FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO
FACULDADE FIA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE NEGÓCIOS

Francisco Brocco

Processo de avaliação na incorporação de novas tecnologias na área de saúde suplementar no Brasil

São Paulo
2026

FRANCISCO BROCCO

Processo de avaliação na incorporação de novas tecnologias na área de saúde suplementar no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Negócios, mantido pela Fundação Instituto de Administração, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Negócios.

Orientadora: Profª. Drª. Gleriani Torres Carbone Ferreira

São Paulo
2026

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Bibliotecário Chefe
Kleber Zornoff Manrubia CRB-8 /7561

Brocco, Francisco Carlos.
Processo de avaliação na incorporação de novas tecnologias na área de saúde suplementar no Brasil / Francisco Carlos Brocco. São Paulo, [s.n.]: 2026.
123 f.: il., tab.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Gleriani Torres Carbone Ferreira.
Área de concentração: Gestão de empresas do setor da saúde.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Negócios) – Faculdade FIA de Administração e Negócios, Programa de Pós-Graduação em Stricto Sensu, 2026.

1. Saúde suplementar. 2. Avaliação de tecnologias em saúde. 3. Inovação. 4. Saúde baseada em evidências. 5. Setor de saúde suplementar - Brasil. I. Ferreira, Gleriani Torres Carbone. II. Mestrado Profissional. III. Faculdade FIA de Administração e Negócios. IV. Fundação Instituto de Administração.

À minha esposa, Valeria, e à minha filha, Aline,
com amor e admiração. Dedico este trabalho a
vocês, que são minha fonte de inspiração,
dedicação e apoio incansável em todas as etapas
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente da FIA, expresso minha gratidão pela oportunidade de aprendizado e pela troca de conhecimentos ao longo do curso.

Agradeço imensamente aos especialistas entrevistados, cuja colaboração e partilha de experiências foram pilares fundamentais para a concretização desta pesquisa.

Aos colegas da Turma 11 do Mestrado da FIA Business School, obrigado pela convivência enriquecedora, pela amizade e pelo aprendizado conjunto.

Um agradecimento especial direciono à minha orientadora, Profª. Drª. Gleriani Torres Carbone Ferreira. Sua confiança, incentivo e dedicação foram imprescindíveis para a realização desta dissertação, assim como as valiosas oportunidades de desenvolvimento que me foram proporcionadas.

RESUMO

BROCCO, F. **Processo de avaliação na incorporação de novas tecnologias na área de saúde suplementar no Brasil**. 2026. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Negócios), Fundação Instituto de Administração e Negócios, São Paulo, 2026.

A incorporação de novas tecnologias representa um desafio crítico para o setor de saúde suplementar brasileiro, exigindo um equilíbrio complexo entre inovação e sustentabilidade financeira. O objetivo geral deste trabalho é analisar o processo de avaliação empregado na incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar no Brasil. Especificamente, o estudo buscou examinar o arcabouço regulatório e as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), descrever os principais critérios de decisão considerados pelos atores do setor, investigar a percepção destes atores sobre os desafios na incorporação tecnológica e sugerir melhores práticas de gestão na avaliação econômica em saúde como subsídio para as decisões. Metodologicamente, adotou-se uma abordagem aplicada, qualitativa e exploratória, fundamentada em entrevistas semiestruturadas com dez atores-chave, incluindo reguladores, gestores de operadoras, lideranças clínicas e representantes da indústria cujos dados foram processados via análise de conteúdo com o suporte do software ATLAS.ti v.2025. Os resultados revelam uma dicotomia entre a diretriz regulatória e a prática de mercado: embora métodos como a custo-efetividade sejam teoricamente valorizados, a tomada de decisão real é predominantemente guiada pelo impacto orçamentário de curto prazo, especialmente em operadoras de menor porte. Adicionalmente, identificou-se uma lacuna crítica na ausência de monitoramento pós-incorporação e no uso incipiente de Evidências de Mundo Real (EMR). Conclui-se com a sugestão de práticas de gestão que integrem a avaliação econômica à estratégia organizacional, visando mitigar a assimetria de informações e promover a sustentabilidade do setor.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Avaliação de tecnologias em saúde. Inovação. Saúde baseada em evidências.

ABSTRACT

BROCCO, F. **Evaluation process for the incorporation of new technologies in the Brazilian supplementary health sector.** 2026. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Negócios), Fundação Instituto de Administração e Negócios, São Paulo, 2026.

The incorporation of new technologies represents a critical challenge for the Brazilian supplementary health sector, demanding a complex balance between innovation and financial sustainability. The general objective of this study is to analyze the evaluation processes used to incorporate new technologies into the supplementary health sector in Brazil. Specifically, the study aimed to examine the regulatory framework and guidelines of the National Supplementary Health Agency (ANS), describe the main decision-making criteria considered by sector actors, investigate stakeholder perceptions regarding challenges in technological incorporation, and suggest best management practices in health economic evaluation to support decision-making. Methodologically, an applied, qualitative, and exploratory approach was adopted, based on semi-structured interviews with 10 key stakeholders including regulators, operator managers, clinical leaders, and industry representatives processed via content analysis using the software ATLAS.ti v. 2025. The results reveal a dichotomy between regulatory guidelines and market practice: while methods such as cost-effectiveness are theoretically valued, actual decision-making is predominantly driven by short-term budgetary impact. Additionally, a critical gap was identified regarding the absence of post-incorporation monitoring and the incipient use of Real-World Evidence (RWE). The study concludes by suggesting management practices that integrate economic evaluation into organizational strategy, aiming to mitigate information asymmetry and promote sector sustainability.

Keywords: Supplementary health. Health technology assessment. Value-Based healthcare. Innovation management. Decision-making.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coocorrências grupos processo decisão com gestão estratégica.....61
Gráfico 2 - Coocorrências grupos gestão estratégica e métodos de avaliação 63
Gráfico 3 - Coocorrências grupos processo de decisão e métodos de avaliação.....64
Gráfico 4 - Coocorrências grupos tecnologias em saúde e métodos de avaliação 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diretrizes metodológicas COSAUDE 24
Quadro 2 - Modelos de análise de custo: vantagens e desvantagens.....35
Quadro 3 - Modelos de remuneração em saúde segundo Leal e Lima (2022) 40
Quadro 4 - Etapas da análise de decisão multicritério (ADMC) aplicada à ATS 49
Quadro 5 - Atores entrevistados e perfil socioprofissional 54
Quadro 6 - Critérios para adoção de fluxo rápido ou completo.....90
Quadro 7 - Indicadores mínimos de EMR.....91
Quadro 8 - Lista de aspectos éticos para acordos de cooperação técnica.....92
Quadro 9 - Lacunas sistêmicas e recomendações de melhores práticas.....95
Quadro 10 - APÊNDICE D - *CODEBOOK* 117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos de códigos e graus de magnitude 60
Tabela 2 Coocorrência de códigos entre o grupo gestão estratégica do setor de saúde suplementar com o grupo processo de decisão na incorporação da inovação.....121
Tabela 3 - Coocorrência de códigos entre o grupo gestão estratégica do setor de saúde suplementar com o grupo método de avaliação de tecnologias em saúde.....122
Tabela 4 - Coocorrência de códigos entre o grupo processo de decisão na incorporação da inovação e o grupo métodos de avaliação de tecnologias em saúde. 122
Tabela 5 - Coocorrência de códigos entre o grupo métodos de ATS e o grupo tecnologias em saúde 123

LISTA DE SIGLAS

ACB	Análise de Custo-benefício
ACC	Análise de Custo-consequência
ACE	Análise de Custo-efetividade
ACM	Análise de Custo-minimização
ACO	Análise de Impacto orçamentário
ACU	Análise de Custo-utilidade
ADMC	Análise de Decisão Multicritério
AES	Avaliação Econômica em Saúde
AIO	Análise de Impacto Orçamentário
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Audiência pública
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BPCI	*Bundled Payments for Care Improvement*
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CAQDAS	*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CE	Custo Efetividade
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMS	*Centers for Medicare & Medicaid Services*
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COSAÚDE	Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar
CP	Consulta pública
CTI	Ciência, Tecnologia e Inovação
DALYs	*Disability-Adjusted Life Years* (Anos de vida ajustados por incapacidade)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DICOL	Diretoria Colegiada da ANS
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS
DOU	Diário Oficial da União
DPMA	Definir, Priorizar, Mensurar, Agregar
DRG	*Diagnosis Related Groups*
EC 95	Emenda Constitucional 95
EUnetHTA	*European Network for Health Technology Assessment*
EVIDEM	*Evidence and Value: Impact on Decision Making*
FFS	*Fee-For-Service* (Pagamento por Serviço)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
G-BA	*Gemeinsamer Bundesausschuss* (Comitê Federal Conjunto - Alemanha)
HAS	*Haute Autorité de Santé* (França)
HIRA	*Health Insurance Review and Assessment Service* (Coreia do Sul)
HTA	*Health Technology Assessment* (Avaliação de Tecnologias em Saúde)
IBA	Instituto Brasileiro de Atuária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICER	*Institute for Clinical and Economic Review* (EUA)
IDD	Inovações Digitais Disruptivas
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.
IQWiG	*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (Instituto para Qualidade e Eficiência na Saúde - Alemanha)
ISPOR	*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MCDA	*Multi-Criteria Decision Analysis* (Análise de Decisão Multicritério)
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence* (Reino Unido)
NTRF	Nota Técnica de Recomendação Final
NTRP	Nota Técnica de Recomendação Preliminar
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
P4P	*Pay for Performance* (Pagamento por Desempenho)
PAR	Proposta de Atualização do Rol
PBMR	Países de Baixa e Média Renda
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCORI	*Patient-Centered Outcomes Research Institute* (EUA)
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pequenas e Médias Operadoras
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PREMs	*Patient-Reported Experience Measures* (Medidas de Experiência Relatadas pelo Paciente)
PROGE	Procuradoria Federal junto à ANS
PROMs	*Patient-Reported Outcome Measures* (Medidas de Desfechos Relatados pelo Paciente)
QALY	*Quality-Adjusted Life Years* (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade)
RCEI	Razão de Custo-Efetividade Incremental
RCL	Receitas Correntes Líquidas
RF	Recomendação Final
RICE	Razão Incremental Custo Efetividade
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RP	Recomendação Preliminar
RWE	*Real-World Evidence* (Evidência de Mundo Real)
EMR	Evidências de Mundo Real
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SBE	Saúde Baseada em Evidência
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada
TISS	Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UAT	Unidade de Análise Técnica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBHC	*Value Based Healthcare* (Atenção à Saúde Baseada em Valor)
VCMH	Variação de Custos Médico-Hospitalares
WHO	*World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA RELEVÂNCIA DO TEMA DE PESQUISA 15

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO 17

1.3 OBJETIVOS 18

1.4 JUSTIFICATIVAS 18

2 REFERENCIAL TEÓRICO 20

2.1 ARCABOUÇO REGULATÓRIO E DIRETRIZES DAS AGÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE 20

2.1.1 Premissas do arcabouço regulatório do setor da saúde pública e privada 21

2.2 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE 28

2.2.1 O que são inovações tecnológicas em saúde 28

2.2.2 Teoria da inovação disruptiva aplicada ao setor da saúde suplementar 29

2.2.3 O processo de inovação em tecnologias para o setor da saúde 30

2.2.4 Critérios para adoção das inovações em saúde 31

2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE 33

2.3.1 Teoria de custo-efetividade (CE) 36

2.4 GESTÃO ESTRATÉGICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL 38

2.4.1 Modelos tradicionais de gestão organizacional no setor da saúde 38

2.4.2 Um novo modelo de gestão: saúde baseada em valor 41

2.5 MODELOS E FERRAMENTAS DE TOMADA DE DECISÃO 46

2.5.1 Teoria da decisão racional aplicada ao setor de saúde 46

2.5.2 Teoria de Análise de Decisão Multicritério aplicada ao setor de saúde 48

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 51

3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA 51

3.2 COLETA E TRATAMENTO DE DADOS 52

3.3 ROTEIRO DE ENTREVISTAS 54

3.4 PESQUISA LITERATURA 55

3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE PESQUISA 57

4 RESULTADOS 59

4.1 RESULTADOS OBTIDOS COM A CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS NO ATLAS.TI 59

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS 66

4.2.1 As etapas e os principais atores na incorporação no setor da saúde suplementar 66

4.2.2 Influência dos critérios de Avaliação Econômica em Saúde (AES) no processo de decisão .. 68

4.2.3 Monitoramento da avaliação econômica em saúde de novos produtos já incorporados 71

4.2.4 Critérios de incorporação de novas tecnologias frente às necessidades de pacientes 72

4.2.5 Incorporação de tecnologias mesmo ainda fora do rol da ANS 73
4.2.6 Principais desafios na busca do equilíbrio entre qualidade assistencial e sustentabilidade 75
4.2.7 Quanto a novos critérios e aprimoramentos para o processo de incorporação 76
4.2.8 Estratégias para o alinhamento da incorporação com as exigências de custo efetividade . 76

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS..... 79

5.1 DO EXAME DO ARCABOUÇO REGULATÓRIO 80
5.2 DOS CRITÉRIOS DE DECISÃO NA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS 81
5.3 DA PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS DESAFIOS NA INCORPORAÇÃO..... 84
5.4 DAS MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NA DECISÃO DE INCORPORAÇÃO 86
5.4.1 Modelo de ATS na Saúde Suplementar 87

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES FUTURAS 93

6.1 PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS NA PESQUISA DE CAMPO 93
6.2 OBSERVAÇÕES SOBRE OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DESTA PESQUISA 93
6.3 RECOMENDAÇÕES PARA O SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL..... 94
6.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS..... 96
6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 97

APÊNDICES..... 107

1 INTRODUÇÃO

A incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar brasileiro representa, atualmente, um desafio crítico que opõe a demanda por inovação assistencial à mandatória necessidade de sustentabilidade econômico-financeira. Este trabalho analisa o processo de incorporação de novas tecnologias sob a ótica de seu arcabouço regulatório e dos critérios de decisão predominantes entre os atores do setor. A investigação busca, a partir da percepção desses agentes, estabelecer como as ferramentas de avaliação econômica em saúde podem fundamentar escolhas mais assertivas e sustentáveis.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA RELEVÂNCIA DO TEMA DE PESQUISA

O setor de saúde suplementar brasileiro encontra-se submetido a um conjunto de desafios de natureza estrutural e conjuntural que afetam de forma crescente o seu equilíbrio econômico-financeiro. Tais desafios não vêm de um único fator isolado, mas da interação simultânea de múltiplos vetores que se reforçam mutuamente, ampliando a complexidade da gestão do sistema. Conforme destacado no Relatório de Gestão 2023, esse cenário impõe pressões relevantes sobre a sustentabilidade do setor, exigindo respostas estratégicas consistentes e coordenadas (Brasil, 2023a). Nesse contexto, a capacidade de adaptação dos agentes regulados torna-se um elemento central para a preservação do funcionamento do sistema e para a manutenção do acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

Essa capacidade de adaptação inclui em primeira análise todas as variáveis a serem consideradas no cálculo atuarial empregado no setor da saúde suplementar a fim de garantir-se o equilíbrio financeiro entre as receitas previdenciárias (valores recebidos pelos segurados de um determinado exercício financeiro) e todas as despesas previdenciárias (médicas e outras correlatas ao plano de saúde desse mesmo período) o que é alcançado quando os riscos do contrato são predeterminados (IBA, 2021).

Assim sendo, dada sua responsabilidade de controle financeiro do setor, a ANS desempenha papel relevante na prevenção de litígios no setor, o que exige o aprimoramento contínuo de seus mecanismos regulatórios. Nesse sentido, a qualificação da interpretação do rol de procedimentos, que define a cobertura mínima obrigatória, é fundamental para ampliar a segurança jurídica e a previsibilidade para beneficiários e operadoras. Entretanto, o desafio da judicialização da saúde suplementar demanda soluções institucionais integradas, como o fortalecimento da definição de direitos e deveres e a ampliação de mecanismos extrajudiciais.

Adicionalmente, o emprego de avaliações de custo-efetividade contribui para o equilíbrio econômico do sistema, sem restringir o acesso a novos tratamentos clinicamente relevantes (Wang *et al.*, 2025).

No Brasil, o desequilíbrio progressivo entre receitas e despesas no setor da saúde suplementar tem reavivado discussões sobre a necessidade de reformas estruturais no modelo vigente, diante do risco de insolvência de operadoras no curto prazo. Para os beneficiários, esse descompasso ocasiona reajustes expressivos nos prêmios dos planos, frequentemente superiores à inflação, uma vez que são fundamentados no histórico de utilização das carteiras, seja pela frequência de uso, seja pela gravidade financeira dos eventos. Em situações mais críticas, a falência da operadora implica a perda de acesso à rede assistencial e a migração forçada para novos planos ou para o Sistema Único de Saúde, cujas limitações de capacidade tendem a ampliar os tempos de espera (Areias; Carvalho, 2021).

Esse desequilíbrio foi intensificado a partir da promulgação da Lei Federal nº 9.656/1998, que passou a regular o mercado de planos de saúde no Brasil. Esta Lei estabeleceu o plano de referência de assistência médica e, através dele, a obrigatoriedade de cobertura para o tratamento das doenças segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Como consequência, a definição do valor das mensalidades tornou-se um desafio estrutural para as operadoras, que passaram a custear integralmente serviços cuja ocorrência, complexidade e custo final não podem ser previamente determinados. Com isso, ampliou-se a incerteza atuarial, exigindo maior capacidade de gestão de riscos em um ambiente regulado, mas marcado por elevada imprevisibilidade (Areias; Carvalho, 2021).

Aliado a esse fato, as divergências entre os variados objetivos institucionais impactam diretamente a articulação entre todos os atores do setor, com reflexos na definição da cobertura assistencial e na integralidade do cuidado. Nesse cenário, a avaliação e a incorporação de tecnologias não podem ser tratadas como eventos estanques, mas sim como processos contínuos e interdependentes. A estruturação de fluxos perenes de interação institucional torna-se, portanto, imperativa para sustentar o diálogo durante todo o ciclo de vida das tecnologias, sobretudo em contextos de escassez de recursos. Adicionalmente, a complexidade dos arranjos regulatórios reforça a necessidade de absorver experiências internacionais para o aprimoramento dos modelos de decisão (Ramos *et al*., 2023).

Quanto à equidade no atendimento dos pacientes, é importante destacar que a ANS também enfrenta os mesmos desafios do SUS. Entre eles, tem-se a judicialização dos processos de aprovação de uso em pacientes assistidos pelas operadoras de saúde, pressão por inovações

de custo diferenciado especialmente na área oncológica e de doenças raras, cobrança pelos atores quanto à adoção de modelos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) mais transparentes e a maior participação da sociedade nas decisões de incorporação (Brasil, 2025g).

Diante desses impasses, Roth, Vakkuri e Johanson (2024) destacam as dificuldades de articulação na criação de valor quando coexistem lógicas institucionais distintas. Neste caso, a lógica estatal, orientada pela universalidade do acesso e pelo cumprimento normativo, e a lógica empresarial, voltada à eficiência, à inovação e à captura de valor. Os autores argumentam que o valor colaborativo não emerge automaticamente dessa convivência, sendo condicionado à integração efetiva de recursos, competências e interesses entre atores de diferentes origens institucionais.

Destaca-se como a inovação tecnológica no setor da saúde manifesta-se de forma ampla e multifacetada, abrangendo não apenas o desenvolvimento de equipamentos médicos mais avançados, mas também a incorporação de sistemas de informação, soluções digitais e modelos de gestão orientados por dados. Esses avanços têm potencial para transformar a organização dos serviços, ampliar a eficiência operacional e aprimorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Mas ao integrar tecnologias assistenciais e ferramentas de gestão, o processo inovativo passa também a influenciar a forma como os recursos são disponibilizados e os resultados em saúde são produzidos, reforçando seu papel estratégico na sustentabilidade dos sistemas de saúde (Porter; Heppelmann, 2014).

Ainda, em termos de potencial impacto, observa-se no Relatório de Gestão 2024, que 8.341 novos produtos foram registrados naquele ano, por empresas nacionais e multinacionais. Tal fato revela o grande interesse que desperta esse setor no Brasil, a despeito da complexidade burocrática em seu processo de análise e aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de suas normas para a regularização de atividades de importação e distribuição de produtos médicos e correlatos (Brasil, 2025d).

Diante desse potencial transformador atribuído à inovação tecnológica no setor da saúde, torna-se necessário compreender como tais inovações são efetivamente avaliadas, priorizadas e incorporadas no contexto específico da saúde suplementar brasileira, o que conduz diretamente à formulação do problema de pesquisa deste estudo.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

O problema de pesquisa ao qual este trabalho dedica-se reside em compreender como são estruturados e operacionalizados os processos de avaliação utilizados na incorporação de

novas tecnologias na saúde suplementar no Brasil, identificando possibilidades de aprimoramento gerencial que contribuam para decisões mais consistentes e alinhadas à sustentabilidade do sistema.

A relevância dessa investigação está no fato de que, embora a incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar brasileiro seja crescente, o processo decisório que sustenta essas escolhas ocorre em um ambiente marcado por elevada complexidade regulatória, econômica e organizacional. A atuação da ANS, associada às dinâmicas de operadoras, prestadores, profissionais de saúde e fabricantes, envolve múltiplos critérios de avaliação que nem sempre são explicitados ou integrados de forma sistemática. Nesse contexto, permanece pouco claro como tais critérios são efetivamente aplicados e ponderados na prática, bem como como são percebidos pelos diferentes atores do setor.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é o de analisar o processo de avaliação empregado na incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar no Brasil e, a partir do objetivo geral, atingir os seguintes objetivos específicos:

a) Examinar o arcabouço regulatório e as diretrizes da ANS que orientam a incorporação de tecnologias em saúde suplementar;
b) Descrever os principais critérios de decisão considerados pelos atores do setor da saúde suplementar no processo de avaliação de novas tecnologias;
c) Investigar a percepção dos atores do setor (gestores, profissionais de saúde, representantes de operadoras) sobre os desafios na incorporação tecnológica no setor;
d) Sugerir melhores práticas de gestão na avaliação econômica em saúde como subsídio para as decisões de incorporação de novas tecnologias.

1.4 JUSTIFICATIVAS

Ao analisar de forma objetiva o comportamento da saúde suplementar na incorporação de tecnologias médicas, o presente estudo traz como propósito contribuir para uma melhor compreensão dos fatores que estruturam atualmente esse processo, buscando evidências que ajudem a apoiar decisões mais racionais, transparentes e sustentáveis e que possam trazer impactos diretos na qualidade da assistência ao paciente e na sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Este estudo ganha relevância prática ao reconhecer a importância estratégica deste setor para a sustentabilidade do sistema de saúde nacional como um todo, pois atende aproximadamente um quarto da população brasileira (Brasil, 2025b) que enfrenta desafios conjunturais com o aumento da expectativa de vida, a maior prevalência de doenças crônicas, o surgimento acelerado de novas tecnologias médicas e farmacêuticas e uma pressão crescente da sociedade por resultados assistenciais mais efetivos e eficazes. Através desses fatores, percebe-se que a incorporação de tecnologias médicas na saúde suplementar transcendeu a esfera puramente técnica para se tornar um fator crítico de sustentabilidade econômica.

Diante desse cenário, o presente estudo justifica-se tanto pela sua relevância científica, ao buscar compreender e sistematizar como o setor suplementar brasileiro lida com a avaliação e incorporação de tecnologias. Complementarmente, dada a urgência em preencher-se a lacuna entre a teoria normativa e a realidade executiva, o estudo traz relevância prática e social ao buscar oferecer subsídios que podem apoiar a elaboração de estratégias mais consistentes por parte dos diferentes atores do sistema da saúde. Busca-se assim, ao sistematizar como o mercado brasileiro efetivamente se organiza, oferecer um contraponto empírico que permita aos gestores transitarem de modelos puramente intuitivos ou reativos para estratégias consistentes de avaliação.

Empresas e profissionais da saúde suplementar poderão utilizar os resultados deste estudo para rever e estruturar processos internos de avaliação de novas tecnologias, acelerando prazos, otimizando investimentos e seus resultados assistenciais efetivos.

Da mesma forma, mesmo os profissionais do setor público poderão encontrar benefícios nos achados deste estudo ao atualizar parâmetros de incorporação em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando assim a interação entre os subsistemas público e privado.

Ao mesmo tempo, o estudo oferece aos fabricantes de equipamentos e insumos a oportunidade de compreender de forma mais estruturada como se processa a avaliação de novas tecnologias no setor da saúde suplementar, permitindo a formulação de estratégias de lançamento de produtos mais alinhadas às especificidades do mercado brasileiro e, consequentemente, ampliando a probabilidade de êxito na introdução de futuras inovações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico que fundamenta essa investigação, com seus constructos estruturados em eixos analíticos inter-relacionados e alinhados aos objetivos da pesquisa para analisar-se a convergência entre inovação, avaliação e governança na sustentabilidade da saúde suplementar no Brasil. Inicialmente, examina-se o arcabouço regulatório da saúde suplementar através das diretrizes da ANS que orientam a incorporação de novas tecnologias. Em seguida, descreve-se a importância das inovações tecnológicas e seus critérios de adoção no contexto da saúde suplementar. O capítulo avança para os métodos de avaliação econômica e de desempenho utilizados no setor da saúde. Posteriormente, são visitados os fundamentos da gestão estratégica no setor, culminando nas teorias de tomada de decisão em ambientes regulados.

2.1 ARCABOUÇO REGULATÓRIO E DIRETRIZES DAS AGÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Esta seção tem por objetivo examinar o arcabouço regulatório e as diretrizes da ANS que orientam a incorporação de tecnologias em saúde suplementar, com foco específico nas diretrizes e procedimentos adotados na análise de tecnologias médicas em território brasileiro. Para tanto, serão apresentados os princípios normativos e fluxos decisórios que estruturam esse processo no Brasil pela ANS, que é a agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil vinculada ao Ministério da Saúde e normalizada com base na Lei nº 9.656, de junho de 1998 (Brasil, 1998), e pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com função reguladora dos padrões de funcionamento deste setor (Brasil, 2000).

A saúde suplementar, que até então tinha apenas o controle econômico-financeiro realizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), alinhou-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) que organiza a saúde pública, conforme constituída e legitimada como um direito da cidadania pela Constituição Federal de 1988. Tal convergência ampliou o escopo regulatório da saúde suplementar, incorporando dimensões assistenciais e sociais que ultrapassam a lógica estritamente securitária.

Nesse contexto, destaca-se a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), instituída pela Lei nº 12.401, de 2011 (Brasil, 2011), e a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

Suplementar COSAUDE que foi criada com as atualizações trazidas pela Lei nº 14.307, publicada em março de 2022 (Brasil, 2022b).

Enquanto a CONITEC tem a finalidade de sistematizar e padronizar os processos de avaliação e incorporação de tecnologias nos serviços do SUS, estabelecendo bases que influenciam as práticas regulatórias subsequentes no setor público, o setor privado conta dentro da ANS com o suporte COSAUDE como órgão técnico próprio para a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, garantindo a cobertura pelos planos de saúde.

É importante destacar que ainda que uma tecnologia seja aprovada pela CONITEC para o SUS, ela ainda não estará disponível para o setor da saúde suplementar até que a COSAUDE realize seu processo próprio de avaliação podendo incorporar, ou não, a mesma tecnologia para o setor da saúde suplementar pela ANS. Ou seja, ter a aprovação da CONITEC não autoriza automaticamente esta tecnologia para o setor privado (Brasil, 2025h).

Isso se deve ao fato que a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil segue fluxos distintos no SUS e na ANS, devido às diferenças entre avaliação de impacto orçamentário coletivo versus cobertura contratual privada. Enquanto o SUS, através da CONITEC, foca na sustentabilidade do sistema público e ampliação universal, a ANS, via rol de procedimentos, define o mínimo obrigatório para cobertura pelos convênios.

2.1.1 Premissas do arcabouço regulatório do setor da saúde pública e privada

Considerando a interligação entre as diferentes agências federais ligadas ao Ministério da Saúde, torna-se pertinente começar a análise da incorporação das tecnologias médicas em território brasileiro pelos processos de inclusão no sistema público de saúde que serviram como referência conceitual e metodológica para os processos desenvolvidos posteriormente pela ANS para o sistema privado.

O modelo de incorporação de tecnologias adotado pela CONITEC no âmbito do SUS organiza-se a partir de uma sequência estruturada de etapas decisórias que oferecem previsibilidade, transparência e legitimidade ao processo seguindo critérios como custo-efetividade, impacto orçamentário, equidade e necessidades de saúde da população, assegurando que as decisões reflitam tanto a racionalidade econômica quanto os princípios de interesse público que orientam o sistema de saúde brasileiro.

No mercado público, a primeira etapa desse fluxo tem início com a submissão da demanda de uma determinada inclusão por qualquer ator do sistema, seguida pela elaboração de um dossiê técnico fundamentado em evidências científicas e econômicas, o qual é analisado

pela Secretaria Executiva da CONITEC. Na sequência, a matéria é submetida à deliberação do plenário e complementada por um processo de consulta pública com prazo definido, culminando na decisão formal do Ministério da Saúde e na posterior implementação da tecnologia em período previamente estabelecido de até 180 dias (Brasil, 2025d).

De forma detalhada, o processo de incorporação de medicamentos, equipamentos médicos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e as diretrizes clínicas segue as seguintes etapas:

a. Solicitação da avaliação (podendo vir de qualquer um dos atores do sistema, seja o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, da indústria, entidades médicas ou da própria sociedade civil como organizações de família de pacientes, etc.);
b. Elaboração do dossiê técnico onde o solicitante da análise deve demonstrar as evidências científicas como ensaios clínicos, revisões sistemáticas, estudos econômicos e epidemiológicos);
c. Análise técnica pela Secretaria Executiva da CONITEC quando sua equipe avalia todos estes dados submetidos incluindo a análise de custo-efetividade e impacto orçamentário, se tratar-se de tecnologia já adotada no SUS. É frequente a consulta de instituições brasileiras de renome para a discussão dos dossiês;
d. Discussão em plenário onde um colegiado convocado pela CONITEC, formado com membros do SUS e da sociedade, discute sobre uma recomendação preliminar;
e. A fase de consulta pública entra em ação se a recomendação preliminar for positiva, e será aberta para toda a sociedade brasileira por meio de um processo com duração mínima de 20 dias para que profissionais da saúde, empresas e pacientes possam se manifestar;
f. Decisão final é a fase que vem após a apuração da consulta pública quando a CONITEC reavalia todos os dados e encaminha o processo para o Ministério da Saúde que toma a decisão de incorporar ou não a tecnologia, mas sem prazos definidos em seus trâmites.
g. O Prazo de Implantação que é de até 180 dias passa a contar quando da aprovação pelo Ministério da Saúde mas, a partir desta data ainda será necessário o estabelecimento dos protocolos de reembolso do valor pago relativo ao uso da nova tecnologia, sendo que este valor é arbitrário do Ministério da Saúde baseado nas premissas de custo-benefício apresentada e comprovadas durante todo o processo no CONITEC (Brasil, 2021).

Na elaboração do dossiê técnico pela CONITEC para o SUS são avaliados aspectos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência, bem como impactos orçamentários, éticos, sociais e ambientais da tecnologia proposta. Esses critérios orientam um processo decisório estruturado que inclui revisão sistemática da literatura, análise crítica das evidências disponíveis, avaliação das necessidades e prioridades da política pública de saúde, comparação com alternativas terapêuticas existentes e exame da viabilidade logística de implementação no SUS. Adicionalmente, são considerados estudos de custo-efetividade e impacto orçamentário apresentados pelo demandante, assegurando alinhamento com os princípios de racionalidade, equidade e sustentabilidade do sistema (Brasil, 2025f).

Apesar de toda a sistematização empregada, estudos recentes (Campolina; Yuba; Soárez, 2022) revelam preocupações quanto à fragilidade dos tipos de evidências utilizados nos relatórios de recomendação da CONITEC, pois fatores econômicos e clínicos são mais frequentemente utilizados para orientar as recomendações da CONITEC em detrimento de aspectos sociais e éticos.

A COSAUDE, por sua vez, também adota as diretrizes elaboradas pela CONITEC para a análise de evidências clínicas, econômicas e organizacionais, especialmente aquelas voltadas à avaliação econômica e ao impacto orçamentário. Esse alinhamento metodológico revela uma convergência analítica entre o sistema público e o suplementar, mas orientada pela busca de decisões mais consistentes e pela sustentabilidade econômico-financeira do setor privado. Documentos como as Diretrizes Metodológicas de Microcusteio (Brasil, 2022b) e o Manual de Análise de Impacto Orçamentário (Brasil, 2012) subsidiam a construção de modelos de custo-efetividade e a estimativa dos efeitos financeiros da introdução de novas tecnologias também no que se refere ao setor privado.

Enquanto procedimentos de avaliação, a COSAUDE segue as seguintes fases em suas diretrizes metodológicas, no que se refere à ATS conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Diretrizes metodológicas COSAUDE

Diretriz Metodológica	Etapa do Processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
Manual Metodológico para Identificação e Avaliação de Tecnologias Novas e Emergentes em Saúde	A primeira etapa do processo consiste na identificação e caracterização da tecnologia em saúde, conforme orientações do Manual Metodológico para Identificação e Avaliação de Tecnologias Novas e Emergentes em Saúde. Nessa fase, são definidos a indicação clínica, a população-alvo, o contexto assistencial, os comparadores relevantes e os desfechos de interesse. Essa delimitação inicial é fundamental para orientar todo o processo avaliativo, garantindo coerência metodológica nas análises subsequentes.
Diretrizes Metodológicas: Avaliação de Desempenho de Tecnologias em Saúde	Após a caracterização da tecnologia, o processo avança para a avaliação da evidência clínica e do desempenho da tecnologia, orientada pelas Diretrizes Metodológicas para Avaliação de Desempenho de Tecnologias em Saúde. Essa etapa busca analisar criticamente a efetividade e a segurança da tecnologia, priorizando evidências provenientes de revisões sistemáticas e metanálises conduzidas de acordo com protocolos previamente definidos.
Diretrizes Metodológicas: Revisões Sistemáticas e Metanálises (ECR, Observacionais e Acurácia Diagnóstica)	Para a produção dessas evidências, são utilizadas diretrizes específicas para a elaboração de revisões sistemáticas e metanálises, incluindo aquelas voltadas a ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais comparativos e estudos de acurácia diagnóstica. Esses documentos estabelecem critérios rigorosos de busca, seleção, extração e síntese de dados, assegurando transparência, reprodutibilidade e robustez metodológica.
Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE	Os resultados da avaliação clínica são posteriormente submetidos à graduação da qualidade da evidência e da força das recomendações, conforme o Sistema GRADE. Essa etapa permite classificar o nível de confiança nos achados científicos e avaliar o equilíbrio entre benefícios e riscos, fornecendo subsídios estruturados para a tomada de decisão em saúde.

Continua

Conclusão

Diretriz Metodológica	Etapa do Processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
Diretriz Metodológica de Avaliação Econômica em Saúde e Estudos de Microcusteio	Na sequência, incorpora-se a avaliação econômica em saúde, orientada pela Diretriz Metodológica de Avaliação Econômica em Saúde, 2ª edição. Nessa fase, são conduzidos estudos de custo-efetividade, custo-utilidade ou custo-minimização. Quando necessário, se aplica a Diretriz Metodológica de Estudos de Microcusteio, permitindo maior precisão na mensuração dos custos.
Diretrizes Metodológicas: Análise de Impacto Orçamentário	Complementarmente, realiza-se a análise de impacto orçamentário, conforme o Manual de Análise de Impacto Orçamentário para o Sistema de Saúde do Brasil. Essa análise estima os efeitos financeiros da incorporação da tecnologia, considerando população elegível, taxas de adoção e cenários alternativos, sendo fundamental para avaliar a sustentabilidade econômico-financeira da decisão regulatória.
Diretrizes Metodológicas: Avaliação de Equipamentos Médico-Assistenciais	No caso de equipamentos e dispositivos médico-assistenciais, adotam-se diretrizes específicas que, além dos desfechos clínicos e econômicos, consideram infraestrutura necessária, capacitação profissional, manutenção, ciclo de vida e risco de obsolescência tecnológica
Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas; Guia de Escopo para PCDT	Os resultados das avaliações podem subsidiar a elaboração ou atualização de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais, conforme os manuais de 2016 e 2023 e o Guia de Elaboração de Escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, assegurando alinhamento entre incorporação tecnológica e prática clínica.
Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos	Por fim, todas as evidências produzidas ao longo do processo são consolidadas na forma de Pareceres Técnico-Científicos, que sintetizam os achados clínicos, econômicos e orçamentários e subsidiam a deliberação regulatória.

Fonte: elaborado pelo Autor (2025) com base em BRASIL (2021).

Quando da análise das diretrizes metodológicas da ANS, observa-se que ela estrutura seu processo de avaliação e incorporação de novas tecnologias no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde também recebendo convergência metodológica vinda de modelos internacionais consolidados pelas principais organizações internacionais de ATS (Polanczyk, 2021).

Nesse sentido, são incorporados elementos do modelo racional-abrangente adotado pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, Reino Unido), bem como práticas deliberativas semelhantes às da *Haute Autorité de Santé* (HAS, França) e da *European Network for Health Technology Assessment* (EUnetHTA, União Europeia). Adicionalmente, a ANS utiliza referenciais de avaliação econômica e de valor em saúde difundidos pela *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) e pelo *Institute for Clinical and Economic Review* (ICER, Estados Unidos), evidenciando alinhamento técnico com padrões amplamente reconhecidos no cenário internacional (Brasil, 2023b; Fernandes; Amorim, 2025; Lisbôa; Caetano, 2020).

Deve-se destacar que o modelo racional-abrangente, caracterizado pela análise exaustiva de alternativas e meios-fins (Simon, 1997), é frequentemente contrastado com o incrementalismo de Lindblom (1959), sendo apontado como um ideal utópico de tomada de decisão (Dye, 2017).

Embora não reproduza integralmente nenhum desses modelos institucionais, a ANS incorpora princípios metodológicos internacionais nas etapas de análise técnica, deliberação e decisão regulatória, incluindo referências indiretas aos parâmetros de custo-efetividade recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ainda que não disponha de limiares formais ou de autonomia institucional equivalente à de agências como o NICE ou a HAS, suas práticas revelam um processo contínuo de maturação regulatória. Persistem, contudo, limitações associadas à dependência de instâncias colegiadas e à exposição a pressões políticas e econômicas. Mesmo assim, a utilização de análises de custo-efetividade e de impacto orçamentário consolidou-se como requisito técnico central para a incorporação de tecnologias na saúde suplementar brasileira (Brasil, 2023c).

Entretanto, a decisão final da ANS leva também em consideração dimensões adicionais, como equidade e acesso (impacto social e ético), viabilidade regulatória e operacional e pressões e consensos setoriais oriundos de operadoras, prestadores e associações de pacientes (Mazzoni, 2025).

Apesar da relevância dos impactos socioculturais como critérios legítimos no processo decisório em saúde, conforme descrito nesta seção, a delimitação analítica deste estudo orienta-se por uma escolha metodológica específica. Considerando os objetivos propostos e o escopo empírico da pesquisa, o foco recai prioritariamente sobre os aspectos clínicos e econômicos que

estruturam, de forma mais direta e sistematizada, as decisões dos principais atores do setor de saúde suplementar no Brasil. Tal opção justifica-se pela centralidade que as análises de custo-efetividade assumem nos processos de incorporação tecnológica, especialmente no que se refere à sustentabilidade financeira, à previsibilidade regulatória e à racionalização da alocação de recursos.

Desse modo, a ATS assume papel central nas etapas analíticas do processo decisório, ao fornecer evidências técnicas, clínicas e econômicas estruturadas, ainda que seu peso seja relativizado nas fases deliberativas subsequentes. Tal configuração aproxima-se de um modelo racional-abrangente, no qual a análise técnica orienta o debate, mas não exerce influência determinística sobre a decisão final. Nesse contexto, os pareceres produzidos no âmbito da ATS funcionam como conteúdos qualificados para a deliberação regulatória, coexistindo com considerações institucionais, políticas e sociais que moldam o desfecho decisório da agência reguladora (Fernandes; Amorim, 2025; Lisbôa; Caetano, 2020).

Retomando a análise das etapas do processo de incorporação, pode-se considerar então que de forma geral e análoga ao processo do SUS, a COSAUDE/ANS segue as seguintes etapas de incorporação:

a. Fase de Admissibilidade: O processo inicia-se com a protocolização das propostas (PAR) via web, seguida imediatamente pela análise de elegibilidade dessas propostas;
b. Análise Técnica e Preliminar: As propostas elegíveis passam por análise técnica e discussões na COSAÚDE. Posteriormente, formula-se a Recomendação Preliminar (RP) e uma nota técnica para apreciação da Diretoria Colegiada (DICOL);
c. Participação Social: Após autorização da DICOL, abre-se a etapa de participação social, que engloba a Consulta Pública (com duração de 20 dias) e a Audiência Pública;
d. Reavaliação Técnica: As contribuições da sociedade são analisadas em um relatório de consolidação. Este relatório é apresentado em nova reunião da COSAÚDE para a consolidação dos estudos e formulação das recomendações finais;
e. Deliberação Final: A recomendação é submetida à deliberação final da DICOL. Caso aprovada, o processo encerra-se com a efetiva atualização do Rol;

A partir da conclusão dessa etapa de análise pela COSAUDE, uma consulta pública é realizada durante 20 dias para ouvir toda a sociedade, bem como especialistas e organizações do setor. A decisão final vem após a revisão dos comentários recebidos e é publicada no Diário Oficial da União incluindo no rol de procedimentos oficiais. A partir dessa publicação, as operadoras de planos de saúde têm 60 dias para adaptar suas coberturas para uso da nova

tecnologia (Brasil, 2023b). Deve-se destacar que desde 2021, com a Lei 14.307 a atualização do rol de procedimentos do setor da saúde suplementar passou a ser contínua, e não com as revisões bienais como ocorria antes dessa data (Brasil, 2022a).

2.2 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE

2.2.1 O que são inovações tecnológicas em saúde

Segundo Barkaoui *et al*. (2023), o campo dos dispositivos médicos caracteriza-se por elevada diversidade, abrangendo desde insumos utilizados em procedimentos ambulatoriais simples até equipamentos altamente sofisticados de diagnóstico e terapia. Essa variedade impõe uma dinâmica contínua de inovação, tornando o desenvolvimento desses dispositivos um processo intrinsecamente complexo. Para além do domínio científico e tecnológico incorporado aos produtos, esse processo demanda a consideração simultânea de aspectos éticos, regulatórios e econômicos. Assim sendo, as decisões relativas ao avanço, adaptação ou interrupção de projetos não se restringem a uma lógica técnica isolada, mas surge de diferentes áreas organizacionais, refletindo a natureza multidimensional da inovação em saúde.

Portanto, conforme destacam Matei e Francu (2025), a inovação em saúde requer uma estrutura de gestão capaz de orientar todo o ciclo de desenvolvimento tecnológico, desde a concepção inicial até a sua implementação e, com essa perspectiva, não se restringe à introdução de novos artefatos, mas apresenta um conjunto articulado de diretrizes e ações orientadas à geração de valor, alinhadas a prioridades estratégicas e a distintas lógicas de inovação. Tal compreensão amplia o debate ao indicar que diferentes trajetórias inovadoras coexistem no setor, algumas de caráter incremental e outras potencialmente transformadoras. É nesse ponto que se insere a discussão sobre a inovação disruptiva em saúde, cujas características e implicações serão exploradas na seção seguinte.

2.2.2 Teoria da inovação disruptiva aplicada ao setor da saúde suplementar

Conforme proposto por Christensen (1997), em sua teoria seminal da inovação disruptiva, “uma tecnologia disruptiva ou inovação disruptiva é aquela que ajuda a criar um novo mercado e uma nova rede de valor, e que eventualmente acaba por desestabilizar um mercado e uma rede de valor já existentes”. Assim, ao contrário das inovações chamadas incrementais, esse tipo de inovação surge à margem dos mercados dominantes, atendendo inicialmente a segmentos negligenciados ou criando demandas até então inexistentes. Entretanto, essas soluções passam a competir diretamente com as tecnologias consolidadas, promovendo a desestabilização das redes de valor vigentes e alterando de maneira estrutural o modo como produtos e serviços ofertados e apropriados nos setores afetados.

A teoria da inovação disruptiva explica por que organizações consolidadas enfrentam dificuldades diante de mudanças tecnológicas relevantes, ao priorizarem melhorias incrementais voltadas aos seus clientes atuais. Nesse contexto, inovações emergentes tendem a ser negligenciadas por aparentarem baixo valor econômico inicial.

Pela teoria da inovação disruptiva entende-se por que organizações consolidadas com frequência enfrentam dificuldades diante de mudanças tecnológicas relevantes, ao concentrar seus esforços apenas no aperfeiçoamento contínuo de produtos e serviços já existentes, buscando atender principalmente às demandas de seus clientes atuais. Com o tempo, entretanto, essas inovações amadurecem, passam a atender novas demandas e redefinem padrões de mercado o que compromete a competitividade das organizações estabelecidas. Por essa razão, a inovação disruptiva tornou-se um referencial central para a análise de transformações setoriais e decisões estratégicas de adoção tecnológica (McCausland, 2023).

Em particular, para enfrentar os problemas estruturais do setor da saúde, historicamente marcado por elevada complexidade, custos crescentes e barreiras de acesso, Christensen (1997) argumenta que os princípios da inovação disruptiva oferecem um caminho alternativo uma vez que reformas baseadas em ajustes regulatórios ou em melhorias incrementais tendem a ser insuficientes para corrigir problemas sistêmicos persistentes. Em contraste, inovações disruptivas assumem a forma de soluções mais simples e acessíveis e voltadas a necessidades específicas deslocando parte da demanda de ambientes tradicionais mais onerosos.

Entretanto, a ênfase exclusiva na tecnologia ou em variáveis de mercado tende a ocultar fatores igualmente determinantes para o surgimento e a adoção de inovações disruptivas. Aspectos de natureza sociopolítica, institucional e organizacional influenciam de forma decisiva esses processos e não podem ser tratados em segundo plano. Assim, apenas uma

abordagem analítica integrativa permite compreender de modo mais completo o real impacto das inovações disruptivas nos sistemas organizacionais e setoriais (Lile; Ansari; Urmetzer, 2025).

Apesar do potencial da inovação disruptiva para enfrentar desafios estruturais do setor da saúde, percebe-se que sua incorporação depende de processos decisórios complexos, marcados por incertezas técnicas, regulatórias e econômicas. Ao longo do ciclo de desenvolvimento das tecnologias, diferentes atores precisam avaliar continuamente riscos, investimentos e expectativas de valor, o que torna os critérios utilizados para sustentar essas decisões elementos centrais do processo. Desse modo, compreender como tais critérios são definidos e aplicados torna-se essencial para analisar a dinâmica da inovação em saúde. A seção seguinte, portanto, dedica-se ao exame dos critérios que orientam a pesquisa e a avaliação das inovações no setor.

2.2.3 O processo de inovação em tecnologias para o setor da saúde

A pesquisa em inovações em saúde tem sido orientada por critérios que extrapolam o avanço tecnológico isolado, incorporando dimensões clínicas, econômicas e sociais. Segundo Neumann et al. (2018), a avaliação rigorosa da inovação deve demonstrar evidências consistentes de segurança e eficácia, associadas à análise de custo-efetividade e impacto orçamentário, sobretudo em sistemas de financiamento coletivo. A relevância sanitária, a capacidade de responder a lacunas assistenciais e os efeitos sobre a equidade no acesso constituem elementos centrais na priorização da pesquisa. Esses critérios são complementados por exigências éticas e pela valorização de desfechos significativos para os pacientes, reforçando a necessidade de alinhar a inovação à sustentabilidade e ao interesse público.

Desde a fase inicial de design até as etapas de desenvolvimento e produção, o processo de inovação em dispositivos médicos envolve decisões sucessivas e interdependentes. À medida que o desenvolvimento avança, as decisões tornam-se mais críticas, dada a menor reversibilidade dos aportes realizados. Nesse sentido, a definição de critérios claros para orientar essas escolhas é determinante para o retorno sobre o investimento e a sustentabilidade dos projetos. Trata-se de um processo decisório multicêntrico, que ultrapassa a dimensão tecnológica e incorpora aspectos éticos, econômicos e institucionais, envolvendo múltiplos atores ao longo do ciclo de inovação em saúde (Barkaoui *et al*., 2023).

Com esta premissa, Federici e Torbica (2021) ressaltam que as avaliações iniciais de tecnologias em saúde devem abranger fatores que influenciam não apenas a cobertura e o

reembolso, mas também sua adoção e difusão ao longo do tempo. Essa análise torna-se mais complexa no desenvolvimento de dispositivos médicos, sobretudo em contextos nos quais não há submissão a processos formais de ATS pois mesmo após a aprovação regulatória, as decisões de incorporação tendem a ocorrer de forma descentralizada, variando entre países e níveis institucionais. Nesses cenários, os critérios utilizados são heterogêneos e nem sempre priorizam a relação custo-efetividade.

Segundo Tallarico *et al*. (2022), a aceleração do lançamento de novos dispositivos médicos no ambiente hospitalar, impulsionada pelo avanço tecnológico, não tem sido acompanhada pela adequada qualificação em ATS das equipes responsáveis por sua avaliação em hospitais e centros de saúde que são, na realidade, a principal instância de análise da relevância clínica e da viabilidade macroeconômica dessas tecnologias. Em consequência, as decisões de incorporação tendem a ocorrer de forma autônoma e fragmentada, muitas vezes baseadas em pressupostos incompletos. Em diversos casos, o registro sanitário é utilizado como critério suficiente, apesar de contemplar apenas requisitos técnicos e de segurança. Tal prática amplia o risco de incorporações desalinhadas à sustentabilidade do sistema de saúde.

Conforme exposto, a inovação em saúde atrai grande atenção devido ao seu potencial para aumentar a eficiência dos tratamentos, entregar mais resultados aos pacientes, reforçar o desempenho organizacional e ajudar a sociedade como um todo. Entretanto, enfrenta desafios distintos, que vão desde as pressões regulatórias, passando pelo rápido progresso tecnológico substituindo tecnologias ainda recentes e mudanças nas expectativas de vida dos pacientes. Ademais, os critérios éticos associados ao reembolso e à alocação de recursos assumem papel central, considerando que os serviços de saúde representam experiências profundamente individuais. Assim, a inovação em saúde demanda equilíbrio entre eficiência técnica, sustentabilidade e sensibilidade às necessidades humanas (Matei; Francu, 2025).

Uma vez apresentada a dinâmica dos critérios que caracterizam a pesquisa em tecnologia em saúde faz-se agora importante entender os critérios como efetivamente a mesma deve ser analisada enquanto ente de inovação a ser incorporada, uma vez que será a partir dessa régua que sua regulação e entrada no mercado será considerada.

2.2.4 Critérios para adoção das inovações em saúde

Entende-se, portanto, que uma vez desenvolvida uma inovação em saúde, são necessárias estratégias adequadas para sua adoção dentro de modelos assistenciais centrados nas necessidades dos pacientes, sem comprometer a sustentabilidade das organizações e do

sistema como um todo. Nesse sentido, a inovação deve assumir o papel de equilibrar eficiência assistencial, qualidade dos serviços e viabilidade econômico-financeira. Ao alinhar objetivos institucionais às demandas do mercado e às expectativas sociais, torna-se possível otimizar a alocação de recursos e ampliar o valor gerado. Assim, a integração entre inovação, gestão e cuidado contribui para serviços mais acessíveis, responsivos e sustentáveis (Matei; Francu, 2025).

No contexto da saúde suplementar, a ANS adota critérios estruturados para a incorporação de inovações em saúde, fundamentados nos princípios da ATS (Brasil, 2010). O processo prioriza a análise da eficácia, efetividade e segurança clínica, com base em evidências científicas consistentes. De forma complementar, são consideradas avaliações econômicas, especialmente custo-efetividade e impacto orçamentário, com foco na sustentabilidade do setor. A ANS também examina o impacto assistencial e organizacional, avaliando efeitos sobre a rede de serviços e os fluxos de cuidado. Soma-se a isso a relevância sanitária e epidemiológica, considerando a magnitude do problema de saúde e as alternativas disponíveis. Aspectos regulatórios, como o registro sanitário na ANVISA, e mecanismos de participação social, por meio de consultas públicas, completam o processo, assegurando transparência, legitimidade e racionalidade às decisões de incorporação (Brasil, 2022a).

Dessa forma, os critérios para adoção das inovações em saúde têm como seu propósito central a tomada de decisão por meio de uma abordagem estruturada que permita identificar o valor efetivo das tecnologias e orientar seu uso apropriado. E, assim sendo, tem-se na qualificação dada pela ATS a metodologia que irá fundamentar os critérios e subsidiar as decisões relacionadas à cobertura assistencial, diretrizes clínicas, reembolso, precificação e regulação, contribuindo para sistemas de saúde mais eficientes e orientados pela equidade (Tallarico *et al*., 2022).

Para que esses critérios possam ser analisados de forma consistente, torna-se fundamental recorrer às referências teóricas que estruturam a matriz multidisciplinar da ATS. Tal abordagem permite evidenciar não apenas a relevância da avaliação sistemática de novos produtos no campo da saúde, mas também o papel central que os métodos de avaliação econômica desempenham na compreensão do valor das inovações e de seus impactos sobre o sistema. Nesse sentido, a adoção de metodologias consolidadas constitui um elemento-chave para qualificar as decisões de incorporação, tema que passa a ser aprofundado na seção seguinte, dedicada aos métodos de avaliação de tecnologias em saúde.

Neste estudo, optou-se por conferir maior ênfase à análise de custo-efetividade por sua aderência prática aos processos decisórios do setor de saúde suplementar brasileiro. Essa

abordagem permite a comparação entre alternativas com base em desfechos clínicos mensuráveis, sem a necessidade de monetizar ganhos em saúde ou recorrer a métricas abstratas de utilidade. Diferentemente das análises de custo-benefício e custo-utilidade, a custo-efetividade mostra-se mais compatível com os referenciais regulatórios e gerenciais adotados no país. Dessa forma, estabelece-se uma base analítica mais operacional, que fundamenta a transição para a próxima seção.

2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Conforme destacam Turner *et al*. (2021), o uso de evidências econômicas tem ganhado relevância no apoio às políticas de saúde, porém sua aplicação ainda enfrenta limitações metodológicas. Decisões continuam sendo sustentadas por modelos inconsistentes, em parte pela compreensão incompleta dos fundamentos da economia da saúde por profissionais não especializados. Soma-se a isso a aplicação de métodos analíticos inadequados, frequentemente condicionada pela escassez de dados acessíveis e pela ausência de diretrizes metodológicas claras. Esse contexto compromete a robustez das análises econômicas e dificulta sua utilização como base consistente para decisões regulatórias e gerenciais no setor da saúde.

Conforme discute Schlander (2021), tem-se a ausência de um arcabouço analítico suficientemente claro, consensual e eticamente fundamentado para orientar escolhas públicas em saúde. Aliando a isso, destacam-se as limitações inerentes à lógica tradicional da análise de custo-efetividade, predominantemente orientada à eficiência alocativa. Nesse contexto, a demonstração de custo-efetividade em larga escala torna-se insuficiente para capturar a complexidade real das decisões de incorporação no âmbito da saúde suplementar pois desconsidera as especificidades clínicas, comportamentais e epidemiológicas dos grupos efetivamente cobertos.

Para equilibrar este risco, tem-se a indicação de que a avaliação econômica em saúde deve combinar dados empíricos e modelos analíticos construídos a partir de múltiplas fontes de evidência. Os resultados de custo-efetividade, entretanto, não devem ser interpretados de forma isolada, sendo necessário articulá-los a métricas como viabilidade operacional e impacto orçamentário. Além disso, aspectos qualitativos relacionados ao valor social, à equidade e à legitimidade do processo decisório assumem relevância crescente devendo assegurar transparência, consistência metodológica e participação das partes interessadas, fortalecendo a robustez e a justiça das decisões de incorporação tecnológica. (Bertram *et al*., 2021).

De acordo com Campolina, Yuba e Soárez (2022) as avaliações econômicas têm se tornado gradativamente parte dos processos que compõem as decisões de incorporação e financiamento de novas tecnologias dos sistemas de saúde de países desenvolvidos desde o início da década de 90, elas passaram a ser usadas nas decisões sobre cobertura de medicamentos em vários países e, por exemplo, no Reino Unido, *The National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), sua agência nacional de avaliação de tecnologias em saúde, desde sua criação em 1999 vem utilizando as avaliações econômicas nos processos de decisões de incorporações em saúde.

Entende-se, portanto, que a cooperação entre agências reguladoras internacionais tem contribuído para a harmonização de metodologias e rotinas de avaliação, mitigando assimetrias indevidas nos requisitos técnicos e esclarecendo os limites de governança institucional. Esse alinhamento favorece uma maior consistência nos processos decisórios e reduz sobreposições organizacionais. (Ramos *et al*., 2023).

Diante desse cenário, evidencia-se a importância de ampliar a disseminação e o uso qualificado dos métodos de ATS, de forma a orientar de modo mais consistente a alocação de recursos no setor. Schlander (2021) destaca que, em sociedades pluralistas, as decisões distributivas ocorrem em meio a demandas conflitantes, sem o apoio de uma estrutura analítica única e eticamente consensual. Soma-se a isso a limitação da lógica tradicional da custo-efetividade, centrada na eficiência alocativa, que tende a desconsiderar impactos distributivos relevantes. Assim, a alternativa mais eficiente nem sempre é a mais justa, especialmente para populações vulneráveis. Em sistemas financiados coletivamente, como a saúde suplementar, a aplicação isolada dessa lógica revela-se insuficiente para capturar tais complexidades.

Entende-se então que as análises econômicas em saúde podem ser usadas para avaliar a relação custo-benefício de processos, equipamentos e intervenções em saúde e podem auxiliar na correta destinação dos recursos limitados que estão disponíveis para o setor da saúde. E assim, o uso de análises econômicas em saúde causa interesse singular para os tomadores de decisão quando da análise do orçamento para financiar serviços de saúde. (Turner *et al*., 2021)

No quadro abaixo, estão listadas as principais variâncias na análise de dados da teoria de custo organizada por Turner *et al*. (2021).

Quadro 2 - Modelos de análise de custo: vantagens e desvantagens

Tipo de análise	Descrição	Vantagens	Desvantagens
Análise de Custo-efetividade (ACE)	Compara custos e efeitos em unidades naturais (anos de vida ganhos, casos evitados).	Muito aplicado em saúde; fornece medida direta de custo por unidade de efeito.	Difícil comparar entre condições diferentes; ignora qualidade de vida.
Análise de Custo-utilidade (ACU)	Variante do ACE que usa medidas ajustadas pela qualidade de vida (QALY, DALY).	Permite comparações entre doenças diferentes; incorpora mortalidade e morbidade.	Exige dados complexos; depende de métricas nem sempre bem compreendidas por gestores.
Análise de Custo-benefício (ACB)	Converte custos e benefícios em valores monetários.	Facilita comparações entre setores (saúde, educação, transporte); favorece decisões macroeconômicas.	Colocar valor monetário na saúde e vida é controverso e eticamente sensível.
Análise de Custo-minimização (ACM)	Compara intervenções assumidas como igualmente eficazes, escolhendo a de menor custo.	Simples de aplicar; útil quando há equivalência clara de eficácia.	Pouco usado, pois raramente há equivalência completa entre intervenções; risco de simplificação excessiva.
Análise de Impacto orçamentário (ACO)	Analisa a viabilidade financeira de adoção da tecnologia no sistema em horizonte de curto a médio	Fundamental para tomada de decisão em políticas públicas e operadoras; mostra sustentabilidade.	Não avalia custo-efetividade clínica; restrito ao impacto financeiro imediato.
Análise de Custo-consequência (ACC)	Apresenta custos e múltiplos resultados de forma desagregada, sem síntese em um único indicador.	Transparente; permite ao decisor avaliar múltiplos desfechos.	Pode dificultar a comparação e priorização por não oferecer métrica resumida.

Fonte: Turner *et al*. (2021).

Ao analisar a ATS, torna-se essencial reconhecer que a diversidade metodológica e a difusão ainda limitada das avaliações econômicas dificultam sua aplicação consistente. Esse problema se intensifica porque parte dos métodos examina apenas os custos de forma isolada, caracterizando análises parciais, enquanto outros avaliam simultaneamente custos e consequências, configurando análises completas. Distinguir claramente esses propósitos é fundamental para a correta interpretação dos resultados. Nesse sentido, as análises econômicas completas assumem maior relevância, pois comparam o uso de recursos e os efeitos das intervenções sempre em relação a alternativas comparadoras (Turner *et al*., 2021).

Ainda segundo Turner *et al.* (2021), a escolha do método de avaliação econômica em saúde é uma decisão estratégica, condicionada pelo contexto institucional, pelos valores das

partes interessadas e pela natureza dos recursos a serem realocados. Análises que não comparam explicitamente os custos e as consequências das intervenções frente a alternativas relevantes tendem a gerar conclusões parciais e potencialmente equivocadas para os formuladores de políticas. Entre os métodos mais utilizados citados no quadro 3, sobressaem as análises de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. Apesar de aparentarem similaridade, esses métodos diferem quanto aos seus fundamentos teóricos e à forma de valoração dos benefícios em saúde Turner *et al*. (2021).

Entre essas três principais análises, neste estudo, optou-se por conferir maior ênfase à análise de custo-efetividade por sua aderência prática aos processos decisórios do setor de saúde suplementar brasileiro. A análise de custo-efetividade permite comparar intervenções a partir de desfechos clínicos mensuráveis, preservando uma lógica operacional compatível com os processos regulatórios e gerenciais conduzidos por operadoras, hospitais e pela própria ANS. Assim, ao privilegiar essa abordagem, busca-se aprofundar a compreensão de um instrumento amplamente utilizado na incorporação de tecnologias em saúde, estabelecendo uma base conceitual consistente para a discussão desenvolvida na seção seguinte.

2.3.1 Teoria de custo-efetividade (CE)

Partindo-se do entendimento mais amplo do papel da ATS na alocação de recursos, esta seção concentra-se na análise de um de seus principais instrumentos analíticos, a teoria de custo-efetividade.

A gestão em saúde traz processos que exigem aprimoramento contínuo, em geral associados à decisão entre manter investimentos em intervenções já existentes ou em novas alternativas e sempre envolvem aspectos complexos no que se refere à sustentabilidade financeira. Assim, a análise de custo-efetividade assume um papel importante como ferramenta técnica de tomada de decisão em avaliar em que medida pode-se financiar ganhos adicionais de efetividade proporcionados por novas intervenções em comparação às alternativas disponíveis, ou ainda identificar situações em que possa gerar economia de recursos (Brandão *et al*., 2023).

Federici e Torbica (2021) concordam que as informações sobre custo-efetividade têm um papel fundamental no processo de decisão sobre as coberturas de procedimentos ou seus reembolsos, e isso em função de sua característica diretamente ligada à busca de eficiência nos orçamentos de saúde e, consequentemente, as avaliações de emprego de tecnologias em saúde não podem deixar de ter essa importante análise.

A ausência de uma base metodológica amplamente aceita, capaz de orientar critérios de objetivos de adoção de novas tecnologias por meio de instrumentos técnicos e com objetividade para dar apoio à decisão dos médicos, pode levá-los ao chamado dilema da "escolha de Sophia", preterindo-se um paciente que poderia ser salvo por conta de outros casos que se surgissem em grande número, que poderiam inviabilizar todo o sistema de reembolso. Além disso, a avaliação da eficácia de novas tecnologias na prática clínica torna-se incompleta quando não se considera de forma integrada o balanço entre a redução de eventos adversos e os custos incrementais associados, os quais, em determinadas situações, podem não se justificar à luz das condições necessárias para a implementação sustentável de novos tratamentos (Brandão *et al*., 2023).

Assim, a adoção da custo-efetividade como critério exclusivo tende a simplificar a realidade dos sistemas de saúde, ao desconsiderar necessidades clínicas, dinâmicas de mercado e condicionantes organizacionais da implementação. Ademais, os diferentes atores atribuem pesos distintos aos critérios decisórios. Profissionais de saúde costumam priorizar ganhos clínicos relevantes, mesmo diante de resultados econômicos desfavoráveis. Já gestores e responsáveis pela incorporação tendem a adotar posturas mais conservadoras, condicionando decisões à sustentabilidade financeira de curto prazo. Essa assimetria pode levar a escolhas extremas, com efeitos adversos tanto clínicos quanto econômicos (Federici; Torbica, 2021).

Constata-se, portanto, a inexistência de metodologias capazes de abarcar, de forma integrada, as múltiplas consequências econômicas das decisões em saúde, incorporando simultaneamente normas institucionais e preferências sociais relevantes. Diante desse desafio, difundiu-se o uso da análise de custo-efetividade como instrumento de apoio à alocação racional de recursos escassos. Essa abordagem busca maximizar os benefícios em saúde frente às restrições orçamentárias inerentes ao sistema. Para tanto, fundamenta-se na comparação entre alternativas por meio da Razão de Custo-Efetividade Incremental (RCEI), utilizada para hierarquizar intervenções. Embora não esgote a complexidade decisória, esse referencial tornou-se central nos debates sobre eficiência alocativa em saúde (Schlander, 2021).

Nesse contexto, a dimensão deliberativa da ATS torna-se particularmente relevante nas decisões baseadas em custo-efetividade. A análise técnica, isoladamente, é insuficiente quando confrontada com processos regulatórios e com a definição de coberturas assistenciais. Torna-se essencial incorporar a participação de pacientes, do controle social e da sociedade civil organizada. Para tanto, métodos deliberativos e decisões contextualizadas devem integrar a estrutura da avaliação. Esses processos ampliam o diálogo entre atores e fortalecem a legitimidade das escolhas. Assim, a deliberação passa a ser componente central para o aprimoramento das prioridades em saúde (Ramos *et al*., 2023).

Considera-se, então, com base nos estudos realizados nos últimos 60 anos, a consolidação de um entendimento normativo segundo o qual a lógica da custo-efetividade constitui um instrumento legítimo para orientar a alocação de recursos em saúde uma vez que é baseado na comparação entre condições clínicas e intervenções por meio de suas respectivas Razões de Custo-Efetividade Incremental (RCEI), com vistas a ampliar a eficiência do sistema. Tal racionalidade incorpora uma dimensão ética ao pressupor que maximizar benefícios em saúde, diante de recursos limitados, representa um objetivo socialmente desejável. Assim, a custo-efetividade assume papel central na fundamentação de decisões distributivas em saúde (Schlander, 2021).

Com base nas discussões apresentadas, observa-se que as análises de ATS constituem importantes ferramentas para as decisões prioridade na incorporação de novas tecnologias. No entanto, uma vez que sua aplicação está condicionada ao contexto institucional, regulatório e estratégico no qual os diferentes atores do setor estão inseridos deve-se levar em consideração como esses instrumentos são apropriados, interpretados e utilizados no âmbito da gestão estratégica do setor de saúde suplementar no Brasil.

Para tanto, a fim de analisar-se o papel das operadoras, reguladores e demais participantes na condução dos processos decisórios em ATS, o próximo capítulo dedica-se a examinar a gestão estratégica do setor de saúde suplementar brasileiro, caracterizando-a como elemento mediador entre evidências econômicas, diretrizes regulatórias e decisões de incorporação tecnológica.

2.4 GESTÃO ESTRATÉGICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.4.1 Modelos tradicionais de gestão organizacional no setor da saúde

Dada a complexidade do setor de saúde em constante mudança e evolução tecnológica notam-se múltiplos fatores críticos interagindo na dinâmica da sua gestão enquanto palco de diversos atores interagindo frente à todas as regulamentações governamentais relacionadas ao correto e ético acesso aos seus serviços pelos pacientes.

Nesse contexto, o debate sobre poder de mercado e formação de preços em saúde adquire relevância central, uma vez que tais decisões impactam diretamente o bem-estar humano. A gestão de custos e a regulação do setor saem do campo técnico e assumem natureza de interesse público. Diferentemente de outros setores, a saúde está orientada à promoção e preservação da vida, sendo condicionada por fatores econômicos, institucionais e sociais

interdependentes que dada sua complexidade trazem desafios próprios à gestão do sistema. Em especial, a alocação eficiente dos recursos torna-se fundamental para evitar distorções em sua distribuição sendo que, a ausência desse equilíbrio compromete a equidade no acesso e a sustentabilidade do sistema de saúde (Şenyapar, 2024).

Diante dessasdificuldades enfrentadas existe uma busca de novos modelos de gestão por parte das organizações de saúde, tem-se buscado novas abordagens que não as tradicionais de outros setores, incorporando de forma mais consistente os fatores sociais e a participação dos diferentes atores envolvidos. Daí tem-se visto como alicerce desta estratégia a questão de trazer o paciente para o centro do tema de planejamento e gestão, estimulando práticas organizacionais mais humanizadas e integradas inclusive com uma maior participação do paciente na busca de melhores resultados assistenciais para sua satisfação e bem-estar (Azevedo, 2010).

Dado que a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar depende de um financiamento suficiente e uma gestão eficiente dos recursos requeridos para que conquiste a sustentabilidade econômico-financeira tem-se observado um foco sempre presente na busca de novos modelos de remuneração em saúde. Portanto, a análise estratégica dos modelos de gestão organizacional assume ainda papel central, uma vez que esses modelos definem como os diferentes atores do setor, tais como fabricantes, distribuidores, hospitais, clínicas e profissionais de saúde terão seus serviços avaliados, remunerados e estruturando as relações com os pacientes e com os demais agentes do sistema (Lima; Leal, 2022).

A escolha com predominância de modelos de pagamento baseados exclusivamente no serviço prestado reflete a lógica de comercialização de procedimentos, mais do que de soluções orientadas ao paciente. No modelo de pagamento por serviço (*fee-for-service*), a remuneração independe do desfecho clínico, podendo estimular a repetição de intervenções e reinternações. Em contraste, os modelos de pagamento por pacote (*bundled payments*) buscam alinhar incentivos à resolução do problema de saúde, ao estabelecer um valor fixo para todo o ciclo de cuidado. Contudo, essa abordagem também gerou efeitos adversos. Evidências mostram que, em determinados contextos, hospitais passaram a adotar práticas para evitar reinternações a qualquer custo. Nos Estados Unidos, por exemplo, observou-se o uso excessivo de medicamentos no momento da alta, resultando em casos de dependência química (Lima; Leal, 2022).

A título de exemplo, o quadro a seguir traz um resumo dos principais modelos de reconhecimento de valor para o pagamento de serviços em tratamentos no setor de saúde.

Quadro 3 - Modelos de remuneração em saúde segundo Leal e Lima (2022)

Modelo	Descrição	Vantagens	Desvantagens	Exemplos práticos
Fee-for-Service (FFS) (Pagamento por Serviço)	Pagamento por cada procedimento realizado (consultas, exames, internações, materiais).	Estimula a produtividade; garante acesso imediato; evita seleção de pacientes.	Induz ao excesso de procedimentos; gera desperdícios; foco no volume e não na qualidade.	Amplamente usado em sistemas privados no Brasil e EUA.
Bundled Payments (Pagamento por Pacotes)	Valor pré-definido que cobre todo o ciclo de tratamento de uma condição específica.	Reduz complicações; incentiva alta precoce; melhora coordenação do cuidado.	Risco financeiro elevado para o prestador; depende de precificação adequada.	BPCI (EUA) *Bundled Payments for Care Improvement.*
Pay for Performance (P4P) (Pagamento por Desempenho)	Remuneração ajustada de acordo com indicadores de qualidade, eficiência e desfechos clínicos.	Estimula qualidade e segurança; promove eficiência; pode reduzir custos no longo prazo.	Exige sistemas de monitoramento robustos; incentivos muitas vezes ainda modestos.	Programas de P4P em gestão de doenças crônicas e cardiovasculares.
Diagnosis Related Groups (DRG)	Valor fixo pago por episódio de tratamento com base no diagnóstico (CID).	Facilita o planejamento; padroniza categorias de doenças; maior previsibilidade.	Fragmenta o cuidado; não cobre ciclo completo do paciente; risco de descoordenação.	Usado no SUS e em operadoras privadas para definir pacotes hospitalares.
Capitation (Capitação)	Valor fixo per capita pago por paciente, independentemente da utilização.	Previsibilidade de receita; maior controle de custos; incentiva prevenção.	Pode induzir restrição de acesso; risco de queda na qualidade; seleção adversa de pacientes.	Aplicado em planos de saúde de atenção primária e medicina de família.

Fonte: elaborado pelo Autor (2025).

Além do impacto do modelo de gestão de reembolso, a saúde suplementar é fortemente influenciada pelos mecanismos de formação de preços, seus reajustes e pela regulação associada. Essa dinâmica decorre da combinação de fatores como perfil etário dos beneficiários, níveis de sinistralidade, presença de doenças pré-existentes e modelos de atenção hospitalar. Como resultado, a regulação de preços acaba contribuindo para a segmentação do mercado de planos de saúde que divide-se em contratos coletivos e individuais, refletindo variações de preço e cobertura (Souza, 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2025), os contratos de planos de saúde admitem diferentes modalidades de reajuste, que exercem papel central na gestão econômica do setor. Nos planos individuais e familiares, o reajuste anual é

limitado por um teto definido pela ANS, com o objetivo de conter aumentos excessivos. Há ainda o reajuste por mudança de faixa etária, aplicável a todos os tipos de planos, cujo percentual é estabelecido pelas operadoras conforme as regras contratuais vigentes. Nos planos coletivos, destaca-se o reajuste por sinistralidade, acionado quando os custos assistenciais superam as estimativas iniciais. Adicionalmente, pode haver solicitação de reajustes extraordinários destinados à recomposição do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos (IDEC, 2025).

Entretanto, a análise dos custos no setor de saúde suplementar, a partir do índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), calculado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2025), revela pelos dados observados ao longo do tempo, que os reajustes não acompanham a mesma evolução dos custos assistenciais, o que pode comprometer a capacidade das operadoras de absorver o aumento das despesas. Em um cenário no qual a recomposição dos preços não reflete a variação real dos custos, pode-se ampliar o desequilíbrio econômico-financeiro das operadoras, levando, em situações extremas, a insolvência das mesmas (ANAHP, 2025).

Nessas circunstâncias, em que a rigidez regulatória pode introduzir distorções no funcionamento do mercado, percebe-se mudanças na gestão das operadoras de saúde quando da oferta de suas modalidades de planos. De fato, considerando os desafios de sustentabilidade e competitividade diante da regulação da ANS, houve redução do interesse do setor privado na oferta de planos individuais na busca de alternativas que não caracterizem regulação obrigatória pela ANS, como os assim chamados planos “falsos coletivos” (Hu e Maciel, 2021).

As práticas de gestão analisadas até aqui indicam os esforços para a gestão dos desafios econômicos e organizacionais do setor de saúde suplementar. Entretanto, tais abordagens ainda revelam limitações quanto à sua capacidade de assegurar, de forma integrada, a sustentabilidade do sistema. Surge então um novo modelo de gestão que busca redefinir o conceito de valor em saúde, orientando decisões não apenas centradas no controle de custos ou no volume de serviços prestados, mas focado em resultados clínicos significativos e na experiência do paciente. Essa mudança pressupõe a superação do modelo tradicional de remuneração por volume, abrindo caminho para a lógica da saúde baseada em valor, que será aprofundada na próxima seção.

2.4.2 Um novo modelo de gestão: saúde baseada em valor

Esta seção apresenta o conceito de assistência à saúde baseada em valor, internacionalmente denominado Value-Based Healthcare (VBHC), cuja relevância reside na

articulação entre evidências clínicas e econômicas orientadas aos desfechos em saúde. Enquanto a ATS dedica-se a evidências sobre eficácia, segurança e valor das tecnologias, o VBHC atua de forma complementar ao empregar essas evidências para alinhar incentivos do sistema à geração contínua de valor ao paciente. Assim, ambas não se apresentam como concorrentes, mas sim, interdependentes, voltadas à eficiência sistêmica, à sustentabilidade econômica e à centralidade do paciente. Por inexistir tradução consolidada em português, adota-se, nesta dissertação, o acrônimo VBHC.

O VBHC contrasta com os sistemas tradicionais de pagamento por serviço focados na quantidade de serviços prestados, uma vez que visa oferecer atendimento de maior qualidade e centrado no paciente, buscando um equilíbrio da remuneração dos provedores com o valor dos resultados alcançados. A sua lógica pressupõe que ganhos de eficiência e eficácia nos sistemas de saúde permitem a transição de um modelo centrado na quantidade de intervenções para outro orientado ao valor do tratamento entregue. Diante do crescimento contínuo dos custos em saúde e das persistentes desigualdades na qualidade da assistência, esse modelo tem ganhado relevância no desenho de políticas e arranjos institucionais envolvendo pagadores e prestadores, ao buscar maior alinhamento entre sustentabilidade econômica e resultados em saúde (Khalil *et al*., 2025).

Giniunienė *et al*. (2023) observam que o foco no conceito de saúde baseada em valor nas rotinas diárias dos serviços de saúde tem sido ampliado e estudos recentes indicam que essa abordagem vem sendo reconhecida como um modelo orientado prioritariamente à obtenção de resultados em saúde relevantes para o paciente, superando abordagens centradas apenas na contenção de custos e gerando contribuições da saúde para questões sociais.

A contribuição seminal de Porter e Teisberg (2006) estrutura os fundamentos da saúde baseada em valor ao reposicionar a competição no setor como um processo orientado por resultados clínicos relevantes para o paciente. Nesse modelo, a transparência sobre custos, processos e desfechos assistenciais assume papel central ao induzir ganhos de eficiência por parte dos provedores e ao permitir que economias obtidas sejam revertidas em melhores condições de cobertura e preços mais acessíveis. Adicionalmente, a concorrência baseada em valor tende a reduzir custos administrativos e jurídicos, ao elevar a satisfação dos pacientes e mitigar conflitos decorrentes de falhas assistenciais.

Para tanto, Porter e Teisberg (2006) propõem a reorganização do cuidado em torno de condições clínicas específicas, ao longo de todo o ciclo assistencial, apoiada por investimentos em infraestrutura informacional e sistemas de gestão do conhecimento capazes de monitorar desempenho, comparar resultados e sustentar processos contínuos de aprendizagem

organizacional. Os autores argumentam que esse realinhamento cria incentivos consistentes à inovação, especialmente quando os mecanismos de precificação reconhecem o valor agregado de procedimentos e tecnologias avançadas.

Evidências recentes indicam que a ampliação da transparência e do compartilhamento de informações, conforme proposto por Porter e Teisberg (2006), favorece a identificação de ineficiências e oportunidades de melhoria clínica e econômica. Nesse contexto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) desempenham papel central ao orientar a padronização do cuidado e sinalizar pontos críticos para a racionalização de custos. Em sistemas baseados no pagamento por serviço, a reorganização dos fluxos assistenciais a partir desses referenciais tende a produzir ganhos graduais de eficiência. Ademais, a análise integrada dos determinantes de custo ao longo de todo o ciclo assistencial contribui para ampliar o valor percebido e fortalecer a sustentabilidade do sistema de saúde (Steenbergen *et al*., 2023).

Decorridas mais de duas décadas desde a introdução do conceito de saúde baseada em valor por Porter e Teisberg (2006), o VBHC migrou de uma proposição teórica para uma prática emergente e, atualmente, para um movimento internacional. As evidências indicam que nas próximas décadas, ela deve tornar-se o princípio que irá organizar não apenas as organizações e sistemas nacionais de saúde, mas também todo o setor global de saúde (Larson; Clawson; Howard, 2023).

Apesar do crescente interesse pelo VBHC, sua implementação prática nos sistemas de saúde enfrenta obstáculos relacionados à transição dos modelos assistenciais, ao engajamento dos atores envolvidos e à mensuração consistente dos resultados. Embora estudos indiquem potencial para melhoria dos desfechos clínicos e redução de custos, esses efeitos não se manifestam de forma homogênea devido à ausência de métodos padronizados para avaliar desempenho e sustentabilidade financeira. Assim, a identificação dos fatores que facilitam ou limitam a adoção do VBHC torna-se elemento estratégico para orientar políticas e práticas capazes de viabilizar sua aplicação de forma consistente no setor da saúde (Khalil *et al*., 2025).

Segundo Larson, Clawson e Howard (2023), o movimento VBHC encontra-se em um ponto de inflexão, ao migrar de iniciativas isoladas de melhoria organizacional e passando a orientar políticas públicas em sistemas de saúde mais amplos. Observa-se, nesse movimento, a crescente mensuração de desfechos clínicos e custos como base para a reorganização dos fluxos assistenciais e a identificação de melhores práticas. Hospitais, operadoras e empresas de tecnologia médica têm, progressivamente, adotado modelos de remuneração e arranjos de negócio alinhados a essa lógica. Entretanto, a consolidação do VBHC em escala sistêmica exige

uma estruturação em governança e regulação via políticas públicas, marcos normativos e infraestrutura compartilhada que promovam cooperação e inovação orientada por valor.

Nesse cenário, apesar do potencial do VBHC em termos de qualidade assistencial e relação custo-benefício, sua implementação enfrenta várias limitações. A heterogeneidade dos contextos assistenciais, a diversidade dos modelos de cuidado e as diferenças entre populações dificultam a comparação dos resultados. Aliando a esses desafios, a ênfase predominante em análises de curto prazo restringe a avaliação dos impactos sistêmicos do VBHC ao longo do tempo. Assim, a consolidação desse modelo exige a padronização de métricas, o aprimoramento da coleta de dados e a realização de estudos longitudinais para viabilizar a sustentabilidade e a expansão do VBHC em distintos sistemas de saúde (Khalil *et al*., 2025).

Entretanto, para a implementação efetiva de estratégias orientadas pela Atenção à Saúde Baseada em Valor, é importante também a compreensão do ciclo de relacionamento com o paciente ao longo do tratamento. Esse ciclo pode ser estruturado em quatro estágios: paciente potencial ou recém-encaminhado; paciente em acompanhamento; paciente retido e engajado, que adere às práticas preventivas e reduz riscos futuros; e paciente que retorna e realiza novos encaminhamentos. Este último estágio é particularmente estratégico, pois expressa maior confiança, continuidade assistencial e geração de valor. Assim, o domínio desse ciclo subsidia decisões clínicas e gerenciais, ao alinhar engajamento do paciente, resultados em saúde e sustentabilidade organizacional (DAS, 2023).

Quando abordamos o tema do VBHC no que tange a incorporação de novas tecnologias, surge um ponto adicional de questionamento quanto ao equilíbrio de custo efetividade com o de centralidade no paciente, uma vez que tais tecnologias nem sempre resultam em redução de custos a curto prazo e podem, em determinadas situações, ampliá-los.

Esse dilema entre a lógica da centralidade no paciente e as restrições econômicas leva o debate do plano conceitual para o campo das escolhas estratégicas das organizações de saúde, nas quais a incorporação tecnológica passa a refletir não apenas critérios técnicos, mas também orientações institucionais, prioridades competitivas e a composição dos fóruns decisórios responsáveis por essas escolhas de incorporação de novas tecnologias.

Nesse sentido, instrumentos analíticos ou métricas de custo-efetividade não são suficientes para sustentar decisões qualificadas em saúde. A tomada de decisão baseada em evidências envolve também valores sociais, percepções e julgamentos normativos. Portanto, exige dos decisores a capacidade de articular critérios técnicos com dimensões institucionais, éticas e contextuais, frequentemente conflitantes. Assim sendo, torna-se necessária a adoção de processos decisórios estruturados, capazes de organizar e ponderar múltiplos fatores relevantes.

Esses arranjos favorecem decisões mais consistentes, transparentes e alinhadas aos objetivos estratégicos dos sistemas de saúde (Stratil *et al*., 2022).

Considerando-se que a adoção do VBHC tem se consolidado como um referencial estratégico para a gestão do setor de saúde dada a articulação necessária entre resultados assistenciais e sustentabilidade econômica tem-se que a aplicação desse modelo pressupõe processos decisórios permeados por múltiplos critérios, interesses e incertezas. Assim, torna-se necessário compreender como tais decisões são estruturadas e conduzidas. O capítulo seguinte dedica-se à análise dos processos de decisão na incorporação da inovação no contexto da saúde suplementar.

2.5 MODELOS E FERRAMENTAS DE TOMADA DE DECISÃO

2.5.1 Teoria da decisão racional aplicada ao setor de saúde

Diante da crescente diversidade de tecnologias e inovações introduzidas pela indústria, torna-se importante a análise do processo decisório entre os diferentes atores envolvidos no setor da saúde suplementar, tendo-se em conta como pode ser influenciado por suas preferências distintas, critérios específicos e racionalidades próprias que acabam condicionando as escolhas realizadas ao longo do processo de avaliação e seleção das alternativas disponíveis.

Historicamente, conforme discutem Philyppis Jr., Gonçalves Neto e Figueiredo (2013), a incorporação de tecnologias médicas segura três racionalidades estratégicas: a maximização do desempenho econômico, a busca pela excelência clínica e a diferenciação por superioridade tecnológica. Entre elas, a ênfase na liderança tecnológica ainda tende a predominar em hospitais que buscam posicionar-se como instituições de referência. Evidências indicam que a maior participação de médicos nos comitês decisórios amplia a propensão à adoção tecnológica, ao passo que a presença de gestores financeiros introduz maior cautela frente às incertezas do retorno sobre o investimento.

Quando se aplica uma abordagem teórica tradicional, percebe-se que o processo de decisão pode ser analisado com a análise de situações nas quais os resultados possíveis estão associados a diferentes probabilidades. Nesses casos, a teoria econômica sugere que os indivíduos tomam decisões buscando maximizar sua utilidade esperada, escolhendo a alternativa que, em média, oferece o maior benefício, mas, logicamente representa uma simplificação das decisões humanas em contextos reais, marcados por incertezas e limitações cognitivas (Lu *et al*., 2025).

Entretanto, quando estudam-se os fundamentos do processo decisório a partir da teoria das preferências reveladas tem-se que as escolhas dos indivíduos tornam-se a principal via para compreender suas prioridades e critérios decisórios, uma vez que tais preferências não são observáveis de forma direta, mas se manifestam no comportamento concreto. Segundo a teoria clássica de Williamson (1981), a racionalidade limitada refere-se às restrições cognitivas que impedem os agentes econômicos de processar toda a informação relevante, o que contribui para a incompletude dos contratos e demanda mecanismos de governança que reduzam os custos de transação.

Neste contexto, as abordagens da racionalidade limitada de Williamson (1981) trazidas por Cantone, Giarlotta e Watson (2020) para o setor da saúde, aprofundam essa leitura ao

reconhecer que cada decisão expressa valores e julgamentos construídos ao longo da experiência do decisor e, portanto, decidir é um ato humano marcado por restrições cognitivas, pela qualidade da informação e pelo contexto. Assim, emoções, intuições e valores pessoais influenciam o processo, afastando-o do ideal de plena racionalidade. Tem-se então que considerar que gestores e líderes escolhem sob condições imperfeitas, sem capacidade de avaliar todas as alternativas e consequências possíveis, o que impõe limites estruturais à tomada de decisão.

Temos então que, a teoria da racionalidade limitada de Williamson (1981) propõe o uso de regras decisórias mais simples como forma de reduzir a sobrecarga cognitiva inerente ao processo de escolha. Nesse sentido, a forma como os ambientes de decisão é estruturada torna-se relevante pois a diminuição do número de alternativas tende a atenuar as demandas informacionais e, consequentemente, a probabilidade de erros sistemáticos. Ao destacar certas opções como recomendadas, minimiza-se barreiras motivacionais. Tal abordagem fortalece o autocontrole emocional dos decisores e favorece a aplicação mais consistente das suas competências decisórias, mesmo sob restrições cognitivas e contextuais (De Bruin; Parker; Fischhoff, 2020).

Por conseguinte, uma abordagem da racionalidade condicionada aos recursos disponíveis é atraente quando os agentes buscam alocar recursos de forma racional dentro de determinadas condições de restrições ambientais e cognitivas. Ao lidar com escassez, os agentes tendem a priorizar eventos mais frequentes ou percebidos como mais relevantes, o que confere pragmatismo, mas também limita a análise. Os vieses decisórios, nesse contexto, não representam meras falhas cognitivas. Ao simplificar alternativas e priorizar determinados critérios, os agentes conseguem responder às demandas do ambiente decisório (Lu *et al*., 2025).

Essas estratégias simplificadas, embora funcionais quando utilizadas pelos indivíduos para lidar com restrições de informação e seu processamento, tendem a gerar vieses como excesso de confiança, retrospectiva enviesada e confirmação de crenças. Em decisões estratégicas organizacionais, contudo, marcadas por elevada complexidade e impacto sistêmico, tais vieses não se limitam ao uso individualizado. A estratégia comportamental demonstra como tais vieses individuais se articulam e afetam decisões institucionais. Por essa razão, evidencia-se a necessidade de modelos decisórios mais estruturados, capazes de mitigar simplificações excessivas e ampliar a racionalidade organizacional (Berthet, 2022).

Diante das limitações evidenciadas pelas abordagens decisórias simplificadas, essa exigência é ainda mais acentuada no setor de saúde suplementar, onde coexistem dimensões clínicas, econômicas, regulatórias e sociais. Assim, na seção seguinte apresenta-se a Teoria da

Análise de Decisão Multicritério (ADMC) e sua aplicação no contexto da saúde suplementar onde abordagens multicritério surgem como alternativas metodológicas para apoiar decisões mais equilibradas, transparentes e consistentes.

2.5.2 Teoria de Análise de Decisão Multicritério aplicada ao setor de saúde

Sánchez-Martínez *et al*. (2024) definem a Análise de Decisão Multicritério (ADMC), (do inglês *Multi-Criteria Decision Analysis* - MCDA) como um arcabouço metodológico destinado à avaliação comparativa de alternativas a partir de múltiplos critérios, frequentemente de natureza conflitante, os quais são integrados de modo a subsidiar uma apreciação global das opções. No setor da saúde, sua utilização vem se consolidando desde a década de 1980, especialmente no âmbito da ATS. Nesse campo, a metodologia tem sido aplicada à avaliação de novas tecnologias, medicamentos órfãos, análises de risco-benefício, compras hospitalares e à definição de prioridades entre intervenções concorrentes.

Dai *et al*. (2022), definem a ADMC como uma subdisciplina da pesquisa operacional, ancorada em fundamentos da economia, gestão, matemática e psicologia. Tem sua relevância destacada na capacidade de estruturar decisões marcadas por múltiplos objetivos e critérios conflitantes, organizando a subjetividade de forma transparente e consistente. Assim sendo, segundo os autores, no setor da saúde, caracterizado por elevada complexidade, restrição de recursos e pluralidade de atores, a ADMC mostra-se especialmente adequada. Nesse contexto, um exemplo de aplicação específica é a ferramenta conhecida como EVIDEM (*Evidence and Value: Impact on Decision Making*), que integra relatórios padronizados de ATS à lógica multicritério, e permite avaliar benefícios, riscos e incertezas com a incorporação explícita de diferentes perspectivas sociais em processos decisórios mais robustos e legitimados.

Observa-se, portanto, a crescente adoção da ADMC no contexto hospitalar, ao permitir a consideração de benefícios ampliados e a explicitação de compensações entre eficiência e equidade oferecendo escolhas alinhadas aos valores e expectativas das partes interessadas. Tal importância se acentua porque os hospitais atuam, com frequência, como porta de entrada de novas tecnologias no sistema de saúde e nesse cenário, impõe-se o desafio de conciliar a urgência da inovação com o rigor analítico e a gestão de riscos (Campolina; Yuba; Soárez, 2022).

A literatura especializada aponta que a Análise de Decisão Multicritério (ADMC) pode ser operacionalizada por meio de duas abordagens analíticas distintas, porém complementares. A vertente qualitativa fundamenta-se em processos deliberativos estruturados, nos quais as

tecnologias em saúde são avaliadas à luz de critérios previamente definidos e discutidos coletivamente pelos atores envolvidos na decisão. Já a abordagem quantitativa busca sintetizar o valor das alternativas por meio da atribuição sistemática de pesos aos diferentes critérios, permitindo a comparação agregada entre tecnologias. No âmbito da ATS, observa-se a predominância de aplicações quantitativas da ADMC, em razão de sua maior capacidade de produzir resultados comparáveis, replicáveis e operacionalizáveis como suporte às decisões institucionais (Sánchez-Martínez *et al*., 2024).

Quadro 4 - Etapas da análise de decisão multicritério (ADMC) aplicada à ATS

Etapa da ADMC	Descrição	Elementos-Chave
a. Seleção de Critérios	Identificação dos critérios relevantes para avaliar alternativas tecnológicas.	Princípios: completude, não redundância, ausência de sobreposição, independência de preferências.
		Critérios clínicos, econômicos, sociais, éticos ou organizacionais.
b. Pontuação dos Critérios	Avaliação do desempenho das alternativas em cada critério.	Escalas: binária, categórica, ordinal, intervalar, de razão.
		Escores refletem desempenho relativo.
c. Ponderação dos Critérios	Determinação da importância relativa de cada critério.	Pesos representam *trade-offs*.
		Envolve reguladores, avaliadores, pacientes, clínicos e sociedade.
		Métodos: diretos, hierárquicos, escolha discreta, *matching*.
d. Agregação dos Valores	Combinação dos escores e pesos para calcular o valor total.	Métodos: aditivos, multiplicativos, regressão.
		Resultado identifica maior valor agregado.
e. Análise de Incerteza	Avaliação da robustez dos resultados frente às incertezas.	Incertezas estruturais, estocásticas e paramétricas.
		Análise determinística ou probabilística.
f. Interpretação e Decisão	Uso dos resultados agregados para apoiar decisões.	Base transparente de priorização.
		Útil quando há critérios conflitantes.

Fonte: elaborado pelo Autor (2025).

Desta forma, embora abordagens como a ADMC ampliem o repertório analítico da ATS ao incorporar múltiplos critérios e perspectivas, sua aplicação ainda enfrenta desafios para sua aplicação efetiva, o que demonstra que ainda existe espaço para a pesquisa sobre o tema do processo decisório na incorporação de novas tecnologias. Assim percebe-se a relevância de compreender-se como os critérios discutidos no plano teórico são, de fato, mobilizados na prática decisória do setor de saúde suplementar brasileiro, especialmente quanto às dinâmicas institucionais que orientam a avaliação e a incorporação.

Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os critérios e processos de avaliação empregados na incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar no

Brasil pelo exame do arcabouço regulatório e das diretrizes da ANS, pela análise dos principais critérios de decisão considerados pelos atores do setor, pela investigação de suas percepções quanto aos desafios do processo e, por fim, buscando a proposição de possíveis melhores práticas de gestão em avaliação econômica em saúde como subsídio às decisões de incorporação. E para tanto, esta pesquisa está fundamentada nas escolhas metodológicas apresentadas no capítulo seguinte.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza qualitativa e caráter exploratório, desenvolvida a partir da realização de entrevistas semiestruturadas e complementada por análise documental. A investigação baseou-se na articulação entre dados primários, obtidos por meio das entrevistas, e dados secundários, levantados e sistematizados a partir de documentos e fontes relevantes, com apoio do software ATLAS.ti para organização e análise do material empírico.

Com base nas recomendações de Telles (2001), foi elaborada pelo autor uma matriz de amarração teórica com o propósito de conferir uma abordagem sistêmica à análise da qualidade da pesquisa. Tal instrumento metodológico teve como finalidade explicitar a coerência entre objetivos, questões de pesquisa, constructos teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de análise, contribuindo para o fortalecimento do rigor científico e da confiabilidade dos resultados.

Na próxima seção, são apresentados os fundamentos que orientaram a escolha desse método de pesquisa.

3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa enquadra-se na categoria de pesquisa aplicada, uma vez que se dedica à resolução de problemas específicos da gestão empresarial no setor da saúde (Nielsen; Olivo; Morilhas, 2018), e não trata de aprofundar um setor de conhecimento teórico, mas de oferecer subsídios concretos para gestores, operadoras e órgãos reguladores aprimorarem seus processos decisórios.

Quanto à abordagem metodológica, a escolha da pesquisa qualitativa se mostrou mais adequada, pois permite acessar discursos, opiniões e experiências que revelam como os atores constroem sentido em torno do processo decisório, pois nesta dissertação, o fenômeno estudado foi o processo de ATS é marcado por múltiplas dimensões subjetivas e contextuais (Sampieri; Collado; Lucio, 2013) uma vez que os critérios de decisão utilizados por gestores, médicos, reguladores e operadoras não são apenas mensuráveis em números, mas envolvem interpretações, percepções de risco, dilemas éticos e estratégias de gestão.

Do ponto de vista de seus objetivos, a pesquisa pode ser classificada como exploratória pois segundo Gil (2017), a pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e permitindo a construção de

hipóteses ou novos referenciais de análise proporcionando maior familiaridade com um problema, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses iniciais tendo seu planejamento um caráter flexível, permitindo que diferentes dimensões do fenômeno sejam investigadas à medida que se revelam.

Dentre as opções disponíveis na tipologia de pesquisa, a estratégia metodológica escolhida foi a de entrevistas semiestruturadas e análise documental, uma vez que as entrevistas permitirão captar, a partir da perspectiva dos próprios gestores, reguladores e especialistas no setor da saúde suplementar, os critérios e dilemas envolvidos no processo de incorporação de tecnologias.

No setor da administração e, em particular, na análise do processo de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde suplementar, essa escolha metodológica adquire ainda mais relevância pois esse setor é caracterizado por múltiplos atores, interesses diversos, incertezas regulatórias e forte pressão por inovação, elementos que tornam necessária uma abordagem metodológica capaz de capturar a complexidade do fenômeno e gerar contribuições tanto acadêmicas quanto práticas (Nielsen; Olivo; Morilhas, 2018).

3.2 COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

Em específico, nesta pesquisa serão realizadas duas distintas formas de coleta de dados com a realização de entrevistas presenciais e a obtenção de dados do mercado estudado.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro flexível de questões, com executivos tomadores de decisão, usuários de novas tecnologias e influenciadores de empresas direta ou indiretamente envolvidas no setor brasileiro de saúde suplementar e de regulação, com perguntas parcialmente formuladas, porém deixando espaço para a interferência do entrevistador, tendo o mesmo a liberdade de elaborar parcialmente as perguntas e utilizando as respostas para descrever os critérios e processos na adoção de novas tecnologias, formando-se assim uma base de dados primários, sendo que nesse tipo de entrevista, procura-se manter certo controle sobre a condução da pesquisa, mas garantindo que se abra espaço para a captação de informações não previstas no roteiro inicial (Nielsen; Olivo; Morilhas, 2018).

Decidiu-se pelo uso de uma ferramenta de gravação digital para a realização das entrevistas com a coleta das respectivas respostas, a fim de se facilitar a compilação dos dados, com o apoio do software ATLAS.ti v. 2025, selecionado como ferramenta reconhecida em

análise qualitativa assistida por computador (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* - CAQDAS) de acordo com Friese (2022).

O tratamento dos dados empíricos fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) e, portanto, esta pesquisa foi estruturada rigorosamente nas seguintes em três etapas. Na primeira etapa, ou fase de pré-análise, dedicou-se à sistematização do material, abrangendo a leitura flutuante e a constituição do corpus documental, composto pelas transcrições integrais de dez entrevistas semiestruturadas processadas com o suporte do software ATLAS.ti. Na segunda etapa, da exploração do material, procedeu-se à codificação e categorização das unidades de registro definidas como fragmentos discursivos sobre a adoção de tecnologias em produtos médicos, seguindo a lógica estabelecida no codebook da pesquisa. A construção dos grupos e subcategorias analíticas adotou uma abordagem híbrida: inicialmente com códigos dedutivos, ancorados nos eixos regulatórios da ANS e nas estratégias de mercado e, posteriormente, ampliada por códigos indutivos emergentes das percepções dos participantes conforme Şenyapar (2024). Por fim, na terceira etapa, fez-se o tratamento dos resultados com a interpretação inferencial dos dados, articulando os achados aos constructos da matriz de amarração e aos dados secundários para responder aos objetivos do estudo.

De acordo com Cooper e Schindler (2016), essa integração de várias fontes de evidência irá aumentar a validade construtiva da pesquisa e assim possibilitar uma visão mais abrangente sobre os cenários e fenômenos estudados e dessa forma, a interpretação não estará limitada a apenas um único tipo de evidência, mas sim almejará uma leitura integral que vislumbre tanto a devida percepção dos pesquisados quanto os registros e informações pesquisadas em fontes ditas secundárias garantindo a correta metodologia para investigar o processo de avaliação e incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar brasileiro.

As entrevistas proporcionaram conteúdo para a validação do referencial teórico e assim a análise de codificação foi realizada em níveis, sendo a primeira análise para localizar e atribuir os códigos abertos alinhados aos conceitos advindos do referencial teórico. Com o aprofundamento da análise, foi utilizada a forma de codificação axial, sendo realizado o agrupamento dos códigos em grupos e subcategorias, considerando a frequência de ocorrência dos códigos dedutivos ou indutivos que emergiram das citações das entrevistas, integrando ou eliminando códigos, fornecendo subsídios para a integração e interpretação das unidades de conteúdo.

Os especialistas entrevistados, pertenciam a faixa etária entre 40 e 65 anos, residem no estado de São Paulo e em média possuem mais de 25 anos de experiência na área de saúde suplementar e pública. Trata-se, portanto, de uma amostra intencional, pois foram convidados

a partir do histórico profissional com atuação em organizações hospitalares, operadoras de saúde, fabricantes de equipamentos e produtos para a saúde e como especialistas consultores em acesso para novas tecnologias na ANS.

Quadro 5 - Atores entrevistados e perfil socioprofissional

#	Entrevistados	Cargo	Tempo Profissional	Sexo
1	Especialista Avaliação Tecnologia Saúde 1	Diretor Geral	15 anos	Masculino
2	Especialista Avaliação Tecnologia Saúde 2	Gerente Divisão	27 anos	Feminino
3	Gestor Operadora Saúde 1	Gerente Divisão	20 anos	Feminino
4	Gestor Operadora Saúde 2	Gerente Divisão	18 anos	Masculino
5	Gestor Operadora Saúde 3	Gerente Administrativo	43 anos	Masculino
6	Líder Clínico 1	Gerente Área	15 anos	Feminino
7	Líder Clínico 2	Gerente Área	22 anos	Feminino
8	Líder Clínico 3	Gerente Área	30 anos	Feminino
9	Representante Indústria 1	Diretor Geral	40 anos	Masculino
10	Representante Indústria 2	Gerente Produto	25 anos	Feminino

Fonte: elaborado pelo Autor com base nas informações fornecidas pelos entrevistados (2025).

Foram realizadas 10 entrevistas com gravação das mesmas utilizando-se tecnologia digital para transcrição (*Software Plaud*) através do roteiro de perguntas estruturadas (Apêndice A) utilizando-se um livro de códigos (*codebook* Apêndice D) com 45 códigos agrupados em 5 grupos de subcategorias sendo que, pela análise de dados segundo Bardin (2011), chegou-se a 385 citações.

3.3 ROTEIRO DE ENTREVISTAS

O roteiro de entrevistas semiestruturado proposto tem por objetivo investigar a percepção dos gestores, profissionais de saúde e representantes de operadoras setor brasileiro de saúde suplementar sobre os desafios e as melhores práticas na avaliação e incorporação tecnológica no setor e está formulado com base no referencial teórico para ajudar a responder à pergunta de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos definidos no projeto de pesquisa.

No Apêndices A encontra-se o roteiro de entrevistas sendo que sua elaboração considerou que os entrevistados tivessem liberdade para construir a sua resposta na melhor profundidade possível.

Foi realizado um pré-teste de validação da eficiência das perguntas para aumentar a afinidade do roteiro proposto aos objetivos do estudo sendo que a entrevista pré-teste foi integrada aos resultados da pesquisa.

O roteiro de entrevista, seguiu a metodologia apresentada por Creswell (2009), que contempla no protocolo de entrevista, a formulação das perguntas e registro das respostas durante as entrevistas qualitativas, tendo-se presente os seguintes componentes:

I. abertura, com a explicação dos objetivos da pesquisa, apresentação do termo de sigilo e confidencialidade, pedido de consentimento para gravação e assim atingindo-se o clima de confiança necessário para a entrevista;
II. gravação do objetivo da pesquisa, data, horário, presentes, motivação e propósito do estudo e porque o entrevistado foi escolhido;
III. utilização inicial de perguntas amplas e abertas de caráter introdutório para colocar o entrevistado à vontade;
IV. sequência de perguntas centrais abertas sobre as questões principais que orientam a entrevista,
V. perguntas de apoio para aprofundamento em formato de sondagem para estimular o detalhamento de respostas
VI. encerramento com pergunta final para investigar se existe algo que o entrevistado gostaria de acrescentar sobre o tema da pesquisa.
VII. agradecimento final com reforço sobre a importância da contribuição do entrevistado.

3.4 PESQUISA LITERATURA

No caso específico desta dissertação, a pesquisa bibliográfica orientou-se por cinco eixos centrais: 1) arcabouço regulatório da ANS; 2) inovações tecnológicas em saúde; 3) métodos de avaliação de tecnologias em saúde; 4) gestão estratégica do setor de saúde suplementar no Brasil; 5) o processo de decisão na incorporação da inovação.

Para garantir a abrangência e a atualidade do material coletado, foram utilizadas bases de dados de referência internacional, como EBSCO, e relatórios institucionais da ANS e CONITEC entre outros institutos de pesquisa do setor da saúde. A seleção seguirá critérios de inclusão (principalmente publicações dos últimos cinco anos, com classificação Qualis A1/A2, textos seminais e relatórios oficiais) e critérios de exclusão (trabalhos sem relação direta com os constructos definidos). As bases de dados escolhidas na EBSCO o foram com o objetivo de ampliar o alcance a estudos revisados por pares e a produções acadêmicas relevantes em acesso

aberto. Na EBSCO, a pesquisa foi delimitada a artigos revisados por pares e disponíveis em texto completo, especialmente em coleções ligadas às áreas de saúde, administração e políticas públicas.

As palavras-chave utilizadas concentraram-se nos seguintes termos: regulação em saúde no Brasil, políticas públicas de incorporação tecnológica, o que são tecnologias em saúde, critérios para adoção das inovações em saúde, avaliação econômica em saúde, modelos de gestão estratégica organizacional no setor de saúde, teoria da decisão racional aplicada ao setor de saúde suplementar, teoria da inovação disruptiva aplicada ao setor da saúde suplementar saúde baseada em valor (*value based health*). Foram empregadas tanto em português quanto em inglês, associadas por operadores booleanos, de modo a ampliar a abrangência da busca sem comprometer a precisão.

Foram utilizados pré-teste de entrevistas com um roteiro a partir da criação de perguntas fundamentadas nos construtos essenciais deste estudo.

A pesquisa bibliográfica constitui-se como uma das etapas fundamentais deste trabalho, uma vez que permitiu o levantamento, a sistematização e a análise crítica do conhecimento já produzido sobre o tema da incorporação de novas tecnologias em saúde suplementar. Segundo Gil (2017), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, composto principalmente por livros, artigos científicos, dissertações, teses e documentos institucionais, com a finalidade de fornecer ao pesquisador uma base conceitual que subsidie a formulação do problema, a definição dos objetivos e a interpretação dos resultados.

Para Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica não se limita a uma simples revisão de literatura, mas representa um processo sistemático de busca, seleção e análise das fontes relevantes, que possibilita ao pesquisador compreender o estado da arte de um determinado campo de estudo. Nesse sentido, a etapa bibliográfica tem um papel duplo: 1) contextualizar a investigação no setor da administração e da saúde suplementar, apresentando os constructos teóricos que embasam a matriz de amarração; e 2) servir como critério de comparação para a análise dos dados empíricos, permitindo identificar convergências e lacunas entre teoria e prática.

A pesquisa bibliográfica também encontra sustentação no que Cooper e Schindler (2016) denomina “revisão de literatura orientada ao estudo de caso”, em que o levantamento de referências é mobilizado não apenas para fundamentar conceitos, mas para estruturar grupos de análise que serão verificadas na investigação empírica. Creswell (2009), por sua vez, destaca que a pesquisa bibliográfica desempenha papel central no desenho de pesquisas qualitativas,

pois fornece o marco teórico necessário para interpretar as percepções e experiências capturadas em campo.

Assim, a pesquisa bibliográfica permitirá estabelecer os alicerces conceituais que orientarão a análise dos dados empíricos e possibilitarão a construção de uma discussão crítica sobre os critérios de incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar no Brasil.

Esse conjunto de estudos constituiu a base para a construção do referencial teórico e servirá como fundamento para a análise crítica desenvolvida nesta dissertação.

Assim, a revisão da literatura realizada permitiu não apenas selecionar a literatura mais pertinente, mas também documentar de forma transparente todo o percurso metodológico, garantindo que os resultados desta pesquisa estejam sustentados por evidências consistentes, atuais e relevantes ao tema da adoção de novas tecnologias no mercado de saúde suplementar.

3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE PESQUISA

Deve-se considerar algumas limitações da pesquisa aplicada qualitativa e exploratória realizadas embora tenha forte relevância o seu uso para a compreensão do estudo realizado em questão.

Não existe a possibilidade da generalização dos seus resultados estatisticamente para toda a população pois são inerentes ao contexto dos participantes da pesquisa e aos documentos analisados (Creswell, 2009) e desse modo, seu foco está na interpretação e compreensão dos significados dados pelos participantes, o que pode diminuir a validade externa dos achados.

Utilizando-se o modelo de entrevista semiestruturada, tem-se que lembrar que a mesma depende diretamente da interação alcançada entre o entrevistador e o entrevistado tendo-se o risco de vieses ligados a formulação das perguntas e às disposições e posturas dos participantes da pesquisa e do próprio pesquisador o que pode gerar variações na profundidade e detalhamento das informações pois a pesquisa qualitativa tem como pressuposto uma a existência de um vínculo indissociável com objetivo de investigação (Nielsen; Olivo; Morilhas, 2018).

Mesmo a análise documental também pode ter trazido restrições no que tange a atualidade e confiabilidade das fontes secundárias, uma vez que documentos institucionais podem trazer perspectivas parciais e estratégicas de suas fontes.

Embora tenham sido utilizados os recursos avançados com o uso do software ATLAS.ti na codificação e organização dos dados tem-se o risco de excesso de fragmentação das

informações ou o excesso de dependências deste recurso lembrando-se a importância da constante reflexão e crítica do próprio pesquisador (Bardin, 2011).

A determinação do tamanho final da amostra (N=10) orientou-se pelo critério da saturação teórica. Durante o processo de coleta e análise preliminar dos dados, observou-se que as narrativas e os padrões de significados atribuídos pelos entrevistados começaram a apresentar recorrência sistemática, sem a emergência de novas categorias analíticas que alterassem a compreensão do fenômeno investigado. Considerando a alta qualificação e a senioridade dos participantes selecionados (média de 25 anos de experiência no setor), a densidade das informações obtidas permitiu o esgotamento das temáticas propostas no roteiro, validando a interrupção da coleta de dados pelo entendimento que o objetivo de exploração em profundidade foi alcançado (Creswell, 2009).

Desta forma, entende-se que os resultados obtidos espelham uma construção interpretativa baseada nas escolhas metodológicas e pelas condições empíricas da pesquisa e devem ser analisadas com o objetivo de se alcançar uma possível transferibilidade sem correr o risco de se acreditar em uma possível generalização estatística

4 RESULTADOS

No capítulo relativo aos resultados, são apresentados os dados e as ponderações analíticas referentes ao conteúdo coletado no presente estudo, a partir de entrevistas semiestruturadas sobre a atuação dos atores do setor de saúde suplementar brasileiro no processo de incorporação de novas tecnologias. Os resultados descritos baseiam-se em uma análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), que evidencia o entendimento dos entrevistados, identificados segundo critérios analíticos.

4.1 RESULTADOS OBTIDOS COM A CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS NO ATLAS.ti

Por meio da atribuição de códigos aos segmentos relevantes do material empírico, o ATLAS.ti, enquanto software de análise, permitiu agrupar, relacionar e comparar significados, preservando o contexto original das falas e favorecendo a construção de categorias analíticas consistentes. O gerenciamento das informações codificadas ocorreu de forma relacional, possibilitando a visualização de conexões entre códigos, categorias e conceitos teóricos, o que contribui para maior transparência, rastreabilidade e rigor metodológico. Dessa forma, o ATLAS.ti atuou como um suporte à interpretação crítica dos dados, fortalecendo a coerência entre evidências empíricas, escolhas analíticas e fundamentos teóricos que orientam a análise dos resultados apresentados neste capítulo (ATLAS.ti, 2025).

Assim, com base no referencial teórico, foram definidos cinco grupos: arcabouço regulatório, tecnologias em saúde, métodos de avaliação em tecnologias em saúde, gestão estratégica do setor de saúde suplementar, processo de decisão na incorporação da inovação que se subdividiram em nove subcategorias com um total de 42 códigos dedutivos e 2 indutivos compreendendo 427 citações.

Na sequência, apresentam-se os grupos de códigos, e suas respectivas magnitudes, ou seja, quantas conexões um determinado código mantém com os demais, descrevendo sua intensidade, recorrência ou relevância empírica de códigos, quando comparados pelo ATLAS.ti.

Todas as tabelas obtidas pela análise dos grupos encontram-se no Apêndice E deste trabalho.

Tabela 1 - Grupos de códigos e graus de magnitude

Grupos	Código	Magnitude
ARCABOUÇO REGULATÓRIO	ANS - COSAUDE	41
	SUS - CONITEC	18
	ANVISA	11
	Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	11
	Consulta pública e participação social	3
	Diretrizes e resoluções normativas (RN 439, RN 470 etc.)	8
	Câmaras técnicas e deliberação colegiada (DICOL)	10
	Políticas de Saúde	29
	Processo Incorporação	35
	DATASUS Gestão da Informação Paciente	7
	Desafios	65
	Impactos no Orçamento	18
	Falhas Estruturais	5
TECNOLOGIA EM SAÚDE	Definição	67
	Tipos	23
	Atualização das Tecnologias	7
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE	Análise de Custo Efetividade	50
	Análise de Custo-Utilidade	8
	Análise de Custo-Orçamentário (Sustentabilidade)	73
	Análise de Equidade	2
	Análise Evidências	32
	Saúde Baseado em Valor (Value Based Healthcare)	8
	Análise Real-World-Evidence	20
GESTÃO ESTRATÉGICA DO SETOR SAÚDE SUPLEMENTAR	Custo	22
	Sistema de Gestão de Reembolso	56
	Indicadores Resultados	16
	Qualidade	26
	Inovação	24
	Treinamento	12
	Competitividade	17
	Regulatório	8
PROCESSO DE DECISÃO NA INCORPORAÇÃO DA INOVAÇÃO	Profissionais de Saúde	39
	Profissionais da Indústria	11
	Representantes de Operadoras	39
	Gestores de Hospitais	32
	Associaões de Pacientes	3
	Pacientes	12
	Atores Internos Tomadores Decisão	26
	Vieses cognitivos	21
	Identificacão Oportunidades	20
	Análise Oportunidade via Protocolos	10
	Processo decisão	25
	Barreiras à adoção	38
	Implementação	13

Fonte: elaborado pelo Autor com base nos resultados do software ATLAS.ti

Percebe-se as maiores magnitudes presentes a partir dos seguintes códigos: análise de custo-orçamentários (73), inovação em novos produtos (67), desafios das políticas de incorporação (65), sistema de gestão de reembolso (56) e análise de custo-efetividade (50).

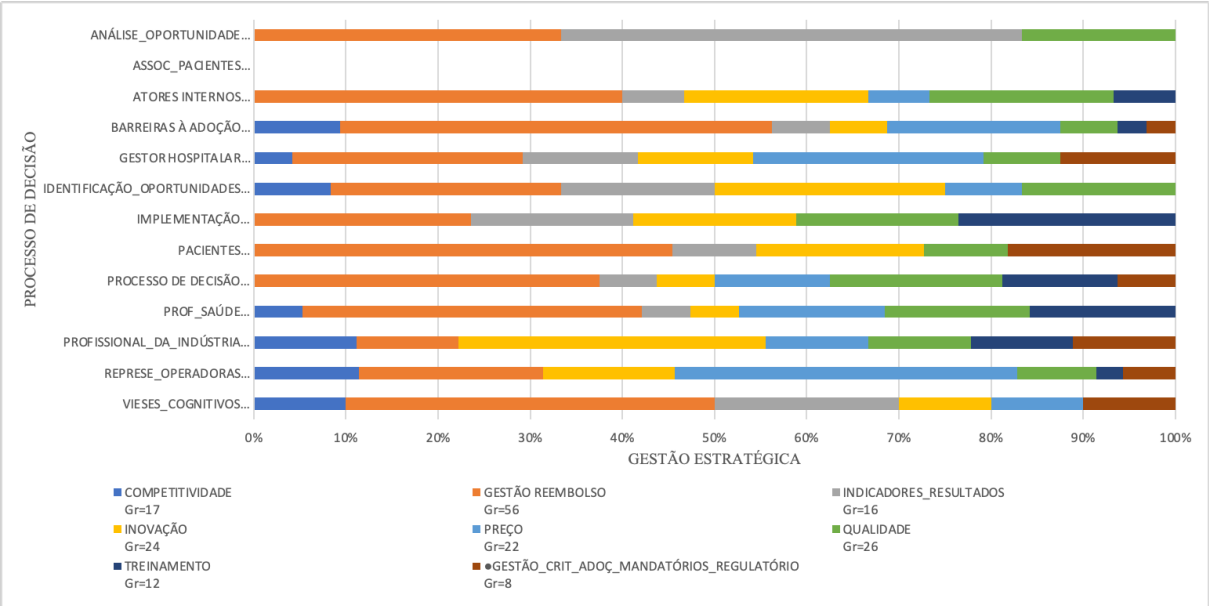
Observa-se as menores magnitudes associadas aos seguintes códigos: análise de equidade (2), associações de pacientes (3), consultas públicas e participação da sociedade (3), falhas estruturais (5) e gestão da informação paciente (7).

Outra abordagem utilizada com o uso do ATLAS.ti foi a análise de coocorrencias, ou seja, a ocorrência simultânea de dois ou mais códigos em um mesmo segmento de dados. Desta

forma, analisam-se as articulações empíricas entre as categorias analíticas contribuindo para a identificação de padrões relacionais no material qualitativo. Assim, a partir da análise de coocorrências, buscou-se através da proximidade de códigos uma visão das interações entre os grupos e suas subcategorias relativas aos objetivos deste trabalho.

Apresenta-se a seguir o Gráfico 1 de coocorrência entre o grupo processo de decisão na incorporação e o grupo gestão estratégica do setor.

Gráfico 1 - Coocorrências grupos processo decisão com gestão estratégica



Fonte: elaborado pelo Autor com base nos resultados do software ATLAS.ti.

Com relação ao gráfico 1, pode-se notar uma participação percentual preponderante do código gestão de reembolso com 32% em coocorrência com todos os códigos do processo de decisão. Em destaque também o código preço com 17%. Em pouca evidência percentual temos o código relativo à competitividade com 6% e aspectos regulatórios com 5%.

Nessa comparação entre esses dois grupos, destaca-se abaixo um dos textos de entrevistas relativos ao maior índice de coocorrência encontrado (15) entre o código sistema de gestão de reembolso e o de barreiras à adoção do processo de decisão na incorporação da inovação.

Abaixo um trecho que exemplifica esta ocorrência obtido em resposta à questão de como o entrevistado avalia a adequação dos critérios atualmente utilizados para incorporar novas tecnologias em saúde e quais considerava mais fortes ou mais frágeis.

> Só que tem gente que não tem ainda a tomada de decisão, porque não passou, não vivenciou, às vezes tem o financeiro, mas não tem, ou está na zona de conforto, não se arrisca, não tem a questão de se arriscar, por quê? Porque pode dar errado, muito errado, e ele sofrer com o desligamento, falando de uma torre só, de um prédio só, nem de uma corporação, de uma rede. Ou, às vezes, não chega à informação para ele, o negócio já vem comprado e acabou. Faz e acabou, negociei e é isso.

Ainda com relação ao gráfico 1, destaca-se também o segundo maior índice de coocorrência (13) encontrado entre o código de critério discricionário preço e o de percepção dos atores representantes de operadoras.

No trecho a seguir, um exemplo do entendimento de um dos entrevistados quanto a questão proposta sobre de que forma o setor costuma lidar com tecnologias que ainda não fazem parte do rol mínimo da ANS.

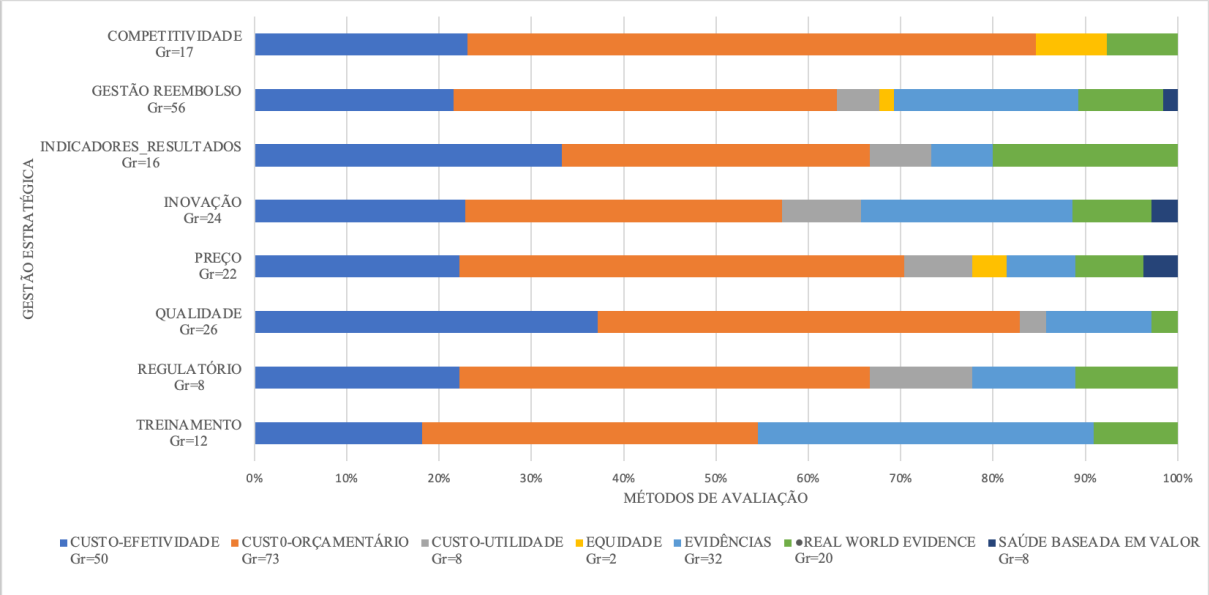
> Então, obviamente, o mercado privado de saúde no Brasil, ele é regido, orientado e administrado pelos operadores de saúde e pelos planos de saúde. Então, obviamente, ele é uma empresa que presta serviço de saúde e, como toda empresa, tem que dar lucro. Então, o lucro é cada vez mais gastar menos e arrecadar mais nas mensalidades que é cobrada nos seus conveniados. Então, para você negociar uma nova tecnologia hoje na área hospitalar, você tem uma grande barreira que são os planos de saúde ou as seguradoras que geralmente não são muito abertas ou adeptas de novas tecnologias, porque sabem que vai encarecer já um pacote pré-estabelecido por procedimentos que eles trabalham hoje nessa área.

Apresenta-se a seguir o Gráfico 2 de coocorrência entre o grupo gestão estratégica do setor com o grupo métodos de avaliação.

Deve-se notar que quando da comparação da coocorrência entre os códigos de gestão estratégica com os códigos dos métodos de avaliação percebe-se uma participação acentuada do fator de análise de custo orçamentário com 42% seguida da análise de custo efetividade com 25% presentes em todo o Gráfico 2. Em oposição, temos o código saúde baseada em valor e o código de equidade com 1% cada.

Destaca-se o índice de coocorrência (27) entre o código sistema de gestão de reembolso e o custo orçamentário enquanto método de avaliação. Ao mesmo tempo, a gestão da qualidade tem destacadas coocorrências (13 e 16) com os mesmos códigos de custo efetividade e custo orçamentário respectivamente.

Gráfico 2 - Coocorrências grupos gestão estratégica e métodos de avaliação



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos resultados do software ATLAS.ti

Com base no gráfico 2, destaca-se um dos trechos obtidos pela coocorrência das citações de maior coocorrência (27) entre a de análise de custo orçamentário com a de código sistema de gestão de reembolso.

Abaixo, encontra-se um exemplo de resposta sobre as etapas e os principais atores envolvidos desde a identificação de uma nova tecnologia até a decisão final de incorporá-la ou não.

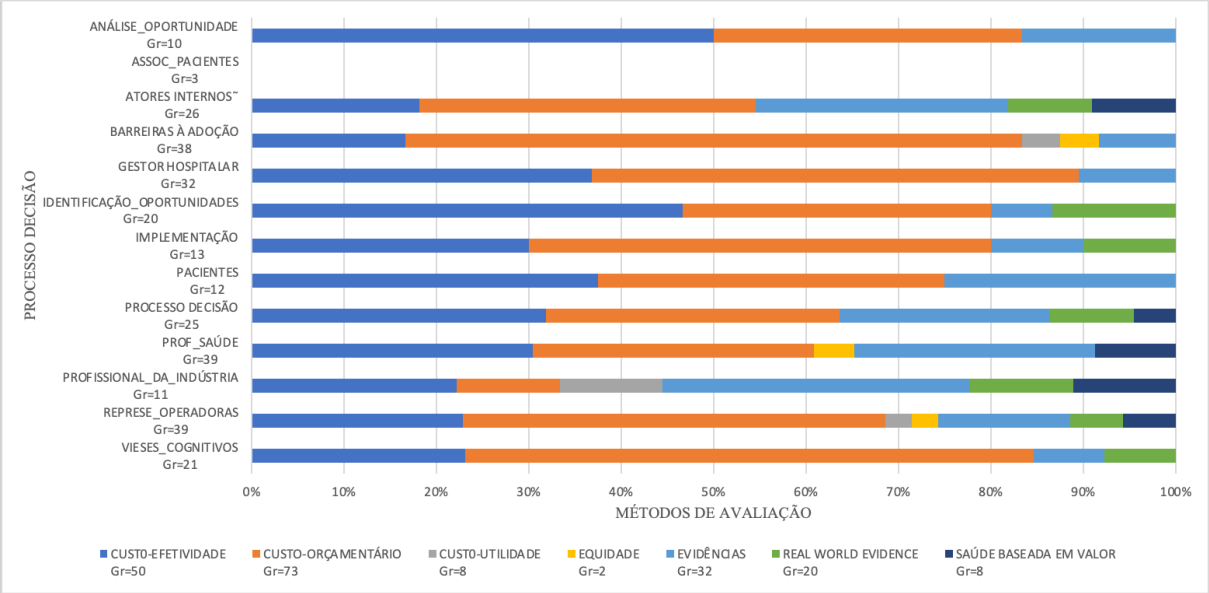
> Mas, eu entendo que esse setor tem que estar alinhado, porque senão, às vezes, a gente testa o equipamento, a equipe tem interesse, mas não é viável financeiramente para o hospital, ou seja, adquirir ou conseguir depois reembolso, alguma coisa assim, e aí a gente não tem muito sucesso. Sempre é bom, porque ele vai ser difundido, mas a gente não consegue chegar, por exemplo, no objetivo final.

Apresenta-se a seguir o Gráfico 3 de coocorrência entre o grupo processo de decisão na incorporação e métodos de avaliação.

Em termos percentuais nesta comparação, temos que o código custo orçamentário aparece com 43% seguido do código de custo efetividade com 29%. O código de equidade e custo-utilidade aparecem com 3% cada representando os menores percentuais no gráfico.

Nesta comparação, destaca-se quanto ao método de avaliação, a mesma coocorrência (16) entre o código de custo orçamentário e os códigos de barreiras de adoção e percepção dos atores das operadoras de saúde presentes no grupo de processo de decisão.

Gráfico 3 - Coocorrências grupos processo de decisão e métodos de avaliação



Fonte: elaborado pelo Autor com base nos resultados do software ATLAS.ti

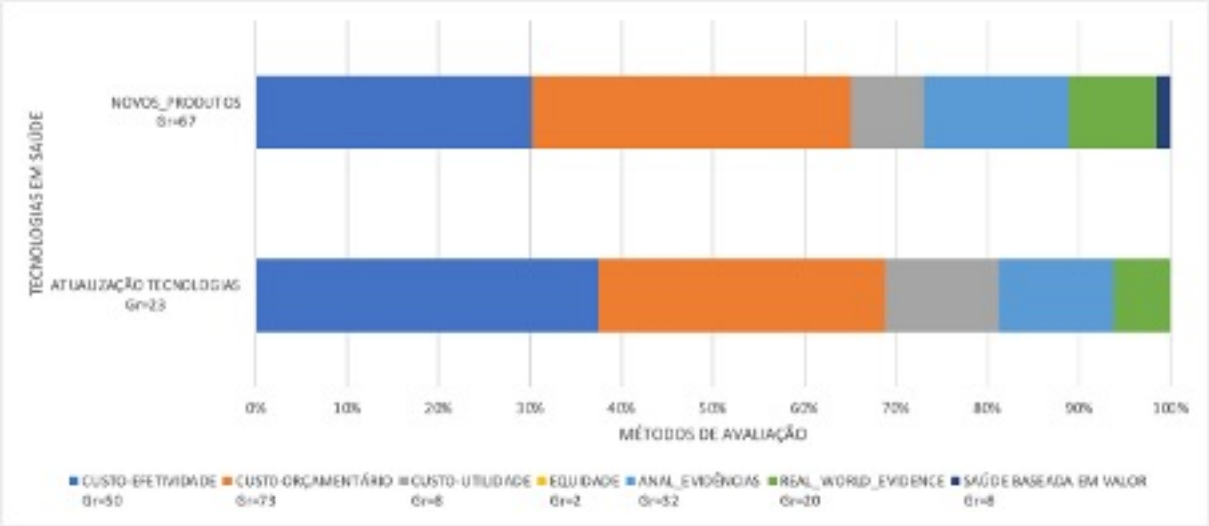
Destacam-se abaixo respectivamente dois trechos com coocorrências iguais (16 citações) entre o mesmo código de análise de custo orçamentário do grupo métodos de ATS (magnitude 73) e os de percepção dos atores representantes de operadoras e o de barreira à adoção das etapas chaves de incorporação do processo de decisão na incorporação da inovação.

Abaixo, extratos de texto de duas entrevistas em relação ao questionamento relativo à adequação dos critérios atualmente utilizados para incorporar novas tecnologias em saúde.

> Não tem um tratamento que os planos de saúde queiram incorporar. Para eles é sempre não, antes do porquê não. Então, enfim... É o não pelo não, né? Então, respondendo a sua pergunta, se os processos hoje são centrados no paciente, são de fato centrados na saúde dos planos de saúde.
>
> Quando a gente impacta em operadoras de saúde, é justamente porque, porque muitas vezes eu acho que quem tem muitas vezes o poder decisório não é quem estava lá na ponta e sabe do quanto é importante essa nova tecnologia. E muitas vezes isso não se paga. E aí o hospital tem um impacto grande, porque, por exemplo, a operadora não consegue pagar essa nova tecnologia. E aí isso vai refletir em cima do paciente, apesar de ele ter um plano de saúde.

Apresenta-se a seguir o Gráfico 4 de coocorrência entre os grupos tecnologias em saúde e métodos de avaliação.

Gráfico 4 - Coocorrências grupos tecnologias em saúde e métodos de avaliação



Fonte: elaborado pelo Autor com base nos resultados do software ATLAS.ti

Em termos percentuais nesta comparação, tem-se que o código custo orçamentário aparece com 35% seguido do código de custo efetividade com 31%. O código que trata dos diferentes tipos de tecnologia não foi considerado nesta análise devido a sua baixa magnitude (7) no peso total da pesquisa.

Quando compara-se tecnologias em saúde e métodos de avaliação destaca-se a coocorrência de índice 22 entre o código de novos produtos e custo orçamentário nos métodos de avaliação.

Nota-se também coocorrência concentrada (19) entre o código de novos produtos e custo efetividade.

Abaixo dois trechos representativos destas citações, provocadas pela pergunta de como ocorre, na prática, o monitoramento ou reavaliação dos resultados clínicos e econômicos das tecnologias incorporadas.

> No geral, não. Infelizmente, às vezes até tem um processo difícil de implantação, mas, na maior parte das vezes, apesar da implantação, depois de implementado, o processo quase que é esquecido. Em relação a acompanhar e, de fato, vai chegar à conclusão de, foi realmente efetivo? Teve mais benefício para o paciente? O quanto impactou no orçamento? Talvez se for algo, vamos pensar, um medicamento de alto custo ou um dispositivo, um OPME, que vai ter uma receita muito maior, alguém vai acompanhar a receita e vai garantir que a receita está sendo faturada, que aquele recurso está entrando, mas não necessariamente ou na grande maioria das vezes, ninguém está olhando se o benefício ao paciente é proporcional. Depois de incorporado, se a resposta financeira estiver atendida, é esquecido.
>
> Então, eventualmente, pensando, deveria ter centros especializados para fazer estudos comparativos entre essas tecnologias. Isso acontece muito pouco aqui. Então, eu acho que o serviço privado não faz. E eu não sei se os públicos fazem, de comparar a tecnologia A com a tecnologia B. E aí, dentro de metodologia mesmo, usando

> metodologia científica para poder avaliar se efetivamente melhora a vida, melhora...O desfecho, se os resultados prometidos se confirmam, enfim, mensurar isso, mensurar dinheiro mesmo.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

4.2.1 As etapas e os principais atores na incorporação no setor da saúde suplementar

Considerando-se a diversidade de atores envolvidos no setor da saúde suplementar fez-se necessário buscar o entendimento dos entrevistados com relação às etapas, os principais tomadores de decisão nesse processo e suas particulares atuações no tema proposto a partir de seus setores próprios de atuação, sejam eles, especialistas de avaliação de tecnologias em saúde, gestores de operadoras de saúde, líderes clínicos com vivência em organizações hospitalares e representante das indústrias fabricantes de produtos.

Dentro da perspectiva da indústria, quando do desenvolvimento interno de uma pesquisa os entrevistados 09 e 10 declaram que eles recebem as informações das necessidades dos pacientes a partir da classe médica quanto às demandas em termos de tratamento, tanto de equipamentos como de produtos em geral e, a partir daí, desenvolvem seus produtos passando pelos testes de conceito, tecnologia e de utilização.

Assim, segundo este grupo de entrevistados, um novo produto nasce de uma necessidade percebida no campo, mas muitas vezes, o salto tecnológico vem dos próprios avanços e melhorias de uma solução já existente.

O entrevistado 09 declarou que, uma vez de posse desse novo produto e devidamente registrado e aprovado pela ANVISA, inicia-se a introdução do mesmo junto aos principais tomadores de decisão que ele indica ser a classe médica da especialidade envolvida no tratamento alvo. Mas, surge outro ator importante dentro da cadeia decisória relatado pelos entrevistados 06, 07 e 08 que é o setor de engenharia clínica dentro dos hospitais, que tem papel de avaliar o comportamento do equipamento médico dentro de toda a estrutura própria do hospital quanto a sua eficiência, segurança eletromédica e adequação aos planos de manutenção e de contingências quanto a falhas, processos de desinfecção e outros aspectos ligados à segurança do paciente e das equipes de apoio médico.

Relatam os entrevistados 03, 04 e 05 que, baseado em suas experiências profissionais, a difusão do conhecimento sobre uma nova tecnologia inicia-se dentro da classe médica, seja através das associações de especialistas no tema com a divulgação em clínicas e hospitais de

referência dentro do país bem como junto a associações de pacientes que tenham em foco a demanda de tratamento da referida tecnologia.

A partir daí, relatam os entrevistados 06, 07 e 08, que também o setor administrativo do hospital será consultado pois tem voz atuante nesse processo conjunto de decisão de incorporação de novas tecnologias sendo, segundo o entrevistado 06, o departamento de suprimentos um fator decisivo frente à diretoria do hospital quando se contrapõem as solicitações das equipes médicas por uma determinada solução para o paciente e a de engenharia clínica em busca de maior eficiência operacional.

Houve relatos por parte do entrevistado 09 sobre a diversidade do peso das opiniões dos decisores dentro dos hospitais quando analisadas as diferentes regiões do Brasil, preponderando assim, decisores mais importantes no processo das equipes médicas ou administrativas a depender do modelo regional de gestão da saúde suplementar.

Os entrevistados 03 e 05, da área de operadoras de saúde, entendem haver uma pressão permanente por parte dos fabricantes em fazer a introdução de novas tecnologias, o que muitas vezes cria um movimento prematuro em solicitações de novas tecnologias ainda não profundamente avaliadas, mas que possuem grande apelo emocional frente aos profissionais médicos despertado por um interesse em avaliar o novo produto pelas suas promessas de tratamento, mesmo que ainda não totalmente comprovadas em larga escala de uso e sem medir o real impacto em termos de custos adicionais, uma vez que o médico tem seu foco no paciente enquanto indivíduo e não necessariamente na população como um todo, o que pode levar a custos adicionais elevados para a operadora de saúde dada o potencial de utilização em larga escala.

Todos os entrevistados citam o papel da Agência Nacional de Saúde ANS como orquestrador nesse processo de incorporação de novas tecnologias entre os vários atores, mas segundo os entrevistados 06 e 08 seu papel não é limitante para que os tomadores de decisão do mercado busquem suas próprias alternativas de avaliação quanto a introdução ou não de novos produtos, embora entre as operadoras de saúde sirva como um forte argumento para o não reembolso de terapias se ainda não estiverem presentes no rol obrigatório da ANS.

O entrevistado 04, relata que as operadoras, que tem estrutura verticalizada, possuindo também rede própria de hospitais, exercitam um processo mais organizado de análise de incorporação de novas tecnologias, uma vez que conseguem acompanhar critérios de análise dentro de toda a cadeia de uso dos produtos desde o início do tratamento até o desfecho da sinistralidade do paciente e assim, perceber e absorver economias quando trazidas pela nova tecnologia.

Segundo o entrevistado 05, operadoras de saúde que não possuem uma estrutura focada na área clínica, ainda tomam as decisões apenas baseadas no arcabouço obrigatório regulado pela ANS e tem na área administrativa os reais tomadores de decisão quanto a não incorporar tecnologias pois tem um grande foco na rentabilidade de curto prazo do negócio e na busca da competitividade em oferecer pacotes de serviços mais acessíveis para os clientes finais, que geralmente são empresas do setor privado que dão cobertura de saúde para seus funcionários como benefício trabalhista.

Os entrevistados 01 e 02, que atuam diretamente com a ANS, ressaltam que esta agência também é estruturada como uma ouvidoria dos mesmos atores do mercado e entre eles, as sociedades médicas, operadoras de saúde e associações de pacientes que não tem poder de decisão, mas sim papel consultivo nos processos da ANS. Entretanto, segundo esses mesmos entrevistados 01 e 02 e os entrevistados 09 e 10, o setor da indústria é excluído dessa consulta pela ANS, a fim de evitar conflitos éticos dado o interesse econômico na incorporação.

Os entrevistados 06, 07 e 08 veem a tomada de decisão na incorporação de novas tecnologias como um processo não estruturado que varia de hospital para hospital e mais ainda de operadora para operadora de saúde. O entrevistado 03 comentou ter conhecimento que pode ter-se um produto aprovado para o uso por apenas um determinado grupo de pacientes dentro de um mesmo plano de saúde em função de possuir uma cobertura mais ampla devido ao tipo de contratação (individual, familiar, empresarial ou por adesão), tipo de cobertura (ambulatorial, hospitalar, tipo de abrangência (municipal, estadual, nacional), além do fato da rede credenciada para uso deste produto poder estar apenas aprovada para específicos hospitais e clínicas.

4.2.2 Influência dos critérios de Avaliação Econômica em Saúde (AES) no processo de decisão

Buscando-se mapear a percepção dos entrevistados quanto à influência das teorias de avalição econômica em saúde detalhadas no referencial teórico deste trabalho, elas foram listadas no ato da entrevista para colher a percepção dos perguntados. Foram elas: A. Eficiência (RCEI Razão de Custo Efetividade Incremental); B. Sustentabilidade (impacto orçamentário); C. Equidade (ampliação de acesso a grupos de doenças raras); D. Evidência (robustez metodológica e estudos multicêntricos) e E. Aderência Regulatória (conformidade com ANS).

Os dez entrevistados sem exceção responderam que o critério de custo efetividade e o de sustentabilidade lideram entre as prioridades que os decisores do mercado de saúde tomam em consideração em suas rotinas de trabalho.

Os entrevistados 02, 06, 07 e 09 relataram que existe uma variedade de benefícios clínicos e administrativos indiretos que são buscados pelos atores dentro do sistema de saúde, (como por exemplo a redução do tempo de internação e a disponibilidade de leitos na Unidade de Terapia Intensiva - UTI) como critérios que também são avaliados quanto à mudanças de uso da terapia entre os profissionais envolvidos e, logicamente os benefícios diretos e secundários para os pacientes tais como aspectos psicológicos causados pela internação, risco de infecções hospitalares, escaras devido ao acamamento, entre outros.

Os entrevistados 06, 07 e 08 que lidam diretamente com a aplicação das novas tecnologias dão ênfase para as evidências científicas existentes como sendo o primeiro aval para o aceite de testes de aplicação do novo produto. Depois desse critério tem-se o custo da terapia como também um importante fator para o futuro sucesso de pedido de reembolso junto às operadoras de saúde, pois está diretamente ligado à sustentabilidade quanto ao custo da incorporação. Importante destacar que segundo esses mesmos entrevistados a sustentabilidade é uma preocupação constante das equipes médicas por temerem o não reembolso dos tratamentos pelas operadoras de saúde, mas que isso não diminui o interesse em poder avaliar novos produtos baseado nos resultados apresentados pelas evidências científicas.

Os entrevistados 01 e 02, especialistas nos métodos de avaliação tecnológica em saúde, declararam que todos os critérios listados na entrevista são importantes, mas sua aceitação depende das condições de cobertura e dos planos específicos oferecidos pelas operadoras em saúde. Portanto, um critério como o RCEI que leva em conta a razão de custo-efetividade incremental para determinar o valor de uma nova intervenção ou tecnologia em comparação com uma alternativa existente pode variar de forma não linear quando aplicado em operadoras de saúde com quantidades diferentes de vidas seguradas. Ou seja, segundo esses entrevistados, pequenas operadoras (nota do autor: pequenas e médias operadoras "PME" são referidas pela ANS quando possuem um número menor de beneficiários e, muitas vezes, atuação regional apesar de responderem pela maioria dos contratos no país podem ser afetadas de forma desfavorável em sua sustentabilidade pois não existe um conceito mínimo de eficiência aceitável independentemente do tamanho dos grupos de cobertura de beneficiários que tem índices de sinistralidade diferentes entre si devido ao princípio do mutualismo no setor de saúde de compartilhar riscos e custos próprio para um fundo comum.

O entrevistado 05 entende que as pequenas operadoras de saúde que não possuem uma rede de hospitais próprios (gestão verticalizada) acabam incorporando apenas a tecnologia que for determinado como obrigatória pela ANS.

Entretanto segundo esse mesmo entrevistado 05 e o 03, mesmo operadoras com um significativo número de beneficiários ou aquelas verticalizadas mas que trabalham com valores de mensalidade mais populares (baixo custo), não analisam nem mesmo o critério de custo eficiência como um fator decisório para a incorporação de novas tecnologias uma vez que lidam com uma carteira de beneficiários com alta taxa de rotatividade (em geral cobertas por planos empresariais) o que impede que se obtenham resultados com impacto de médio ou longo prazo na qualidade de vida dos seus pacientes, com estas carteiras de clientes. Sendo assim, segundo o depoimento dos entrevistados 03 e 05, as pequenas e médias operadoras "PME" não investem em projetos internos próprios de avaliação de novas tecnologias em saúde.

O entrevistado 04, um profissional de uma grande operadora de saúde verticalizada e com planos ofertados para pessoas físicas que tem uma maior permanência em sua carteira de clientes, relata o interesse da empresa na busca pela eficiência em todos os seus setores da empresa levando a uma análise própria mais aprofundada de novas tecnologias e considerando todos os critérios listados ao entrevistado, inclusive buscando pesquisar o que está sendo usado já em outros países e centros de excelência.

Os entrevistados 01 e 02 por suas vivências nos processos de acesso e de incorporação de novas tecnologia no rol de procedimentos da ANS, ponderam que além de ser uma decisão baseada em ferramentas científicas estruturadas de avaliação, o processo decisório da ANS parte de um posicionamento sociopolítico. Segundo esses entrevistados, mesmo que um produto tenha dados de custo efetividade não existe garantia que ele será aprovado e, por outro lado, outro produto sem o mesmo índice de custo efetividade, poderá ser aprovado com base no seu menor impacto orçamentário, dada a menor incidência da enfermidade nos grupos populacionais considerados.

O entrevistado 01 entende que mesmo que sejam atendidas as questões de qualidade e comprovação científica, o primeiro fator relevante nos critérios de incorporação será o valor total do reembolso envolvido para toda a população a ser tratada e como este afeta o equilíbrio financeiro do setor da saúde suplementar.

O entrevistado 02 entende que o fator decisivo para a incorporação será o alinhamento do tratamento com a agenda de saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde para toda a população brasileira.

Segundo os entrevistados 01 e 02, a ANS espelha para o setor privado as políticas de saúde do setor público tendo em primeira importância de consideração a sustentabilidade do setor como um todo.

4.2.3 Monitoramento da avaliação econômica em saúde de novos produtos já incorporados

Buscou-se relatos nas entrevistas quanto ao processo de monitoramento após a incorporação de novas tecnologias observado entre os vários agentes de saúde, sejam hospitais, operadoras de saúde e pela própria ANS.

Tem-se que os entrevistados 01, 02, 03, 05, 06 e 08 não relatam conhecimento da existência de um acompanhamento posterior ao da incorporação da nova tecnologia quanto à medição de sua efetiva comprovação de resultados econômicos com evidências na realidade (*real-world evidence*).

Os entrevistados 09 e 10, veem o sucesso de uma incorporação pela comunicação do seu uso em congressos e eventos médicos e o aumento do seu emprego causado pela comunicação de sua disponibilidade e eficácia nos estudos clínicos realizados em grupos controlados.

Nos casos de ganhos evidentes de produtividade quanto ao tempo cirúrgico ou redução de tempos de internação, os entrevistados 05, 06 e 07 comentam que percebe-se evidências relatadas dentro das equipes, mas nada formalizado como uma avaliação de resultados na prática.

O entrevistado 06 entende que o monitoramento pós incorporação seria complexo dado o impacto das melhorias em diversos departamentos dentro do hospital e entre as várias equipes sem haver um departamento específico para a incorporação de novas tecnologias com procedimentos padronizados que pudessem coletar e organizar todos os dados entre as diversas áreas do hospital.

Pelos relatos dos entrevistados 06, 07 e 08 da área clínica, alguns indicadores surgem naturalmente nas rotinas de acompanhamento existentes, mas isso dentro da área hospitalar específica que utiliza a terapia, não corroborando dados financeiros que possam ser avaliados pela administração de forma mais específica.

Segundo os entrevistados 06 e 07 apenas quando a diretoria do hospital questiona os resultados da incorporação dado o seu custo ou ao fato de que não possua um reembolso da operadora de saúde, a área clínica compartilha os seus indicadores para defender a manutenção das incorporações realizadas. Ou, segundo o entrevistado 06, nos casos em que o hospital possua um comitê de ética e tenha interesse por parte dos profissionais de saúde em fazer estudos clínicos e publicações científicas. Mas isso ocorre, segundo o entrevistado 06, apenas em hospitais com grande estrutura orçamentária dentro do setor privado.

Segundo o entrevistado 02, há planos futuros dentro da ANS para a criação de controles pós incorporações, como já existem em outros países, através de um correto monitoramento correto tanto para ratificar o benefício da inclusão como para poder fazer exclusões. Esse entrevistado tem conhecimento que já existem alguns produtos que recebem este monitoramento hoje em dia. Entretanto, tanto o entrevistado 01 quanto o entrevistado 02 relatam que vários tratamentos permanecem no rol mesmo tendo sido superados em eficiência quando comparado às novas alternativas que ainda estão aguardando aprovação e incorporação.

Os entrevistados 03 e 05 vem a falta de acompanhamento após a implementação de uma nova tecnologia como resultado da falta de estruturas especificas para esta avaliação dentro dos hospitais e das próprias operadoras pois é considerado como um custo adicional sem previsão orçamentária. Os entrevistados 03 e 06 declararam que poucos centros de excelência fazem essa avaliação citando como exceção o do Hospital Albert Einstein na cidade de São Paulo e alguns outros hospitais-escola da rede pública, onde existe um interesse de pesquisa aplicada na saúde. Mesmo assim, comentaram esses entrevistados sobre o fator limitante de que hospitais escola tem pouco acesso a novas tecnologias por operar em grande parte com pacientes do setor público e, desse modo, sem verbas para inovações.

4.2.4 Critérios de incorporação de novas tecnologias frente às necessidades de pacientes

Buscou-se entender dos entrevistados como entendem a relação das necessidades clínicas dos pacientes frente às necessidades de gestão orçamentária do setor.

Os entrevistados 03, 05, 06 e 08 responderam que existem oportunidades de melhorias no conflito de interesses de hospitais e operadoras de saúde. Citando um exemplo, o entrevistado 08 relatou que muitas vezes não é dada muita ênfase na possível redução do tempo de internação de um paciente na UTI uma vez que o hospital cobra seus honorários e serviços com base nos dias de estadia do paciente em suas instalações e não pela sua efetiva alta.

Outro exemplo citado, agora pelo entrevistado 03 é a quantidade de exames realizados para um mesmo paciente por médicos de especialidades diferentes, alguns deles que poderiam ser feitos com uma periodicidade maior dentro dos atuais critérios clínicos internacionais.

Foi mencionada pelo entrevistado 07 a falta de adesão aos protocolos de uso de produtos por falta de treinamento das equipes, o que leva ao uso incorreto ou em demasia de determinado item para o mesmo paciente, encarecendo a conta, sem haver qualquer benefício para o tratamento.

Os entrevistados 07 e 08 relatam uma sensação de impotência em poder escolher a melhor alternativa para o paciente, dada a pressão exercida pelas operadoras de saúde, onde quem toma a decisão de aprovação ou glosa do tratamento não sabe o quão importante é essa nova específica tecnologia. Segundo o entrevistado 07, nesses casos quem acaba tendo o maior impacto é o hospital ou o próprio paciente que tem que pagar pelo produto usado apesar de ter um plano de saúde. Segundo o entrevistado 03 a exceção está em hospitais que tem poder político e estratégico para negociar com a operadora de saúde o reembolso de uma tecnologia mesmo não estando no rol da ANS.

Segundo o entrevistado 08 mesmo a tecnologia estando aprovada, a qualidade do material varia em custo de fornecedor para fornecedor e algumas operadoras de saúde autorizam os menores preços independentemente de não possuir a melhor qualidade do mercado.

O entrevistado 04 relatou casos em que as lideranças responsáveis pela tomada de decisão, por falta de vivência e atualização, acabam por aceitar o que o hospital determina apenas do ponto de vista econômico sem ter em conta o que é o estado da arte em determinada terapia, permanecendo na zona de conforto decisório.

4.2.5 Incorporação de tecnologias mesmo ainda fora do rol da ANS

A questão apresentada aos entrevistados foi visando o entendimento de como produtos e tecnologias ainda não incorporadas no rol da ANS são tratados dentro do sistema de saúde suplementar uma vez que ainda não tem seu uso como obrigatório.

Os entrevistados 09 e 10 declararam que a prática corrente do mercado é a de buscar os tomadores de decisão das áreas clínicas do hospital quer seja em visitas de demonstração ou em congressos médicos a fim de difundir as novas soluções e incentivar o uso, e com isso iniciar um processo de aprovação para a tentativa de reembolso junto às operadoras de saúde defendendo os benefícios da incorporação.

O entrevistado 10 relatou que o primeiro uso ocorre em pacientes particulares que acabam pagando pela nova tecnologia quando indicada pelo profissional de saúde por entender que haverá um benefício na adoção deste novo tratamento ou produto e, com isso, começa-se a criar evidências de sucesso dentro do hospital, que quando percebe uma chance de vantagem em seus custos operacionais pode aceitar assumir o custo em situações que tem vantagens de ganho operacional em processos internos e redução de intercorrências clínicas e não apenas fazer um repasse direto para a conta do paciente.

O entrevistado 03 reportou a importância que as operadoras de saúde líderes de mercado dão aos hospitais considerados de renome por trazerem a elas uma chancela de qualidade em seus planos ofertados ao mercado, pois a marca do hospital ajuda na comercialização de planos com valores diferenciados frete aos usuários. Assim, nesses casos, ainda segundo o entrevistado 03, estes hospitais conseguem negociar mais facilmente contratos de reembolso com estas operadoras de saúde com a adição de novas tecnologias quando escolhidas pelo hospital. Nesses casos, nem sempre a mesma operadora de saúde irá oferecer para um mesmo paciente esta tecnologia em outro hospital, mesmo sendo da mesma rede da operadora de saúde. Essa prática é relatada pelo entrevistado 03 como uma estratégia da operadora em fazer sua gestão de custos pois entende que tendo um universo restrito de pacientes com acesso a uma determinada tecnologia mesmo que com custo superior, isso não vai afetar sua taxa final de sinistralidade e sustentabilidade.

Ainda neste horizonte, segundo os entrevistados 09 e 10, alguns fabricantes preferem introduzir suas novas tecnologias nos centros de referência em que sabem que haverá esta melhor aceitação pelas operadoras de saúde, em busca de resultados positivos e evidências para defender dentro dessa e de outras operadoras a expansão do reembolso da nova tecnologia para outros hospitais, mesmo antes da inclusão no rol da ANS.

Foram citadas pelos entrevistados 06, 07 e 08 a prática de profissionais de saúde em hospitais com maior organização clínica que solicitam apoio aos fabricantes para a elaboração de trabalhos científicos e planos de demonstração dos produtos para conseguirem argumentos na negociação com as operadoras de saúde fazendo o trabalho de avaliação econômica em saúde com suas próprias equipes locais e em caso de operadoras verticalizadas com estudos em vários hospitais e equipes dentro de sua estrutura.

O entrevistado 05 comentou que operadoras de saúde mais estruturadas quando avaliam novas tecnologias, apenas o fazem com objetivo de redução de custos.

O entrevistado 03 fez menção a hospitais que conseguem administrar a incorporação de novas tecnologias junto a operadoras de saúde por trabalharem com pacotes de procedimento para determinados tratamentos (*bundles*) quando o valor pago pela operadora de saúde refere-se ao tratamento como um todo. Nesse modelo de contrato, o hospital define o que vai entrar neste pacote. Entretanto o mesmo entrevistado lembra que em outros casos, as operadoras ofertam pacotes de tratamento, mas elas mesmas determinam a lista de procedimentos de maneira pré-definida impedindo qualquer variação de itens como a inclusão de novos produtos pelo hospital.

4.2.6 Principais desafios na busca do equilíbrio entre qualidade assistencial e sustentabilidade

Os entrevistados 02, 06 e 08 trouxeram relatos de que um desafio percebido é a falta de evidências de custo-benefício com métricas detalhadas pela indústria para emprego junto às operadoras de saúde defendendo todos os benefícios que podem ser gerados para o paciente, para o hospital e para as próprias operadoras sendo que esta prática, segundo esses entrevistados, poderia tornar o processo mais efetivo e rápido para as novas incorporações.

Do ponto de vista clínico, o entrevistado 07 apontou como desafio a falta de uso de protocolos de análise de custo-benefício (ou seu emprego incorreto) pelas equipes hospitalares na avaliação de novas tecnologias para dar subsídios na defesa junto às operadoras quanto a recomendações dos novos produtos.

Os entrevistados 01 e 02 que trabalham mais diretamente em contato com a ANS, reportam desafios na falta de informações compartilhadas em âmbito nacional quanto ao uso das tecnologias e produtos já incorporados no setor da saúde suplementar. Segundo esses entrevistados apesar da obrigatoriedade de relatórios padronizados, como o TISS, relatório denominado Troca de Informação de Saúde Suplementar, (Brasil, 2026) que foi criado pela ANS como padrão na comunicação eletrônica de dados de beneficiários entre operadoras e clínicas e hospitais, isto não é praticado entre os participantes do mercado dada a preocupação de controlar os casos de sucesso para fins competitivos. Assim, segundo o entrevistado 02 o Ministério da Saúde nunca teve sucesso no uso destes relatórios de consumo que trariam transparência e interoperabilidade no setor de saúde suplementar, o que seria uma forma de ter pleno controle da gestão do setor suplementar.

Segundo o entrevistado 01, 09 e 10 outro desafio reportado é o da demora por parte da ANS em completar os processos de avaliação de novas tecnologias, o que torna desinteressante e longo o tempo de introdução de novos produtos em comparação com outros países. Segundo esses entrevistados, mesmo obtendo-se a aprovação do produto junto à Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) o que já permite sua importação e venda, sem o aval da ANS o mercado fica restrito a uma pequena faixa de usuários particulares sem reembolso pelas operadoras de saúde o que inviabiliza a análise de viabilidade econômica para o importador que o deseja distribuir no Brasil.

Outro desafio citado agora pelos entrevistados 03 e 05 é o temor de falta de sustentabilidade das operadoras o que gera incertezas no mercado quanto a sua perenidade a longo prazo e aos riscos de sobrecarga no setor da saúde pública.

Outro desafio reportado agora pelo entrevistado 03 é a falta de consciência dos pacientes que buscam seus direitos de consumidor de maneira indiscriminada sem noção dos custos e sem se importar com a sustentabilidade do setor da saúde como um todo. Segundo esse entrevistado, a falta de consciência vem também dos próprios médicos que são remunerados pelo número de consultas e que solicitam exames com alta frequência, mesmo estando fora dos protocolos mundiais de boas práticas.

4.2.7 Quanto a novos critérios e aprimoramentos para o processo de incorporação

Os entrevistados 09 e 10 ligados a indústria defendem que o lançamento de novos produtos seja feito obrigatoriamente com pacotes de informações com todos os estudo e benefícios clínicos e de avaliação econômica em saúde para acelerar o processo de aprovação das equipes médicas, hospitais e de operadoras de saúde para que pudessem ser priorizados os que seriam redutores de custo total frente às tecnologias existentes.

No que tange ao processo de aprovação de novos produtos pela ANS o entrevistado 01 tem a opinião da necessidade da renovação dos funcionários envolvidos atualmente para profissionais mais capacitados e abertos ao diálogo e à transparência nos critérios tanto para a introdução de novas tecnologias quanto ao monitoramento das existentes para sua substituição quando não trazem mais benefícios em comparação com as atuais. Também foi citada por esse mesmo entrevistado a necessidade de a ANS caminhar para os modelos de saúde baseada em evidências na otimização do rol da ANS.

Da mesma forma, com os entrevistados 06 e 07 encontra-se sugestões de aumento de diálogo entre hospitais e operadoras na busca de custo-efetividade com indicadores compartilhados quanto ao seu impacto em todas as áreas do hospital.

4.2.8 Estratégias para o alinhamento da incorporação com as exigências de custo efetividade

Sugestões vindas dos entrevistados 01, 03, 04 e 05 tratam da busca da adoção pela ANS do processo modelo seguindo pela CONITEC que é a Comissão Nacional de Incorporação de novas tecnologias e medicamentos no SUS, que na opinião desses quatro entrevistados é feito com uma ampla robustez metodológica, passando por todos os critérios de avaliação de tecnologia em saúde e focando em temas de grande impacto populacional.

Tem-se presente pelo discurso dos entrevistados 03 e 05 que o modelo de gestão do setor de saúde suplementar no Brasil leva a alguns desafios de custo-efetividade dada a

aplicação do reembolso com o pagamento por serviço realizado (*fee-for-service)* onde a premissa é por horas de trabalho e insumos nos serviços prestados e não pela eficiência do tratamento. Como exemplo, foi citada pelos mesmos entrevistados a prática de pagamento de dias de UTI, onde os hospitais retem pacientes para aumentar a receita paga pela operadora de saúde, mas quando se trata de um hospital pertencente ao mesmo grupo da operadora (verticalizada) o paciente sairá mais rápido para otimização dos leitos.

Segundo o entrevistado 03, outros países já trabalham com o modelo denominado *capitation*, onde o hospital cuida de uma determinada população/região com um valor único e a depender de sua eficiência ele vai ter maior ou menor lucro e esse entrevistado percebe que esta poderia ser uma estratégia de quebra do paradigma do *fee-for-service* aplicado no Brasil.

Os entrevistados 01 e 02 entendem que deveria haver uma maior sinergia entre o sistema público e o sistema privado com integração dos sistemas de informações de pacientes, padronização e capacitação para hospitais de ambos os sistemas e um melhor gerenciamento orçamentário. Segundo esses entrevistados a ANS deveria trabalhar alinhada com a CONITEC que tem um modelo de incorporação no SUS desenvolvido com parcerias de universidades e centros de pesquisa que tem vanguarda no Brasil.

Os entrevistados 02, 09 e 10 comentam que deveria haver uma maior comunicação entre os fabricantes e a ANS para facilitar o processo de lançamento e avaliação de novas tecnologias.

O entrevistado 05 argumentou de que o verdadeiro papel da ANS não deveria ser o de aprovar uma lista de produtos obrigatórios, mas sim garantir o bom funcionamento do sistema de saúde suplementar como um todo nas relações entre fornecedores, usuários, operadoras e pacientes. Segundo esse entrevistado, se uma tecnologia vai ser incorporada ou não no setor suplementar, a decisão deveria caber ao hospital, aos médicos e às operadoras para avaliar sua efetividade e não deveria caber a um órgão estatal.

O entrevistado 02 reportou uma evolução significativa dentro da ANS nos últimos anos graças a intercâmbios com outros organismos regulatórios internacionais em termos de avaliação econômica em saúde, mas o que esse entrevistado acredita é que ainda falta é uma base de informações compartilhada para garantir a melhor gestão da ANS sobre o que está sendo feito dentro dos hospitais para que os seus resultados sejam avaliados para que sejam tomadas as decisões sobre o que recomendar dentro da estratégia da saúde para a população como um todo.

Também foi abordada como sugestão de melhoria pelos entrevistados 05, 06 e 07 a questão do acompanhamento do custo efetividade dentro dos hospitais como indicador da sua realidade prática em todo o ecossistema em torno do paciente, ou seja, em todas as áreas de

tratamento no fluxo do paciente, em termos gestão de tempo, pós cirúrgicos, reincidência entre outros.

O entrevistado 04 sugeriu que os hospitais deveriam tomar a iniciativa de solicitar para a ANS a incorporação de novas tecnologias por eles já testadas internamente a fim de levar para o setor da saúde como um todo o sucesso de suas avaliações e assim fazer o sistema evoluir de forma orgânica.

Também o entrevistado 04 mencionou que a ANS deveria ter um papel mais atuante na linha de frente juntos aos hospitais fazendo auditorias e ouvidorias para entender o que está funcionando e o que precisa ser melhorado nas práticas verificando indicadores e resultados na prática.

O entrevistado 03 trouxe a preocupação de que hoje o tema da economia da saúde tem suas avaliações feitas em geral por profissionais de diversas áreas e formações que enveredaram para o mercado de saúde, como administradores, economistas, engenheiros, cientistas de dados e até biólogos que atuam de forma rígida e analítica sem formação em saúde e foco no paciente.

Entretanto, o entrevistado 03 reportou que tem crescido no Brasil um novo modelo de lançamento de novos produtos onde a indústria entra com o compartilhamento de risco de resultados junto com o hospital e a operadora de saúde e desta forma o processo começa a ser mais equalizado, porque se aquele medicamento ou produto não tiver o efeito desejado ao longo do tempo, a indústria reembolsa o investimento dos outros dois atores. Este modelo, segundo esse entrevistado, ganhou força a parti da prática de VBHC nos processos de incorporação de novas tecnologias e pode significar uma quebra de paradigma nesse setor.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo dedica-se à análise crítica dos dados empíricos, revelando como achado central uma dissonância estrutural entre o arcabouço regulatório formal e a prática decisória do mercado de saúde suplementar. Os resultados evidenciam que, embora a análise de custo-efetividade seja reconhecida pelos atores como o critério técnico ideal, a decisão efetiva de incorporação é predominantemente governada pelo impacto orçamentário de curto prazo e pela preservação da sustentabilidade financeira das operadoras de saúde.

Em resumo, as agências brasileiras (ANS/COSAUDE) possuem a competência legal, mas o sistema de monitoramento pós-incorporação, focado em eficácia e custo, ainda enfrenta lacunas de agilidade e integração de dados para realizar revisões (desinvestimento) de forma tempestiva.

Adicionalmente, pode ser identificada pelas entrevistas a existência de uma lacuna sistêmica caracterizada pela falta de agilidade e integração de dados para o completo monitoramento de eficácia e análise de custo na pós-incorporação e pelo uso incipiente de EMR.

Da mesma forma, depreende-se pelas declarações dos entrevistados, que perpetuam-se modelos de gestão fragmentados e ainda dependentes da lógica de pagamento por serviço (*fee-for-service*).

Essa análise fundamenta, portanto, a necessidade da proposição de um modelo de gestão adaptado, capaz de mitigar a assimetria de informações e alinhar a inovação tecnológica à geração de valor efetivo para o paciente.

Para garantir a análise de resultados dentro do escopo da pesquisa, este capítulo foi estruturado a fim de responder ao seu objetivo geral analisando o processo de avaliação empregado na incorporação de novas tecnologias no setor de saúde suplementar no Brasil, através dos seus objetivos específicos, conforme indicados a seguir:

a) examinar o arcabouço regulatório e as diretrizes da ANS que orientam a incorporação de tecnologias;
b) descrever os principais critérios de decisão considerados pelos atores do setor no processo de avaliação;
c) investigar a percepção dos atores (gestores, profissionais de saúde e operadoras) sobre os desafios enfrentados;
d) sugerir melhores práticas de gestão na avaliação econômica em saúde como subsídio para as decisões de incorporação

5.1 DO EXAME DO ARCABOUÇO REGULATÓRIO

Analisando-se a estrutura regulatória do setor quanto à admissão de novos produtos realizada pela ANVISA, enquanto órgão avalista da vigilância sanitária e da qualidade dos produtos que tem interesse em ser comercializado no Brasil, percebe-se uma singularidade no processo de acesso desses produtos dentro do setor tanto público coordenado pelo SUS quanto no privado regulado pela ANS pois não basta a empresa ter o registro de produto aprovado pela ANVISA pois não garante seu reembolso no sistema privado em escala economicamente viável e nem mesmo no setor público em nenhuma venda, apenas com doações de produto. Essa dualidade reflete a complexidade destacada por Ramos *et al.* (2023), onde a existência de distintos arranjos regulatórios exige uma articulação constante para evitar assimetrias na criação de valor.

Portanto, para ter o reconhecimento de reembolso, ainda é necessário um procedimento adicional de avaliação dessa tecnologia e, sendo assim, percebe-se a existência de um processo de decisão afetado por vieses econômicos dada a exigência de um alinhamento da finalidade da nova tecnologia com a estratégia em saúde pública estabelecida pelo Ministério da Saúde. Isso será válido para toda a população brasileira, quer seja ela coberta pelos hospitais públicos ou privados. Tal cenário corrobora a visão de Schlander (2021), que alerta para a ausência de um arcabouço analítico único e eticamente consensual, onde a eficiência de alocação muitas vezes conflita com demandas distributivas e políticas, exigindo uma ponderação que vai além do cálculo econômico. Tal desequilíbrio leva a uma imparcialidade no processo decisório, por considerar não apenas os critérios de avaliação econômica em saúde, mas antes de tudo, o risco de impacto deste reembolso dentro do orçamento total de gastos do setor público, ou como isso afeta o equilíbrio econômico da sinistralidade dentro do setor privado, dada a dimensão populacional brasileira.

Portanto, compreende-se pelas entrevistas que não existe um processo de decisão isento para a inclusão de novas tecnologias a não ser que elas estejam alinhadas às linhas macro estratégicas de atendimento da população. Se não estiverem listadas no plano plurianual do Ministério da Saúde (PPA 2024-2027) tais como câncer, doenças cardíacas e doenças sociais que, apesar de importantes, não cobrem toda a necessidade de atendimento diante das diversas doenças crônicas não transmissíveis, infecciosas, parasitárias ou genéticas e seus determinantes. Isso evidencia o desafio apontado por Roth, Vakkuri e Johanson (2024) sobre a dificuldade de criação de valor colaborativo quando coexistem lógicas institucionais distintas sendo uma a estatal, focada na universalidade, e segunda a de mercado, focada na eficiência.

Portanto, apesar da ANS estabelecer procedimentos de análise para incorporação de novos produtos baseados em critérios de avaliação econômica em saúde, acaba sofrendo uma pressão para a não incorporação de novos produtos que estejam fora das diretrizes gerais do Ministério da Saúde.

Um segundo viés cognitivo foi percebido nas entrevistas pelo fato da ANS também receber influência dos agentes do mercado privado da saúde suplementar que compõe as câmaras de análise de incorporação de novas tecnologias. Segundo a opinião dos entrevistados de todos os setores, as operadoras de saúde entendem a incorporação de uma nova tecnologia como um aumento de custo em suas despesas no curto prazo e não levam em consideração os argumentos da avaliação em tecnologia em saúde e o real custo efetividade existente em um dado novo produto. Essa postura conservadora reflete a teoria da racionalidade limitada de Williamson (1981) aplicada por Cantone, Giarlotta e Watson (2020) para explicar o comportamento dos decisores que operando sob restrições cognitivas e contextuais, priorizam regras de decisão simplificadas para mitigar incertezas financeiras imediatas, em detrimento de uma análise de valor de longo prazo.

Embora outros atores além dos representantes das operadoras de saúde como, associações médicas e de pacientes, também participem das discussões da ANS para análise de novas incorporações e ocorram consultas públicas sobre os temas propostos, tem-se que a decisão final vem da diretoria colegiada da ANS (DICOL) e não pelo consenso dos membros representantes do setor consultados. A DICOL é formada por cinco membros diretores, e todos nomeados pelo Presidente da República após aprovação do Senado Federal, o que reforça o peso dos aspectos das políticas de saúde (Brasil, 2000).

Em conclusão ao exame do arcabouço regulatório da ANS percebe-se o reconhecimento por todos os entrevistados quanto à sua robustez técnica e importância estratégica, mas identifica-se também entre eles a preocupação quanto a um possível conflito de interesses decisório entre os membros participantes nas comissões de incorporação de tecnologias por suas diferentes prioridades, quer sejam representantes das operadoras de saúde, associações médicas ou de pacientes, entre outros. Com isso, essa suposta falta isenção gera, na perspectiva dos entrevistados, uma dúvida quanto à ANS conseguir cumprir seus valores institucionais declarados de: transparência, previsibilidade regulatória, compromisso com resultado, conhecimento como fundamento regulatório, sustentabilidade setorial, ética e inovação.

5.2 DOS CRITÉRIOS DE DECISÃO NA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

Com relação ao objetivo específico de descrever os principais critérios de decisão considerados pelos tomadores de decisão do setor da saúde suplementar na incorporação de novas tecnologias, pela análise de resultados das entrevistas, tem-se os critérios de custo-efetividade e o de sustentabilidade como os listados como prioritários, sendo que o de sustentabilidade sempre relacionado às questões de aprovação pelas operadoras de saúde, com o entendimento que não poderia haver a introdução da nova tecnologia sem o aval destes agentes econômicos. Assim, nota-se um desalinhamento prático conforme descrito por Turner *et al.* (2021) quando, embora a análise de custo-efetividade seja teoricamente valorizada, a decisão final acaba sendo dominada pela análise de impacto orçamentário, que foca estritamente na viabilidade financeira de curto prazo. O critério de equidade foi diretamente relacionado às questões de jurisprudência e atividade de busca de apoio legal para o reembolso, e não a uma preocupação própria dos atores envolvidos, embora seja valorizada como necessária, mas, de difícil aplicação. Entretanto o critério de inclusão no rol da ANS foi considerado como fundamental na avaliação de novos produtos como facilitador na aprovação por parte do hospital, já que o fator de obrigatoriedade garantiria as aprovações por parte das operadoras.

Sendo o rol mínimo de procedimentos da ANS mandatório, mas não excludente, abre a possibilidade de que novas terapias sejam utilizadas a partir da publicação dos seus registros sanitárias pela ANVISA. Entretanto, as operadoras de saúde criam uma barreira indireta quanto à adoção de novos produtos se não estiverem ainda listadas como incorporadas pela ANS, negando-os aos seus clientes e parceiros do setor hospitalar. Esse comportamento defensivo das operadoras pode ser interpretado à luz da teoria de Christensen (1997), onde organizações consolidadas tendem a rejeitar inovações que ameacem suas margens estabelecidas, limitando-se a melhorias incrementais e evitando riscos associados a novas tecnologias não mandatórias.

Então, diante dos tempos necessários para uma aprovação final da ANS e da posição refratária das operadoras de saúde que não consideram nenhuma mudança a não ser a troca de produtos existentes por outros de menor custo independentemente da qualidade, pelas entrevistas realizadas percebe-se que o caminho encontrado pelos representantes da indústria é o de buscar nos hospitais e seus profissionais de saúde, enquanto usuários potenciais de seus novos produtos, os primeiros defensores para as novas incorporações. Assim sendo, entende-se que hospitais que possuem protocolos formais de avaliação de novas tecnologias são priorizados como agentes chaves no lançamento de produtos que ainda não estejam no rol da ANS.

Apesar do interesse na avaliação de inovações que possam contribuir para o avanço do setor no cuidado com os pacientes, identificou-se entre todos os entrevistados a associação direta do surgimento de uma nova tecnologia com o aumento de despesas e quebra de sustentabilidade do setor. Essa tensão confirma a necessidade apontada por Neumann *et al.* (2018) de que a inovação não deve ser avaliada apenas pelo avanço técnico, mas pela sua capacidade de demonstrar evidências consistentes de segurança, eficácia e, crucialmente, impacto orçamentário sustentável.

Ratificando esta conclusão tem-se que o critério de custo efetividade é citado como altamente recomendado por todos os entrevistados (magnitude 50 pelo ATLAS.ti) mas sua aplicabilidade perde força diante do critério do custo orçamentário (magnitude 73), que em análise de coocorrência alcança um índice de 16, tanto com o código de barreira de adoção quanto com o código de percepção dos representantes das operadoras. Isso reforça a crítica de Federici e Torbica (2021) de que, na ausência de uma visão integrada, gestores financeiros adotam posturas conservadoras, condicionando decisões à sustentabilidade de curto prazo, o que pode gerar escolhas incompletas do ponto de vista clínico.

A partir destes dados identifica-se pela pesquisa uma barreira com relação ao impacto financeiro que a incorporação ou a utilização de um determinado produto terá sobre o orçamento de uma instituição de saúde ou sistema público de saúde. Assim sendo, configura-se como um viés cognitivo no processo decisório quanto ao aceite de novas tecnologias por parte das operadoras, por mais custo efetividade que apresentem.

Entretanto, pela análise dos resultados obtidos pelo ATLAS.ti quando da coocorrência observada entre os códigos de gestão e custo orçamentário em relação direta também com o de qualidade e custo efetividade, percebe-se uma tendência entre os entrevistados, enquanto atores no processo de decisão, de considerar os protocolos de avaliação de novas tecnologias como uma metodologia efetiva, padronizada e aceita inclusive pelas próprias operadoras de saúde na avaliação de novas tecnologias independentemente de ainda não estarem no rol de procedimentos da ANS.

Portanto, tem-se relatos consonantes de que se forem criados centros de avaliação de novas tecnologias em todos os hospitais com padrões regionais, utilizando-se os critérios aceitos de ATS como o de custo efetividade e de custo orçamentário, todo o processo será mais efetivo na avaliação de novas tecnologias, inclusive com a participação dos fabricantes fornecendo para que se tenha sucesso nos lançamentos de novas tecnologias.

5.3 DA PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS DESAFIOS NA INCORPORAÇÃO

A questão do reembolso da tecnologia e o impacto dos preços enquanto processo de gestão pelas operadoras de saúde emergiram com destaque na análise de resultados desta pesquisa como desafios citados pelos entrevistados para que elas mantenham um equilíbrio orçamentário positivo. Esse cenário é agravado pela predominância do modelo *fee-for-service* descrito por Leal e Lima (2022), que induz ao foco no volume de procedimentos e não na qualidade do desfecho, gerando desperdícios e dificultando a percepção de valor das novas tecnologias.

Enquanto causas destes desafios vários aspectos socioculturais foram destacados nas entrevistas como o da migração de usuários entre as operadoras de saúde, envelhecimento da população beneficiária com aumento da incidência de despesas de cobertura, falta de consciência de custo pelos atores e beneficiários na gestão das coberturas de saúde. Este último aspecto em decorrências da postura existente entre os usuários de planos de saúde que buscam seus direitos sem pensar no equilíbrio econômico entre o que investem e o que querem receber como produto nos tratamentos. O entendimento de que tem direito a fazer todos os exames, utilizar os melhores profissionais e hospitais reforça o comportamento de consumidores apenas com direitos e não deveres na gestão de seus próprios planos.

Todos estes desafios acabam criando um desequilíbrio financeiro pelo aumento da sinistralidade do setor enquanto coeficiente entre a despesa e a receita das operadoras de saúde. Esta sinistralidade também é afetada pelo cenário da alta competição existente entre as centenas de operadoras de saúde que dependem de beneficiários patrocinadas em grande parte pelo setor privado que está sempre buscando redução de custos e que detém 70% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil ou 35,8 milhões de pessoas (Brasil, 2025b).

A busca na redução de custos traz também uma rotatividade nas carteiras de clientes o que é um fator declarado nas entrevistas como desafio adicional para que as operadoras de saúde aceitem a incorporação de novas tecnologias que tragam resultados de custo efetividade apenas a médio ou longo prazo, pois não se beneficiariam com tais resultados ao longo do tempo já que o usuário passaria ser coberto por outras operadoras de saúde. Isso ilustra a dificuldade de implementação do conceito de *Value-Based Healthcare* (VBHC) proposto por Porter e Teisberg (2006), pois a lógica de curto prazo impede a reorganização do cuidado em torno de ciclos completos de tratamento que geram valor real ao paciente

Ainda tratando-se do desafio da sinistralidade, segundo os entrevistados, a questão do envelhecimento da população é outro fator crítico no setor da saúde suplementar que enfrenta

aumento de despesas frente à complexidade dos tratamentos requeridos por esta faixa de beneficiários, sendo que após suas aposentadorias, perderão as coberturas empresariais que possuem no pagamento de seus planos de saúde. Então, novamente a questão da amortização de custo-benefício a médio e longo prazo fica sem sentido para as operadoras que perderão em equilíbrio financeiro pela saída dos segurados se não conseguirem novos entrantes que compensem suas curvas atuariais.

Outra preocupação na gestão do setor de saúde é o modelo de reembolso existente na maioria dos contratos entre operadoras de saúde e hospitais baseado no pagamento por serviços prestados e não nos resultados alcançados no tratamento. Isso faz com que o foco esteja no ganho a curto prazo e não na melhoria da qualidade de vida do paciente.

Foi identificado pela análise das entrevistas o problema quanto às falhas de comunicação de dados de gestão de pacientes entre os participantes do setor, quer sejam hospitais, operadoras e fabricantes e como isso leva à perda da contabilização dos resultados obtidos em termos de ATS pelos órgãos reguladores. A falta de interoperabilidade e transparência contradiz diretamente as premissas de gestão estratégica citadas por Steenbergen *et al.* (2023), onde a análise integrada dos determinantes de custo ao longo do ciclo assistencial é fundamental para a sustentabilidade do sistema. Considerando-se que no setor da saúde suplementar, apesar de ele cobrir em torno de 25% de toda a população brasileira, há pouca disponibilidade de dados confiáveis, os estudos de viabilidade econômica não conseguem ser realizados para a aplicação de critérios de saúde baseada em evidências que possam defender a incorporação de melhorias de efeito a longo prazo.

Essa escassez de dados compartilhados é frequentemente justificada pelos atores do setor como uma cautela jurídica. No entanto, conforme detalhado no Apêndice E, a adequação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) não deve impedir a análise de dados anonimizados para fins de saúde pública e suplementar, mas sim estabelecer os protocolos de segurança necessários para tal, garantindo que a inteligência de dados não comprometa a privacidade individual (Brasil, 2018).

Entretanto, quando da análise das operadoras verticalizadas com carteiras formadas por pessoas físicas, o custo-benefício encontra pontos de sustentação na melhoria contínua e na incorporação de novas tecnologias que atendam a qualidade de vida do paciente e a menor intercorrência de cuidados, reduzindo o tempo de hospitalização e o número de intervenções e então percebe-se um interesse constante por parte das mesmas na pesquisa por melhoria contínua em seus processos e produtos, o que indica que através da correta gestão consegue-se atingir o equilíbrio de sinistralidade necessário.

5.4 DAS MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NA DECISÃO DE INCORPORAÇÃO

Entende-se, portanto, que existe uma questão crítica de gestão do setor que afeta diretamente qualquer atualização tecnológica que, por mais que esteja alicerçada pelas avalições econômicas de saúde, é atrasada em sua aplicação devido às características do mercado como dependente do paradigma da falta de sustentação orçamentária. Para superar esse impasse, a sugestão recai sobre a transição para modelos de VBHC, que, segundo Khalil *et al.* (2025), alinham incentivos à geração de valor, equilibrando sustentabilidade econômica com centralidade no paciente.

A quebra deste paradigma sugerida pelo VBHC pretende uma entrega de valor mais humanizada dando importância para modelos de decisão compartilhada com o que mais importa para o paciente. O propósito de melhorar a experiência do mesmo com a correta escolha do tratamento tendo-se em conta que não se tenha um custo sem necessidade e sem sobrecarregar ou estressar o paciente é a base dessa abordagem que encontra respaldo em Stratil *et al*. (2022), que defendem processos decisórios estruturados capazes de ponderar critérios técnicos com valores sociais e institucionais.

Assim, quando implementa-se alguma linha de cuidado com o critério do VBHC em um paciente hospitalizado que está sendo financiado por uma operadora, todos atores do processo vão acompanhar aquela linha de cuidado do início ao fim e esse resultado vai passar a ser um dado de interesse compartilhado e não esquecido e, com este monitoramento de forma permanente, tem-se um processo de melhoria contínua observado por toda a cadeia e assim, se fosse aplicado esse acompanhamento de resultados dentro do sistema de auditorias das operadoras de saúde, isso poderia validar a escolhas dos procedimentos mais adequados para uma determinada classe de tratamento.

Uma vez que as operadoras têm relutância no compartilhamento dos dados de seus beneficiários, critérios de gerenciamento de dados com proteção de informações sigilosas de sua gestão de processos e custos poderia ser um motivador para o envio das informações tornando sua coleta automática. Contudo, a anonimização e a pseudoanonimização de dados sensíveis permitem a extração de inteligência analítica sem comprometer a privacidade do paciente. A fundamentação legal e os mecanismos de governança de dados necessários para viabilizar essa proposta são tratados em profundidade no Apêndice E.

Entende-se, portanto, que a possibilidade da melhoria no compartilhamento dos dados de saúde de pacientes ao longo de suas trajetórias de tratamento seria a forma de aprimorar uma medicina realmente baseada em evidências sem se perder de vista a lei geral de proteção de

dados, com a possibilidade de manter-se o sigilo pessoal dos participantes e tratar os dados de forma coletiva na análise macroeconômica, graças ao avanço da tecnologia de dados a serviço da saúde.

Em se tratando de processos de ATS, foi observado durante as entrevistas que não existe um protocolo único e nem uma orientação certificada pelos órgãos de controle como CONITEC e COSAUDE para os hospitais realizarem a avaliação de novas tecnologias. Também foi identificado que quando hospitais não possuem uma área própria de avaliação de incorporações de novas tecnologias pode-se concluir que, dada a complexidade da ATS, falte também uma formação específica para a realização correta dos protocolos por parte das equipes de saúde. Tampouco existe sua compreensão por todos os tomadores de decisão ao longo da cadeia da saúde suplementar, sejam eles da área administrativa dos hospitais e operadoras de saúde, engenharia clínica, direção geral ou comitês de ética. Entende-se pelas entrevistas que essa necessidade configura-se como uma real lacuna que afeta todo o sistema e, portanto, pode-se concluir que a existência de uma ferramenta que possa orientar a instalação de protocolos validados por toda a cadeia do setor da saúde suplementar trará os benefícios de uma melhor gestão de processos e tomada de decisão para os atores do setor, assim como para os pacientes que se beneficiariam da implantação de melhores práticas na incorporação de novas tecnologias.

Como recomendação de melhores práticas na gestão das ferramentas de avaliação econômica em saúde para as decisões de incorporação de novas tecnologias propõe-se neste trabalho a aplicação de um modelo metodológico adaptado ao contexto brasileiro da saúde suplementar, que una rigor científico, agilidade de avaliação, foco em valor baseado em valor e análise de EMR. Assim, surge a indicação da necessidade de um protocolo de padronização da avaliação, com participação de múltiplos atores e adaptado à realidade da regulação brasileira dos modelos de reembolso atuais empregados pelas operadoras de saúde.

5.4.1 Modelo de ATS na Saúde Suplementar

A partir do reconhecimento de que o modelo metodológico desenvolvido pela CONITEC constitui o principal arcabouço técnico legitimado no Brasil para a ATS, e que tal modelo apresenta elevado grau de alinhamento com padrões internacionais, baseando-se em evidências científicas robustas e incorporando análises econômicas e orçamentárias estruturadas, entende-se que a aplicação direta desse modelo para a saúde suplementar pode-se tornar limitada, em razão das especificidades do setor privado. Assim, sem perder sua

legitimidade técnica e institucional é necessária sua adaptação ao contexto suplementar, uma vez que o setor privado opera sob lógicas próprias de financiamento, gestão de risco atuarial, competição entre operadoras e maior exigência de agilidade decisória.

Diante desse cenário, propõe-se a adaptação do modelo CONITEC do SUS, preservando-se seu núcleo técnico-metodológico, porém ajustando seus instrumentos de aplicação às especificidades do setor de saúde suplementar ao estruturar-se este modelo metodológico de avaliação em quatro etapas complementares: a) núcleo técnico totalmente suportado pelas bases do modelo da CONITEC; b) adaptação das análises econômicas à lógica da saúde suplementar; c) estudo de evidências encontradas no mundo real; e d) consolidação das evidências para uma combinação regulatória com a ANS. Tal adaptação é essencial para mitigar o que Tallarico *et al.* (2022) identificam como a falta de qualificação em ATS nas equipes hospitalares, que muitas vezes tomam decisões fragmentadas baseadas apenas no registro sanitário, sem análise da viabilidade macroeconômica.

A primeira etapa corresponde ao núcleo técnico, fortemente inspirado no modelo da CONITEC. Nessa camada concentram-se a identificação e caracterização da tecnologia em saúde, a avaliação da evidência clínica, a análise da efetividade e da segurança, bem como a graduação da qualidade da evidência e da força das recomendações. Esses elementos são considerados essenciais para assegurar padronização metodológica, comparabilidade dos resultados e alinhamento com os princípios da saúde baseada em evidências. Tal importância acentua a questão do hospital ser possuidor de um núcleo técnico devido ao fato deles atuarem como porta de entrada de novas tecnologias no sistema de saúde, conforme lembra Campolina; Yuba; Soárez (2022). Esse núcleo técnico dentro do hospital, dada a sua heterogeneidade de atores, traz esta vantagem para a aplicação da ADMC, conforme indicada por Dai *et al*. (2022), como uma subdisciplina da pesquisa operacional, ancorada em fundamentos da economia, gestão, matemática e psicologia e voltada para decisões impactadas por múltiplos objetivos e critérios conflitantes, organizando a subjetividade de forma transparente e consistente. Para operacionalizar essa etapa e reduzir a subjetividade apontada nas entrevistas, sugere-se a aplicação da ADMC que conforme Sánchez-Martínez *et al.* (2024), permite ponderar critérios conflitantes como eficácia clínica e impacto orçamentário evitando-se juízos qualitativos em prol de índices comparáveis para a decisão.

A segunda etapa refere-se à adaptação das análises econômicas ao contexto da saúde suplementar. Diferentemente do enfoque adotado no Sistema Único de Saúde, as avaliações econômicas passam a considerar a perspectiva das operadoras e dos prestadores, contemplando aspectos como sustentabilidade financeira, impacto na sinistralidade, custo assistencial

incremental e valor clínico agregado. Nessa etapa, incluem-se estudos de custo-efetividade, microcusteio hospitalar e análises de impacto orçamentário segmentadas por perfil de beneficiários.

A terceira etapa incorpora a geração de evidências do mundo real, elemento de particular relevância para a saúde suplementar. A incorporação de EMR responde diretamente à lacuna identificada por Kim *et al.* (2021) e Federici e Torbica (2021), permitindo reavaliar o desempenho das tecnologias pós-incorporação e ajustar as decisões de cobertura com base em dados concretos de efetividade e não apenas em ensaios clínicos controlados. Essa etapa envolve a implementação controlada das tecnologias avaliadas, a coleta sistemática de desfechos clínicos e econômicos em ambiente assistencial real e a consolidação de indicadores de qualidade, segurança e custo.

Para a etapa de geração de EMR, propõe-se a adoção de uma matriz mínima de indicadores a serem monitorados durante a fase piloto tais como: taxa de reinternação em 30 e 90 dias, custo médio por episódio assistencial, duração média de internação, incidência de eventos adversos e taxa de adesão ao protocolo clínico. Aliado a estas temos ainda as medidas de experiência relatadas pelo paciente (PREMs: *Patient-Reported Experience Measures*) e percepção do cuidado (PROMs: *Patient-Reported Outcome Measures*) que são respectivamente as medidas focadas respectivamente na jornada do paciente (PREMs) e nos resultados de saúde (PROMs) sob a ótica do paciente. Ambos são determinantes na avaliação da qualidade e do valor na saúde. Esses indicadores são fundamentais para operacionalizar a visão de Das (2023) sobre o ciclo de engajamento do paciente, transformando a percepção de valor em métrica de gestão.

A quarta etapa corresponde à consolidação das evidências produzidas para fins de diálogo regulatório. Os dados clínicos, econômicos e de mundo real são organizados em dossiês técnicos padronizados, capazes de subsidiar o diálogo entre hospitais, operadoras e a ANS, favorecendo maior previsibilidade e racionalidade regulatória.

Tem-se que considerar que a execução completa dessasvárias etapas pode comprometer a agilidade decisória por criar gargalos burocráticos se não houver prazos definidos e para isso é importante um ancoramento metodológico com um cronograma de ações a serem desenvolvidas.

Para a gestão de tempos sugerem-se os seguintes critérios de fluxo como mecanismo de solução para a morosidade do processo de incorporação da ANS:

Quadro 6 - Critérios para adoção de fluxo rápido ou completo

Critério	Fluxo rápido (*fast-track*)	Fluxo completo
Risco clínico	Baixo	Moderado ou alto
Impacto orçamentário	Baixo	Moderado ou alto
Evidência disponível	Alta qualidade	Incerteza relevante
Implementação piloto	Dispensável	Obrigatório

Fonte: elaborado pelo Autor (2026).

No âmbito operacional, o modelo de avaliação inicia-se com a identificação de uma tecnologia inovadora por hospitais, operadoras ou fabricantes. Em seguida, procede-se à caracterização clínica da tecnologia e à avaliação da evidência científica, conforme o padrão metodológico inspirado na CONITEC. A partir dos resultados clínicos, são conduzidas as análises econômicas adaptadas ao contexto suplementar, seguidas da implementação piloto da tecnologia em ambientes controlados.

Durante a fase de implementação piloto, são coletados dados de mundo real que permitem avaliar o desempenho efetivo da tecnologia, seus custos reais e seus impactos assistenciais. Esses dados são consolidados em relatórios técnicos institucionais, que podem subsidiar negociações técnicas com operadoras e, eventualmente, processos futuros de avaliação regulatória.

O desafio para essa etapa é o cumprimento por parte de todos os atores com a obrigatoriedade da interoperabilidade de dados para a coleta sistemática de desfechos de dados de mundo real com o uso da TISS, (Troca de Informação de Saúde Suplementar) que é um padrão obrigatório no Brasil, regulamentado pela ANS, para a comunicação eletrônica entre operadoras de planos de saúde e prestadores, padronizando dados de atendimento e faturamento para maior transparência e gestão. O TISS envolve o uso de guias padronizadas (como guia de consulta, e honorários) e componentes para padronizar a comunicação e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Deve-se ressaltar, que a utilização secundária desses dados para fins de ATS deve seguir as bases legais de legítimo interesse e tutela da saúde previstas na LGPD. O fluxo operacional para garantir essa conformidade no uso do padrão TISS encontra-se sistematizado no Apêndice E.

Assim, com o compartilhamento de informações entre os diversos avaliadores de tecnologia promove-se à excelência em todo o setor de saúde suplementar evitando-se desperdícios em termos de tempo, eficiência e outros custos vindos com a má gestão da saúde do paciente.

Quadro 7 - Indicadores mínimos de EMR

Dimensão	Indicadores
Clínica	Taxa de reinternação; eventos adversos; duração da internação
Econômica	Custo médio por episódio; custo incremental
Experiência do paciente	PREMs; PROMs
Processo assistencial	Adesão a protocolos; tempo de resposta

Fonte: elaborado pelo Autor (2026).

Tendo-se presente que os hospitais não dispõem de áreas de incorporação de novas tecnologias por razões orçamentárias uma vez que a implementação de um modelo de avaliação estruturada de ATS demanda recursos financeiros, capacidade analítica e infraestrutura institucional, propõe-se aqui um processo de compartilhamento do risco por parte dos fabricantes de produtos com a sua participação como financiadores dessa estrutura dentro dos hospitais, como já se tem notícias conforme relatado nas entrevistas. Este modelo de parceria alinha-se às estratégias de inovação aberta e capacidade dinâmica discutidas por Giniunienė *et al.* (2023), permitindo que as organizações de saúde absorvam inovações sem comprometer sua solvência imediata.

Contudo, para mitigar o risco de conflito de agência e assegurar a isenção decisória, esta proposta deve ser estruturada sob princípios rigorosos de governança corporativa e compliance, conforme discutido por Pimenta Junior (2020). Daí a necessidade de estabelecer-se uma segregação de funções onde o aporte financeiro da indústria seja destinado exclusivamente à estruturação metodológica e capacidade analítica do núcleo de ATS, sem qualquer vinculação à aprovação do produto específico. Nessa estrutura, o papel do fabricante será o de agente de fomento técnico, vedando-se sua participação nos comitês de decisão. A operacionalização desse modelo requer a adoção de acordos de cooperação técnica com cláusulas explícitas de "blindagem de dados", garantindo que o financiador tenha acesso apenas a relatórios agregados e anonimizados para fins de EMR, preservando a independência clínica e a privacidade dos pacientes.

O princípio fundamental que orienta esse modelo consiste na separação entre o financiamento da capacidade institucional e a influência sobre a decisão de incorporação tecnológica. O apoio da indústria deve ser direcionado exclusivamente ao fortalecimento da capacidade técnica e analítica das instituições de saúde, vedando-se qualquer interferência nos processos decisórios relacionados à adoção de tecnologias específicas. Tais acordos devem conter cláusulas explícitas de neutralidade tecnológica, independência decisória, transparência e conformidade com princípios de compliance, delimitando de forma clara as responsabilidades das partes envolvidas.

Quadro 8 - Lista de aspectos éticos para acordos de cooperação técnica

Requisito	Descrição
Neutralidade tecnológica	Vedação à menção de marcas e produtos
Blindagem de dados	Acesso apenas a dados agregados e anonimizados
Independência decisória	Indústria não participa de comitês
Transparência	Divulgação pública de acordo
Limitação temporal	Prazo definido para apoio financeiro

Fonte: elaborado pelo Autor (2026).

Contudo, a efetividade prática do modelo aqui proposto depende, além de sua formulação técnica, da coerência entre os critérios de avaliação e os parâmetros econômicos que estruturam o setor. Conforme discutido na Seção 2.4.1, a predominância do modelo de remuneração por serviço (*fee-for-service*) traz limitações importantes, ao priorizar o volume de procedimentos em detrimento dos desfechos clínicos e da incorporação de critérios orientados ao valor. Assim, a aplicação das etapas de avaliação econômica e de monitoramento por EMR pode produzir efeitos limitados se não estiver associada a uma transição gradual para modelos de pagamento baseados em valor, como *bundled payment* ou *capitation*. A mudança da lógica de financiamento, deslocando o foco da quantidade para a eficiência do tratamento, revela um importante incentivo à adoção de tecnologias custo-efetivas de longo prazo, contribuindo para a sustentabilidade e a efetividade do processo decisório em saúde suplementar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

6.1 Principais resultados encontrados na pesquisa de campo

Os resultados da pesquisa de campo revelam uma dissonância estrutural entre o arcabouço regulatório formal e a prática decisória do setor de saúde suplementar. Evidenciou-se que, a despeito do reconhecimento teórico da análise de custo-efetividade como critério ideal pelos atores entrevistados, a decisão efetiva de incorporação é predominantemente governada pela lógica do impacto orçamentário de curto prazo, visando a preservação da solvência imediata das operadoras frente à incerteza atuarial.

Adicionalmente, os dados empíricos confirmam uma lacuna sistêmica caracterizada pela ausência de uma efetiva aplicação de mecanismos para avaliação pós-incorporação de novas tecnologias, dado que a obrigatoriedade de monitoramento e a forma como são aplicadas variam no monitoramento de desempenho pós-incorporação. Também é digno de nota pelas observações na pesquisa de campo, o uso incipiente de EMR, perpetuando um modelo de gestão ainda fragmentado, dependente da lógica de pagamento por serviço (*fee-for-service*) e marcado pela assimetria de informações que dificulta a transição para a saúde baseada em valor.

6.2 Observações sobre os objetivos específicos desta pesquisa

Deve-se destacar que, quando se analisa o atingimento dos objetivos específicos desta pesquisa, o exame do arcabouço regulatório e a investigação dos critérios decisório, primeiro e segundo objetivos respectivamente, permitiram diagnosticar um descompasso entre a norma técnica e a realidade de mercado. Observou-se que, embora as diretrizes da ANS e os modelos internacionais de ATS recomendem como fator principal a análise de custo-efetividade, a prática dos atores do setor é predominantemente guiar o processo de decisão pela lógica do impacto orçamentário de curto prazo sob a ótica do risco de insolvência. A investigação da percepção dos atores, enquanto terceiro objetivo específico desta pesquisa, revelou que os maiores desafios para a incorporação tecnológica são tanto financeiros quanto estruturais, destacando-se a falta objetiva de um monitoramento de desempenho pós-incorporação, a fragmentação dos dados assistenciais e a predominância de modelos de remuneração que desestimulam a geração de valor a longo prazo.

A fim de responder ao quarto objetivo específico deste trabalho, o estudo trouxe a sugestão de uma abordagem que visa equipar o setor de saúde suplementar de mecanismos que

permitam a transição de uma gestão baseada puramente em custos para uma estratégia de saúde baseada em valor (VBHC), garantindo a sustentabilidade das operadoras sem comprometer o acesso à inovação e a segurança do paciente.

Entre outras, recomenda-se a adaptação do modelo metodológico, empregado pela CONITEC, empregado no mercado público, para a realidade da saúde suplementar uma vez que é reconhecido como estado da arte pelos especialistas em ATS entrevistados e também práticas que permitam a implementação de processos de decisão multicritério (ADMC) e do uso sistemático de EMR.

Por fim, considerando a natureza aplicada do mestrado profissional, este trabalho teve como foco central a análise dos processos de avaliação, incorporação e monitoramento de novas tecnologias no setor da saúde suplementar, buscando transformar o rigor metodológico da pesquisa em uma contribuição concreta para o debate sobre a sustentabilidade da saúde suplementar, alcançando seus objetivos ao propor um produto técnico com potencial de impacto setorial.

Os resultados encontrados indicam que a ineficiência do monitoramento pós-incorporação não é devida à ausência de instrumentos, mas de sua aplicação heterogênea, agravada pela assimetria no compartilhamento de informações entre os atores do setor e pela predominância de modelos de remuneração que limitam a percepção da geração de valor no longo prazo. Diante desse diagnóstico, o estudo recomenda a adoção de um modelo de governança mais participativo, orientado pelos princípios da saúde baseada em valor e apoiado no uso sistemático de evidências de mundo real para reduzir incertezas decisórias.

Do ponto de vista científico e regulatório, recomenda-se que esse processo integrado de monitoramento pós-incorporação seja reavaliado dentro do arcabouço normativo da ANS, como forma de ampliar sua aplicação efetiva com a devida transparência e segurança jurídica fortalecida a fim de contribuir para a sustentabilidade do setor tanto público quanto privado. Da mesma forma, recomenda-se maior transparência quanto às questões de agenda dos participantes convidados às mesas de trabalho das comissões de avaliação de novas tecnologias.

Assim sendo, torna-se necessário sugerir recomendações direcionadas aos principais atores da saúde suplementar, com vistas ao fortalecimento dos processos de gestão, à redução de incertezas regulatórias e ao avanço sustentável do setor, o que será apresentado na seção seguinte.

6.3 Recomendações para o setor da saúde suplementar no Brasil

Atendendo-se ao objetivo específico de propor melhores práticas de gestão para o setor, baseando-se na análise crítica desenvolvida no capítulo anterior, o quadro abaixo sintetiza essa contribuição ao correlacionar recomendações para as lacunas sistêmicas diagnosticadas enquanto gargalos estruturais que comprometem a eficiência do atual modelo de incorporação.

Quadro 9 - Lacunas sistêmicas e recomendações de melhores práticas

Lacunas sistêmicas	Recomendações do autor	Detalhamento das ações propostas
Dissonância entre regulação, focada em eficácia, e prática em impacto orçamentário de curto prazo para o processo de incorporação.	Adaptação das análises econômicas ao setor privado com a criação e padronização de comitês internos nos hospitais para ATS voltada ao setor da saúde suplementar.	Ajustar as avaliações econômicas (baseadas na CONITEC) considerando a perspectiva das operadoras quanto a sinistralidade, microcusteio e sustentabilidade financeira.
Ausência de monitoramento pós-incorporação.	Geração de evidências de mundo Real (EMR) com apoio dos comitês internos de ATS nos hospitais	Implementar uma fase piloto no fluxo de avaliação com a coleta de dados reais para reavaliar as coberturas.
Tomadas de decisão com falta de objetividade em fatores conflitantes.	Adoção da análise de decisão multicritério (ADMC)	Utilizar ADMC para avaliar quantitativamente os critérios conflitantes, reduzindo juízos qualitativos com aumento da transparência decisória.
Falta de dados centrados no paciente e foco excessivo em métricas financeiras/administrativas.	Incorporação de indicadores PREMs e PROMs	Adotar indicadores de medidas de experiência (PREMs) e desfechos relatados pelo paciente (PROMs) com o uso de VBHC.
Escassez de dados compartilhados e interoperabilidade.	Uso do padrão TISS para fins de ATS.	Aumentar o controle para evitar que informações sejam retidas pelas operadoras/hospitais e utilizar os dados com inteligência analítica e EMR, e LGPD para superar a barreira do sigilo competitivo.
Morosidade do processo regulatório (demora na análise trava a inovação).	Critérios de fluxo rápido (*fast-track*) (baixo risco clínico, baixo impacto orçamentário)	Estabelecer critérios objetivos para adotar um fluxo de aprovação simplificado, e reduzir a demora na análise para incorporação.
Falta de orçamento hospitalar para manter comitês de ATS.	Financiamento pela indústria	Fabricantes participando do ATS nos hospitais compartilhando riscos, com segregação de funções e blindagem de dados para evitar conflito de interesses.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

A sugestão do modelo de avaliação tem por objetivo contribuir para a padronização dos processos de avaliação de tecnologias entre hospitais, reduzir a assimetria de informações entre os diferentes atores do sistema e fortalecer a incorporação de práticas de saúde baseada em evidências enquanto entende que pode-se criar condições institucionais para um diálogo mais técnico e previsível com as operadoras e com a ANS, promovendo maior alinhamento entre inovação tecnológica, valor assistencial e sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

As vantagens esperadas deste modelo são as de criar maior agilidade nos processos de introdução de novas tecnologias sem perder o rigor técnico, centralizado no paciente e no valor em saúde de forma mais adaptada às inovações emergentes de qualquer natureza (dispositivos implantáveis, equipamentos, terapias genéticas e inteligência artificial) e assim trazendo maior transparência, valorizando-se as evidências científicas e a participação social.

Portanto, recomenda-se a aplicação do modelo proposto à avaliação de tecnologias emergentes de alta complexidade, tais como terapias gênicas, dispositivos implantáveis inovadores e soluções baseadas em inteligência artificial, de modo a testar sua flexibilidade, robustez metodológica e capacidade de adaptação frente a diferentes perfis de inovação tecnológica.

6.4 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros

Como desdobramento natural desta investigação qualitativa, recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros de natureza quantitativa, especialmente por meio de pesquisas de levantamento. Conforme destaca Gil (2017), esse delineamento possibilitará a interrogação direta de um número significativo de respondentes acerca do fenômeno investigado, permitindo, por meio de tratamento estatístico, a obtenção de inferências compatíveis com os dados coletados. Nesse sentido, sugere-se a aplicação de questionários estruturados junto a uma amostra ampliada de gestores de operadoras e prestadores de serviços em âmbito nacional. Tal estratégia contribuiria para mensurar a frequência e a intensidade dos padrões identificados em profundidade neste estudo, possibilitando testar se a predominância do critério de impacto orçamentário em relação à custo-efetividade configura-se como um comportamento disseminado no mercado de saúde suplementar brasileiro, ou se reflete, predominantemente, as percepções do grupo de decisores aqui analisado.

Também em termos de recomendações para estudos futuros, destaca-se a necessidade de validação empírica do modelo proposto por meio de sua aplicação em contextos reais de

decisão no âmbito da saúde suplementar através de estudos de natureza aplicada, envolvendo hospitais de diferentes perfis assistenciais e operadoras de distintos portes, que poderão contribuir para avaliar a efetividade do modelo sugerido em termos de agilidade decisória, qualidade das decisões e impacto sobre custos e desfechos clínicos. No campo da economia da saúde, futuras investigações poderão explorar a aplicação prática de mecanismos de precificação baseada em valor, incluindo modelos de pagamento por performance e compartilhamento de risco. Essa agenda de pesquisa é vital para consolidar a transição do modelo *fee-for-service* para o *pay for performance* (P4P) ou *bundled payments*, conforme tipologia apresentada por Leal e Lima (2022), visando a sustentabilidade de longo prazo do setor.

Recomenda-se, ainda, o aprofundamento de pesquisas voltadas à utilização de EMR, especialmente no que se refere à interoperabilidade de sistemas de informação, à qualidade dos dados gerados e à incorporação sistemática de medidas reportadas pelos pacientes. Esses estudos poderão fortalecer a base empírica do modelo e ampliar sua aderência às abordagens contemporâneas de saúde baseada em valor.

No campo da economia da saúde, futuras investigações poderão explorar a aplicação prática de mecanismos de precificação baseada em valor, incluindo modelos de pagamento por performance e compartilhamento de risco entre operadoras e fabricantes, bem como a definição de parâmetros de custo-efetividade adequados à realidade da saúde suplementar brasileira.

Adicionalmente, sugere-se a realização de estudos específicos sobre os mecanismos de governança ética e compliance associados à participação da indústria no financiamento da capacidade institucional de avaliação, avaliando-se a efetividade de instrumentos como os acordos de cooperação técnica na mitigação de conflitos de interesse.

6.5 Considerações finais

Considerando-se toda a complexidade que envolve a saúde suplementar no Brasil, este estudo buscou analisar caminhos possíveis para gerenciar o conflito entre a finitude dos recursos e a infinidade das demandas em saúde. A proposta de um modelo de avaliação fundamentado em critérios multicritério e EMR apresenta-se não como uma solução definitiva, mas como uma contribuição acadêmica para o aprimoramento dos processos de gestão do setor.

Espera-se que as reflexões propostas tornem-se um ponto de partida para futuras investigações e que, somadas a outros esforços de pesquisa, possam auxiliar gestores e

reguladores na complexa tarefa de harmonizar a sustentabilidade econômica com o propósito maior de todo o sistema: a entrega de valor, segurança e bem-estar aos pacientes

REFERÊNCIAS

AREIAS, C. A. C.; CARVALHO, J. V. F. Reinsurance in the supplementary health: a counterfactual study on the impacts of reinsurance treaties adoption by healthcare plans operators in Brazil. **Brazilian Business Review**, Vitória, v. 18, n. 5, p. 517-535, 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Balanço Observatório ANAHP ;março 2025**. São Paulo: ANAHP, 2025. Disponível em: https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2025/04/Balanco_Observatorio_Anahp_Marco25.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti**: qualitative data analysis software. Version 25. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2025. Disponível em: https://atlasti.com. Acesso em: 10 jan. 2026.

AZEVEDO, C. S. **A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde**: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARKAOUI, H.; BEN REJEB, H.; BARKAOUI, A.; TAVARES, João Manuel R. S. Multi-criteria decision making for medical device development. **Engineering Management Journal**, v. 35, n. 2, 2023.

BERTRAM M.Y.; LAUER J.A.; STENBERG K.; EDEJER T. Methods for the economic evaluation of health care interventions for priority setting in the health system: an update from WHO CHOICE. **Int J Health Policy Manag**. 2021;10(11):673-677. DOI:10.34172/ijhpm.2020.244

BERTHET V (2022) The Impact of Cognitive Biases on Professionals' Decision-Making: A Review of Four Occupational Areas. Front. Psychol. 12:802439. doi: 10.3389/fpsyg.2021.802439

BRANDÃO S.M.G. ; BRUNNER-LA ROCCA H.P.; PEDROSO DE LIMA A.C.; ALCIDES BOCCHI E. A review of cost-effectiveness analysis: from theory to clinical practice. **Medicine** 2023;102:42(e35614). http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000035614

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. **(Brasil, 1998)**

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em 24 ago 2025. **(Brasil, 2000)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/970. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2010)**

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em 24 ago 2025. **(Brasil, 2011)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas:** análise de impacto orçamentário: manual para o Sistema de Saúde do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_analise_impacto.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025. **(BRASIL, 2012).**

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 24 de ago de 2025. **(Brasil, 2016)**

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em 24 ago 2025. **(Brasil, 2018)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 470, de 9 de julho de 2021**. Dispõe sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e a atuação da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Cosaúde). Rio de Janeiro: ANS, 2021.
Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/RN470.pdf. Acesso em 24 de ago 2025. **(Brasil, 2021)**

BRASIL. Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656/1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14307.htm. Acesso em 24 ago 2025. **(Brasil, 2022a)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Diretrizes metodológicas: estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde**. 1 ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_metodologica_microcusteio_avaliacoes_economicas_1ed.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2022b)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório Anual de Gestão e de Atividades: Exercício 2023**. Rio de Janeiro: ANS, 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-

contas/prestacao-de-contas/Relatorio_anual_de_gestao_RAG_2023_r05final.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025. **(Brasil, 2023a)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos. Acesso em: 24 ago. 2025. **(BRASIL, 2023b).**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS). **Manual FormRol Web:** apresentação de propostas de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde. Versão 2.0. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2023c. Acesso em 25 de ago 2025. **(Brasil, 2023c)**

BRASIL. Agência Gov. **Governo Federal cumpre pisos constitucionais com Saúde e Educação 2024**. Brasília, DF, 31 jan. 2025a. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202501/governo-federal-cumpre-pisos-constitucionais-com-saude-educacao-2024. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025a)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga dados de beneficiários referentes a abril de 2025**. Brasília, DF: ANS, 5 jun. 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-abril-de-2025-2. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025b)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resumo sobre as modalidades de operadoras**. Brasília, DF: ANS, 2025c. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025c)**

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sumário Executivo do Relatório de Gestão 2024**. Brasília, DF: ANVISA, 2025d. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/gestao/relatorios-de-gestao/SumarioExecutivoANVISA2024_VersaoCompleta.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025d)**

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública**. Brasília, DF: Funasa, 2025e. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025e)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Assuntos**. Brasília, DF, 2025f. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025f)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Judicialização**. Brasília, DF, 2025g. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/judicializacao. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025g)**

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). **Submissão de propostas**. Brasília, DF, 2025h. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/submissao-de-propostas. Acesso em: 24 ago. 2025. **(Brasil, 2025h)**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Normas e atualizações do Padrão TISS** (Troca de Informações na Saúde Suplementar). Rio de Janeiro: ANS, 2026. Disponível em: www.gov.br/ans/tiss **(Brasil, 2026)**

CAMPOLINA, A. G.; YUBA, T. Y.; SOÁREZ, P. C. Decision criteria for resource allocation: an analysis of CONITEC oncology reports. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.14242021EN

CANTONE, D.; GIARLOTTA, A.; WATSON, S. Choice resolutions. **Journal of Logic and Computation**, v. 30, n. 4, p. 899-931, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00355-020-01285-9. Acesso: 28 ago. 2025

CHRISTENSEN, C. M. **O dilema da inovação**: quando as novas tecnologias levam empresas ao fracasso. São Paulo: Makron Books, 1997.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

COSTA, N. R. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28192016

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative,** quantitative, and mixed methods approaches. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2009.

DAI, Z.; XU, S.; WU, X.; HU, R.; LI, H.; HE, H.; HU, J.; LIAO, X. Knowledge Mapping of Multicriteria Decision Analysis in Healthcare: A Bibliometric Analysis. **Frontiers in Public Health**,10:895552. DOI: 10.3389/fpubh.2022.895552, 2022.

DAS, Roshni. Book review essay: How to craft a value-based strategy for your healthcare organization. **Public Organization Review**, v. 23, p. 1563-1570, 2023.

DATAINFO. **Tipos e modalidades de operadoras de planos de saúde**. 2025. Disponível em: https://www.datainfo.inf.br/tiposmodalidadesoperadorasdeplanosdesaude/. Acesso em: 24 ago. 2025.

DE BRUIN, W. B.; PARKER, A. M.; FISCHHOFF, B. Decision-making competence: more than intelligence? **Current Directions in Psychological Science**, v. 29, n. 2, p. 186-192, 2020.

DYE, Thomas R. ***Understanding public policy***. 15. ed. Boston: Pearson, 2017.

FEDERICI C.; TORBICA A. Expanding the role of early health economic modelling in evaluation of health technologies: Comment on "Problems and promises of health technologies: the role of early health economic modeling." **Int J Health Policy Manag.** 2021;10(2):102-105. DOI:10.15171/ijhpm.2020.18

FERNANDES, A. S. A.; AMORIM, A. M. Incorporação de tecnologias em saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma análise pela perspectiva do modelo de coalizão de defesa (2007-2016). **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 24, 2025. Disponível em: http://dx.doi.org/10.21529/RECADM.2025002. Acesso em: 10 jan. 2026.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GINIUNIENĖ, J. *et al.* Achieving value-based healthcare through dynamic capabilities and open innovation. In: XXXIV ISPIM INNOVATION CONFERENCE, 2023, Ljubljana, **Anais**, Slovenia, 2023.

HU, Y. K. T.; MACIEL, V. F. (2021). Teto de reajustes de preços no setor de saúde suplementar brasileiro e seus efeitos sobre a quantidade negociada de planos de saúde. **Revista de Economia Mackenzie**, 18(esp.), 176-208. DOI:10.5935/1808-2785/rem.v18nespp.176-208

INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA. **Documento institucional**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://atuarios.org.br. Acesso em: 24 ago. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Posicionamento do IDEC sobre o reajuste dos planos de saúde individuais**. São Paulo: IDEC, 2025. Disponível em: https://idec.org.br. Acesso em: 24 ago. 2025.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pirâmide etária 1970-2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://atlasescolar.ibge.gov.br. Acesso em: 24 ago. 2025.

IESS - INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares: São Paulo: IESS, 2025. Disponível em: https://www.iess.org.br. Acesso em: 27 ago. 2025.

KHALIL H.; AMEEN M.; DAVIES C.; LIU C. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. **Front. Public Health** 13:1514098. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1514098

KIM, H.; GOODALL, S.; LIEW, D. The potential for early health economic modelling in health technology assessment and reimbursement decision-making. **Int J Health Policy Manag** 2021, 10(2), 98–101. DOI: 10.15171/ijhpm.2020.17

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LARSON, B.; CLAWSON, J.; HOWARD, J. Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade. **NEJM Catalyst Innovation in Care Delivery,** 2023. DOI: 10.1056/CAT.22.0332.

LILE, S.; ANSARI S.; URMETZER F. (2025) Rethinking disruptive innovation: unravelling theoretical controversies and charting new research frontiers, **Innovation,** 27:3, 394-416, DOI: 10.1080/14479338.2024.2313197. Acesso em 26 ago. 2025.

LEAL C.R.N.; LIMA A.F.C. Possibilidades da aplicação de diferentes modelos de remuneração da prestação de serviços no Sistema de Saúde Suplementar. **Rev Paul Enferm.** 2022;33:A02. https:// doi.org/10.33159/25959484. repen.2022v33a02

LINDBLOM, Charles E. The science of muddling through. **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79 - 88, 1959. Disponível em: http://links.jstor.org/sici?sici=0033-3352%28195921%2919%3A2%3C79%3ATSO%22T%3E2.0.CO%3B2-7. Acesso em 27 ago. 2025.

LISBÔA, R.; CAETANO, R. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. Rio de Janeiro. **Saúde em Debate,** vol. 44, núm. 127, pp. 1255-1276, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012723.

LU, Yi-Long; LU, Yang-Fan; REN, Xiangjuan; ZHANG, Hang**.** Exploring the bounded rationality in human decision anomalies through an assemblable computational framework. **Cognitive Systems Research**, v. 83, 2025. https://doi.org/10.1016/j.cogpsych.2025.101713.

MATEI, G.; FRANCU, C. C. The impact of innovation strategy on business performance in public vs. private healthcare: a systematic literature review. **Sciendo.** DOI: 10.2478/picbe-2025-0284. 2025.

MAZZONI, L. O processo de incorporação de tecnologias no Rol da ANS e a discussão sobre taxatividade. **Migalhas**, 8 out. 2025. Disponível em: https://www.migalhas.com.br. Acesso em: 24 ago. 2025.

MCCAUSLAND, T. Is Christensen's theory of "disruptive innovation" still relevant? **Research-Technology Management**. p. 51-56. July-August 2023

MENDONÇA, G. O. S.; ARANTES, A. C. W. C. Direito à saúde e federalismo solidário: impactos das decisões judiciais nas finanças públicas. **Revista Foco.** Curitiba (PR) v.17.n.1|e4134| p.01-23 |2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n1-066.

NEUMANN, P. J. *et al.* Future Directions for Cost-effectiveness Analyses in Health and Medicine. **Medical Decision Making** 2018, Vol. 38(7) 767-777. 2018. DOI: 10.1177/0272989X18798833

NIELSEN, F.; OLIVO, R.; MORILHAS, L. **Guia prático para elaboração de monografias, dissertações e teses em administração**. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

OLIVEIRA, T. S.; PEREIRA, A. M. M. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29(7):1-14. DOI: 10.1590/1413-81232024297.04932024

PHILYPPIS JUNIOR, N. J.; GONÇALVES NETO, C.; FIGUEIREDO, K. F. Escolha de tecnologia em organizações de saúde: proposta de um modelo de análise. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 13, n. 2, 2013.

PIMENTA JUNIOR, J. L. B. Regras de conformidade e regulação: breves apontamentos sobre a governança corporativa na saúde privada do Brasil. **Revista de estudos jurídicos do superior tribunal de justiça**. P. 287-308, 2020.

POLANCZYK, C. A. **Experiências internacionais em avaliação de tecnologias em saúde: implicações para o Brasil**. Porto Alegre: IATS/HCPA, 2021.

PORTER, M. E.; HEPPELMANN, J. E. How smart, connected products are transforming competition. **Harvard Business Review**, v. 92, n. 11, p. 64-88, 2014.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining health care:** creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

RAMOS, M. C.; OLIVEIRA, M. M.; ANDRADE, A.M.; SILVA, E. T.; ELIAS, F. T. S. Interactions between health regulation and health technology assessment for coverage in health systems and comprehensive care. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 1, e220925pt, 2023. DOI 10.1590/S0104-12902023220925en.

ROTH, M.; VAKKURI, J.; JOHANSON, J.E. Value creation mechanisms in a social and health care innovation ecosystem - an institutional perspective. **Journal of Management and Governance** (2024) 28:1017–1048 https://doi.org/10.1007/s10997-024-09696-x

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ F.I.; ABELLÁN-PERPIÑÁN J.M.; MARTÍNEZ-PÉREZ J.E.; GÓMEZ-TORRES J.L. (2024). Design of a multiple criteria decision analysis framework for prioritizing high-impact health technologies in a regional health service. **International Journal of Technology Assessment in Health Care,** 40(1), e21, 1–9 https://doi.org/10.1017/S0266462324000205.

SCHLANDER M. HTA agencies need evidence-informed deliberative processes: Comment on "Use of evidence-informed deliberative processes by health technology assessment agencies around the globe." **Int J Health Policy Manag**. 2021;10(3):158–161. DOI:10.34172/ijhpm.2020.22

ŞENYAPAR, H. N. D. Healthcare marketing evolution: a comprehensive exploration of new-age strategies and patient-centric paradigms. **Journal of Economics and Administrative Sciences**, 25(3): 440-455, 2024. DOI: 10.37880/cumuiibf.1429844

SIMON, H.A. Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organizations. 4. ed. New York: Free Press, 1997.

SOUZA, R. M. L. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

STEENBERGEN, G.; CREMERS, P.; DEKKER, L.; VAN VEGHEL, D. The next phase in the implementation of value-based healthcare: adding patient-relevant cost drivers to existing outcome measure sets. **International journal of healthcare management.** 2023, VOL. 16, NO. 1, 79–85. https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2073004

STRATIL, J. M. *et al*. Advancing the WHO-INTEGRATE framework as a tool for evidence-informed, deliberative decision-making processes. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 11, 2022. DOI 10.34172/ijhpm.2020.193.

TELLES, R. A efetividade da matriz de amarração de Mazzon nas pesquisas em Administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 64-72, out./dez. 2001.

TALLARICO, S. *et al.* Health technology assessment of medical devices: overcoming the critical issues of current assessment. **J Multi-Crit Decis Anal.** 2022;29:150–172. DOI: 10.1002/mcda.1764

TURNER, H. C.; ARCHER, R. A.; DOWNEY, L. E.; ISARANUWATCHAI, W.; CHALKIDOU, K.; JIT, M.; TEERAWATTANANON, Y.. An introduction to the main types of economic evaluations used for informing priority setting and resource allocation in healthcare: key features, uses, and limitations. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 722927, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.722927.

VITAL STRATEGIES. ***Study reveals that 62% of Brazilians do not seek medical attention when in need***. New York: **Vital Strategies**, 12 out. 2023. Disponível em: https://www.vitalstrategies.org. Acesso em: 24 ago. 2025.

WILLIAMSON, O. E. The economics of organization: the transaction cost approach. **American Journal of Sociology**, v. 87, n. 3, p. 548 - 577, 1981. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/2778934. Acesso: 27 ago. 2025.

WANG, D. W. L.; VASCONCELOS, N. P. de; SANTOS, E. F. dos*; et al*. Judicial claims for access to treatment in the private health insurance sector in Brazil. **Health Economics, Policy and Law (2025),** page 1 of 19.
DOI:10.1017/S1744133125000106

APÊNDICES

APÊNDICE A: Modelo de entrevista

Roteiro de perguntas semiestruturadas chaves utilizadas durante as entrevistas com tomadores de decisão atuantes no universo do setor de saúde suplementar brasileiro.

Identificação:

Nome do(a) entrevistado(a); Cargo; Operadora/Instituição; Tempo de atuação na empresa; Formação acadêmica.

Roteiro de Perguntas Semiestruturadas

I. Poderia descrever, com base na sua experiência, as etapas e os principais atores envolvidos desde a identificação de uma nova tecnologia até a decisão final de incorporá-la ou não?

II. Entre os critérios de Avaliação Econômica em Saúde (AES) que seguem, quais você percebe como mais influentes no processo de decisão? Poderia comentar por quê?
    a) Eficiência (RICE Razão Incremental Custo Efetividade dentro do limite aceitável)
    b) Sustentabilidade (impacto orçamentário)
    c) Equidade (ampliação de acesso a grupos - doenças raras)
    d) Evidência (robustez metodológica - estudos multicêntricos)
    e) Aderência Regulatória (conformidade com ANS)

III. Como ocorre, na prática, o monitoramento ou reavaliação dos resultados clínicos e econômicos das tecnologias incorporadas?

IV. Como você avalia a adequação dos critérios atualmente utilizados para incorporar novas tecnologias em saúde? Que aspectos considera mais fortes ou mais frágeis?

V. De que forma o setor costuma lidar com tecnologias que ainda não fazem parte do rol mínimo da ANS? Poderia citar exemplos?

VI. Na sua visão, quais são os principais desafios para equilibrar a busca por qualidade assistencial com a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras?”

VII. Se pudesse sugerir novos critérios ou aprimoramentos para o processo de incorporação de novas tecnologias, quais seriam e por quê?

VIII. Na sua experiência, que estratégias poderiam ajudar a alinhar a incorporação de novos produtos às exigências de custo-efetividade e sustentabilidade?

IX. Pensando em melhorias estruturais, que mudança você considera essencial no processo de avaliação tecnológica da ANS e por quê?

X. Há algum aspecto que você considera importante sobre a gestão da incorporação de tecnologias e que ainda não foi abordado?

APÊNDICE B: O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulado pela Lei 8080/1990, que definiu o funcionamento dos seus serviços e sua organização em todo o território nacional. Antes de sua criação, a rede pública de hospitais atendia apenas os segurados que contribuíam para a Previdência Social, mas infelizmente que não atendia a todos os brasileiros. Antes disso a população era atendida pelos hospitais filantrópicos, em sua grande maioria constituídos e custeados por entidades religiosas, algumas delas centenárias e nascidas do período da vinda da família real para o Brasil em 1808.

As bases do SUS foram estabelecidas em um modelo de sistema universal, gratuito e integral, garantindo a todos os cidadãos o acesso à saúde, conforme estabelecido pela Constituição que em seu artigo 196, considerou a saúde como um "direito de todos e dever do Estado". Aliado ao tema da universalidade, veio a questão da integralidade, estabelecida no artigo 198 no seu inciso II, que confia no Estado o dever de "atendimento integral" sendo que suas prerrogativas vão desde as atividades preventivas até os serviços assistenciais. E como tema não menos importante aliado aos princípios de universalidade e integralidade tem-se o terceiro conceito base do SUS que é o da equidade.

O princípio da equidade vem do mandamento constitucional de que "a saúde é direito de todos, citado no mesmo artigo 196 da Constituição e foi aplicado para garantir a isonomia onde "todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza" (Brasil, 2025e).

De fato, em sua organização, o SUS (Sistema Único de Saúde) é estruturado de forma tripartite, ou seja, tem uma gestão compartilhada entre a União, os Estados e seus Municípios. Além disso, a sociedade também é um ente participante atuando na formulação e no controle da execução dos programas do SUS pelas três esferas de governo, podendo agir através dos Conselhos de Saúde (Brasil, 2025e).

A partir das bases da lei complementar 141/2012, desde então os Municípios devem destinar 15%, os Estados no mínimo 12% de suas receitas correntes líquidas (RCL) e a União deve aplicar o valor empenhado no ano anterior acrescentado do percentual da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Cabe ao governo federal transferir recursos para os estados e munícipios e gerenciar campanhas de vacinação e prevenção, entre outros.

Só em 2024, o governo brasileiro gastou R$ 215,9 bilhões com a saúde, atingindo 100,7% do limite constitucional (Brasil, 2025a).

A grande porta de entrada para o atendimento no SUS é a chamada atenção básica, que oferece serviços de saúde primários. A partir deste sistema de triagem, os pacientes poderão seguir para um patamar de atendimento de atenção especializada em hospitais e clínicas. Mas, apesar de seus conceitos universalistas e de toda a verba dedicada infelizmente não se alcançam seus objetivos primários de atendimento integral e equitativo.

Conforme apontado em seus próprios relatórios, os principais desafios do SUS vem de falhas de gestão que a partir de verbas insuficientes para o seu financiamento desde que a Emenda Constitucional 95 (Brasil, 2016) congelou os gastos públicos em saúde, dificultando o alinhamento do orçamento de gastos com o crescimento da população e seus proporcionais custos de cobertura o que, apesar de todos os esforços, ainda é prejudicado por uma falta de eficiência na gestão e distribuição dos recursos com o mau planejamento que afeta o uso das verbas, sempre apontado pelo Banco Mundial e pelo próprio Tribunal de Contas da União (Brasil, 2023a).

Aliado a isto, existe ainda a falta de profissionais, equipamentos atualizados e infraestrutura que gera hospitais com superlotação e filas de esperas tanto no atendimento primário e nos tratamentos da atenção especializada (Vital Strategies, 2023).

Há também uma desigualdade na oferta de serviços que não chegam para a população das regiões mais remotas tendo muitas vezes um foco nos investimentos para a atenção especializada, o que acaba gerando uma subutilização de hospitais e deixando a atenção primária e os serviços preventivos sem suporte (Oliveira; Pereira, 2024).

A falta de comunicação entre todos os atores da União, Estados e Municípios (por não ser centralizada) gera também problemas na gestão das ações necessárias para a correta solução dos problemas nas três esferas federais. Com tudo isso, o SUS perde em seu reconhecimento de valor, sendo sempre tido como um sistema falho apesar de todos os serviços que oferece e os casos de sucesso que acumula. Com isso, como não há uma mobilização social exigindo melhorias e investimentos por parte do Estado as classes A e B da sociedade acabam recorrendo ao Sistema de Saúde Suplementar pagando por serviços ditos mais exclusivos, e as empresas oferecem benefícios médicos como forma de retenção dos seus profissionais e apoio na prevenção de doenças que os afastariam de suas jornadas de trabalho.

A saúde suplementar no Brasil teve seu surgimento a partir da década de 1960, devido à reduzida oferta de serviços de saúde providos pelo Estado. Naquela época, teve-se o modelo previdenciário financiando os serviços médicos por meio de parcerias com empresas privadas que se tornaram os primeiros planos de saúde coletivos empresariais, ainda vinculados ao sistema da Previdência Social do Estado (Souza, 2014).

Com a ampliação da crise no setor da saúde pública, e graças à redemocratização pós ditadura, pode-se assumir que antes havia precariedade do setor de saúde pública e, devido sua ineficiência, tem-se o início do aumento da participação de planos de saúde no atendimento à população durante a década de 1980.

Em 1988, a saúde passa a ser prioridade do Estado Brasileiro pela nova constituição e assim é reconhecida como direito de todos e dever do estado com a criação do SUS, mas apenas em 1998, surge a intervenção do Estado no setor privado com a criação de normas e regras para os planos de saúde pela lei 9.656/98 e com isso no ano de 2.000, tem-se a criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) visando organizar, regular e fiscalizar as empresas do setor da saúde suplementar (Souza, 2014).

Portanto, a partir daí, vê-se estruturadas dentro deste as diversas operadoras de planos de saúde, sejam elas organizadas enquanto de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras especializadas e de autogestão, oferecendo tantos planos individuais, familiares ou coletivos voltados para empresas contratantes para seus funcionários.

Como empresas regionais com clientes denominados comercialmente de vidas seguradas, começaram pouco a pouco a realizar processos de verticalização comercial construindo hospitais, clínicas e laboratórios próprios para melhor controlar seus custos e disponibilidade de vagas para o tratamento de seus segurados.

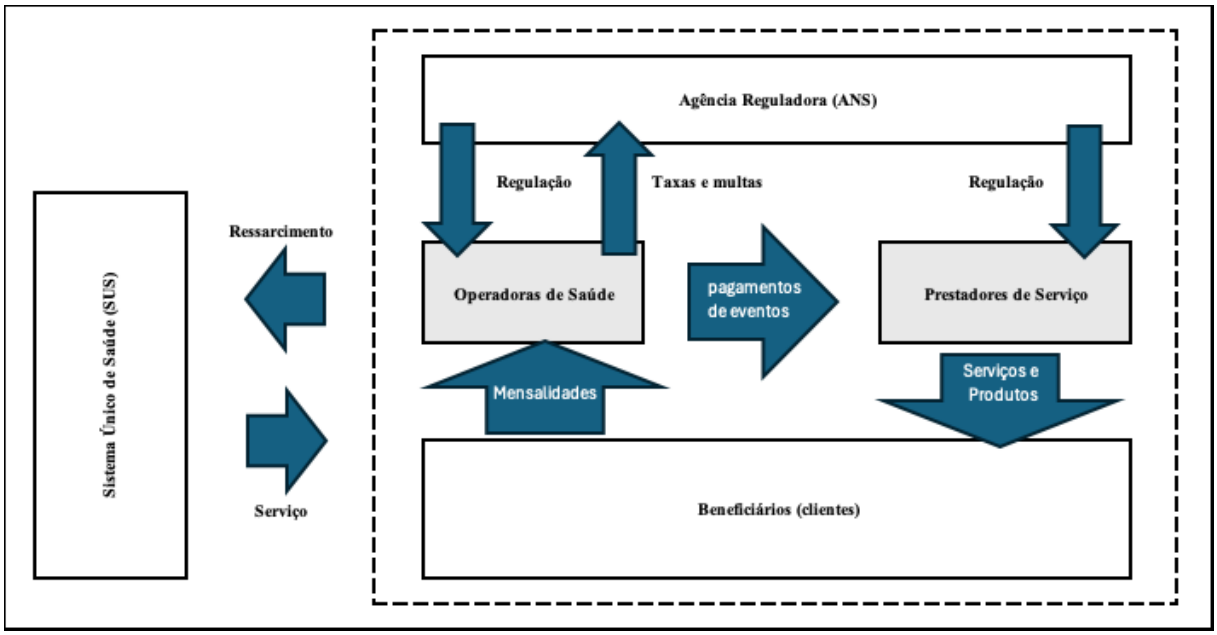
Hoje, a saúde suplementar, está estruturada em termos de cobertura populacional atendendo, segundo dados da ANS, em 2024 em torno de 51 milhões de brasileiros (24% da população) sem contar que entre eles, 30 milhões também contam com planos odontológicos além dos de saúde (Brasil, 2025b).

Apesar da ANS (Agência Nacional de Saúde) controlar seus contratos, reajustes de preços, cobertura mínima de tratamentos (rol de procedimentos), qualidade e garantias financeiras das operadoras para que não haja prejuízos para seus segurados, a relação custo impacta drasticamente o setor, especialmente com a evolução da tecnologia médica nas últimas décadas e além disso, a sustentabilidade do setor enfrenta ainda o grave problema da inversão da pirâmide etária no Brasil, com o envelhecimento da população e aumento de doenças crônicas que elevam os custos de coberturas (IBGE, 2025).

Diante desses cenários, a busca por melhores critérios na adoção de novas tecnologias passa a ser mandatório bem como a avaliação do impacto populacional que afeta todo o sistema, e percebe-se cada vez mais a atuação tanto da ANS enquanto órgão aprovador de novas tecnologia para o setor privado e da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) como órgão regulador do setor público.

Hu e Maciel (2021) nos apresenta a estrutura do mercado de saúde suplementar no Brasil composta por cinco tipos de agentes: 1) a agência reguladora; 2) as operadoras de saúde; (3) os prestadores de serviço; 4) os beneficiários e o 5) SUS. As operadoras de saúde são o grupo com maior interação com os outros agentes econômicos por meio dos fluxos financeiros do setor. A Figura 2 ilustra o setor de forma esquemática com os respectivos fluxos financeiros e de serviços.

Figura 1 - Modelo esquemático do mercado de saúde suplementar brasileira



Fonte: Hu e Maciel (2021).

As operadoras de saúde médico-hospitalares por sua vez são divididas em cinco grupos: 1) seguradoras especializadas; 2) medicina de grupo; 3) cooperativas médicas; 4) autogestão e 5) filantrópicas (ANS, 2017). A Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, determina que essas operadoras de saúde podem comercializar três tipos de planos médico-hospitalares: a) individuais e familiares: planos para pessoa física que podem conter, ou não, grupos familiares e que possuem parte de seus reajustes de preço anuais controlados pela agência reguladora. b) coletivos empresariais: planos para pessoa jurídica com vínculos empregatícios, associativos ou sindicais, podendo conter a população total ou a maioria do grupo. c) coletivos por adesão: planos oferecidos por pessoa jurídica, sendo a adesão aos planos de forma espontânea pelos próprios empregados, associados ou sindicalizados (DATAINFO, 2025).

A seguir, apresentam-se as definições das modalidades de operadoras de planos de saúde existentes no Brasil:

a. Administradora de Benefícios (RN n.º 196/2009):
Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, previstos em regulamentação específica.

b. Autogestão (RN n.º 137/2006 e posteriores alterações):
Modalidade em que a própria empresa ou entidade instituidora, patrocinadora ou mantenedora oferece planos de saúde a um grupo fechado de pessoas, obrigatoriamente vinculadas por laços empregatícios ou associativos.

c. Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica (Lei n.º 5.764/1971):
Pessoas jurídicas constituídas na forma da lei cooperativista que operam planos de saúde. As cooperativas odontológicas são autorizadas a operar exclusivamente planos odontológicos.

d. Filantropia:
Pessoas jurídicas sem fins lucrativos, reconhecidas por órgãos competentes como de utilidade pública, que possuam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) fornecido pelo Ministério da Saúde.

e. Seguradora Especializada em Saúde (Lei n.º 10.185/2001):
Sociedades seguradoras que operam exclusivamente planos de saúde, nos termos da Lei n.º 10.185/2001.

f. Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo (RDC n.º 39/2000 e posteriores alterações):
Pessoas jurídicas que operam planos médicos ou odontológicos e que não se enquadram nas demais modalidades descritas. No caso da Odontologia de Grupo, as operadoras podem oferecer exclusivamente planos odontológicos

g. (Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2025d).

APÊNDICE C: A JUDICIALIZAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

No Brasil, o direito à saúde se encontra elencado no rol dos direitos sociais (art. 6º da Constituição Federal), como sendo um direito fundamental do cidadão e dever primordial do Estado o que, dada à sua importância, tem gerado um altíssimo impacto econômico aos cofres públicos, não só em razão dos investimentos em sua implementação e coordenação satisfatória pelo próprio Poder Executivo, mas também pela constante judicialização de decisões de reembolso gerando condenações e obrigatoriedade pontual no fornecimento de medicamentos e ou tratamentos de valores comumente exorbitantes (Mendonça; Arantes, 2024).

Essa judicialização teve início em 2005, quando o Ministério da Saúde havia instituído a Política Nacional de Atenção Oncológica com a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser implementada em todo o país, o que trazia um importante impacto orçamentário e desafios em como otimizar a alocação de recursos e as prioridades para a abordagem do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então a incorporação de novas tecnologias em saúde é uma atividade que traz desafios para a sustentabilidade das políticas públicas, sendo que tem-se que levar em conta múltiplos fatores, como carga da doença, benefício clínico, segurança, nível de inovação, qualidade da evidência clínica, custo-efetividade, impacto orçamentário e outras fontes relevantes de evidência (Campolina; Yuba; Soárez, 2022).

Desta forma, o Poder Judiciário brasileiro, dentro do escopo legal, tem atendido as demandas individuais que solicitam a concessão de medicamentos, insumos e tratamentos de saúde ainda não atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do momento que já contem com a aprovação da Agencia Nacional de Saúde (ANVISA) pois consideram de forma frequente que o direito à saúde, previsto na Constituição Federal, garante ao cidadão o direito de receber esses tratamentos e medicamentos sempre que houver a necessidade, desde que possuindo reconhecida indicação médica e tendo recebido a recusa prévia, ou mesmo a omissão de fornecimento pelo Poder Público (Mendonça; Arantes, 2024).

É por conta deste cenário que as demandas judiciais têm impactado de forma significativa os orçamentos públicos municipais que em geral precisam alocar valores altos em recursos a fim de responder as determinações judiciais que, muitas vezes não consideram a falta de previsão orçamentária do ente público e suas capacidades financeiras (Mendonça; Arantes, 2024).

Mas, apesar de toda a abrangência do SUS, ocorreu uma segmentação e focalização na saúde de forma não prevista pelos membros da Assembleia Constituinte desde sua criação e o

setor privado acabou tomando uma configuração mais ampla do que apenas a de um prestador de serviços uma vez que o segmento de planos de saúde e planos privados de saúde acabou ganhando forças e foi levado à consolidação devido entre outros fatores a pouca existência de regulamentação, elevados incentivos fiscais, uma notada ausência de barreiras de entrada e saída para empresas e pela facilidade de haver uma grande liberdade de diferenciação de contratos e prestação de serviços. Mesmo com a Lei 9.656/1998 e a formação da ANS em 2000 em que se modificou o regime regulatório, criando regras de proteção aos consumidores, novas condições de entrada e saída e limitação da segmentação na cobertura, o regime regulatório do setor de seguros de saúde e planos de saúde privados levou o fortalecimento econômico das empresas, criando o consumo privado de assistência médica principalmente por empresas e estatais que ofereciam este benefício adicional a seus empregados com carteira assinada e por servidores públicos (Costa, 2017).

A lógica do setor público tem que ser analisada quando da avaliação de novas tecnologias, tanto pelo ângulo da assistência social quanto o da saúde, pois a partir daí a lógica do setor público sempre vai estar relacionada aos valores fundamentais do estado de bem-estar social, (o que os cidadãos podem viver de acordo com os padrões sociais vigentes pois as autoridades definidoras de novas tecnologias irão controlar “quem recebe o quê, quando e como”. Assim, a prestação de serviços públicos estabelece um vínculo entre o estado e os cidadãos e tenta garantir que os cidadãos sejam tratados com igualdade, de acordo com regras detalhadas e princípios universais pois tem como lógica fundamental a justiça social e a busca de dados enfatizando em geral a importância da igualdade, uniformidade e acessibilidade dos serviços e no ecossistema de inovação, sua lógica do setor público se reflete no foco na pesquisa básica no desejo de usar a tecnologia para alcançar benefícios sociais (Roth; Vakkuri; Johanson, 2024).

Vê-se, então que o entendimento a ser adotado pelo Supremo Tribunal Federal é o de que o Estado é “obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não incluídos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional, desde que preenchidos alguns requisitos, requisitos esses estabelecidos pelos próprios Ministros, quando da quando do julgamento” atingindo até a época da decisão atinge mais de 42 mil processos sobre mesmo tema (Mendonça; Arantes, 2024).

Levando este olhar para o setor da saúde suplementar, observa-se também uma crescente judicialização na saúde e, com isso surge, uma preocupação legítima das operadoras de planos de saúde. Assim sendo, uma busca justa por direitos individuais, também demonstra a existência de falhas estruturais comprometendo também todo este setor privado. Considerando-

se que existem mais de 800 operadoras de planos de saúde em atuação no país atendendo ao redor de 50 milhões de usuários, (Brasil, 2025c) ou seja 25% de toda a população, havendo um colapso no setor privado advindo de perdas financeiros por conta da litigiosidade exacerbada, o próprio SUS sofrerá todo o impacto final, com consequências desastrosas para a população seja ela coberta pelo setor público ou privado (Wang *et al*, 2025).

Areias e Carvalho (2021) afirmam que a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde Suplementar Brasileiro tem sido debatida com frequência , uma vez que o número de operadoras diminuiu comparativamente nos últimos anos após inúmeros registros de falência e neste sentido, foram criados mecanismos de transferência de risco para a mitigação de perdas financeiras e proteção de ativos e entre eles o resseguro com restrita adoção desde 2009 para outros tipos de operadoras, como cooperativas, autogestão e empresas filantrópicas, mas no entanto, a adoção de modelos de "*Stop-Loss*" para despesas agregadas aumentou a necessidade de capital de solvência, em decorrência de seus prêmios mais elevados, tornando-se viável quando direcionado para eventos de maior custo.

Segundo Wang *et al.(*2025) os tribunais brasileiros decidiram 83,6% dos casos a favor dos pacientes, ordenando que as operadoras de saúde financiassem integralmente o tratamento reivindicado. A taxa de sucesso dos pacientes é ainda maior (96%) nos casos em que as seguradoras negaram a cobertura sob o argumento de que o tratamento reivindicado não constava do pacote de benefícios obrigatório por lei.

Diante do dilema em analisar ações entre garantir o direito à vida e à dignidade dos pacientes versus entender o equilíbrio econômico das operadoras, juízes decidem em geral favoravelmente ao paciente, desconsiderando a alegada não viabilidade financeira e assim tem-se o caso de medicamentos com valores exorbitantes como exemplo onde a concessão de tratamentos por meio de ações judiciais irá comprometer a estabilidade econômica das empresas do setor. Não pode-se esquecer que a ocorrência de fraudes no setor da saúde suplementar envolvendo a prescrição de próteses e órteses sem necessidade real, apenas para beneficiar grupos específicos da cadeia de fornecimento e a partir daí abrindo portas para pedidos de judicialização não amparados em reais necessidades de uso (Wang *et al*., 2025).

Quadro 10 - APÊNDICE D - *CODEBOOK*

Fonte: elaborado pelo Autor com base na metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Continua

GRUPO	SUB CATEGORIA	CÓDIGO	DESCRIÇAO CONCEITUAL	REF BIBLIOGRÁFICA	CARÁTER INDUTIVO OU DEDUTIVO
ARCABOUÇO REGULATÓRIO	Regulação em Saúde no Brasil	ANS - COSAUDE	Agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei nº 9.961/2000, responsável por regular os padrões de funcionamento e exercer o controle assistencial e econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde no Brasil.	BRASIL (2025); SOUZA (2014); AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2025) FERNANDES; AMORIM (2025) E LISBÔA; CAETANO (2020)	Dedutivo
		SUS - CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, criada pela Lei 12.401/2011, responsável por padronizar a incorporação de tecnologias no sistema público mediante análises de evidências clínicas, custo-efetividade e impacto orçamentário.	BRASIL (2011); BRASIL(2025B); CAMPOLINA; YUBA; SOÁREZ (2022).	Dedutivo
		ANVISA	Agência responsável pelo registro e comercialização de produtos e normas de importação/distribuição, cujos processos burocráticos antecedem a avaliação de incorporação pela ANS ou CONITEC.	BRASIL (2024); BRASIL (2025E).	Dedutivo
		Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	Lista de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, cuja atualização passou a ser contínua a partir da Lei 14.307/2021, garantindo aos beneficiários acesso a tecnologias aprovadas.	BRASIL (2023B); MAZZONI (2025	Dedutivo
		Consulta pública e participação social	Mecanismo de governança e transparência que inclui consultas e audiências públicas (como o prazo de 20 dias na CONITEC e ANS) para manifestação da sociedade civil, pacientes e profissionais sobre recomendações preliminares.	PIMENTA JUNIOR (2022); RAMOS ET AL. (2023).	Dedutivo
		Diretrizes e resoluções normativas	Diretrizes e normas emitidas pela agência reguladora que definem regras para o setor, incluindo metodologias para estudos de custo-efetividade e impacto orçamentário.	BRASIL (2021)	Dedutivo
		Câmaras técnicas e deliberação colegiada (DICOL)	Instâncias de discussão técnica (como a COSAÚDE) e deliberação colegiada (DICOL) que analisam a elegibilidade e os pareceres técnicos antes da decisão final de incorporação.	BRASIL (2024); CAMPOLINA; YUBA; SOÁREZ (2022).	Dedutivo
	Políticas de Incorporação Tecnológica	Políticas de Saúde	Diretrizes governamentais, como a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que priorizam necessidades de saúde da população e orientam os critérios de incorporação.	BRASIL (2009); SCHLANDER (2021)	Dedutivo
		Processo Incorporação	Fluxo estruturado de análise que envolve solicitação, triagem, análise técnica de evidências, consulta pública e decisão final, visando racionalidade e transparência na adoção de tecnologias.	BRASIL (2025B);	Dedutivo
		DATASUS Gestão da Informação Paciente	Sistemas de gestão de dados e informações de saúde essenciais para monitorar o desempenho, custos e resultados das tecnologias incorporadas no sistema de saúde.	ROTH; VAKKURI; JOHANSON (2024).	Dedutivo
		Desafios	Entraves conjunturais como o envelhecimento populacional, pressão por inovações de alto custo e a necessidade de equilíbrio financeiro entre receitas e despesas assistenciais.	CAMPOLINA; YUBA; SOÁREZ (2022); BRASIL (2024).	Dedutivo
	Judicialização	Impactos no Orçamento	Pressão exercida por decisões judiciais que obrigam a cobertura de tecnologias não incorporadas ou de alto custo, desestabilizando o planejamento financeiro e o equilíbrio atuarial das operadoras e do SUS.	MENDONÇA; ARANTES (2024);	Dedutivo
		Falhas Estruturais	Lacunas na regulação ou na prestação de serviços que levam beneficiários a buscar o judiciário para garantir direitos de cobertura, evidenciando a necessidade de critérios mais claros de incorporação.	MENDONÇA; ARANTES (2024);	Dedutivo

Continuação

GRUPO	SUB CATEGORIA	CÓDIGO	DESCRIÇAO CONCEITUAL	REF BIBLIOGRÁFICA	CARÁTER INDUTIVO OU DEDUTIVO
TECNOLOGIAS EM SAÚDE	**Inovação em Saúde**	Definição	Conjunto abrangente que inclui medicamentos, equipamentos médicos, procedimentos clínicos/cirúrgicos, sistemas de gestão e serviços digitais que visam otimizar o cuidado.	BARKAOUI ET AL. (2023); PORTER; HEPPELMANN (2014).	Dedutivo
		Tipos	Variedade de inovações que vão desde melhorias incrementais em dispositivos até inovações disruptivas (ex: telemedicina, robótica) que transformam a prestação de serviços.	ŞENYAPAR (2024); MATEI; FRANCO (2025).	Dedutivo
		Atualização das Tecnologias	Fluxo contínuo de lançamento de dispositivos e soluções médicas (ex: 8.341 novos produtos em 2024), impulsionado pela indústria e pelo avanço da ciência tecnológica.	BARKAOUI ET AL. (2023); FEDERICI; TORBICA (2020); TALLARICO ET AL. (2021); NEUMANN ET AL. (2019)	Dedutivo
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE	**Avaliação Econômica em Saúde**	Análise de Custo Efetividade	Método que compara custos e resultados de alternativas em unidades naturais de saúde (ex: anos de vida ganhos), buscando a eficiência alocativa dos recursos.	SCHLANDER (2021); BRANDÃO ET AL. (2023); TURNER ET AL. (2021).	Dedutivo
		Análise de Custo-Utilidade	Variação da custo-efetividade que utiliza medidas genéricas de qualidade de vida, como o QALY (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade), para ponderar o valor da intervenção.	SCHLANDER (2021); TURNER ET AL. (2021).	Dedutivo
		Análise de Custo-Orçamentário (Sustentabilidade)	Análise financeira que estima o impacto monetário da incorporação de uma tecnologia no orçamento do sistema de saúde em um horizonte temporal definido (1 a 5 anos).	TURNER ET AL. (2021); BRASIL (2022).	Dedutivo
		Análise de Equidade	Critério que considera a distribuição justa dos recursos e o acesso a tratamentos para grupos específicos (ex: doenças raras), evitando que a eficiência econômica gere exclusão social.	SCHLANDER (2021); RAMOS ET AL. (2023).	Dedutivo
		Análise Evidências	Uso da Saúde Baseada em Evidências (SBE), incluindo revisões sistemáticas e ensaios clínicos, para comprovar segurança, eficácia e acurácia diagnóstica antes da incorporação.	TURNER ET AL. (2021); KIM ET AL. (2020).	Dedutivo
		Saúde Baseado em Valor (*Value Based Healthcare*)	*Value-Based Healthcare*: Modelo estratégico que busca maximizar os resultados de saúde importam para o paciente em relação ao custo de entregá-los, indo além da eficiência técnica isolada.	PORTER; TEISBERG (2006); LARSON; CLAWSON; HOWARD (2023); KHALIL ET AL. (2025); GINIUNIENĖ ET AL. (2023) E STEENBERGEN ET AL. (2022).	Dedutivo
		Análise Real-World-Evidence	Uso de dados do "mundo real" (RWE) coletados pós-incorporação para reduzir incertezas de ensaios clínicos e reavaliar o desempenho e custo-efetividade das tecnologias em uso.	KIM ET AL. (2020); FEDERICI; TORBICA (2020).	Dedutivo

Fonte: elaborado pelo Autor com base na metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Continua

Continuação

GRUPO	SUB CATEGORIA	CÓDIGO	DESCRIÇAO CONCEITUAL	REF BIBLIOGRÁFICA	CARÁTER INDUTIVO OU DEDUTIVO
GESTÃO ESTRATÉGICA DO SETOR SAÚDE SUPLEMENTAR	**Critérios Discricionários**	Custo	Avaliação baseada no impacto financeiro direto e na necessidade de reajustes de mensalidades frente à variação de custos médico-hospitalares (VCMH).	SOUZA (2014); HU e MACIEL (2021); IDEC (2025).	Dedutivo
		Sistema de Gestão de Reembolso	Adoção de modelos de remuneração (ex: *Fee for Service*, *Capitation*, *Bundled Payments*) e estratégias organizacionais para garantir sustentabilidade e controle de sinistralidade.	LIMA; LEAL (2022); AZEVEDO (2010).	Dedutivo
		Indicadores Resultados	Uso de métricas de desempenho clínico e operacional para monitorar a efetividade das tecnologias e justificar investimentos ou desinvestimentos.	LIMA; LEAL (2022); ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (2025).	Dedutivo
		Qualidade	Foco na melhoria da experiência do paciente, segurança assistencial e desfechos clínicos como diferencial competitivo e ético.	PORTER; TEISBERG (2006); LARSSON; CLAWSON; HOWARD (2023).	Dedutivo
		Inovação	Estratégia de diferenciação onde a organização busca ser percebida como "de ponta" ou tecnologicamente preeminente para atrair pacientes e médicos.	ŞENYAPAR (2024); MATEI; FRANCO (2025).	Dedutivo
		Treinamento	Capacidade organizacional de absorver a tecnologia, exigindo qualificação das equipes para garantir o uso correto e a obtenção dos resultados prometidos.	RAMOS ET AL. (2023); PHILYPPIS JUNIOR; NETO; FIGUEIREDO (2013).	**Indutivo**
		Competitividade	Uso do marketing em saúde e da oferta de tecnologias para engajar pacientes e manter a posição de mercado frente à concorrência entre operadoras.	ŞENYAPAR (2024); PORTER; TEISBERG (2006).	Dedutivo
	Critérios Mandatórios	Regulatório	Cumprimento obrigatório das coberturas definidas pela ANS (Rol) e das regras de solvência e reajuste, que limitam a autonomia decisória das operadoras	BRASIL (2025D); SOUZA (2014).	Dedutivo

Fonte: elaborado pelo Autor com base na metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Continua

Conclusão

GRUPO	SUB CATEGORIA	CÓDIGO	DESCRIÇAO CONCEITUAL	REF BIBLIOGRÁFICA	CARÁTER INDUTIVO OU DEDUTIVO
PROCESSO DE DECISÃO NA INCORPORAÇÃO DA INOVAÇÃO	**Percepção dos Atores**	Profissionais de Saúde	Papel dos médicos e outros profissionais de saúde na decisão, muitas vezes influenciados por vieses cognitivos ou preferências por excelência clínica em detrimento de custos.	BERTHET (2022); BRANDÃO ET AL. (2023).	Dedutivo
		Profissionais da Indústria	Atuação dos fabricantes focada em eficiência, escala e lucro, muitas vezes pressionando pela adoção rápida de inovações.	BARKAOUI ET AL. (2023); FEDERICI; TORBICA (2020).	Dedutivo
		Representantes de Operadoras	Foco na sustentabilidade financeira, avaliação de impacto orçamentário e controle de sinistralidade como critérios primários de decisão.	AREIAS; CARVALHO (2021); FEDERICI; TORBICA (2020).	Dedutivo
		Gestores de Hospitais	Decisores que equilibram a pressão médica por tecnologia de ponta com a viabilidade econômica e as regras de reembolso das operadoras.	PHILYPPIS JUNIOR; NETO; FIGUEIREDO (2013); CAMPOLINA ET AL. (2022).	Dedutivo
		Associaões de Pacientes	Grupos organizados que exercem pressão social e política por acesso a novos tratamentos, influenciando consultas públicas e decisões regulatórias.	DAI ET AL. (2022); RAMOS ET AL. (2023).	Dedutivo
		Pacientes	Usuário final que busca qualidade de vida e bem-estar, cujas preferências devem ser consideradas na definição de "valor" em saúde.	STRATIL ET AL. (2022); AZEVEDO (2010).	Dedutivo
		Atores Internos Tomadores Decisão	Agentes que operam sob racionalidade limitada, tentando satisfazer objetivos conflitantes (clínicos vs. econômicos) em ambiente de incerteza.	CANTONE; GIARLOTTA; WATSON (2020); DE BRUIN; PARKER; FISCHHOFF (2020); ROTH; VAKKURI; JOHANSON (2024); SIMON (1997) E WILLIAMSON (1981)	Dedutivo
		Vieses cognitivos	Falhas sistemáticas no julgamento (ex: viés de confirmação, excesso de confiança) que distorcem a avaliação racional de tecnologias pelos gestores.	BERTHET (2022); LU ET AL. (2025).	Dedutivo
	Etapas chaves Incorporação	Identificacão Oportunidades	Reconhecimento de inovações (inclusive disruptivas) que podem criar novos mercados ou melhorar drasticamente a eficiência assistencial.	CHRISTENSEN (1997); MCCAUSLAND (2023).	Dedutivo
		Análise Oportunidade via Protocolos	Aplicação de métodos como a Análise de Decisão Multicritério (ADMC/MCDA) para ponderar fatores conflitantes (técnicos, éticos, econômicos).	DAI ET AL. (2022); CAMPOLINA ET AL. (2022); SÁNCHEZ-MARTÍNEZ ET AL. (2024);	**Indutivo**
		Processo decisão	O momento decisório (*go/no go*) de validação da tecnologia, seja no nível regulatório (ANS) ou organizacional (hospitais/operadoras).	BARKAOUI ET AL. (2023); FEDERICI; TORBICA (2020).	Dedutivo
		Barreiras à adoção	Obstáculos como custos elevados, rigidez regulatória, falta de dados robustos ou resistência cultural à mudança organizacional.	LILE; ANSARI; URMETZER (2024); CHRISTENSEN (1997).	Dedutivo
		Implementação	Fase logística e operacional de inserção da tecnologia na rotina, exigindo adaptação de processos e monitoramento de resultados.	MATEI; FRANCO (2025); KHALIL ET AL. (2025).	Dedutivo

Fonte: elaborado pelo Autor com base na metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

APÊNDICE E: Tabelas de dados ATLAS.ti

Tabela 2 Coocorrência de códigos entre o grupo gestão estratégica do setor de saúde suplementar com o grupo processo de decisão na incorporação da inovação

	COMPETITIVIDADE Gr=17	GESTÃO REEMBOLSO Gr=56	INDICADORES_RESULTADOS Gr=16	INOVAÇÃO Gr=24	PREÇO Gr=22	QUALIDADE Gr=26	TREINAMENTO Gr=12	GESTÃO_CRIT_ADOÇ_MANDATÓRIOS_REGULATÓRIO Gr=8
VIESES_COGNITIVOS Gr=21	1	4	2	1	1	0	0	1
REPRESE_OPERADORAS Gr=39	4	7	0	5	13	3	1	2
PROFISSIONAL_DA_INDÚSTRIA Gr=11	1	1	0	3	1	1	1	1
PROF_SAÚDE Gr=39	1	7	1	1	3	3	3	0
PROCESSO DE DECISÃO Gr=25	0	6	1	1	2	3	2	1
PACIENTES Gr=12	0	5	1	2	0	1	0	2
IMPLEMENTAÇÃO Gr=13	0	4	3	3	0	3	4	0
IDENTIFICAÇÃO_OPORTUNIDADES Gr=20	1	3	2	3	1	2	0	0
GESTOR HOSPITALAR Gr=32	1	6	3	3	6	2	0	3
BARREIRAS À ADOÇÃO Gr=38	3	15	2	2	6	2	1	1
ATORES INTERNOS Gr=26	0	6	1	3	1	3	1	0
ASSOC_PACIENTES Gr=3	0	0	0	0	0	0	0	0
ANÁLISE_OPORTUNIDADE Gr=10	0	2	3	0	0	1	0	0
	6%	32%	9%	13%	17%	12%	6%	5%

Fonte: elaborada pelo Autor com o uso do ATLAS.ti (2025)
Dados em cinza foram considerados, a critério do autor, fora da análise dada a sua baixa magnitude.

Tabela 3 - Coocorrência de códigos entre o grupo gestão estratégica do setor de saúde suplementar com o grupo método de avaliação de tecnologias em saúde

	CUSTO-EFETIVIDADE Gr=50	CUST0-ORÇAMENTÁRIO Gr=73	CUSTO-UTILIDADE Gr=8	EQUIDADE Gr=2	EVIDÊNCIAS Gr=32	REAL WORLD EVIDENCE Gr=20	SAÚDE BASEADA EM VALOR Gr=8
TREINAMENTO Gr=12	2	4	0	0	4	1	0
REGULATÓRIO Gr=8	2	4	1	0	1	1	0
QUALIDADE Gr=26	13	16	1	0	4	1	0
PREÇO Gr=22	6	13	2	1	2	2	1
INOVAÇÃO Gr=24	8	12	3	0	8	3	1
INDICADORES_RESULTADOS Gr=16	5	5	1	0	1	3	0
GESTÃO REEMBOLSO Gr=56	14	27	3	1	13	6	1
COMPETITIVIDADE Gr=17	3	8	0	1	0	1	0
	25%	42%	5%	1%	16%	9%	1%

Fonte: Elaborada pelo Autor com o uso do ATLAS.ti (2025).
Dados em cinza foram considerados, a critério do autor, fora da análise dada a sua baixa magnitude.

.

Tabela 4 - Coocorrência de códigos entre o grupo processo de decisão na incorporação da inovação e o grupo métodos de avaliação de tecnologias em saúde.

	CUST0-EFETIVIDADE Gr=50	CUSTO-ORÇAMENTÁRIO Gr=73	CUST0-UTILIDADE Gr=8	EQUIDADE Gr=2	EVIDÊNCIAS Gr=32	REAL WORLD EVIDENCE Gr=20	SAÚDE BASEADA EM VALOR Gr=8
VIESES_COGNITIVOS Gr=21	3	8	0	0	1	1	0
REPRESE_OPERADORAS Gr=39	8	16	1	1	5	2	2
PROFISSIONAL_DA_INDÚSTRIA Gr=11	2	1	1	0	3	1	1
PROF_SAÚDE Gr=39	7	7	0	1	6	0	2
PROCESSO DECISÃO Gr=25	7	7	0	0	5	2	1
PACIENTES Gr=12	3	3	0	0	2	0	0
IMPLEMENTAÇÃO Gr=13	3	5	0	0	1	1	0
IDENTIFICAÇÃO_OPORTUNIDADES Gr=20	7	5	0	0	1	2	0
GESTOR HOSPITALAR Gr=32	7	10	0	0	2	0	0
BARREIRAS À ADOÇÃO Gr=38	4	16	1	1	2	0	0
ATORES INTERNOS" Gr=26	2	4	0	0	3	1	1
ASSOC_PACIENTES Gr=3	0	0	0	0	0	0	0
ANÁLISE_OPORTUNIDADE Gr=10	3	2	0	0	1	0	0
	29%	43%	2%	2%	16%	5%	4%

Fonte: Elaborada pelo Autor com o uso do ATLAS.ti (2025)
Dados em cinza foram considerados, a critério do autor, fora da análise dada a sua baixa magnitude.

Tabela 5 - Coocorrência de códigos entre o grupo métodos de ATS e o grupo tecnologias em saúde

	CUSTO-EFETIVIDADE Gr=50	CUSTO-ORÇAMENTÁRIO Gr=73	CUSTO-UTILIDADE Gr=8	EQUIDADE Gr=2	ANAL_EVIDÊNCIAS Gr=32	REAL_WORLD_EVIDENCE Gr=20	SAÚDE BASEADA EM VALOR Gr=8
ATUALIZAÇÃO TECNOLOGIAS Gr=23	6	5	2	0	2	1	0
DEFINIÇÃO Gr=7	0	1	0	0	0	0	0
NOVOS_PRODUTOS Gr=67	**19**	**22**	5	0	10	6	1
	31%	**35%**	**9%**	**0%**	**15%**	**9%**	**1%**

Fonte: elaborada pelo Autor com o uso do ATLAS.ti
Dados em cinza foram considerados, a critério do autor, fora da análise dada a sua baixa magnitude.