



CONAHP
Congresso Nacional
de Hospitais Privados 2025

Saúde em **RECONSTRUÇÃO**

Palco

EFICIÊNCIA



Há 24 anos promovendo
qualidade e ética na saúde

anahp



INTEGRAÇÃO, CONFIANÇA E PROPÓSITO

O Brasil redesenhando o sistema de saúde no Conahp 2025

O Conahp 2025 consolidou mais uma vez sua posição como o maior congresso de saúde do Brasil, reunindo 6.654 participantes em 16 mil m² do Transamerica Expo Center, em São Paulo. A programação trouxe seis palcos simultâneos, com 175 palestrantes debatendo os principais desafios e transformações do setor. Uma das grandes novidades desta edição foi o Circuito de Saúde do Futuro, um espaço inédito de 730 m² que proporcionou

uma experiência interativa e imersiva pela jornada do paciente – do autoatendimento às terapias em casa.

A tradicional feira de negócios também ganhou relevância, reunindo 175 parceiros e patrocinadores e fortalecendo o networking qualificado que marca o evento. Nos dias 15 e 16 de outubro, o Conahp recebeu representantes do Ministério da Saúde, parlamentares, conselheiros da Anahp, lideranças de

todos os elos da cadeia e nomes nacionais e internacionais, reforçando o papel do congresso como ponto de encontro estratégico para discutir, construir e inspirar o futuro da saúde.

Todo o conteúdo do congresso foi dividido entre o Palco Central e outros cinco temáticos: Assistencial, Pessoas, Eficiência, Inovação e Saúde do Futuro. **Neste e-Book você encontrar a cobertura completa do Palco Eficiência.**

EFICIÊNCIA E VALOR: O CAMINHO PARA A SUSTENTABILIDADE NA SAÚDE

O Palco Eficiência do Conahp 2025 redefiniu a gestão em saúde: eficiência é direcionar recursos para gerar valor real, não apenas cortar gastos. Os debates focaram na urgência de modelos integrados para lidar com condições crônicas (multimorbidade), combinando tecnologia com humanização para antecipar problemas. Essa transformação exige que a saúde abandone a lógica do volume e comece a medir o que realmente importa: os desfechos na vida dos pacientes.

O Cuidado Baseado em Valor, por sua vez, só avança com uma base cultural e de dados sólida. A jornada exige o compartilhamento transparente de resultados entre hospitais para impulsionar a melhoria coletiva. Esse novo pacto de corresponsabilidade é materializado no risco compartilhado, onde a indústria, operadoras e prestadores assumem juntos a responsabilidade pelos resultados clínicos. O futuro do financiamento está em pagar pelo desfecho, garantindo acesso e sustentabilidade ao sistema.





MULTIMORBIDADE: QUANDO EFICIÊNCIA E CUIDADO CAMINHAM JUNTOS

O debate “Multimorbidade: transformando a eficiência do sistema de saúde com modelos integrados e focados nas condições crônicas” mostrou que o conceito de eficiência na saúde está em evolução. Hoje, não se trata de cortar gastos, mas de direcionar recursos para gerar valor real ao paciente e à sociedade.

Três experiências complementares demonstraram como essa transformação já acontece — combinando inovação, tecnologia e vínculo humano para enfrentar o desafio das condições crônicas.

Participantes:



Fernando Parrillo,
CEO da Prevent
Senior



Matheus Moraes,
cofundador e COO
da Alice



Tamer El Andere,
arritmologista e eletrofi-
siologista na Santa Casa
de São Paulo, BP – A
Beneficência Portugue-
sa de São Paulo, Rede
D’Or São Luiz e Dasa



Ana Maria Malik,
professora titular
da FGV-EAESP
(moderação)

“EFICIÊNCIA NÃO VEM ÀS CUSTAS DE UM BOM CUIDADO, VEM DE REDUZIR O DESNECESSÁRIO E DIRECIONAR O QUE IMPORTA PARA ONDE FAZ MAIS DIFERENÇA”

Matheus Moraes

Acompanhamento que antecipa o problema

Na Alice, o cuidado começa antes que a doença se agrave. O modelo de atenção primária digital, guiado pelo Risco Magenta — que organiza os pacientes em quatro níveis, da promoção e prevenção ao gerenciamento de casos complexos —, coloca o médico de família no centro e utiliza dados em tempo real para acompanhar pessoas com múltiplas condições crônicas.

Resultados:



62% dos membros com diabetes têm hemoglobina glicada controlada (<7%)



69% mantêm pressão arterial controlada



46% dos pacientes com transtornos depressivos apresentaram melhora significativa do PHQ-9 em três meses

Humanização que gera eficiência

Para Fernando Parrillo, da Prevent Senior, eficiência é consequência de um modelo “feito de pessoas para pessoas”. A operadora, com 550 mil beneficiários, aposta na humanização como estratégia de resultado.

O projeto Conchetas, criado durante a pandemia, exemplifica essa cultura: colaboradores ligavam para pacientes idosos isolados, oferecendo escuta e acolhimento.

“Cada ponto de contato reflete nossa essência: o cuidado”

Fernando Parrillo

Outra iniciativa, o programa Coração Valente, leva médicos e pacientes cardíacos para caminhadas em parques — transformando o espaço público em extensão da assistência.

Resultados:



Mais de 100 mil pacientes captados pelo sistema Fast Capture



82 mil em cardiologia e 37 mil em oncologia

Tecnologia que aproxima

O cardiologista Tamer El Andere vive na prática o uso da tecnologia no cuidado. Em Canapi (AL) — cidade a 400 quilômetros de Maceió —, ele ajudou a restabelecer o atendimento local, após três anos sem cardiologista. Com apoio da telemedicina, os pacientes voltaram a ser acompanhados de forma regular.

Tamer também citou que na Rede D'Or e na Dasa, tecnologias como *wearables* e sistemas de navegação 3D já revolucionam o diagnóstico e o tratamento das arritmias.

"Hoje o paciente anda monitorado o tempo todo — o diagnóstico é imediato e o cuidado, muito mais seguro"

Tamer El Andere

Aprendizados do painel



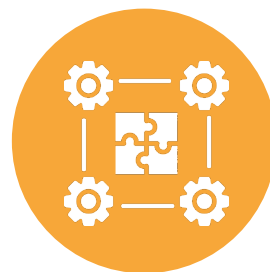
Reduzir o desnecessário e investir no que realmente importa.



Resultados clínicos e experiência do paciente são as métricas centrais da eficiência.



Um sistema sustentável combina tecnologia e humanização.



Integração e coordenação são a base do novo padrão de cuidado em saúde.



QUANDO O VALOR REDEFINE O CUIDADO

O painel “Modelos de pagamento e incentivos à melhoria contínua de valor” demonstrou que eficiência na saúde não se mede mais pelo gasto evitado, mas pelo impacto real sobre a vida das pessoas. Experiências em andamento mostraram como o cuidado baseado em valor começa a transformar a prática assistencial e o modelo de remuneração no Brasil.

Participantes:



Daniela Medeiros,
superintendente
de Provimento de
Saúde da Unimed
Porto Alegre



**Ana Cláudia
Takahashi,**
diretora de Negó-
cios do Hospital
Alemão Oswaldo
Cruz



César Franco,
CEO da Croma
Oncologia



Frederico Magro,
diretor associa-
do de Acesso ao
Mercado, Econo-
mia da Saúde e
Avaliação de Valor
da Sanofi



Vanessa Teich,
diretora de Transfor-
mação em Oncolo-
gia e Hematologia
do Einstein
(moderação)

Valor é o novo indicador de eficiência

“A saúde aprendeu a medir processos, não resultados.” A provocação de Daniela Medeiros resume o ponto de partida da Unimed Porto Alegre para abandonar a lógica da eficiência operacional — centrada em custo e volume — para medir o que realmente importa para o paciente.

O modelo de Cuidado Baseado em Valor (CBV) foi incorporado ao planejamento estratégico e deu origem a um escritório próprio de valor, responsável por criar indicadores, padronizar desfechos e integrar a coleta de dados de toda a rede.

“Não basta pagar diferente. É preciso cuidar diferente”

Daniela Medeiros

O programa Viver Bem, principal frente de cuidado coordenado da Unimed Porto Alegre, hoje acompanha 45 mil vidas, das quais 30 mil com condições crônicas complexas e 15 mil em autocuidado apoiado.

Resultados:



31% de redução nas emergências



50% de queda em reinternações



61% de melhora na qualidade de vida



80% de NPS do cuidado

A projeção até 2029 é chegar a 266 mil vidas navegadas e um custo evitado de R\$ 868 milhões — consequência, não objetivo.

“O incentivo financeiro ativa a mudança, mas o que sustenta é o cuidado coordenado, humano e baseado em desfechos”

Daniela Medeiros

Linha de cuidado em obesidade

O segundo case, apresentado por Ana Cláudia Takahashi, do Oswaldo Cruz, trouxe um novo modo de entender e tratar a obesidade. Desde 2024, o hospital opera uma linha de cuidado estruturada para pacientes com obesidade clínica e pré-clínica — baseada no novo critério publicado pelo The Lancet, que define a doença não pelo peso, mas pelo impacto funcional e metabólico sobre a saúde.

“Não é sobre o tamanho do corpo, é sobre o impacto na saúde”

Ana Cláudia Takahashi

Com o novo critério, apenas 9,7% dos pacientes se enquadram em obesidade clínica, contra 42% pelo IMC tradicional — um ganho de 4x mais precisão.

Essa abordagem permite priorizar o tratamento precoce, antes que surjam complicações, reduzindo desperdícios e ampliando sustentabilidade.

A linha de cuidado inclui:



Tratamento clínico multidisciplinar (endocrinologia, nutrição, psicologia e psiquiatria)



Protocolos individualizados de medicação e bioimpedância



Acompanhamento longitudinal de até 5 anos



Avaliação de desfechos clínicos, funcionais e de qualidade de vida

Em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, os resultados são:



46% menos
complicações



Tempo de inter-
nação 20% menor



60% menos ad-
missões em UTI



70% menos
reoperações



0% de
readmissões
em 30 dias

O modelo mostrou redução média de 9,1% nos custos totais em 12 meses, segundo benchmark nacional do estudo VBHC Bariátrica Brasil.

"Eficiência, para nós, é cuidar de forma integrada, não economizar em partes do processo"

Ana Cláudia Takahashi

Integração e risco compartilhado

César Franco, CEO da Croma Oncologia, apresentou a experiência de uma rede criada para acompanhar o paciente oncológico de forma contínua — do diagnóstico ao tratamento e ao seguimento.

"Se começamos discutindo preço, o projeto morre antes de nascer"

César Franco

A estratégia foi mapear jornadas, definir desfechos e construir modelos de remuneração por episódio que envolvam todos os prestadores.

Frederico Magro, da Sanofi, complementou o debate ao citar o acordo de risco com o Ministério da Saúde para o tratamento da esclerose múltipla — o primeiro do tipo aprovado pela Conitec.

Pelo contrato, a farmacêutica assume parte dos custos caso o medicamento não atinja os resultados esperados.

"Não dá para ter um ganhando e o outro perdendo. Todos precisam entrar com a mentalidade de parceria"

Frederico Magro

Aprendizados do painel



Modelos de pagamento devem nascer de modelos de cuidado, não o contrário.



A transformação depende da integração entre médicos, operadoras, hospitais e pacientes.



Sem governança de dados e indicadores claros, não há valor mensurável.



Cuidar com propósito e coordenação é o novo padrão de eficiência.



GOVERNANÇA, DADOS E CULTURA

No painel “Medindo o real impacto do cuidado baseado em valor”, especialistas mostraram como transformar o conceito de *Value-Based Healthcare* (VBHC) em prática — e porque a mudança mais desafiadora não é tecnológica, mas cultural.

Participantes:



Paul Van der Nat,
diretor de Valor em
Saúde no Hospital St.
Antonius



Renske Veenstra,
gerente de Programa
de Dados em Saúde da
Rede Santeon



Zofia Das-Gupta,
diretora sênior de
Pesquisa de Des-
fechos no Ichom



Marcia Makdisse,
fundadora da Mak
Valor Mentoring e
da Academia VBHC
(Brasil) (moderação)

Valor além da planilha

*"IMPLEMENTAR O CUIDADO BASEADO EM VALOR É SIMPLES
NA TEORIA E COMPLEXO NA VIDA REAL."*

A frase de Paul van der Nat, diretor de Valor em Saúde do Hospital St. Antonius, resume o desafio de transformar o conceito criado por Michael Porter em prática clínica.

Van der Nat lidera a Santeon, rede que reúne hospitais como o St. Antonius, Canisius-Wilhelmina e Martini Hospital. O propósito é aprender em conjunto e compartilhar resultados de forma transparente.

Em vez de competir, as instituições passaram a comparar desfechos, identificar variações e testar novas formas de cuidar em ciclos contínuos de melhoria.

"Valor é criado no ciclo completo do cuidado, não em departamentos isolados"
Paul van der Nat

O modelo da Santeon cobre mais de 20 condições médicas, entre elas câncer de mama, AVC, insuficiência renal e doenças pulmonares.

*"Melhorar desfechos reduz custos, sim, mas o ganho
real é moral. Cuidar melhor é um dever"*
Paul van der Nat

Dados e colaboração

Renske Veenstra, gerente de Programa de Dados em Saúde da Rede Santeon, é quem dá sustentação digital a essa jornada.

*"Temos dados em todos os lugares.
O desafio é fazer com que falem a mesma língua"*
Renske Veenstra

O sistema unifica as informações clínicas dos sete hospitais em uma infraestrutura comum, baseada em padrões internacionais. Cada instituição coleta seus dados localmente, mas todos são analisados de forma integrada.

A plataforma recebeu o CIO Innovation Award 2022 e hoje permite criar dashboards em tempo real, como o “Patients Like Me”, que mostra a evolução de pacientes com o mesmo diagnóstico em diferentes hospitais.

“Transformar dados em valor não é um projeto técnico. É um processo coletivo”

Renske Veenstra

Dados transformados em cuidado

O Ichom reúne especialistas e pacientes do mundo todo para definir padrões internacionais de mensuração de desfechos (standard sets), hoje aplicados em cerca de 60% da carga global de doenças.

Esses conjuntos padronizados permitem comparar resultados entre países, instituições e sistemas de saúde.

“Medir é apenas o começo. O impacto vem quando a informação volta para a vida real dos pacientes”

Zofia Das-Gupta

O desafio não é acumular dados, mas usá-los para transformar o cuidado. Isso significa incluir desfechos relatados pelos próprios pacientes (PROMs) e devolver essas informações às equipes clínicas para apoiar decisões reais.

Aprendizados do painel



Hospitais que compartilham dados e resultados melhoram mais rápido.



Sem confiança entre equipes e instituições, não há cuidado baseado em valor.



Ter dados é pouco: é preciso transformá-los em ação clínica.



Plataformas comuns, como o HIPS, favorecem colaboração e reduzem redundâncias.



Medir desfechos é também um compromisso ético com o paciente.



NOVOS MODELOS AMPLIAM ACESSO A TERAPIAS DE ALTO CUSTO

No painel “Compartilhamento de riscos: redefinindo as regras da cadeia de cuidados na saúde”, especialistas mostraram como o pagamento por performance começa a transformar a forma de financiar a assistência.

Participantes:



Aline Chibana,
gerente do Escritório de Valor do A.C.Camargo Cancer Center



Natan Monsore de Sá,
coordenador-geral de Doenças Raras do Ministério da Saúde



Leandro Fonseca,
Head de Relações Governamentais e Sustentabilidade do Sistema de Saúde na Novartis



Sarah Chaia,
diretora jurídica e de Acesso e Sustentabilidade da Roche Pharma Brazil



Rogério Reis,
vice-presidente de Hospitais da Rede Américas (moderação)

Inovação no SUS

O Ministério da Saúde implantou o primeiro acordo de compartilhamento de risco do SUS, voltado à terapia gênica Zolgensma — indicada a crianças com Atrofia Muscular Espinhal (AME), uma doença rara e grave.

O acordo, firmado com a Novartis, levou quase três anos de desenho técnico e jurídico. Foram sete etapas até a assinatura, da avaliação da tecnologia à criação de um sistema digital para monitorar, em tempo real, o desempenho do tratamento.

“Pela primeira vez, o SUS paga por um desfecho e não apenas por uma entrega”

Natan Monsores de Sá

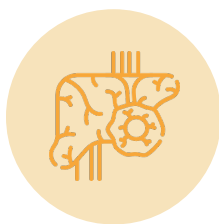
Novos modelos no setor privado

Na saúde suplementar, o A.C.Camargo Cancer Center também vem experimentando o modelo. Desde 2022, o hospital mantém acordos com farmacêuticas como Roche e Pfizer, em que falhas terapêuticas geram reembolso parcial ou integral.

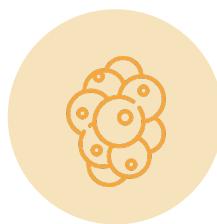
Principais acordos firmados:



Atezolizumabe (Roche) – carcinoma de pulmão de pequenas células: devolução total em caso de falha até o sexto ciclo



Atezolizumabe + Bevacizumabe – hepatocarcinoma: reembolso duplo se houver progressão da doença



Ropolivy (Polatuzumabe Vedotina) – linfoma difuso de grandes células B: garantia estendida de 12 meses



Teto de gastos – câncer de pulmão não pequenas células: a indústria assume o custo de oito meses adicionais quando o paciente permanece estável

Em dois anos, o hospital registrou apenas duas falhas terapêuticas, que resultaram em R\$ 320 mil devolvidos às operadoras — um exemplo de como é possível conciliar sustentabilidade financeira e qualidade assistencial.

“Não é sobre gastar menos, é sobre cuidar melhor”

Aline Chibana

Já nos projetos-piloto conduzidos pela Roche, 85% dos pacientes alcançaram os resultados esperados, e os 15% restantes geraram uma economia média de 14% nos custos totais — evidência de que a lógica de valor é boa para todos os lados.

Cadeia de valor na saúde

O compartilhamento de riscos é um novo pacto de corresponsabilidade entre quem paga, quem trata e quem desenvolve a tecnologia.

“Não se trata de vender medicamentos, mas de garantir resultados em saúde”

Leandro Fonseca

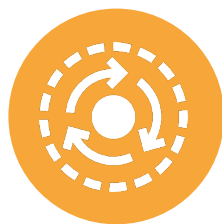
“Esses modelos só funcionam quando há transparência. É a confiança que sustenta o risco compartilhado”

Sarah Chaia

Aprendizados do painel



Valor é o que permanece quando o custo deixa de ser o foco.



Acesso e sustentabilidade são dois lados do mesmo desafio.



Dados e confiança são o alicerce de qualquer modelo baseado em valor.



O futuro da saúde é colaborativo, não competitivo.



Público e privado convergem na busca por eficiência com propósito.