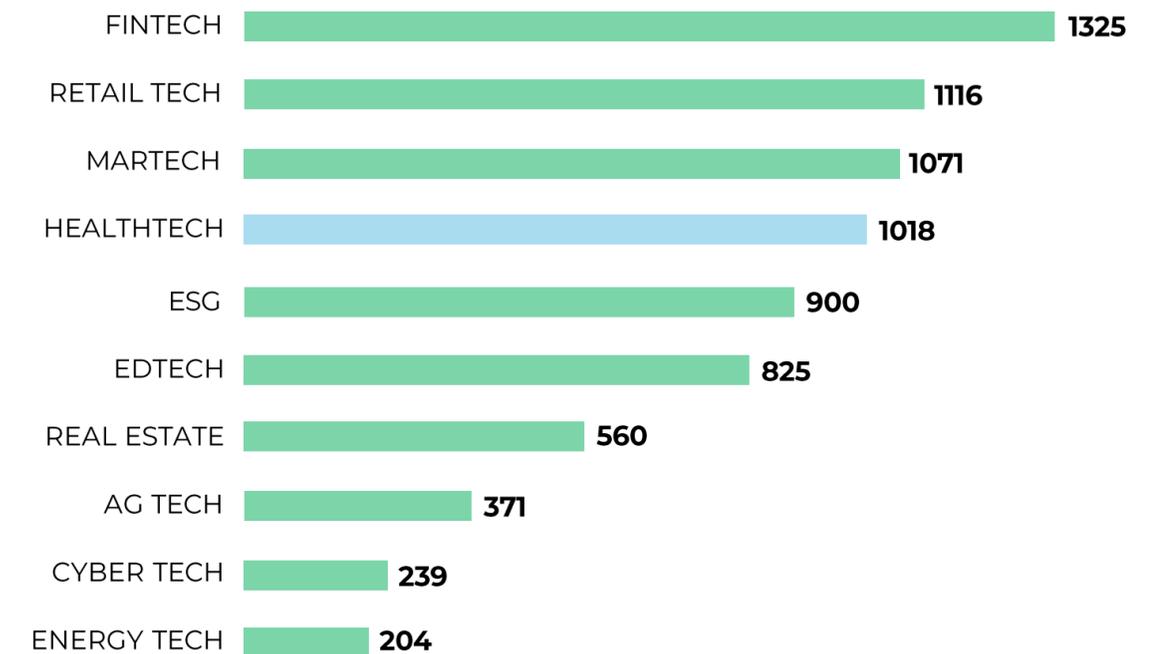


O mercado de Healthtech está a todo vapor no Brasil – apresentando o maior número de startups depois de Fintech e Varejo/Consumidor (a maioria delas fundada nos últimos anos)

Número de healthtechs fundadas no Brasil por ano

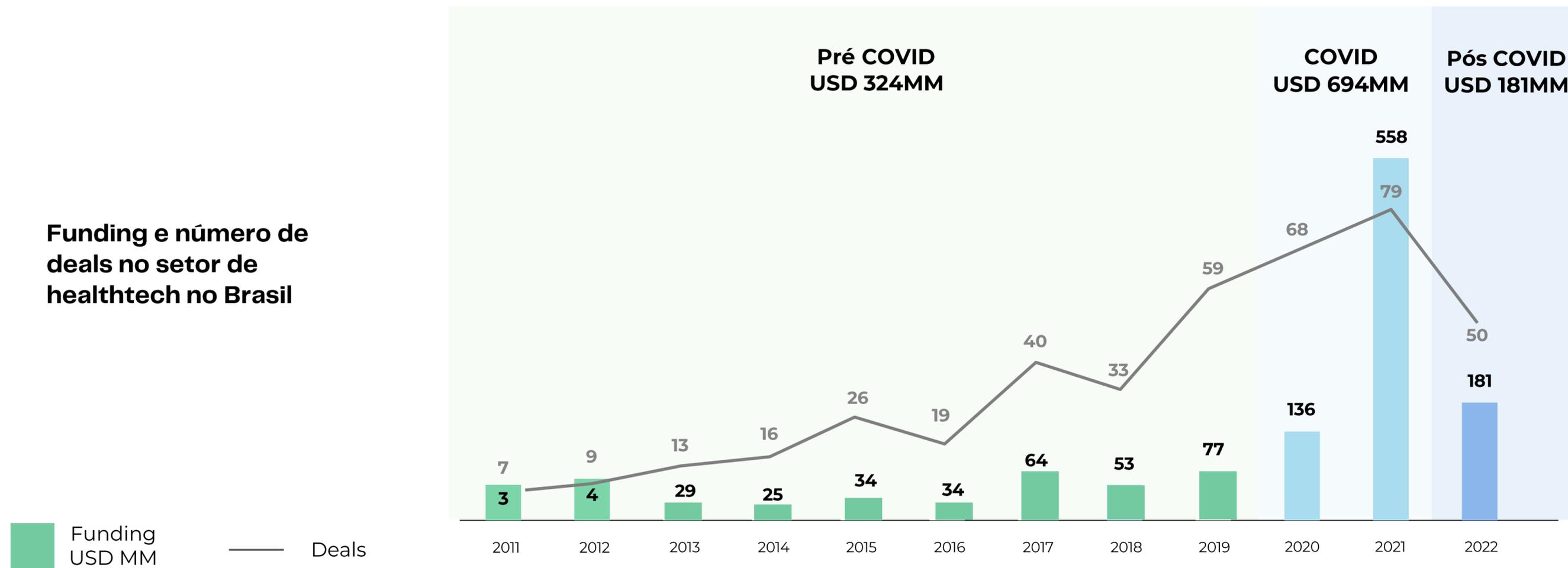


Número de startups no Brasil por setor



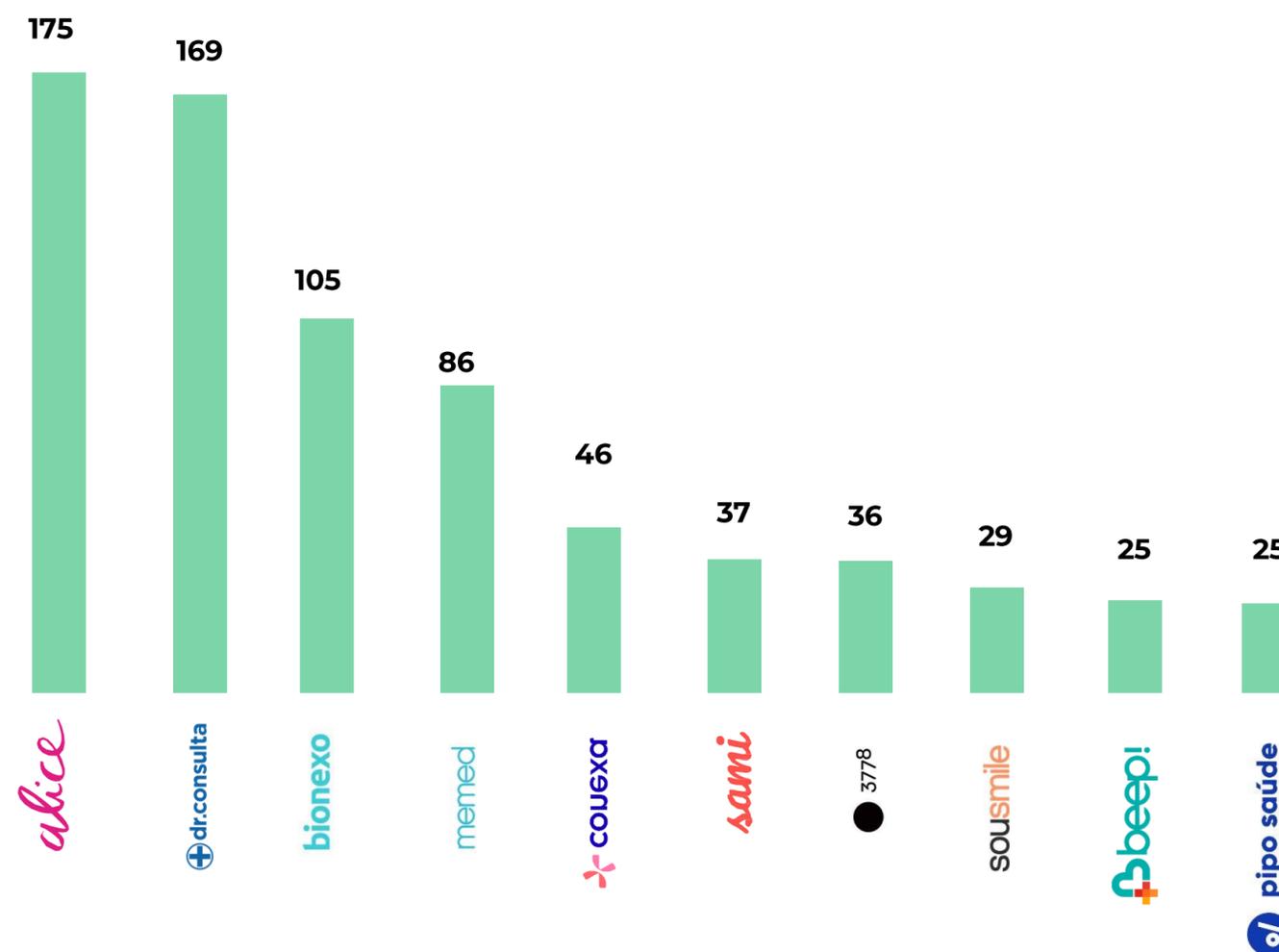
Queda dos juros nominais para o menor nível histórico + novas tecnologias após o COVID-19 levaram a um crescimento sem precedentes no setor de healthtech

Funding e número de deals no setor de healthtech no Brasil



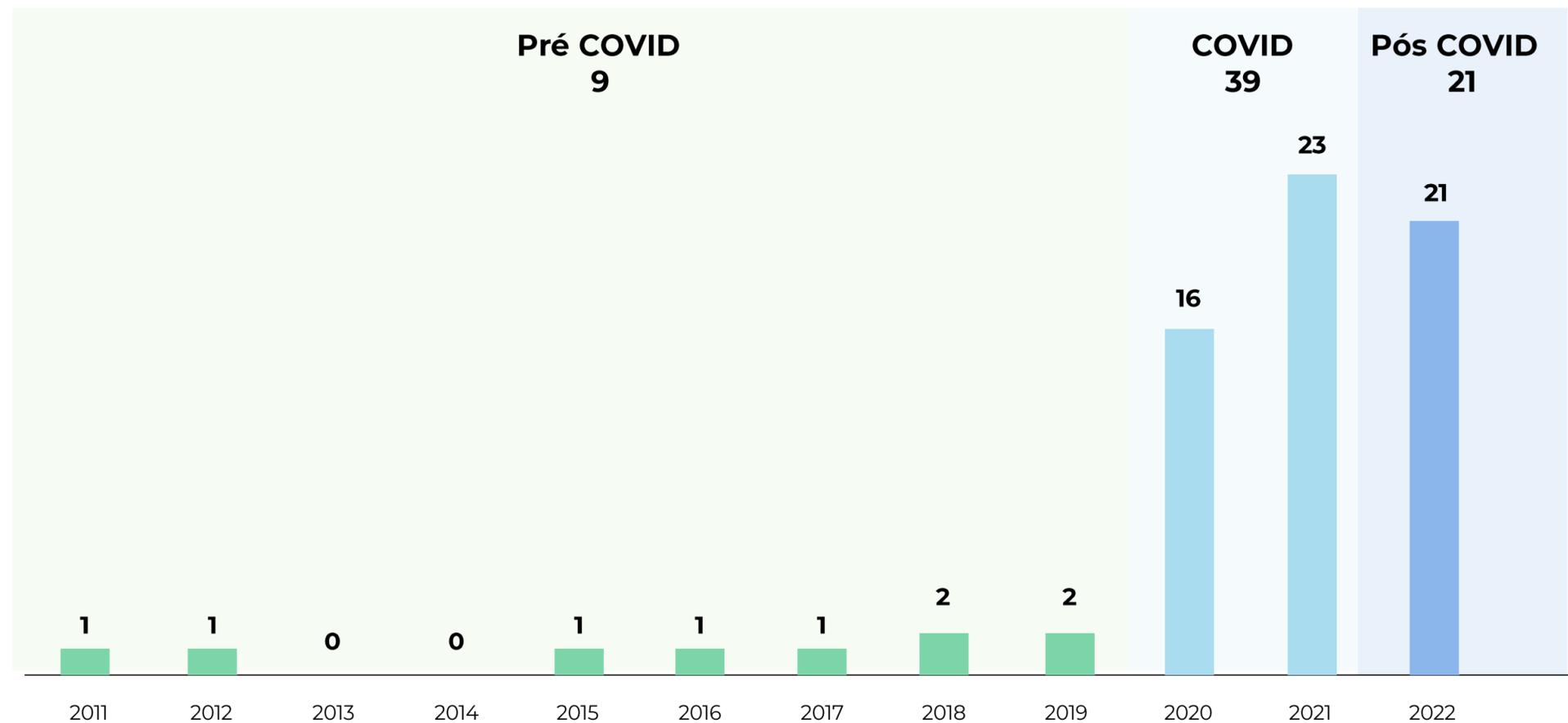
À medida que o setor de healthtech se tornou um hot spot, as startups brasileiras não apenas enfrentaram a tempestade criada pela pandemia, mas também receberam investimento significativo

As 10 principais Healthtechs
brasileiras por valor total de
funding
(US\$ milhões)



O grande número de operações de M&A enfatiza inúmeras oportunidades no setor de healthtech

Número de Healthtech M&As no Brasil

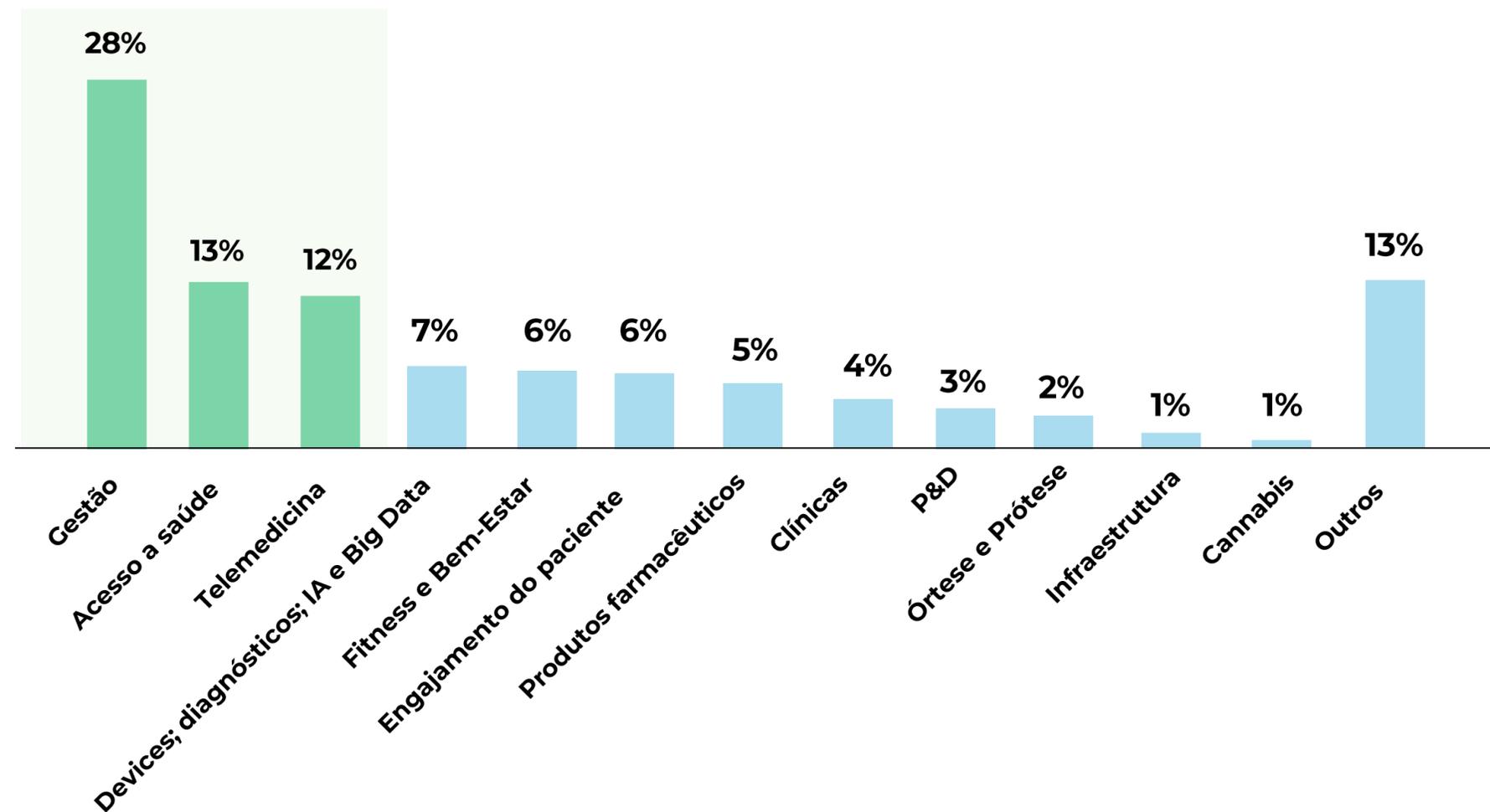


Principais adquirentes

Companhia	Aquisições
Afva EDUCAÇÃO TECNOLOGIA SAÚDE	▶ 11
bionexo	▶ 4
RD RaioDrogasil S.A.	▶ 4
SALUX INFORMATIZAÇÃO EM SAÚDE	▶ 3

Gestão, Acesso a Saúde e Telemedicina continuam sendo as maiores subsetores em número de startups, refletindo os desafios do sistema de saúde brasileiro

% Healthtechs por subsetores





Jazidas de Valor

JAZIDAS DE VALOR

NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS

- 1 Direcionamento, retenção e engajamento de pacientes em linhas de cuidado apropriadas
- 2 Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde
- 3 Ampliação e qualificação do acesso a saúde
- 4 Farmácias como hubs de cuidado

EFICIÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL

- 5 Relação entre prestadores de serviços e operadoras
- 6 Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde
- 7 Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias

DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

- 8 Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros
- 9 Ascensão de novos modelos de At-Home Health para conveniência e acompanhamento do paciente
- 10 Experiência omnichannel do paciente



Novos Modelos Assistenciais

1

Direcionamento, retenção e engajamento de pacientes em linhas de cuidado apropriadas

2

Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde

3

Ampliação e qualificação do acesso a saúde

4

Farmácias como hubs de cuidado

1

Direcionamento,
retenção e engajamento
de pacientes em linhas
de cuidado apropriadas

Atores Associados



Alavancas de Valor



Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto

Ganhos incrementais importantes

Decisivo para o futuro do negócio

Horizonte de Impacto

Curto Prazo

Médio Prazo

Longo Prazo

Direcionamento, retenção e engajamento de pacientes em linhas de cuidado apropriadas



1 Descrição



A busca pela coordenação de cuidados se tornou uma realidade, tanto em razão de estratégias de grupos de saúde que se apresentam como plataformas com serviços e produtos variados, como pela ênfase na Medicina Baseada em Valor, que desloca o foco do tratamento para a prevenção. Com isso, é preciso inserir e navegar os pacientes em linhas de cuidado apropriadas, que são processos orquestrados de forma padronizada e escalável e que permitem um fluxo contínuo de informação (transformada em dados) e previsibilidade de custos.

2 Principais Dores



Causa raiz: historicamente, prestadores de serviços e operadoras focaram em tratar doenças e conter seus danos, com atividades centradas em diagnóstico e tratamento, em detrimento de uma lógica de antecipação e prevenção, tangibilizada em linhas de cuidado que estimulem a atenção primária, o autocuidado, a prevenção e o acompanhamento por times multidisciplinares.

Dores Relacionadas e Entes Afetados

Prestadores de Serviço | Enfrentam dificuldades em identificar e engajar pacientes no modelo de operação atual, o que significa perda de oportunidades em “receita navegada” na rede e entrega de valor subotimizada;

Beneficiários | Inicia e frequentemente não continua com seu acompanhamento ou tratamento

Operadoras | Se o paciente não é acompanhado de forma contínua e em uma lógica preventiva, tende a ocorrer um aumento de sinistralidade;

3 Riscos e Barreiras



- **Tecnologia e Operações** | Atualmente, processos como cadastro, agendamento, diagnóstico e encaminhamento não são plenamente integrados e informatizados, o que prejudica a abordagem por linha de cuidado;
- **Cultura e Treinamento** | Os profissionais de saúde foram formados em uma lógica centrada no tratamento da doença, o que demanda uma mudança de paradigma para esse novo modelo de oferta de cuidados.
- **Cultura e Engajamento** | Os próprios beneficiários não estão habituados à lógica de prevenção, o que torna seu convencimento e engajamento um desafio.
- **Negócio** | Pressionados por margens apertadas, prestadores e operadoras poderão resistir a investimentos com payback a médio e longo prazos.

4 Principais Insights



Os prestadores de serviço terão desenhado linhas de cuidado de acordo com o momento de vida e o perfil clínico de sua base de pacientes, com:

- a definição de canais e estratégias para identificar, direcionar e navegar tais pacientes;
- a capacitação de squads de saúde orientados às linhas de cuidado (não apenas a especialidades médicas estanques); e
- a construção de jornadas agradáveis ao paciente (com omnicanalidade) e integração de tecnologias para garantir a captura e o fluxo adequado de informações de saúde.

Direcionamento, retenção e engajamento de pacientes em linhas de cuidado apropriadas

As organizações de saúde perceberam que devem oferecer aos pacientes um cuidado contínuo de acordo com sua situação clínica e estágio de vida (gravidez, educação nutricional, rotina de trabalho estressante etc.) com processos e protocolos padronizados e a melhor experiência para melhorar o engajamento e a retenção.

Ferramentas de gestão e monitoramento são fundamentais para a implementação dessas linhas de cuidado, a partir de uma análise inteligente da saúde e do bem-estar dos pacientes, a fim de segmentar sua jornada e engajar equipes de saúde multidisciplinares. Cada paciente deve ter sua jornada monitorada, integrada e avaliada por uma central de atendimento.

À medida que mais pacientes são transportados pelas linhas de atendimento, informações adicionais são capturadas pela Fonte Única da Verdade (SSOT), fornecendo evidências para um possível redesenho das jornadas.

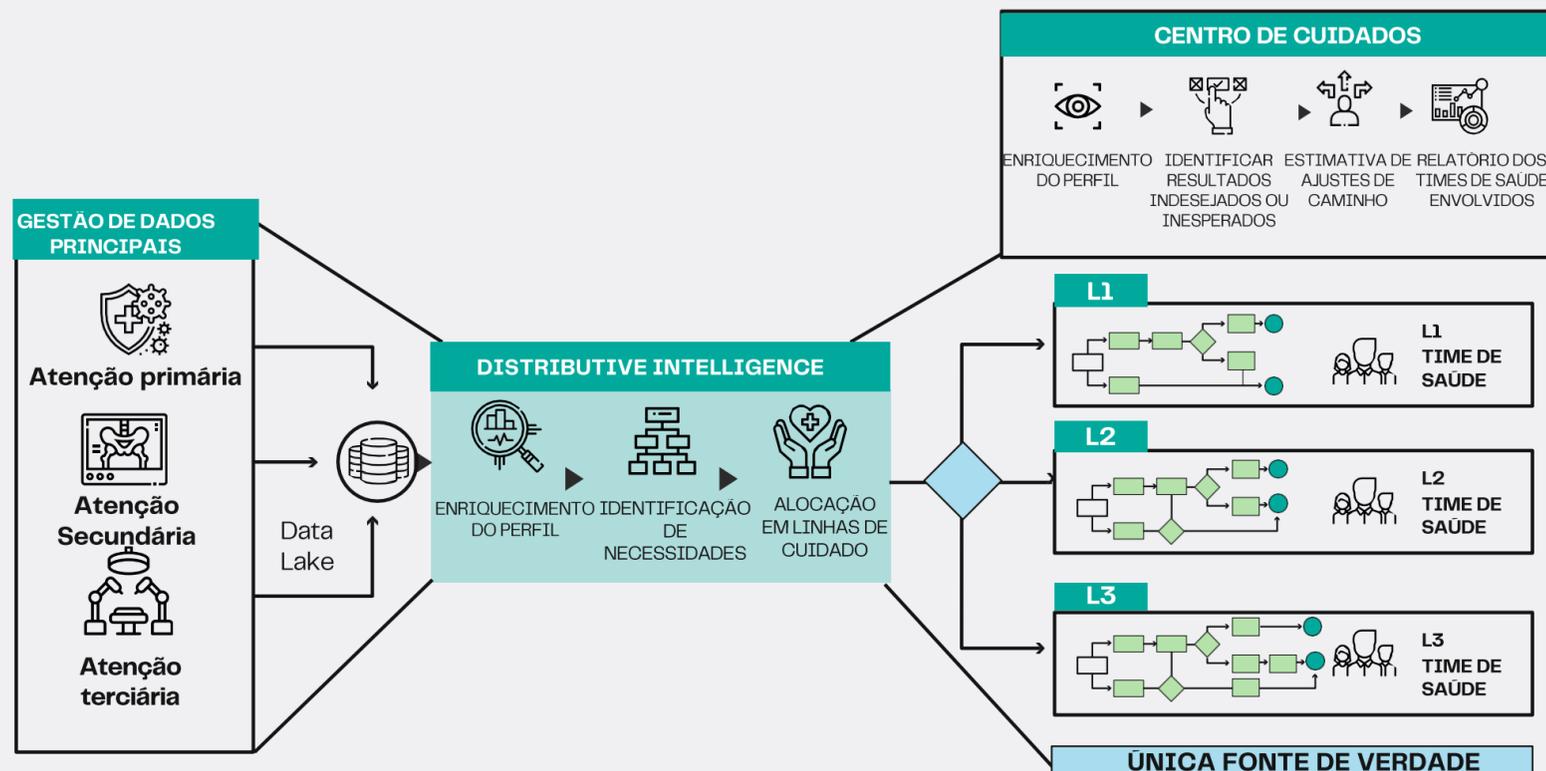


Contexto

A NefroClínicas visa suprir a falta de integração e análise de dados para identificação preventiva do estágio da doença renal e alocação de recursos ao longo das jornadas dos pacientes dentro de sua linha de cuidado.

Como o nome sugere, a NefroClínicas oferece atendimento especializado aos pacientes renais crônicos desde a fase inicial do tratamento e em toda a linha de atendimento, incluindo os serviços de nutrição, enfermagem e psicoterapia.

Linhas de Atendimento – Estrutura Operacional



Proposta de valor

A NefroClínicas segue um processo padrão:

1. Os registros anteriores do paciente são analisados e categorizados de acordo com o estágio da doença renal (3, 4 ou 5) para monitoramento preditivo;
2. Se classificados em tais estágios, são monitorados de perto para tratamento preventivo, evitando o agravamento da doença;
3. As interfaces digitais omnichannel facilitam a interação entre paciente e equipe de saúde, promovendo a abordagem de “gestão ativa”;
4. Promoção da diálise peritoneal domiciliar aos pacientes (quando apropriado), diminuindo assim as hospitalizações tardias, os custos do tratamento e as taxas de sinistralidade

Os resultados até o momento são animadores, com redução substancial na demanda por exames clínicos, consistência na tomada de decisão e recomendações de diálise peritoneal para uma parcela significativa de pacientes.



Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde

Atores Associados

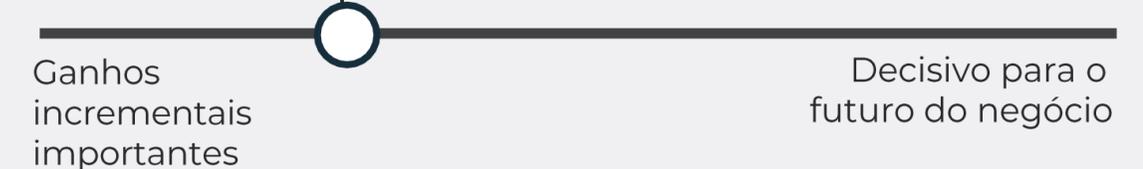


Alavancas de Valor

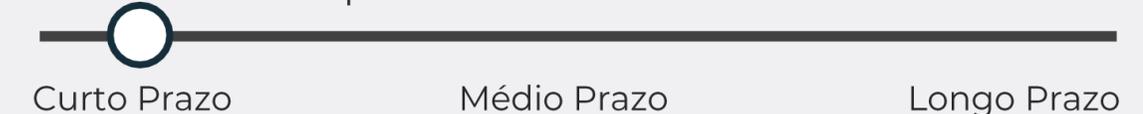


Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde

1 Descrição



Com a ascensão dos modelos value-based e a cobrança por bons resultados de desfecho clínico, os prestadores de serviço estão redesenhando a jornada do time de saúde, reforçando a necessidade de cuidado multidisciplinar incluindo o trabalho de enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais em busca de oportunidades de digitalização (parcial), com o intuito de eliminar tarefas repetitivas e de baixo valor agregado, assim como municiar a tomada de decisão da equipe.

2 Principais Dores



Causa raiz: A jornada do time de saúde possui um grau de digitalização intermediário, com poucas soluções tecnológicas que permitam o engajamento dos demais profissionais (além do médico) para monitoramento, interação e navegação do paciente.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Operadoras e Corretoras | Precisa incorporar a eventual ineficiência do prestador de serviço ao seu preço.

Time de saúde | Carece de tecnologias que viabilizem uma boa jornada de acompanhamento do paciente.

3 Riscos e Barreiras



Tecnologia | Parte substantiva da jazida consiste em tornar sistemas e processos interoperáveis para obter visão contínua do todo;

Mercado e Cultura | Tanto os fornecedores quanto os contratantes estão acostumados a discutir soluções sob a lente do médico, não do time de saúde como um todo;

Mercado | Dada a pressão financeira, os prestadores priorizam a contratação de soluções com resultados quantificáveis e payback rápido, o que exige um foco direcionado do empreendedor em selecionar dores correlatas.

4 Principais Insights



Com o redesenho dos processos associados à jornada do time de saúde, os prestadores de saúde conseguirão melhorar os indicadores de desfecho em paralelo a ganhos de eficiência. Para tal, será necessário revisitar os processos e repensar a atuação do time de saúde, adotando uma abordagem multidisciplinar de cuidado, com a otimização do tempo do médico e o envolvimento de outros profissionais na jornada.

Abordagem multidisciplinar do cuidado, com digitalização parcial da jornada do time de saúde

A simplificação e digitalização da jornada da equipe multidisciplinar de saúde se baseia no redesenho das operações atuais, enriquecimento e integração de dados.



Os Fundamentos da Abordagem Multidisciplinar



Contexto

Com uma visão de longo prazo e com o objetivo de fornecer treinamento de alta qualidade e ferramentas de primeira classe aos seus profissionais de saúde, os hospitais recomendarão e/ou contratarão determinadas startups para tratar de questões específicas das atividades da equipe e proporcionar uma melhor experiência ao paciente.

Proposta de valor

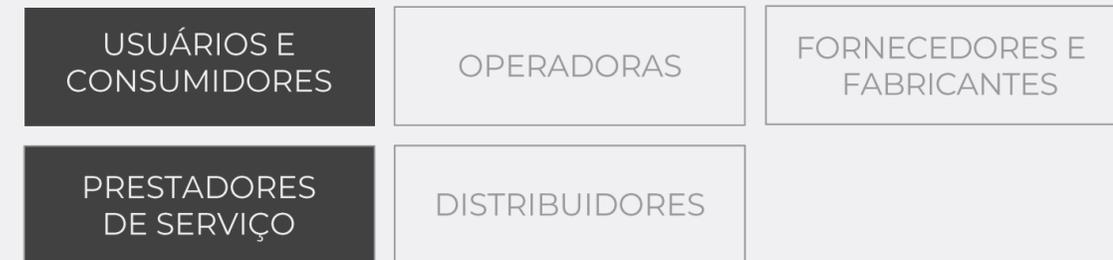
Abaixo apresentamos uma lista não exaustiva de startups que podem ajudar os hospitais nessa empreitada:

- **PEBMED (tomada de decisão clínica):** A PEBMED oferece um rico portal eletrônico de medicina com conteúdo focado em médicos e desenvolveu o Whitebook e o Nursebook, aplicativos de decisão clínica com mais de 9 mil conteúdos de várias áreas de especialidade.
- **Medway e Jaleko (educação e aprendizagem ao longo da vida):** tanto a Jaleko quanto a Medway são plataformas de cursos online para profissionais de saúde. A Jaleko é voltada para estudantes de medicina, enquanto a Medway oferece cursos preparatórios para residência médica e está a caminho de se tornar o parceiro vitalício dos médicos com uma gama mais ampla de conteúdos e educação continuada de última geração.
- **WeCancer (navegação do paciente e comunicação da equipe):** disponibiliza uma plataforma de atendimento de ponta a ponta para digitalizar a jornada do paciente oncológico, com recursos como (i) assistente de agendamento (sessões de quimioterapia, consultas etc.); (ii) relatos de sintomas; e (iii) chat online entre pacientes e equipe de saúde.

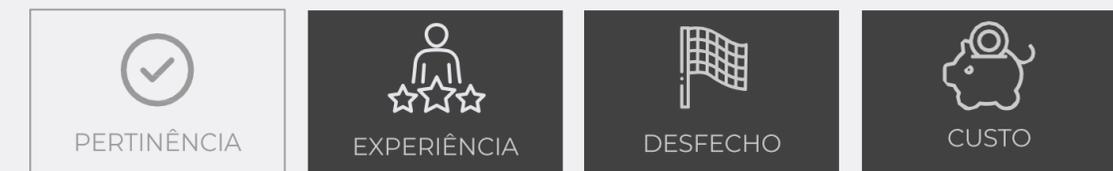


Ampliação e qualificação do acesso a saúde

Atores Associados



Alavancas de Valor



Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Ampliação e qualificação do acesso a saúde



1 Descrição



Apenas 25,6% dos brasileiros possuem planos privados de saúde (ANS, 2022), de modo que quase $\frac{3}{4}$ da população depende do SUS e de opções alternativas para obter acesso a saúde. Ademais, apenas 10% daqueles que dependem do SUS e 5% dos que possuem assistência médica consideram a saúde no Brasil boa ou ótima (ANAHP, 2022). Nesse contexto, é crucial expandir e qualificar o acesso a saúde, tanto por meio da digitalização do SUS quanto pela diversificação de ofertas da iniciativa privada, para além dos planos de assistência médica.

2 Principais Dores



Causa raiz: (i) O SUS possui uma capacidade ímpar de produzir dados, mas não consegue transformá-los sistematicamente em hipóteses e informações de qualidade; (ii) Apesar de sua abrangência, o SUS possui orçamento limitado, com redução de 77% na sua capacidade de investimento de 2013 a 2022.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

- **Usuários e Consumidores** | Enfrentam longas filas e tempos de espera para realizar exames e cirurgias
- **Usuários e Consumidores** | Planos de Saúde são caros para grande parte dos brasileiros ou das empresas

3 Riscos e Barreiras



- **Desincentivos políticos** | Historicamente, muitas iniciativas de digitalização da Saúde Pública foram esforços pontuais que se dissiparam ou que produziram ilhas de excelência, sem uma estratégia de longo prazo e apartidária;
- **Falta de Recursos Adequados** | Com verbas limitadas para investimentos no SUS, a agenda de digitalização, cujo horizonte de impacto é no médio prazo, pode perder em priorização para demandas de curto prazo.
- **Viabilidade financeira** | Dada a necessidade de oferecer preços competitivos ao consumidor, muitos players têm dificuldade em oferecer serviços de boa qualidade e construir produtos de amplo alcance e escalabilidade.
- **Tecnologia** | Parte da população de baixa renda ainda tem dificuldade no uso de soluções digitais.

4 Principais Insights



Ampliar e qualificar o acesso a saúde é uma missão árdua. Por isso, é preciso explorar oportunidades em dois eixos focais: digitalização do SUS e amadurecimento das ofertas da Saúde Suplementar.

Pelo lado do SUS, é fundamental integrar a malha de dados nas 3 esferas. Ademais, como a iniciativa privada colecionou mais experiências no tema, há oportunidade de importar e adaptar modelos vencedores, com vistas às 4 alavancas de valor em Saúde.

Já na Saúde Suplementar, é preciso amadurecer soluções já introduzidas, como contas de saúde e cartões de desconto, e combiná-las com novas ofertas disponibilizadas por players como bancos digitais, redes de farmácias e marketplaces de serviços médicos.



Ampliação e qualificação do acesso a saúde

Como discutido, para reforçar e qualificar o acesso a saúde pelo SUS, é preciso (1) digitalizar sua malha de serviços e processos em todas as suas esferas e (2) explorar modelos de gestão que se provaram vencedores na iniciativa privada, com as devidas adaptações.

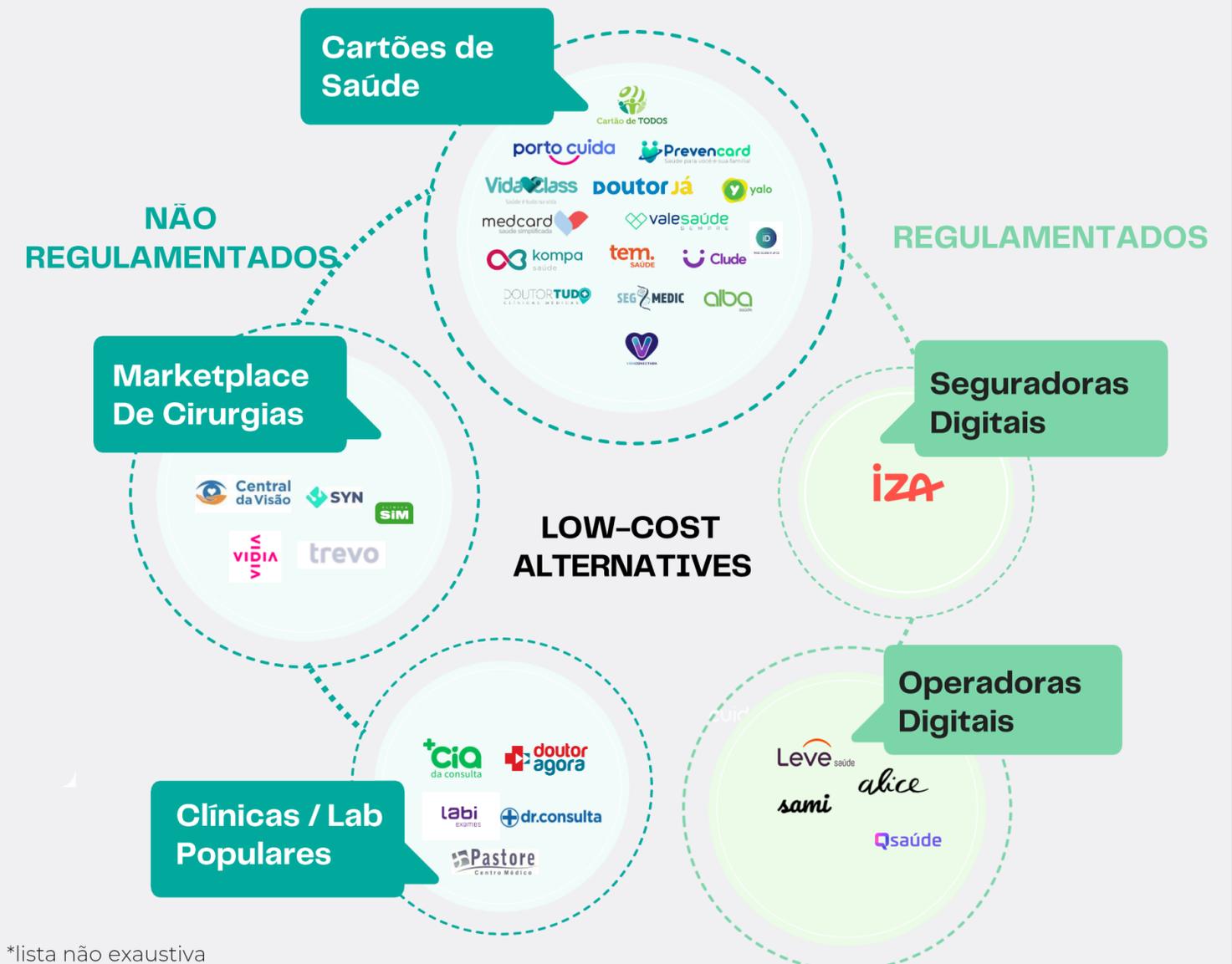
Também está em curso uma espécie de seleção natural dos modelos de redução da fricção de acesso a exames, consultas e cuidado em geral, com a necessidade de parear economicidade e desfecho. Além de (3) players especializados, como clínicas populares e cartões de desconto, (4) novos entrantes, que se apresentam como orquestradores (agregando soluções variadas em uma mesma plataforma), como bancos digitais e redes de farmácias, estão explorando seu potencial de mobilização de recursos e parceiros para enriquecer as ofertas ao consumidor.

4 Avenidas de Oportunidade para Ampliação e Qualificação do Acesso a Saúde:



Considerando que a qualificação e ampliação do acesso a saúde são relativamente recentes, vale destacar a expansão do sistema de saúde suplementar por meio de empresas prestadoras de serviços diversos. Veja a ilustração abaixo. Espera-se que nos próximos anos surjam práticas e modelos vencedores.

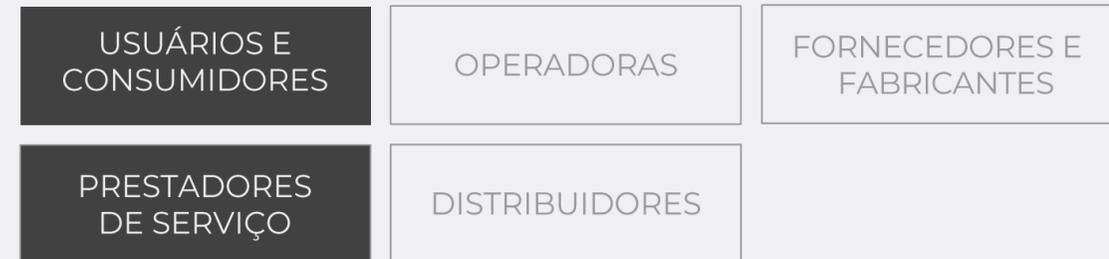
Atualmente, as empresas estão agregando suas ofertas de serviços com complementares, formando assim um ecossistema de saúde.





Farmácias como hubs de cuidado

Atores Associados



Alavancas de Valor



Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Farmácias como hubs de cuidado



1 Descrição



Com a descentralização do modelo hospitalocêntrico e possibilidade de oferta de saúde em outros ambientes, as varejistas farmacêuticas surgem como potenciais atores em Atenção Primária e Secundária. Isso ocorre em função de sua capilaridade e frequência de interação com o consumidor, o que as coloca em posição privilegiada para a recomendação e execução de programas de saúde e bem-estar, assim como a realização de testes e exames de baixa ou média complexidade.

2 Principais Dores



Causa raiz: A abordagem de Saúde com foco no paciente e baseada em prevenção e bem-estar desloca o papel das varejistas farmacêuticas de meras vendedoras para agentes proativos de saúde.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Prestadores de Serviços + Usuários e Consumidores | Possuem dificuldades em garantir a continuidade de cuidados de saúde pactuados;

Varejistas Farmacêuticas | Trabalham com margens apertadas, o que torna novas e complementares linhas de negócios desejáveis.

3 Riscos e Barreiras



Regulação | Há aspectos do novo modelo de funcionamento que dependem de avanços regulatórios com órgãos oficiais como ANVISA e conselhos federais (por exemplo, CFM e CFF), que podem trazer à luz conflitos no novo modelo de funcionamento;

Cultura | Os consumidores ainda não enxergam as farmácias como pontos de atendimento, embora tenham dado sinais de acolhimento a tal possibilidade durante a pandemia;

Negócios | A complexidade do reposicionamento é considerável, pois envolve a adoção de uma nova proposta de valor menos focada na venda de medicamentos e mais na oferta de programas e exames de saúde. Além disso, deve-se observar um rigoroso padrão de qualidade das novas linhas de negócio.

4 Principais Insights



Atualmente, os maiores players estão investindo progressivamente na digitalização, paralelamente à expansão orgânica e inorgânica. Também atuam em frentes de negócios e teses de investimento que expandem suas operações e as transformam de meros fornecedores de produtos em polos de atendimento.

Com a ajuda de parcerias e análises, os varejistas farmacêuticos, especialmente as redes, poderão:

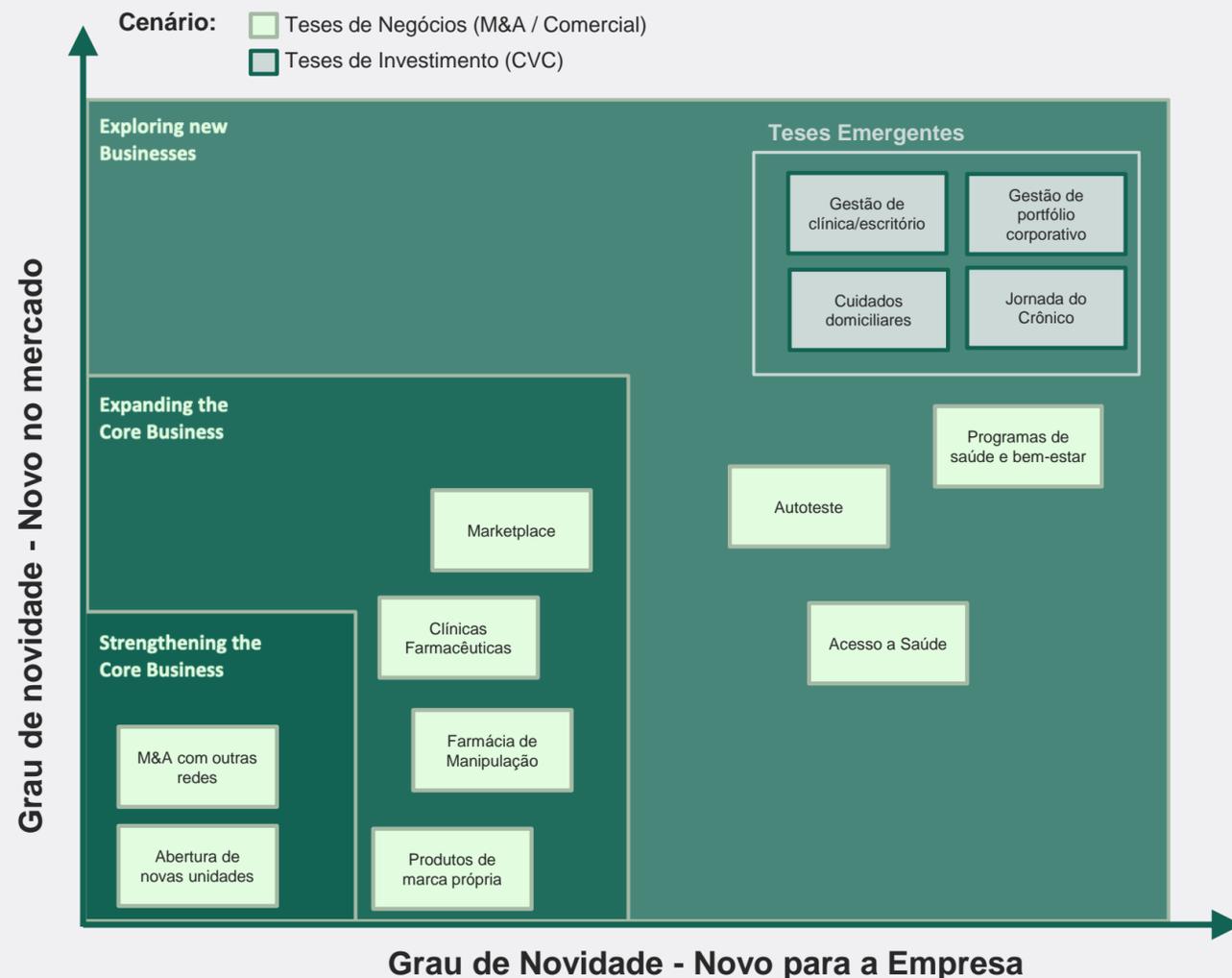
- Desenvolver programas de bem-estar e saúde baseados em perfis de consumidores;
- Oferecer exames, vacinas e outros meios de atendimento
- Recomendar produtos e soluções personalizadas (por exemplo, em um marketplace), desde itens básicos (como produtos cosméticos) até itens mais complexos (como planos de saúde).

Farmácias como hubs de cuidado

As 5 maiores redes de varejo farmacêutico possuem 32% de market share e seguem um ritmo acelerado de consolidação e expansão das atividades.

Embora ainda prevaleçam estratégias clássicas de crescimento, como M&A's com redes menores e, principalmente, abertura de novas unidades, esses players estão dispostos a focar em novas áreas de oportunidade, resumidas a seguir.

Varejo farmacêutico – Principais avenidas de crescimento



Contexto

A Vitat foi lançada em 2021 pela Raia Drogasil (RD), maior rede de varejo farmacêutico do Brasil, para ser parte fundamental da estratégia digital da empresa.

A Vitat é uma plataforma de saúde e bem-estar que aborda questões relacionadas ao engajamento do paciente e frequência de interação, incentiva escolhas saudáveis, boa alimentação, atividade física regular, sono de qualidade e adesão aos tratamentos prescritos.

Proposta de valor

O aplicativo Vitat foi lançado inicialmente com 25 programas gratuitos para promover alimentação saudável, exercícios, sono, saúde mental e física. Serviços de telemedicina médicos, nutricionais, psicológicos e físicos são incorporados na jornada do aplicativo.

Também disponibiliza um programa de emagrecimento com um portfólio de serviços, como consultas nutricionais, receitas saudáveis e planos de dieta.

Locais físicos fornecem testes rápidos, monitoram parâmetros clínicos e consultas com profissionais farmacêuticos, criando um polo de saúde.

O aplicativo tem algumas métricas impressionantes desde o seu lançamento:

- 50M de visitas no ano por meio de seus aplicativos e sites, mídias sociais e podcast (2T22);
- 900 mil usuários únicos para os mais de 220 programas de saúde integral gratuitos da Vitat (1T22)



Eficiência e transformação digital



Relação entre prestadores de serviços e operadoras



Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde



Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias



Relação entre prestadores de serviços e operadoras

Atores Associados

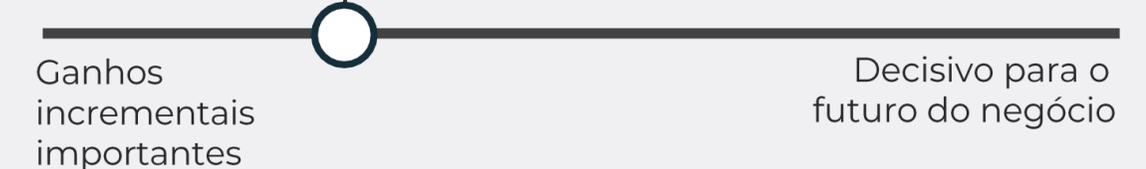


Alavancas de Valor

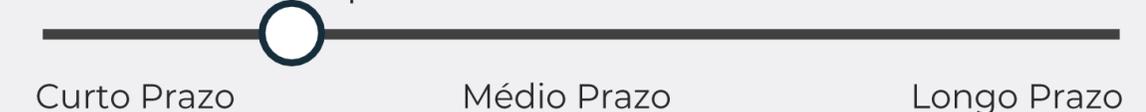


Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Relação entre prestadores de serviços e operadoras

1 Descrição



Colaboração e transparência são pilares críticos de modelos emergentes de compartilhamento de riscos. Os atuais processos de interface entre provedores e operadoras são subotimizados e os modelos de *fee for service* reforçam uma visão conflitante entre essas partes interessadas. Além disso, os dados associados à navegação do paciente e ao desfecho clínico - que deveriam ser a base de uma agenda colaborativa de estratégias e ações conjuntas - estão indisponíveis ou não são compartilhados por falta de alinhamento entre as partes.

2 Principais Dores



Causa raiz: Historicamente, prestadores de serviços e operadoras têm interesses conflitantes. Enquanto os primeiros eram pagos pelos serviços prestados (baseados em volume), os segundos tinham suas margens diretamente relacionadas aos sinistros e ao uso do sistema de saúde. Embora as operadoras tenham adiado o problema ajustando os preços dos planos e repassando o custo para seus clientes, essa não é mais uma solução viável.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Operadoras | Não possui elementos para comparar diferentes prestadores de serviços; é difícil implementar modelos baseados em valor e os incentivos decorrentes de modelos baseados em volume podem inflar prescrições e procedimentos;

Beneficiários | A falta de comunicação entre intermediário e prestador de serviço é repassada ao consumidor, resultando em cancelamento de procedimentos cirúrgicos e atrasos, entre outras preocupações;

Prestadores de serviços | Os disruptores de desempenho incluem desafios de comunicação com as operadoras, desautorização de cobrança e fluxo insatisfatório de dados do paciente.

3 Riscos e Barreiras

Tecnologia | Como a jornada do paciente ainda não foi totalmente digitalizada, integrada ou coordenada na maioria dos provedores, há dados limitados para modelar novos arranjos de preços e prestação de serviços;

Cultura | Como cultivaram interesses diferentes ao longo do tempo, operadoras e provedores tendem a resistir ao compartilhamento de dados e à avaliação de atividades conjuntas;

Adaptabilidade | Como há recursos limitados para modelar com precisão os acordos de compartilhamento de riscos, será necessário concordar com os ajustes dos termos e condições à medida que os dados pessoais são coletados.

4 Principais Insights



Trabalhando juntos em uma agenda colaborativa que combina custo-benefício e resultado clínico, provedores e operadoras poderão redesenhar processos de interface para garantir fluidez, eficiência, compartilhamento de dados e implementar novos modelos de remuneração e jornadas de atendimento.

Nesse novo cenário, devem existir sinergias para parcerias corporativas ou comerciais para que esses stakeholders possam atuar conjuntamente como plataformas de saúde baseadas na criação de valor sob a ótica do cuidado e da prevenção.

Relação entre prestadores de serviços e operadoras

Desbloquear uma agenda colaborativa entre operadoras e prestadores de serviços com ênfase em geradores de valor incentivará as partes a criar valor e mitigar desperdícios e ineficiências. Propomos abaixo uma agenda não exaustiva com possíveis esforços para fortalecer relações mutuamente benéficas.

Agenda Colaborativa

	RELEVÂNCIA	DESFECHO	EXPERIÊNCIA	CUSTO	TEMPO DE IMPLEMENTAÇÃO
Implementar mecanismos e estratégias para controlar a fraude				✓	CP
Garantir o processo de autorização			✓		CP
Combinar esforços para educar e orientar os pacientes		✓	✓	✓	CP
Revisitar os procedimentos de interface para simplificar, eliminar ou automatizar atividades				✓	CP
Estabeleça claramente SLAs para procedimentos de interface		✓		✓	CP
Co-construir, iterar e concordar com Modelos Baseados em Valor	✓	✓			CP
(re)estruturar de forma colaborativa as linhas de cuidado	✓	✓		✓	MP
Integrar canais para agendamento, atendimento e assistência ao paciente		✓		✓	LP
Compartilhe e discuta benchmarks para resultados e relevância	✓	✓			LP



Contexto

Durante a pandemia de Covid-19, a SulAmérica criou um programa Fast Track para obter informações em tempo real sobre leitos disponíveis em sua rede de hospitais credenciados. Com isso, os beneficiários podem ser alocados após consultas virtuais e, como resultado, há melhoria da experiência do paciente e do resultado clínico.

Proposta de valor

A CM Tecnologia possui uma plataforma de integração para conectar as organizações de saúde, além de proporcionar uma melhor experiência aos pacientes, integrando sistemas utilizando APIs e ferramentas para automação de processos.

A startup foi contratada pela SulAmérica para integrar a plataforma de telemedicina da empresa aos sistemas de gestão dos hospitais, a fim de aumentar a assertividade na alocação de pacientes que necessitavam de internação ou atendimento médico mais complexo.

Esta é claramente uma parceria em que todos saem ganhando, com grande potencial de gerar benefícios financeiros e comerciais tanto para a SulAmérica quanto para seus fornecedores, que podem ter um processo de admissão tranquilo, pois a SulAmérica considerou a elegibilidade antes da recomendação ao paciente. Além disso, uma vez que seus sistemas estejam conectados, as partes podem explorar outras sinergias e oportunidades para melhorar o fluxo de informações e a transparência.



Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde

Atores Associados

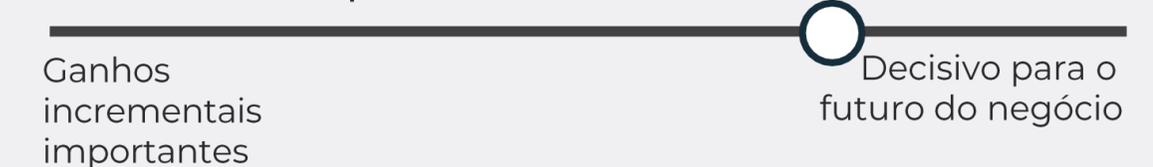


Alavancas de Valor

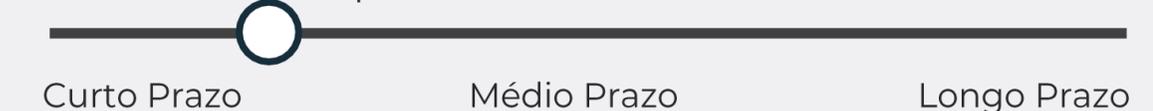


Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde



1 Descrição



Seguindo uma tendência internacional, grandes players locais de saúde passam por uma fase de consolidação e expansão dos serviços. Esse processo envolve uma estratégia de crescimento inorgânico, baseada na aquisição de players menores. Isso leva a um cenário com unidades de negócios com processos e indicadores diferentes, dificultando o monitoramento e a comparação dessas unidades e a identificação de ineficiências locais ou generalizadas.

2 Principais Dores



Causa raiz: (i) A estratégia agressiva de M&A dos grandes grupos de saúde reúne e choca diferentes sistemas e metodologias de gestão, tornando as unidades de saúde dificilmente comparáveis e (ii) tais provedores, em geral, ainda possuem um baixo nível de maturidade na gestão de operações, não definindo explicitamente o desenho de suas jornadas, linhas de cuidado e processos.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Provedores de Serviços | Pressionados por seus acionistas e/ou credores para buscar economias de escala e explorar oportunidades de ganhos de eficiência;

Operadoras | Luta para comparar a eficiência e os resultados clínicos dos provedores e, como resultado, para implementar modelos baseados em valor (VBM).

3 Riscos e Barreiras

Tecnologia | Parte relevante da jazida é tornar os sistemas e processos interoperáveis para obter uma visão contínua e ampla das organizações;

Colaboração | Se a padronização e monitoramento dos processos mencionados não resultar no compartilhamento de dados de desempenho com as operadoras, permanecerá difícil implementar VBMs;

Mercado | Cada provedor tende a ter uma maneira específica de avaliar as operações e o desempenho, o que pode dificultar as comparações entre as unidades de saúde.

4 Principais Insights



Os grandes grupos prestadores terão seus processos e linhas de atenção padronizados, bem como os critérios de avaliação de suas unidades de saúde de acordo com o público-alvo e escopo de atuação. Além disso, os indicadores de desempenho apontarão para oportunidades de ganhos de eficiência (custo-benefício) e/ou eficácia (resultado clínico).

Para tanto, haverá interoperabilidade parcial ou total dos sistemas e monitoramento em tempo real de determinadas variáveis, para o que a implantação de centros de comando pode ser de grande ajuda.

Conformidade dos processos e interpretação de indicadores padronizados para monitoramento da unidade de saúde



Qual é a visão de sucesso?

Monitorar e avaliar criticamente o desempenho da organização como um todo e de suas unidades (quando se trata de uma rede)

Quais são os pilares estruturantes?

- Implantação da Estratégia
- Benchmarks internos e externos
- Definição de indicadores-chave
- Processos e protocolos de suporte

Quais são os sistemas de gestão e ritos essenciais?

- Tecnologias Toolkit (Data Lake, Business Intelligence, ERP, CRM Data Workspace, etc.)
- Análise e discussão de dados, boas práticas e priorização de agenda

Quais habilidades precisam ser reforçadas?

- Cultura de colaboração e multidisciplinaridade
- Gerenciamento orientado por dados (captura e análise de dados como prioridade)

Contexto

A Dasa tem uma forte cultura de combate a ineficiências operacionais, atrasos e má comunicação dentro dos hospitais, que podem ocorrer devido a motivos como integração sistêmica inadequada e falta de dados de desempenho.

A UpFlux desenvolveu uma plataforma de *process mining* que usa IA para monitorar dinamicamente a conformidade do processo em relação a protocolos médicos, jornadas de pacientes e fluxo de trabalho geral, a fim de identificar e solucionar ineficiências.

Proposta de valor

A plataforma da UpFlux foi integrada aos sistemas da Dasa no Hospital Santa Paula para monitorar e gerenciar o protocolo de AVC. A solução promoveu o rastreamento rápido da alocação de pacientes dentro do hospital por meio da automatização do que era originalmente um processo manual de verificação e análise de dados.

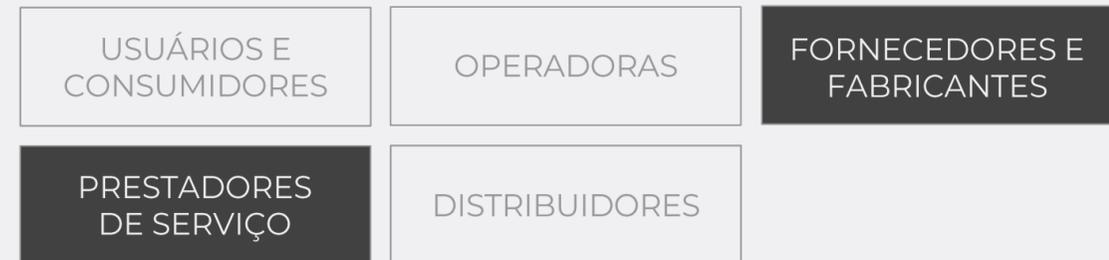
Após a parceria, Dasa e Upflux testemunharam benefícios quantificáveis, com um aumento de 50% na eficiência na análise caso a caso.

Em termos práticos, o Hospital Santa Paula desenvolveu um protocolo de gerenciamento de AVC mais confiável, que é fundamental para agilizar a investigação de AVC e resultar em menos complicações e melhor prognóstico para os pacientes.



Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias

Atores Associados



Alavancas de Valor



Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto

Ganhos incrementais importantes

Decisivo para o futuro do negócio

Horizonte de Impacto

Curto Prazo

Médio Prazo

Longo Prazo

Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias



1 Descrição



Anteriormente, as empresas biofarmacêuticas estavam focadas principalmente em medicamentos para Atenção Primária (distribuídos em lojas de varejo farmacêutico), mas com a consolidação da indústria de genéricos, essas empresas foram forçadas a atingir novos mercados. Muitas empresas recorreram às *specialties* farmacêuticas, incluindo biotecnologias, terapias genéticas, etc., onde há necessidade de medicamentos inovadores desenvolvidos especificamente para determinadas áreas terapêuticas, com impacto substancial nos tratamentos existentes. Novas tecnologias que trazem celeridade, eficiência ou assertividade no processo de pesquisa, desenvolvimento e análise de resultados podem ser extremamente valiosas.

2 Principais Dores



Causa raiz: Novas circunstâncias de mercado levaram a indústria biofarmacêutica a diversificar seu portfólio de medicamentos e a se voltar para novas áreas terapêuticas onde certas tecnologias facilitadoras representam uma vantagem competitiva significativa.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Biofarmacêuticas | Exigir o encurtamento do ciclo de P&D sem comprometer o rigor clínico exigido pelos órgãos reguladores;

Paciente | Os medicamentos aderentes às condições clínicas costumam ser caros ou indisponíveis;

Biotechs | Têm dificuldades em dimensionar soluções e aprová-las de acordo com as normas dos órgãos reguladores.

3 Riscos e Barreiras



Negócio | O design e o escopo das plataformas ainda traçam um esforço inicial – por exemplo, se a plataforma será voltada para linhas de cuidado, tecnologias inovadoras (mRNA, edição de genes, entre outros) ou outros drivers;

Cultura | Educar e engajar os funcionários no novo modus operandi também será necessário;

Gestão Colaborativa | Será necessário evoluir não só as plataformas de estruturação, mas também os processos de colaboração com parceiros externos;

Marketing & Vendas | Precificação e o modelo de compartilhamento de riscos precisarão ser pactuados pela farmacêutica e pelos contratantes

4 Principais Insights



Existem 3 capacidades que os biofármacos devem se destacar:

- **Antecipar o Futuro:** Com a ascensão das tecnologias digitais e a personalização do cuidado, os biofármacos estão revisitando suas estratégias de diferenciação e atuação, traçando P&D relevante em busca de vantagem competitiva sustentável.
- **Reinterpretar o presente:** Para consolidar uma visão de futuro, é necessário revisar os modelos operacionais para refletir igualmente o posicionamento estratégico adequado e explorar oportunidades de colaboração e digitalização.
- **Questionar o passado:** A estratégia e o novo modelo de atuação vão exigir repensar pressupostos anteriores que vão desde a validação de medicamentos e tratamentos até ao lançamento de soluções no mercado.

Otimização do processo de P&D para novos medicamentos e tratamentos com IA e outras tecnologias

Cada capacidade principal envolve 3 competências, como mostra a estrutura abaixo :

Árvore de Capacidades Farmacêuticas

<p>Antecipar o futuro</p>	<p>Compreender: Os biofármacos estão mudando sua posição no mercado para se tornarem fornecedores de soluções personalizadas e acessíveis. Na prática, isso significa organizar seu portfólio em torno de doenças específicas, tecnologias capacitadoras (por exemplo, mRNA) ou linhas de cuidado.</p>
	<p>Desdobrar: para este fim, é necessário decompô-lo em premissas de P&D e combiná-los com os avanços da inovação.</p>
	<p>Originar: Se os biofármacos visam oferecer soluções personalizadas e acessíveis, é necessário estruturar o funil de origem para capturar oportunidades de negócios internas e externas vinculadas às premissas projetadas.</p>
<p>Reinterpretar o presente</p>	<p>Re-design: Fortalecidos por tecnologias digitais, biofármacos estão revisitando seu modelo de operação em busca de oportunidades para encurtar os ciclos de desenvolvimento de medicamentos e tratamentos e enfrentar as lacunas de eficiência em sua cadeia de valor.</p>
	<p>Concordar com: O novo modelo de atuação dos biofármacos pressupõe colaboração e cocriação de valor com parceiros, o que exige o redesenho de modelos de compartilhamento de dados clínicos, iteração e remuneração.</p>
	<p>Digitalizar: Depois de redesenhar as operações, as tecnologias são desenvolvidos para acelerar, automatizar e otimizar P&D e a cadeia de suprimentos (e.g., IA para qualificar a seleção de pacientes, gêmeos digitais como facilitadores de testes de estresse para computação em nuvem etc.).</p>
<p>Questionar o passado</p>	<p>Navegar: No modelo com as partes interessadas parceiras, os biofármacos devem ir além da comunicação eficaz: eles precisam orientar ('navegar') reguladores, parceiros de P&D e pacientes por meio de procedimentos, protocolos e práticas de interesses semelhantes, investindo em interoperabilidade e segurança de dados.</p>
	<p>Aproveitar: Isso é também necessários para ativar a plataforma física e tecnológicas, assim como usar o conhecimento comercial e regulatório para alavancar e dimensionar soluções.</p>
	<p>Se empenhar: A chave para maximizar o sucesso no lançamento de novas soluções é "naturalizar" as vendas, adotando uma abordagem "puxada" em vez de "empurrada". As estratégias relevantes incluem a entrega de conteúdo personalizado, suporte de consultoria e interação com pacientes e médicos.</p>



Contexto

De repente, em dezembro de 2019, a doença do novo coronavírus chocou o mundo. Mais tarde, milhões de vidas foram perdidas devido à pandemia.

Em 17 de março, a Pfizer, juntamente com a BioNtech, assinou uma carta de intenção com a Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de aprofundar as pesquisas e desenvolver uma vacina eficaz antes do final de 2020

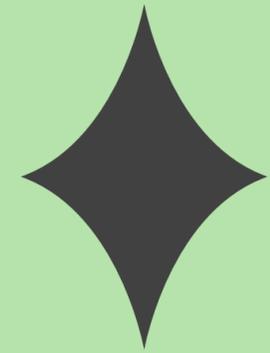
Proposta de valor

Com o objetivo de vencer o desafio, a Pfizer inovou em toda a cadeia de valor da saúde por meio de melhorias nos resultados clínicos, desenvolvimento e distribuição mais rápidos de medicamentos e investimento em inovação terapêutica.

Alguns dos esforços e ferramentas de tecnologia usados ao longo do ciclo de vida do projeto incluem:

1. **Tecnologia baseada em nuvem** que compartilhava documentação em sites remotos;
2. **Centro de operações pioneiro do setor** permitido para previsão e ajuste em tempo real. **Realidade aumentada** para diagnóstico remoto e reparação de equipamentos;
3. **Supercomputadores** tempo de computação reduzido em 80-90%;
4. **Machine learning** habilidades aprimoradas de monitoramento de segurança e conformidade

Em dezembro de 2020, Margaret Keenan, 90 anos, tornou-se a primeira pessoa no mundo a receber a vacina Pfizer Covid-19 como parte de um programa de vacinação em massa.



Descentralização da Saúde



Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros



Ascensão de novos modelos de At-Home Health para conveniência e acompanhamento do paciente



Experiência omnichannel do paciente



Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros

Atores Associados

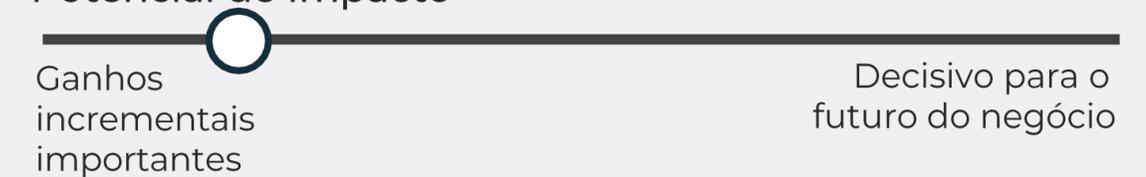


Alavancas de Valor

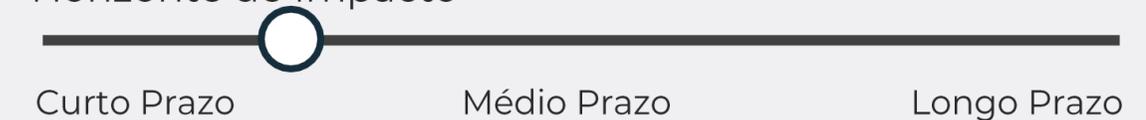


Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto



Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros

1 Descrição



As empresas perceberam que conhecer o perfil populacional de seus colaboradores traz diversos benefícios tanto do ponto de vista financeiro (com potencial melhoria nos indicadores de sinistralidade, produtividade e absenteísmo), quanto na qualidade de vida dos colaboradores, com soluções que atendem suas necessidades, desde cuidados primários até saúde mental e bem-estar. Há um movimento em andamento para modelar a jornada de saúde do funcionário, que pode ser apoiada por players como operadoras, corretores e técnicos de saúde.

2 Principais Dores



Causa raiz: Os RHs das empresas contratantes (1) destinam entre 15 e 30% de seu orçamento aos benefícios dos funcionários e têm pouca margem para lidar com o aumento do preço dos planos de saúde e outros benefícios associados e (2) não conseguem mitigar perdas de produtividade, absenteísmo, taxas e licenças porque os programas de saúde e bem-estar, bem como os próprios planos de saúde, não estão se mostrando eficazes.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Beneficiários | Enxergam pouco valor nos planos de saúde de rede fechada e nos benefícios ofertados ou não os compreendem.

Corretoras | Tem dificuldade em comprovar e comunicar o valor dos produtos e programas de saúde contratados e carece de bases de dados robustas para os contratantes a fim de definir tais programas.

Operadoras - Não consegue controlar a variação dos custos médico-hospitalares e não tem margens para repassar através dos preços cobrados das empresas clientes.

3 Riscos e Barreiras



Cultura | Beneficiários associam a qualidade do atendimento a ser recebido com o tamanho da rede de prestadores de serviços e marcas incluídas – uma visão ainda centrada no hospital.

Engajamento e Comunicação | Alcançar beneficiários adicionais (filhos e cônjuge) é um desafio, assim como conscientizar os próprios funcionários sobre a importância de participar de programas corporativos de saúde e bem-estar.

Financeiro | O RH oferece uma grande variedade de soluções, porém ainda enfrenta um orçamento restrito; as startups precisarão demonstrar ROI convincente para garantir a adoção do serviço.

4 Principais Insights



Os RHs vão otimizar os gastos com benefícios aos funcionários, pois selecionam soluções aderentes ao perfil de sua população e constroem, em conjunto com corretores e/ou operadoras e/ou healthtechs, jornadas de saúde e bem-estar para seus funcionários. Para este cenário, será necessário explorar dados ocupacionais e outros relevantes para caracterizar a população e distribuir os funcionários em linhas de cuidado pertinentes.

Construção da jornada de saúde do colaborador pelo RH, com apoio de parceiros

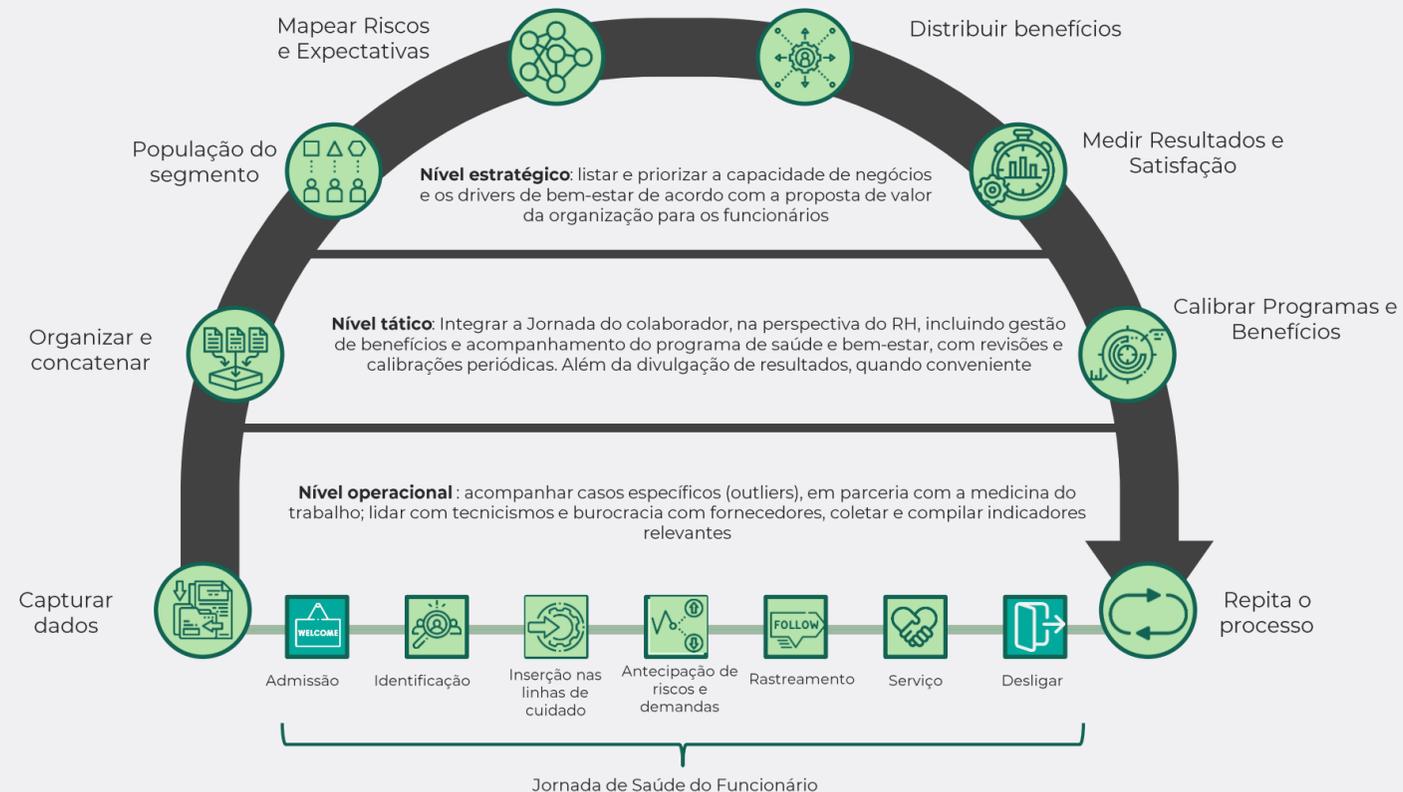


Ao coletar e consolidar dados de saúde dos funcionários, os RHs têm uma visão mais clara da saúde populacional da base de funcionários da empresa.

Com os dados e parceiros certos, as empresas se tornam aptas para promover cuidados e benefícios aderentes aos perfis que compõem sua população e para medir, continuamente, os desfechos a partir de KPIs de saúde e bem-estar.

Assim, a co-construção dessa jornada com parceiros, como operadoras, corretores, prestadores de serviços e healthtechs, deve ser pauta prioritária.

A nova jornada de saúde do colaborador



Salú olist

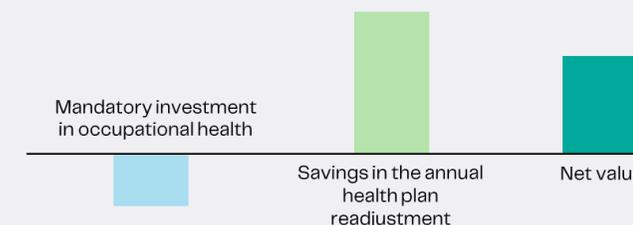
Contexto

Historicamente, os RHs têm sistemas inadequados de coleta e gerenciamento de dados que causam a adoção ineficiente de serviços médicos e outros benefícios para os funcionários.

Considerando que a Salú facilita todo o processo de saúde ocupacional e coleta informações valiosas sobre a saúde dos colaboradores, a Olist contratou a Salú com a expectativa de receber informações sobre o perfil dos funcionários e como alocar cada grupo populacional em linhas de cuidado adequadas, de modo a controlar a sinistralidade de forma mais eficiente.

Proposta de valor

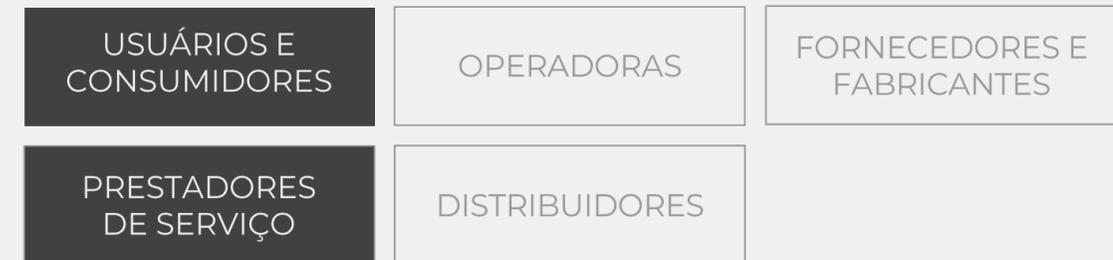
- O escopo do trabalho realizado por Salú e Olist pode ser resumido da seguinte forma::
1. Processos automatizados de saúde ocupacional e triagem de funcionários, feitos por meio de um painel de gestão/integrado
 2. Dados compatíveis com LGPD integrados automaticamente com operadoras (incluindo mapeamento de casos crônicos)
 3. Desenvolvimento de um relatório sobre o cenário de saúde estruturado que é discutido com as operadoras para controlar/limitar reajustes
 4. Após integrar a solução da Salú, a Olist conseguiu controlar os reajustes de preços com a seguradora e diminuir sua sinistralidade, resultando em menor custo geral para a empresa.



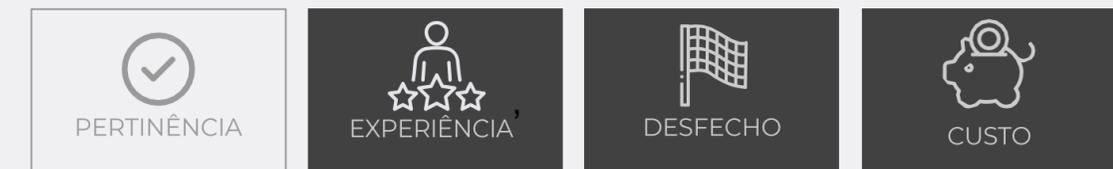


Ascensão de novos modelos de At-Home Health para conveniência e acompanhamento do paciente

Atores Associados

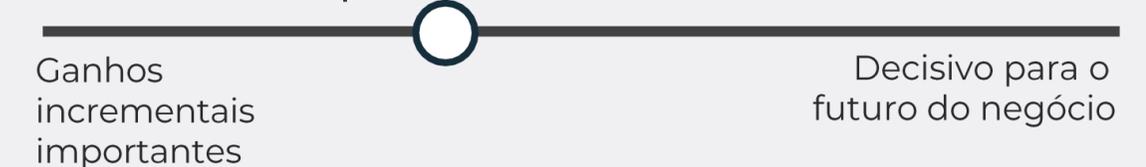


Alavancas de Valor

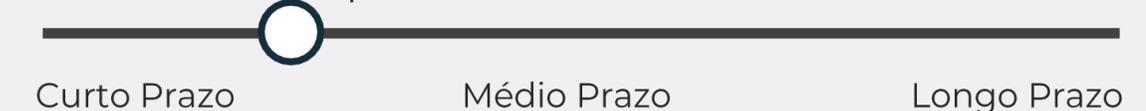


Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto



Horizonte de Impacto





1 Descrição



Novos modelos de negócios de At-Home Healthcare permitem o monitoramento, atendimento e acompanhamento de pacientes em casa, remotamente ou pessoalmente. Isso significa reduzir o tempo de permanência do paciente em hospitais e usar wearables (e outros dispositivos) para rastrear dados do mesmo. A oferta de testes domiciliares, vacinas e outras formas de atendimento também proporcionará maior comodidade ao consumidor.

2 Principais Dores



Causa raiz: A prestação de cuidados vem passando de um modelo hospitalocêntrico para o foco no paciente, oferecendo uma jornada mais prazerosa e holística, incluindo a possibilidade de estabelecer o domicílio como local primário de cuidado. Isso pode ser visto como complementar à Medicina Baseada em Valor e às discussões de compartilhamento de riscos, nas quais a alta ocupação e uso dos recursos de uma organização não garante maior lucratividade.

Dores Relacionadas e Entes Afetados:

Beneficiários | O acompanhamento limita-se ao ambiente clínico-hospitalar, o que gera transtornos e dificulta a assistência;

Prestadores de Serviços | Sem acompanhamento contínuo do paciente, pode ser arriscado acelerar o processo de “desospitalização” e um desafio antecipar condições em fase de agravamento.

3 Riscos e Barreiras



- **Cultura** | Especificamente em situações clínicas mais delicadas, os pacientes entendem que ir às unidades de saúde significa receber o melhor atendimento disponível em todos os momentos;
- **Tecnologia** | Dispositivos inteligentes e wearables ainda estão se tornando mais acessíveis e precisos. Portanto, seu papel nos cuidados de saúde em casa ainda é limitado.

4 Principais Insights



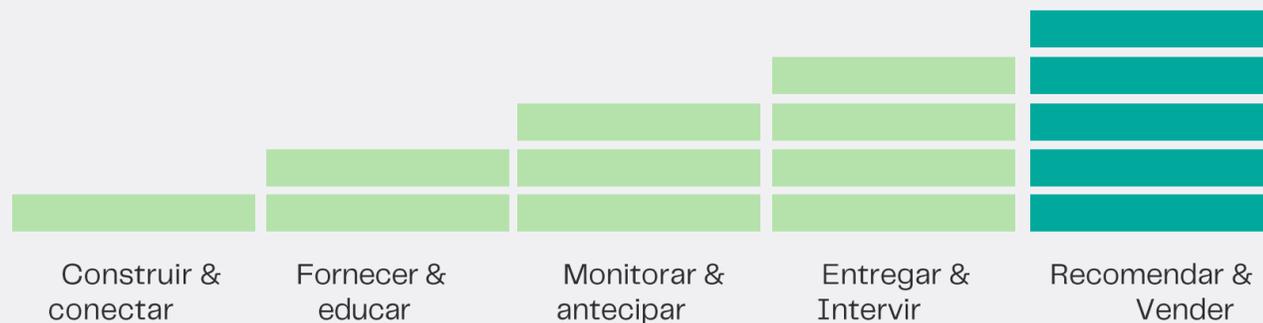
Os provedores deixarão de considerar a unidade de saúde física como o único ou preferencial local de atendimento e considerarão as residências dos pacientes como local primário de atendimento (remoto ou presencial, dependendo das necessidades).

Dispositivos inteligentes e *wearables* serão explorados como fonte de dados de saúde e as equipes de saúde realizarão pontos de contato e visitas a determinados perfis de pacientes, além de autotestes e exames assistidos ou realizados na comodidade da casa do paciente.

Ascensão de novos modelos de At-Home Health para conveniência e acompanhamento do paciente

Tornar a casa do paciente um local eficaz de atendimento significa muito mais do que oferecer teleconsultas ou dispositivos inteligentes. Depende da integração de soluções de At-Home Health a um ecossistema de cuidados redesenhado.

Estrutura de assistência médica domiciliar de 5 etapas



- 1) **Construir & Conectar:** garantir que as soluções domésticas sejam incorporadas nas jornadas de atendimento dos pacientes, incluindo potenciais parceiros externos;
- 2) **Fornecer & Educar:** fornecer os recursos necessários para que o paciente possa usufruir das soluções oferecidas;
- 3) **Monitorar & Antecipar:** monitorar continuamente os pacientes de suas casas e identificar preventivamente riscos e necessidades, projetando hipóteses clínicas de forma consistente;
- 4) **Entregar & Intervir:** propor intervenções, quando convenientes, para mitigar ou melhorar as condições clínicas dos pacientes, seja nas residências dos pacientes ou em outros locais;
- 5) **Recomendar & Vender:** sugerir e vender soluções adicionais próprias ou de parceiros



Contexto

A ISA Lab e a Beep perceberam que o modelo atual não é centrado no paciente e decidiram oferecer serviços domiciliares com mais conveniência e preços competitivos.

O IsaLab começou oferecendo apenas exames em casa, impulsionados inicialmente pelo início da pandemia de COVID-19 e pelo desejo de testes de COVID em casa. Mais tarde, eles expandiram para oferecer vacinas em casa. A Beep, por sua vez, começou oferecendo vacinas em casa e logo depois expandiu para oferecer testes em casa.

Ambos estão dispostos a transformar as residências dos pacientes em locais relevantes de atendimento, não restritos a exames e vacinas, mas abrangendo uma ampla gama de serviços.

Proposta de valor

Conveniência. Os clientes podem escolher a vacina ou teste de seu interesse pelos sites ou aplicativos das empresas e agendar uma visita em suas próprias casas. O mesmo vale para empresas que precisam realizar testes em um determinado grupo de funcionários, por exemplo. Neste caso, os serviços são prestados no escritório.

Acessibilidade. A maioria dos serviços são oferecidos com preços muito competitivos, portanto, isso também pode ser uma vantagem para determinados clientes.

Parcerias. Outras organizações de saúde, como operadoras verticalmente integradas, podem fazer parceria com essas startups para atender populações específicas, de acordo com a geografia, cobertura do plano etc.

Como resultado de seus modelos, essas empresas já atenderam centenas de milhares de clientes, disponibilizando exames/vacinas em mais de 100 cidades.



Experiência omnichannel do paciente

Atores Associados



Alavancas de Valor



Perspectiva de Mudança

Potencial de Impacto

Ganhos incrementais importantes

Decisivo para o futuro do negócio

Horizonte de Impacto

Curto Prazo

Médio Prazo

Longo Prazo

1 Descrição



Na tentativa de oferecer uma boa experiência, sem abrir mão do custo-benefício e do monitoramento adequado, os prestadores de serviços estão redesenhando as jornadas dos pacientes, considerando o uso de tecnologias capacitadoras (por exemplo, wearables, dispositivos inteligentes e chatbots) para que a prestação de cuidados possa ser através de canais diversos e complementares. Conseqüentemente, isso fornecerá dados sobre a evolução da saúde dos pacientes e permitirá a criação de gatilhos de interação adicionais sempre que conveniente.

2 Principais Dores



Causa raiz: Atualmente, os prestadores de serviços encontram dificuldades para monitorar, reter e engajar os pacientes, pois sua interação depende de eventos isolados, como exames e consultas

Dores Relacionadas e Entes Afetados::

Prestadores de Serviços | Se a assistência prestada é baseada em recursos obtidos em eventos isolados, os processos decisórios são limitados por uma visão parcial da evolução dos pacientes;

Operadoras | No modelo centrado no hospital, as operadoras atuam como financiadoras, pois sua colaboração com os provedores é limitada e as jornadas atuais dos pacientes fornecem evidências limitadas sobre a evolução da saúde do beneficiário.

Pacientes | Durante sua jornada, eles podem ocasionalmente se sentir isolados e desamparados.

3 Riscos e Barreiras



Operações - A aplicação de tecnologias facilitadoras não garante melhora no resultado, podendo até replicar a ineficiência dos canais presenciais;

Tecnologia - Enquanto os sistemas que englobam tecnologias de interesse não estiverem integrados em uma única plataforma, os dados não constituirão um registro de saúde robusto.

Negócio - Pressionados por margens apertadas, tanto provedores quanto operadoras podem ser resistentes a investimentos com retornos de médio e longo prazo.

4 Principais Insights



Em parceria com as operadoras, os provedores terão redesenhado a jornada do paciente explorando tecnologias para torná-la omnichannel e phygital, ter um continuum de dados e permitir a navegação do paciente nas linhas de atendimento. Dentro dessas linhas, haverá vários perfis de pacientes que resultarão em diferentes estratégias e canais. A adoção antecipada desse novo modelo de operação pode resultar em vantagem competitiva sustentável desde que os dispositivos se tornem ultraconectados e com novas tecnologias como o 5G.

Experiência omnichannel do paciente

Uma abordagem phygital é fundamental para melhorar a experiência do paciente e mudar o foco para o foco no paciente. Tal abordagem pode ajudar os provedores a oferecer uma experiência omnichannel, com múltiplos locais de atendimento, enriquecendo assim tanto a conveniência quanto o engajamento do paciente.

A espinha dorsal do Healthcare Everywhere



Contexto

Suponha que haja uma mulher chamada Maria, que está grávida e procura assistência e apoio médico. Ela trabalha em uma empresa que oferece benefícios de saúde, incluindo suporte de atenção primária via telemedicina. Por último, mas não menos importante, Maria quer dar à luz em São Paulo em um hospital de confiança que já tenha seus dados e que tenha monitorado sua gravidez.

Em suma, Maria deseja um período gestacional tranquilo, com fácil acesso a orientações sobre comportamento, nutrição e contato facilitado com profissionais de saúde.

Proposta de valor

Para atingir seu objetivo, Maria pode ser apoiada por 3 empresas diferentes:

- **Liti:** Oferece conselhos de profissionais de saúde sobre como manter um estilo de vida saudável e uma dieta adequada, além de monitoramento contínuo de peso habilitado por tecnologia;
- **Conexa:** Plataforma de Saúde Digital com profissionais de saúde multidisciplinares que pode ser utilizada por Maria para agendar prontamente uma teleconsulta em caso de algum desconforto ou se ela se sentir indisposta para uma triagem inicial e decisão mais assertiva sobre se deve ou não ir ao hospital.
- **Hospital Maternidade Santa Joana:** oferece assistência pré-natal e natal, incluindo planejamento, exames, consultas, partos e uma linha de cuidado do início ao fim. Abaixo, sua jornada gestacional resumida:

1. Antes de conceber, Maria usa **os serviços de Liti para monitorar sua saúde e bem-estar** para garantir que ela está na condição certa para a gravidez.

2. Após a concepção, ela informa ao **empregador que pode precisar dos serviços de saúde digital da Conexa**, incluindo uma linha de atendimento dedicada a gestantes.

3. Maria então aproveita os dois serviços de apoio à saúde, pois eles **oferecer serviços personalizados**.

4. Ao se aproximar do parto, ela **aumenta as visitas ao Hospital Santa Joana e agenda mais exames e consultas**.

5. Uma vez pronta para o parto, Maria deseja tê-la **médico de confiança junto que conhece seus pedidos específicos**.

6. Maria sente-se satisfeita por ter a **conveniência e experiência personalizada** através do uso de **ferramentas omnichannel**.

Conclusão

Conforme ilustram as **Jazidas de Valor** listadas neste report, há soluções viáveis com potencial de gerar impacto relevante no sistema de saúde no Brasil a curto, médio e longo prazo. Em função do tamanho de cada Jazida, **há espaço para grandes empresas, setor público e startups unirem esforços para destravar valor**. Porém, é preciso observar que há fatores críticos de sucesso para que essas Jazidas de Valor sejam efetivamente exploradas::

As empresas, em especial grandes players da saúde, precisam redobrar esforços para avançar em uma agenda de transformação digital conectada à estratégia de negócio;

Os empreendedores precisam entender profundamente o cenário da Saúde e construir soluções que produzam impacto em alguma(s) das alavancas de valor (pertinência, desfecho, experiência e custo). Quantificar a proposta de valor em estágios iniciais da solução ajuda, por óbvio, a abrir portas e superar resistências;

Os reguladores devem compreender seu papel como agentes responsáveis no estímulo e promoção da inovação. Casos de sucesso no Brasil e no mundo, como a criação de um sandbox regulatório pelo Banco Central, mostram que é possível;

Todos precisam entender que não se trata de um jogo de soma zero. Atuar de forma conjunta e colaborativa pode parecer contraintuitivo, mas os benefícios de longo prazo são inequívocos.

Em função do dinamismo do mercado e do amadurecimento das novas tecnologias, as provocações apresentadas estão “vivas” e deverão ser revisitadas e complementadas de tempos em tempos.

Mais uma vez, a **Aggir Ventures e a EloGroup** reforçam seu compromisso em melhorar a saúde do país!

