



IESS

*INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR*

**SEMINÁRIO
SINDHOSP E
GRUPO FLEURY**

**INOVAÇÃO EM DIAGNÓSTICO - O QUE É SUPORTÁVEL PARA
OPERADORAS E BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE?**

LUIZ AUGUSTO CARNEIRO, SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

SÃO PAULO, 12 DE ABRIL DE 2018

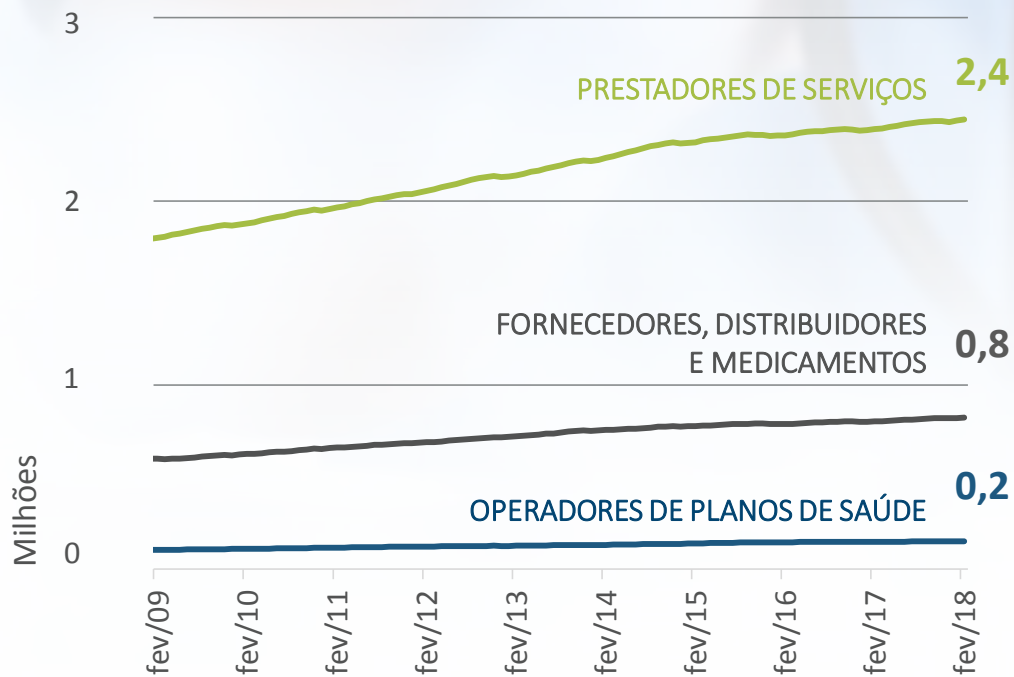
O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SETOR PRIVADO CRIA EMPREGOS

AO LONGO DA CADEIA DE SAÚDE

TOTAL DE EMPREGOS NA CADEIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

(FEV/09 A FEV/18)



= 3,4 milhões de empregos na cadeia da saúde suplementar ou 8% do total de empregos formais da economia.

TOTAL DE EMPREGOS NA ECONOMIA BRASILEIRA

(FEV/09 A FEV/18)



A IMPORTÂNCIA

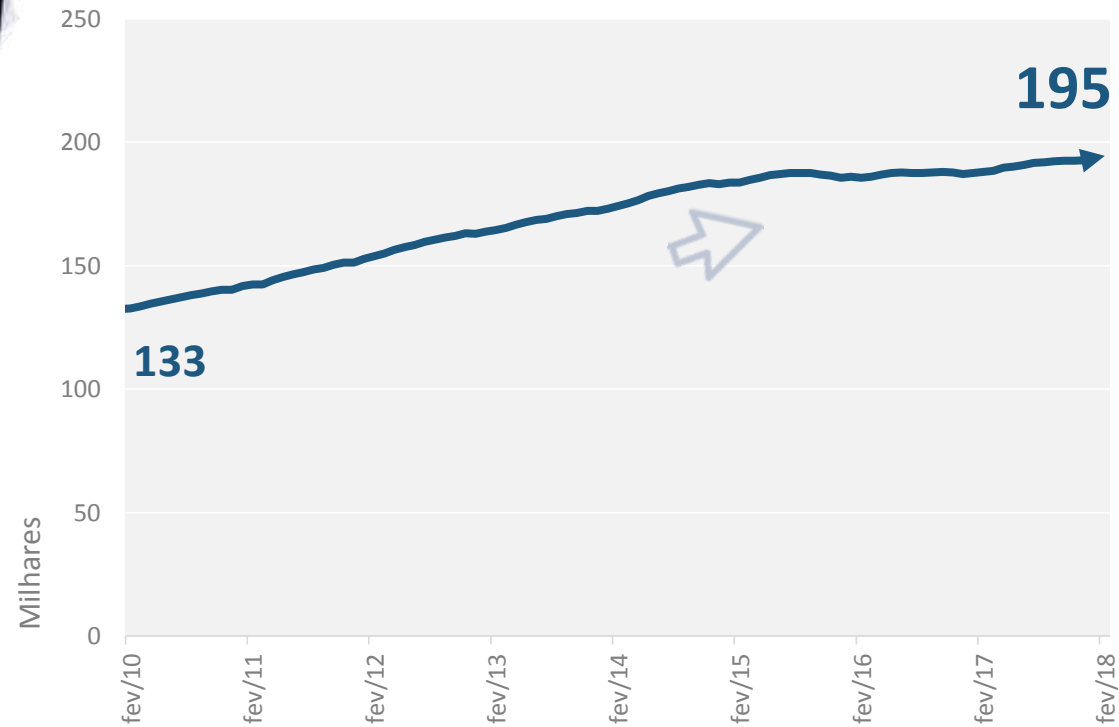
DO SETOR

DE DIAGNÓSTICOS

NA GERAÇÃO

DE EMPREGOS

ESTOQUE DE EMPREGOS RELACIONADOS A ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (fev/10 a fev/18)



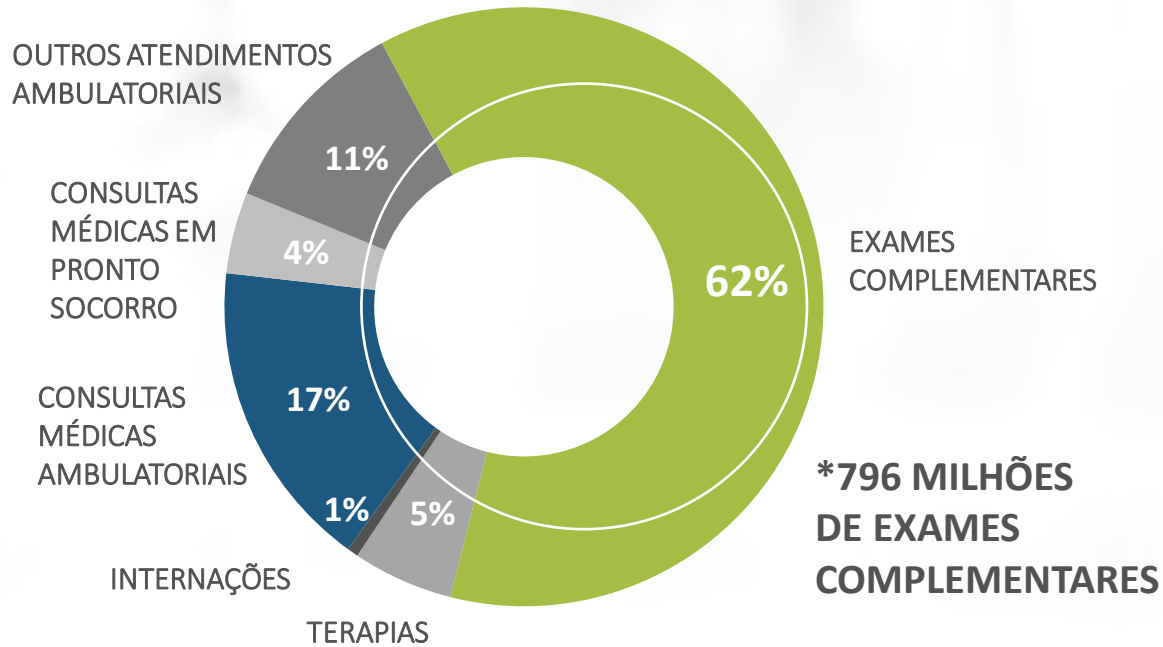
= 195 MIL
empregos formais
em fevereiro de
2018.

Em oito anos, esse
setor cresceu
46,7% (aumento
de 62 mil pessoas).

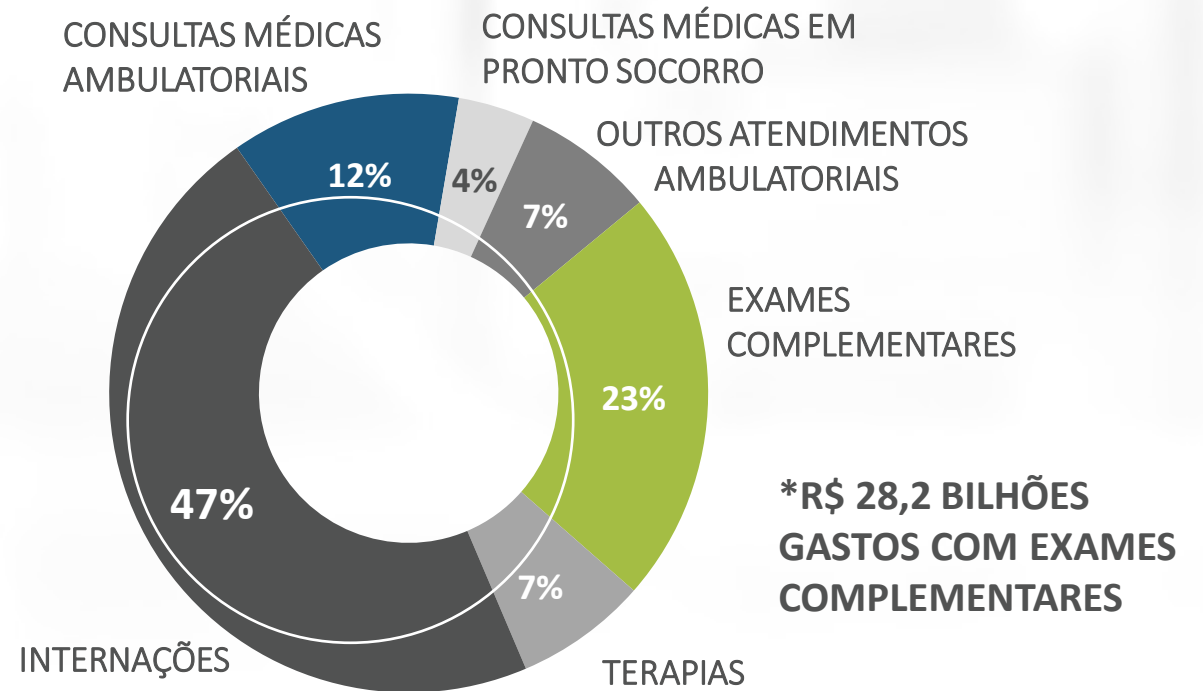
PROCEDIMENTOS E

DESPESAS ASSISTENCIAIS

PROPORÇÃO DE
PROCEDIMENTOS (N)



PROPORÇÃO DAS
DESPESAS (R\$)



PREÇO MÉDIO POR PROCEDIMENTOS 2015 E 2016

GRANDES GRUPOS DE PRODECIMENTOS	2015	2016	VARIAÇÃO (%) 2015/2016
CONSULTAS MÉDICAS	R\$ 72,90	R\$ 76,70	5,2
CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS	R\$ 67,40	R\$ 72,00	6,8
CONSULTAS MÉDICAS EM PS	R\$ 84,20	R\$ 91,60	8,8
OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	R\$ 60,30	R\$ 64,10	6,3
EXAMES COMPLEMENTARES	R\$ 33,70	R\$ 35,40	5,1
TERAPIAS	R\$ 141,80	R\$ 128,20	-9,6
INTERNAÇÕES	R\$ 6.558,80	R\$ 7.487,40	14,2
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (MÉDICO-HOSPITALARES)	49.172.488	47.586.547	-3,2

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM REGIME AMBULATORIAL	03 (TRÊS)
DEMAIS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA EM REGIME AMBULATORIAL	10 (DEZ)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

ROL DE PROCEDIMENTOS

E EVENTOS 2018 - ANS

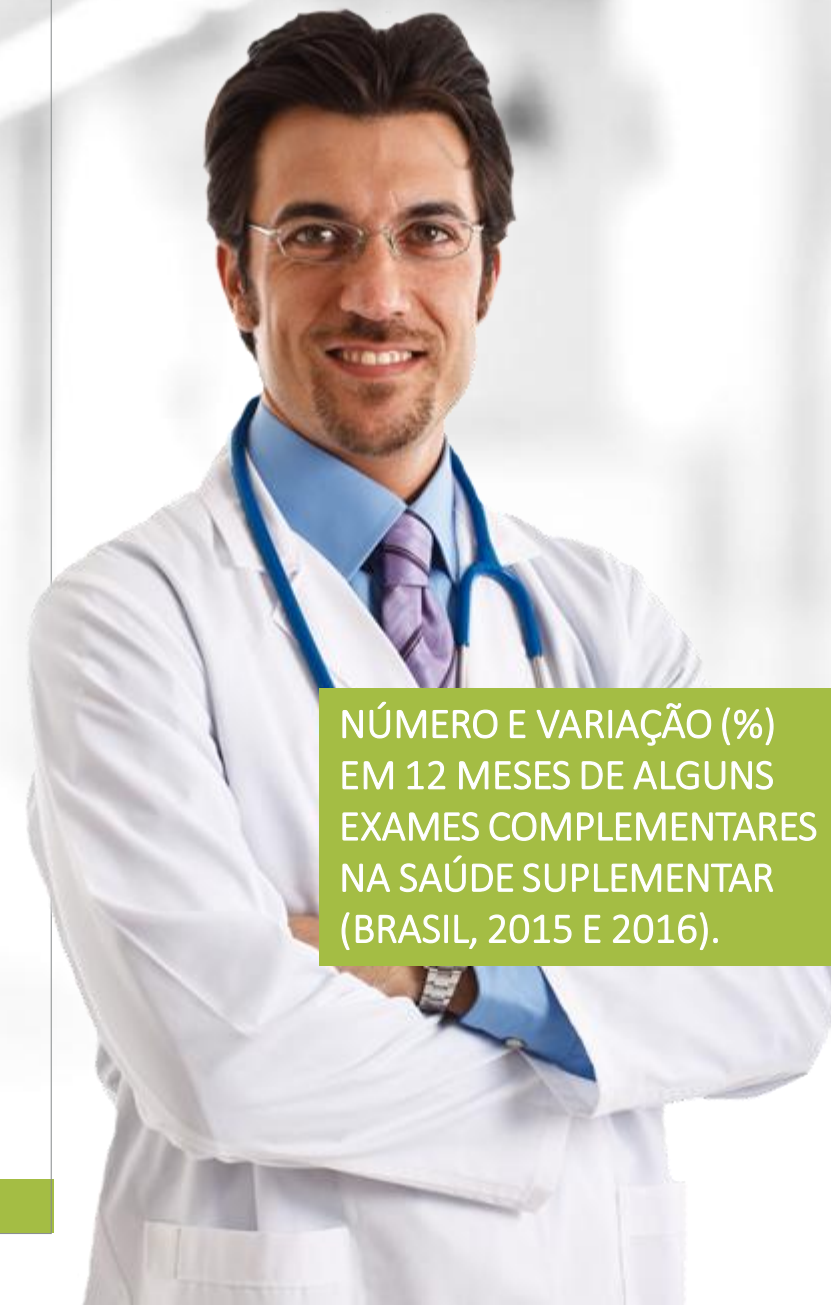
PRAZOS MÁXIMOS

DE ATENDIMENTO



SÃO 3.333 PROCEDIMENTOS E EVENTOS COBERTOS PELO ROL. DESSES, 691 SÃO PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS (20,7%).

	2015	2016	Δ 12 MESES
Hemoglobina glicada	9.974.454	10.972.552	10,0
Ressonância nuclear magnética	6.511.177	7.086.986	8,8
Broncoscopia com ou sem biopsia	69.802	75.648	8,4
Tomografia computadorizada	6.634.811	7.070.954	6,6
Holter de 24 horas	1.136.902	1.207.147	6,2
Ultra-sonografia diagnóstica de abdome total	6.140.885	6.433.133	4,8
Ecodopplercardiograma transtorácico	4.950.212	5.114.560	3,3
Pesquisa de sangue oculto nas fezes em pessoas de 50 a 69 anos	987.229	1.013.567	2,7
Densitometria óssea	2.150.867	2.189.305	1,8
Teste ergométrico	3.479.609	3.518.338	1,1
Colonoscopia	1.092.027	1.100.562	0,8
Ultra-sonografia diagnóstica de abdome superior	1.029.872	1.031.591	0,2
Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos	2.306.864	2.304.270	-0,1
Cintilografia miocárdica	553.835	552.392	-0,3
Mamografia	5.142.900	5.120.133	-0,4
Radiografia	34.757.535	34.426.467	-1,0
Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos	6.842.147	6.611.968	-3,4
Cintilografia renal dinâmica	41.734	39.697	-4,9
Ultra-sonografia diagnóstica de abdome inferior	8.179.136	7.686.852	-6,0
Endoscopia - via digestiva alta	3.326.717	3.124.358	-6,1
Ultra-sonografia obstétrica morfológica	1.126.648	982.802	-12,8
TOTAL DE EXAMES COMPLEMENTARES	746.979.342	796.750.159	6,7

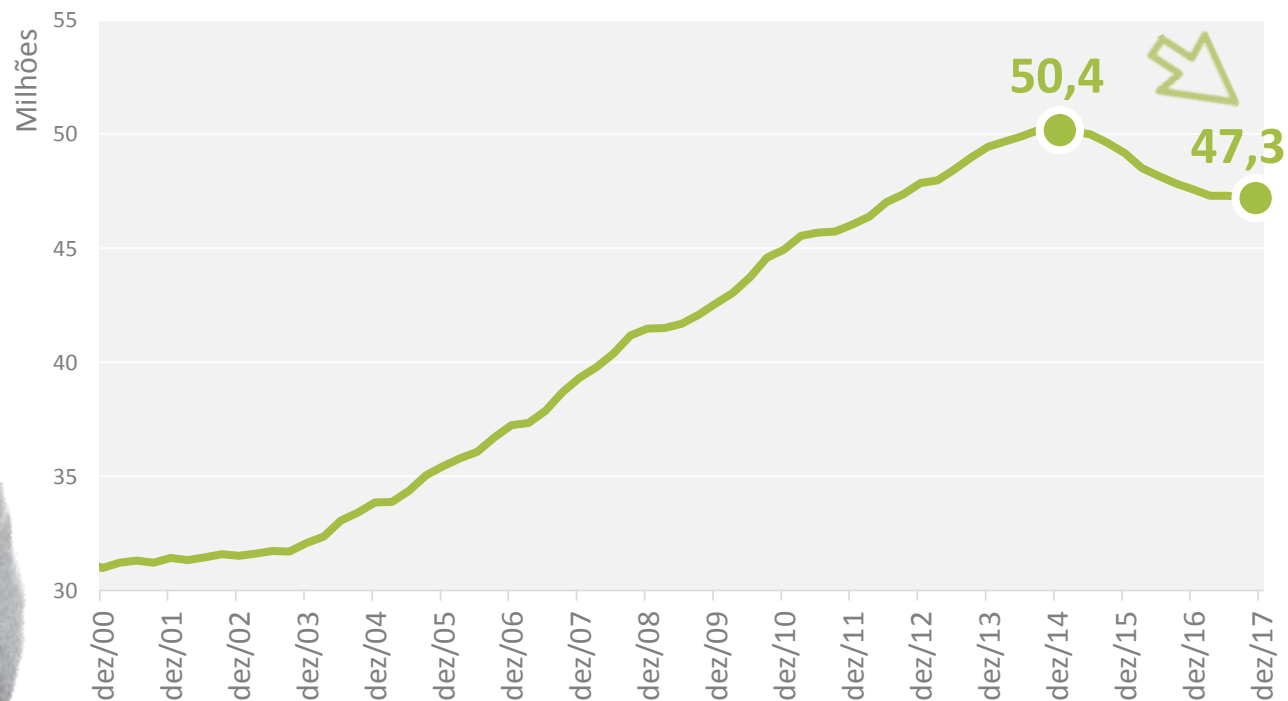


NÚMERO E VARIAÇÃO (%) EM 12 MESES DE ALGUNS EXAMES COMPLEMENTARES NA SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL, 2015 E 2016).

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES



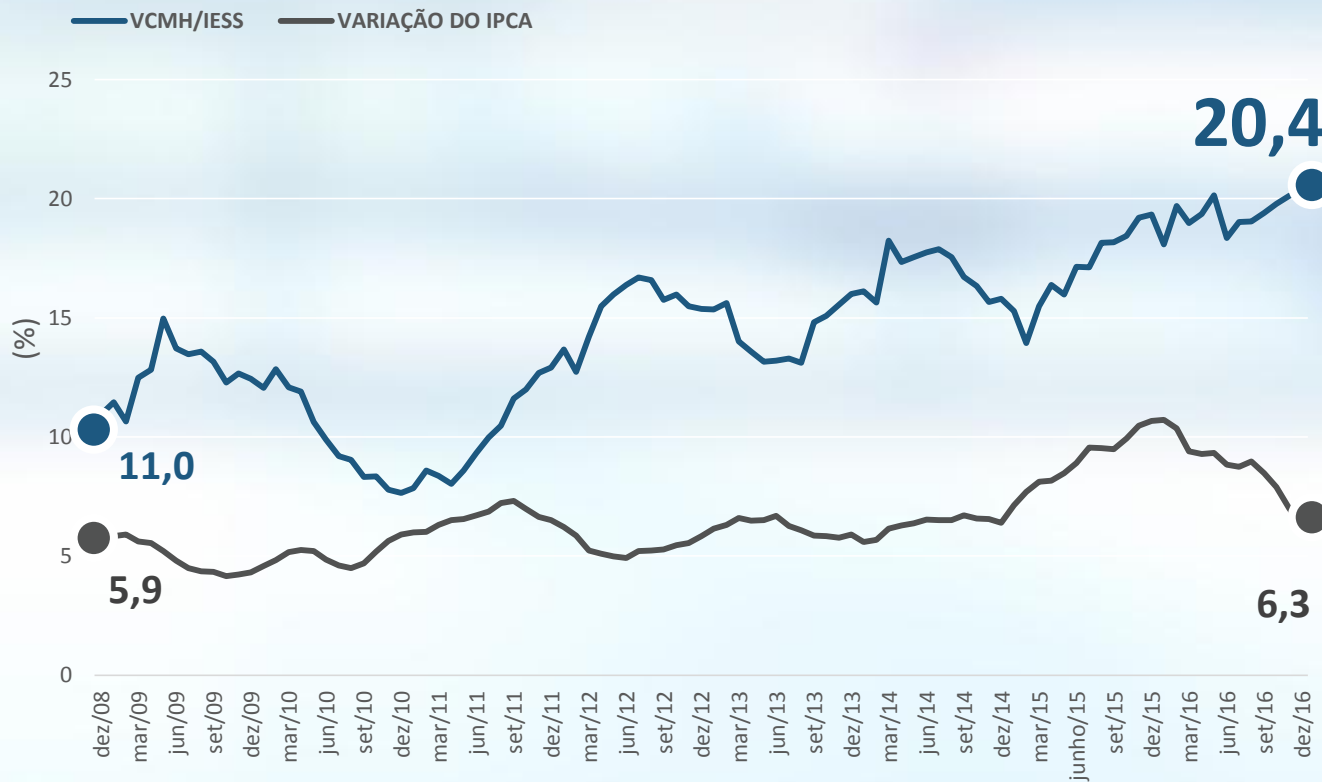
NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, MAIS DE **3,0 MILHÕES** DE PESSOAS PERDERAM SEUS PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES.



FONTE: TABNET/ANS. DADOS EXTRAÍDOS PELO IESS EM MARÇO DE 2018.

VARIAÇÃO DOS CUSTOS

MÉDICO-HOSPITALARES (VCMH/IESS)



Embora o número de beneficiários médico-hospitalares esteja em queda, a VCMH (%) continua crescendo.



Logo, é importante que a introdução de novas tecnologias na saúde suplementar seja feita com bastante critério.

VCMH VS.**INFLAÇÃO GERAL****FFS AINDA É O MODELO DE
PAGAMENTO MAIS COMUM.**

PAÍS	QUANTAS VEZES A VCMH É MAIOR QUE A INFLAÇÃO GERAL DO PAÍS?	FFS
CHINA	8,3	SIM
BRASIL	3,1	SIM
CHILE	2,5	SIM
ARGENTINA	1,3	SIM
ESTADOS UNIDOS	3,3	NÃO
AUSTRÁLIA	3,1	NÃO
ÁRFICA DO SUL	1,6	NÃO
PORTUGAL	1,3	NÃO

FONTE: WILLIS TOWERS WATSON. ELABORAÇÃO: IESS.

FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS

EM SISTEMAS DE SAÚDE



NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR:



- DE 10% A 15% DOS REEMBOLSOS PEDIDOS PELO SEGURADOS SÃO INDEVIDOS.
- DE 12% A 18% DAS CONTAS HOSPITALARES APRESENTAM ITENS INDEVIDOS.
- DE 25% A 40% DOS EXAMES LABORATORIAIS NÃO SÃO NECESSÁRIOS.



- ASSIM, ESTIMAMOS QUE R\$ 22,5 BILHÕES FORAM CONSUMIDOS POR FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS NO SETOR PRIVADO DE SAÚDE EM 2016. ISSO É CERCA DE **19%** DO TOTAL DE GASTOS ASSISTENCIAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

FRAUDES E DESPERDÍCIOS

INTERNACIONAIS

EM 2011, FORAM PESQUISADOS 107 PAÍSES (55% DOS PAÍSES NO MUNDO) E, EM MÉDIA, **6,99% DA DESPESA ANUAL GLOBAL COM SAÚDE FOI DESPERDIÇADA POR FRAUDE E ERROS** (CENTER FOR COUNTER FRAUD STUDIES, 2014).

OMS ESTIMOU QUE A DESPESA GLOBAL COM CUIDADOS EM SAÚDE EM 2006 ERA CERCA DE US\$ 4,7 TRILHÕES POR ANO. PARA O MESMO PERÍODO, ISSO SE TRADUZ EM CERCA DE US\$ 260 BILHÕES **(5,5%) EM PERDA GLOBAL DEVIDO A FRAUDES E ERROS.**

(UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2011)

DIAGNÓSTICOS COMO

QUALIDADE DE VIDA

O EXAME DE PSA REALIZADO EM UM INTERVALO DE 4 ANOS DUPLICOU O CUSTO TOTAL DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.

PORÉM, APENAS UMA PEQUENA PARTE DESTA AUMENTO FOI DEVIDO AO CUSTO COM O EXAME.

➤ EXISTE O RISCO DOS RESULTADOS FALSOS POSITIVOS. NO ENTANTO, DEVE-SE CONSIDERAR O AUMENTO DA QUALIDADE DE VIDA E A TRATAMENTOS MENOS INVASIVOS.

Overdetection, overtreatment and costs in prostate-specific antigen screening for prostate cancer

EAM Heijnsdijk¹, A der Kinderen¹, EM Wever¹, G Draisma¹, MJ Roobol² and HJ de Koning¹

¹Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, PO Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands; ²Department of Urology, Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, PO Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands

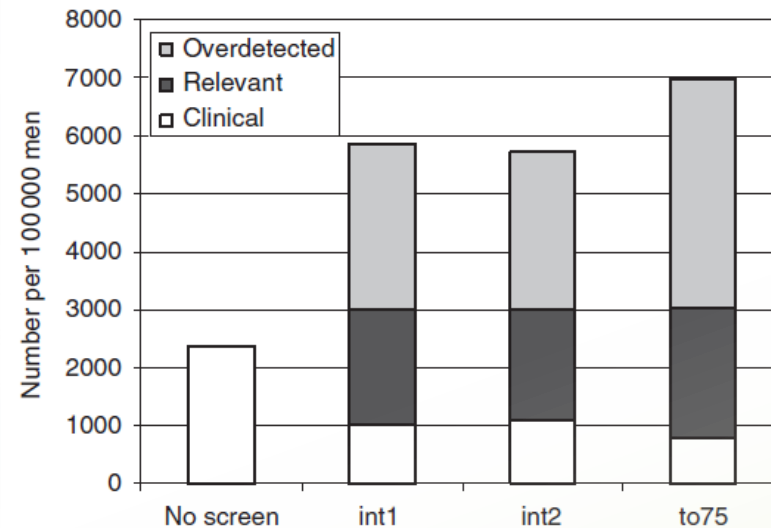


Figure 2 Number of cancers detected per 100 000 men in 25 years for three screening scenarios (1-year interval ages 55–70: int1, 2-year interval ages 55–70: int2, 4-year interval ages 55–75: to75) for clinically detected cancers (interval cancers), relevant cancers (screen-detected cancers that would have given rise to clinical symptoms later in life) and overdetected cancers (screen-detected cancers that would never give rise to clinical symptoms and would not lead to death caused by prostate cancer).¹



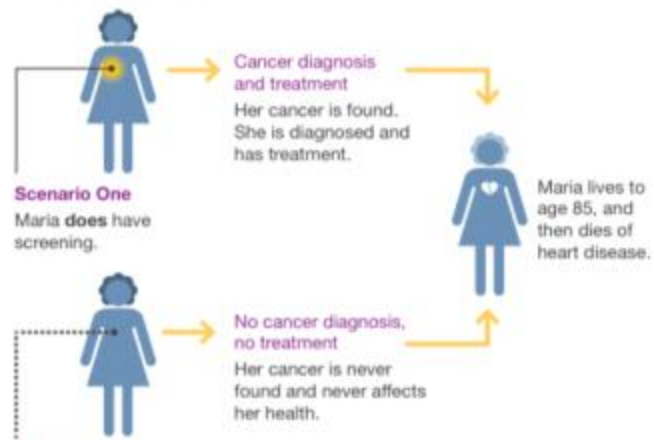
O SOBREDIAGNÓSTICO

E O TRATAMENTO

EXCESSIVO

Over-detection: an example

Imagine a woman called Maria who develops a small, slow-growing breast cancer in her 50s or 60s. The picture below shows two possible scenarios that could happen to Maria: Scenario 1 (top) is with screening, and Scenario 2 (bottom) is without screening.



Maria's life span is the same, whether or not she has screening. So if she has screening, she experiences over-detection (a diagnosis and treatment she does not need).

Putting it together

For women in Australia who have breast screening over 20 years:

4 out of 1000 women avoid dying from breast cancer, and 19 out of 1000 women experience over-detection.

So that means **more women experience over-detection than avoid dying** from breast cancer.

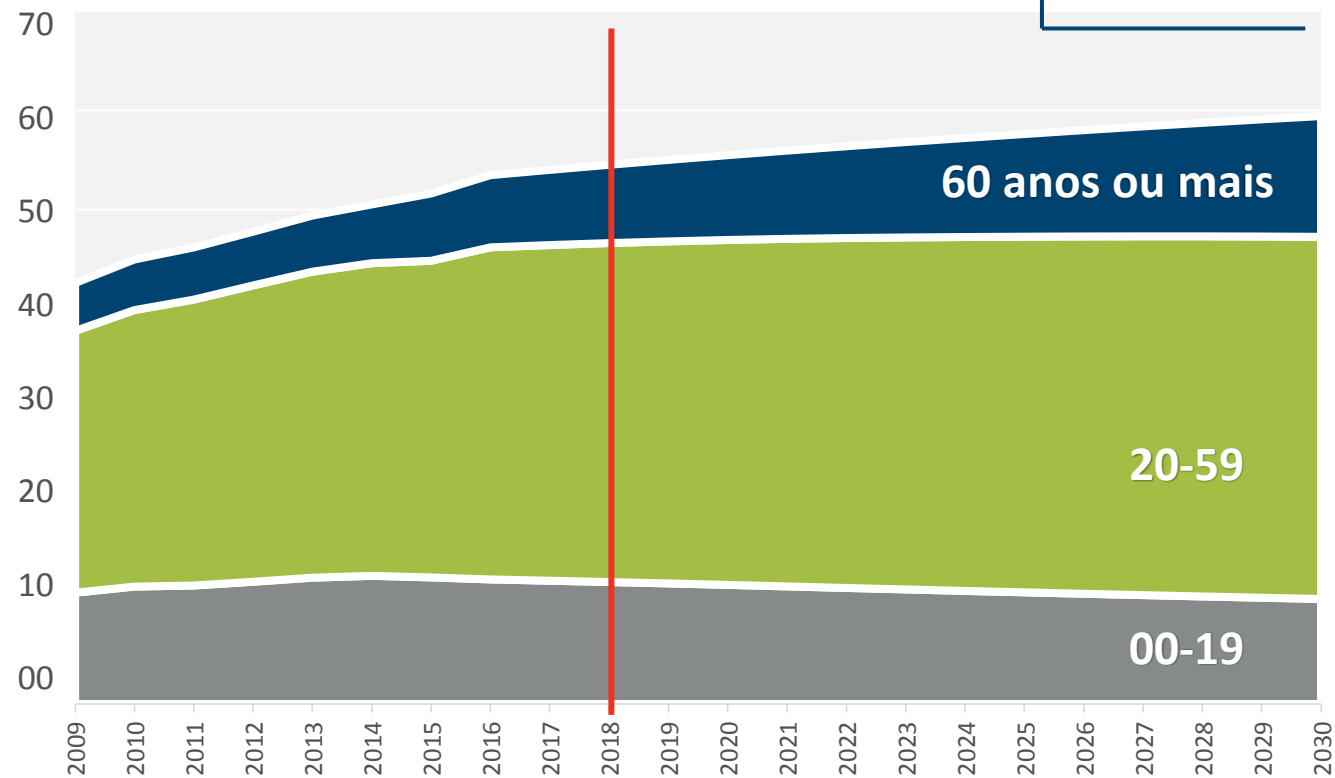
Making a choice: summary over 20 years with and without screening

Key questions	Screening (over 20 years, from age 50)	No screening (over 20 years, from age 50)
1. What are the chances of dying from breast cancer?	8 out of 1000 women die from breast cancer.	12 out of 1000 women die from breast cancer.
2. What are the chances of being diagnosed and treated for a breast cancer that is not harmful?	19 out of 1000 women are diagnosed and treated for a breast cancer that is not harmful (over-detection).	Women who do not have screening will not experience over-detection caused by screening.
3. What are the chances of having a false positive screening result that leads to extra testing?	412 out of 1000 women have a false positive result and extra testing, when they do not have cancer.	Women who do not have screening will not experience a false positive screening result.
4. What would I need to do?	If you decide to start screening, you will be invited to have another mammogram every 2 years. If you have any breast symptoms, see your doctor.	If you decide not to start screening now, you can always reconsider in the future. If you have any breast symptoms, see your doctor.

Key scientific articles: (1) Barratt A, Howard K, Irwig L, Salkeld G, Housami N. Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. *British Medical Journal* 2005; 330: 936. (2) Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380: 1778.

PROJEÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

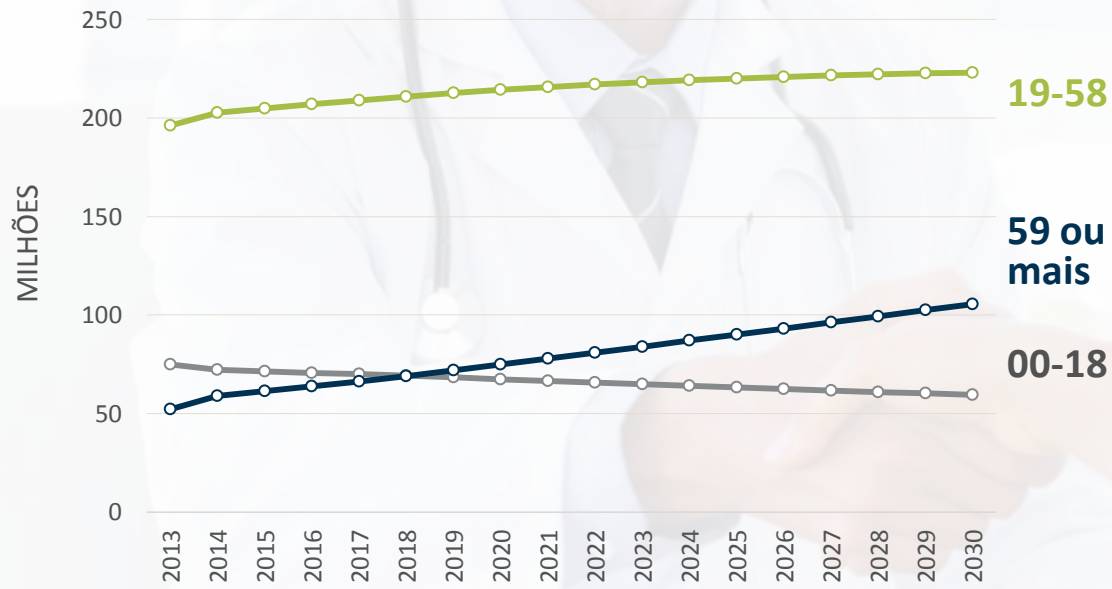
60 anos ou mais:
12,3% em 2015,
20,5% em 2030.



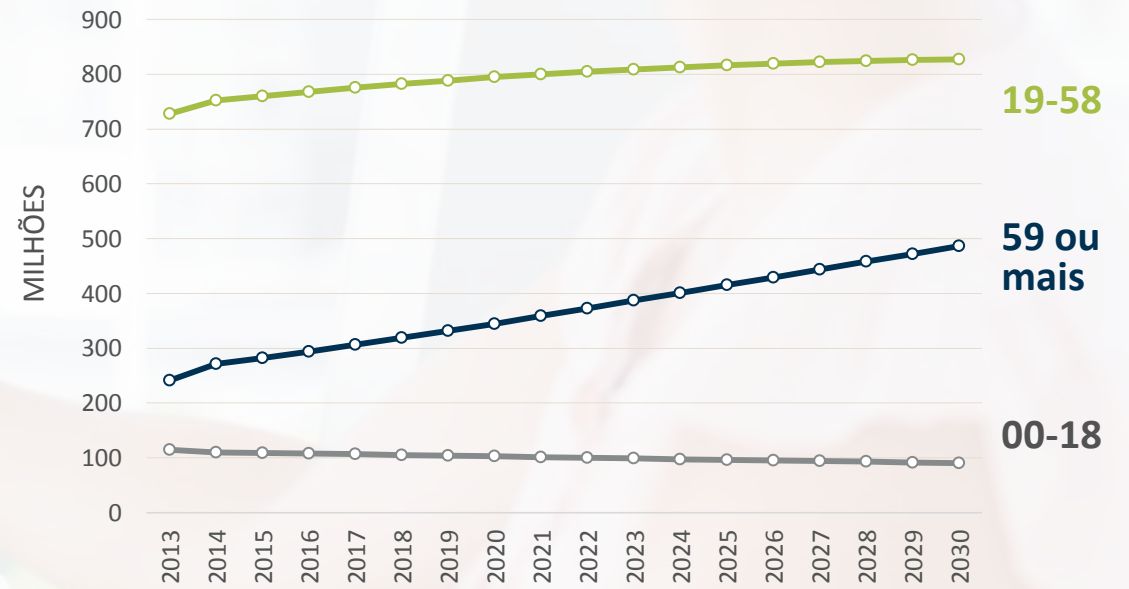
FONTE: IESS. TD Nº 57 – ATUALIZAÇÃO DAS PROJEÇÕES PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR DOS GASTOS COM SAÚDE DIVULGADOS NO RELATÓRIO “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASILEIRO. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.IESS.ORG.BR/?P=PUBLICACOES&ID=781&ID_TIPO=3](http://www.ies.org.br/?P=PUBLICACOES&ID=781&ID_TIPO=3).

PROJEÇÃO DE NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FAIXA ETÁRIA (2013-2030), EM MILHÕES

NÚMERO DE CONSULTAS



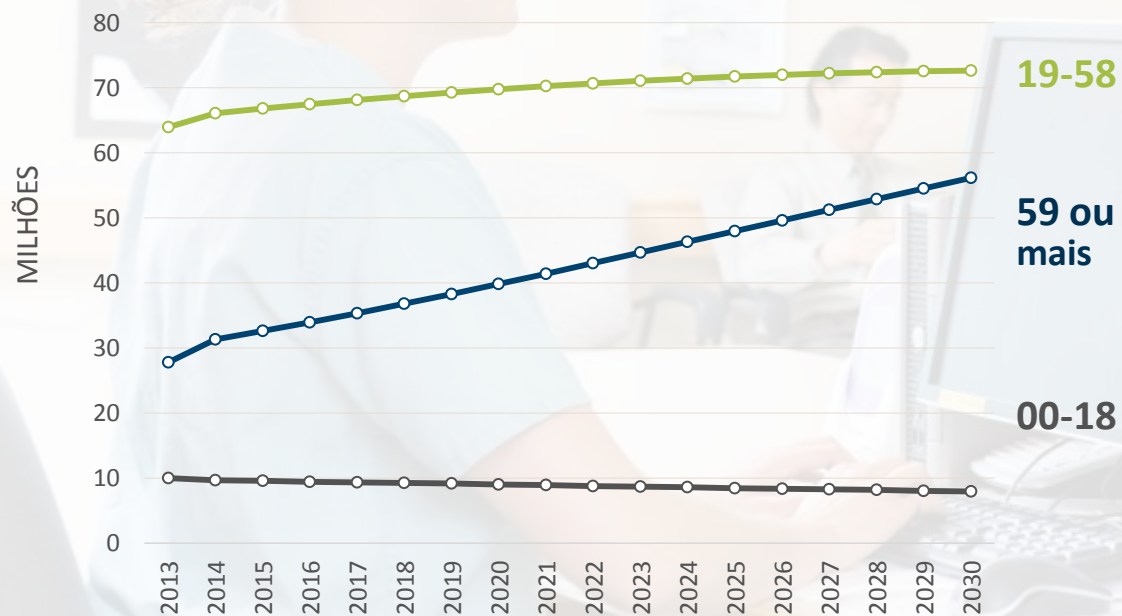
NÚMERO DE EXAMES



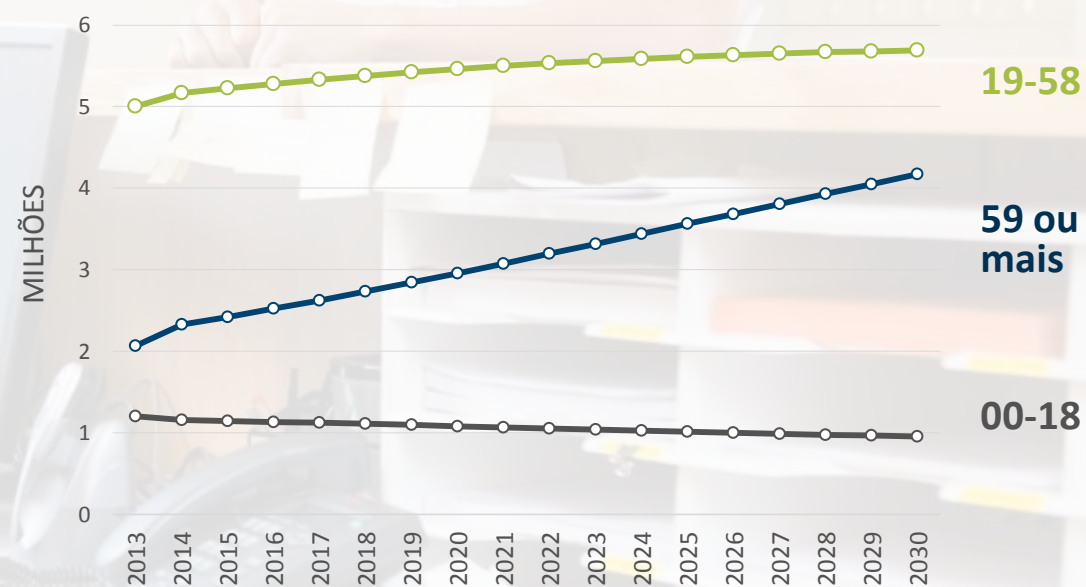
PROJEÇÃO DE NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

POR FAIXA ETÁRIA (2013-2030), EM MILHÕES

NÚMERO DE TERAPIAS

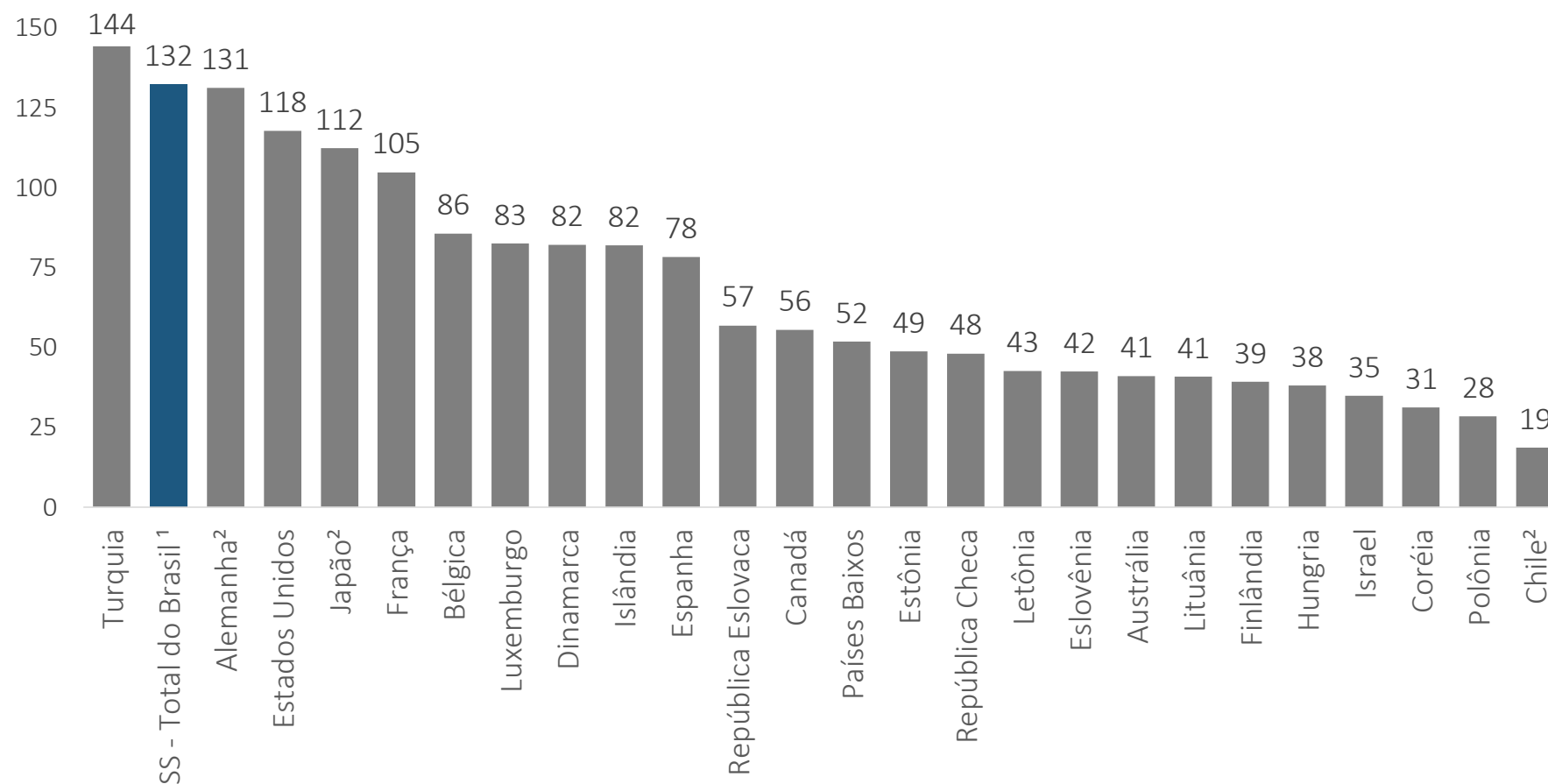


NÚMERO DE INTERNAÇÃO



EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

NÚMERO DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR MIL HABITANTES ENTRE OS PAÍSES DA OCDE E SAÚDE SUPLEMENTAR NO ANO DE 2015.



The logo for 'Choosing Wisely' features the words 'Choosing' and 'Wisely' stacked vertically in a large, bold, black sans-serif font. To the left of the text is a vertical bar composed of five colored squares: yellow, green, teal, blue, and purple. A registered trademark symbol (®) is located to the right of the word 'Wisely'.

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation



CHOOSING WISELY

“ESCOLHENDO SABIAMENTE”

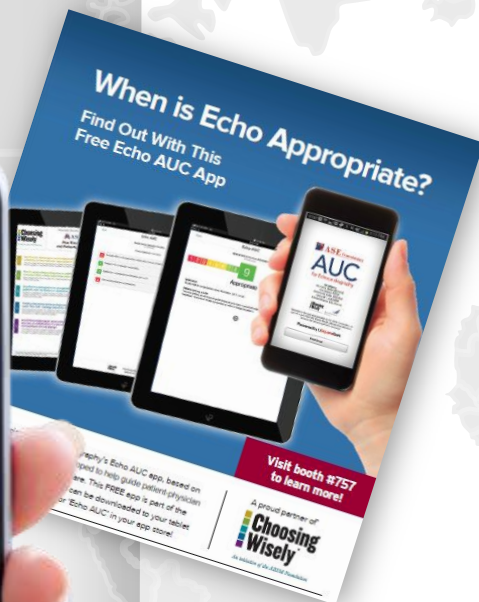
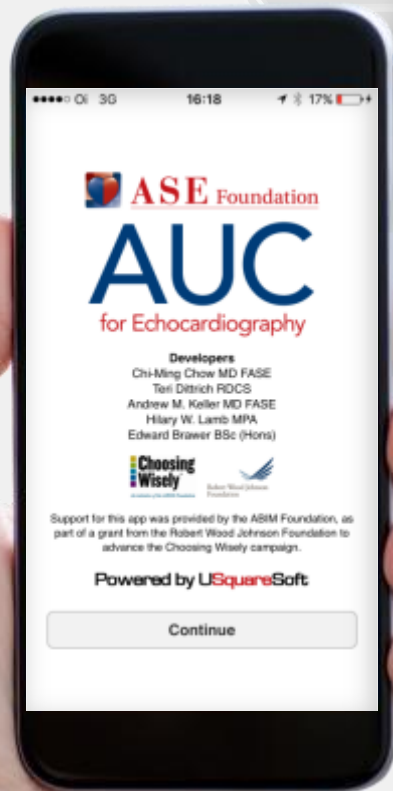
A INICIATIVA COMEÇOU EM 2012, NOS EUA, PELA **AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM)** QUE IDENTIFICOU MAIS DE 200 EXAMES/PROCEDIMENTOS/INTERVENÇÕES DE BENEFÍCIO QUESTIONÁVEL, COM O OBJETIVO DE REDUZIR O DESPERDÍCIO E, SIMULTANEAMENTE, MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

O PROGRAMA BUSCA ESTABELECEER A DISCUSSÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES, SE PAUTANDO POR:

- DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.
- NÃO DUPLICIDADE DE EXAMES OU PROCEDIMENTOS JÁ RECEBIDOS.
- SEM DANO AO PACIENTE.
- VERIFICAÇÃO DE SE É REALMENTE NECESSÁRIO.

CHOOSING WISELY

PRÁTICAS ADOTADAS



EUA – APLICATIVO DA **SOCIEDADE AMERICANA DE ECO-CARDIOGRAFIA (ASE)** QUE FORNECE SUPORTE À DECISÃO PARA MÉDICOS COM BASE NAS RECOMENDAÇÕES DO CHOOSING WISELY.

evolve

AUSTRÁLIA: PROGRAMA EVOLVE DA ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS – ADOÇÃO DE 16 LISTAS DE RECOMENDAÇÃO DO CHOOSING WISELY COM QUESTIONAMENTOS SOBRE INDICAÇÃO E VALOR PARA O PACIENTE DE EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES.





CHOOSING WISELY

CHAMPANHAS ATIVAS NO MUNDO

IMPACTO DO CHOOSING WISELY

THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE.

PHYSICIAN PERCEPTIONS OF CHOOSING WISELY AND DRIVERS OF OVERUSE

Carrie H. Colla, PhD; Elizabeth A. Kinsella, BA; Nancy E. Morden, MD, MPH; David J. Meyers, MPH; Meredith B. Rosenthal, PhD; and Thomas D. Sequist, MD, MPH.

“75.1% OF PRIMARY CARE PHYSICIANS REPORTED THEY AGREED OR SOMEWHAT AGREED THAT CHOOSING WISELY EMPOWERED THEM TO REDUCE USE OF UNNECESSARY TESTS AND PROCEDURES COMPARED WITH 64.4% OF MEDICAL SPECIALISTS AND 54% OF SURGICAL SPECIALISTS.”

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE.

EMERGENCY PHYSICIAN KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOR REGARDING ACEP'S CHOOSING WISELY RECOMMENDATIONS: A SURVEY STUDY.

MICHELLE P. LIN, THOMAS NGUYEN, MARC A. PROBST.
LYNNE D. RICHARDSON, JEREMIAH D. SCHUUR.

AS A RESULT OF THE CHOOSING WISELY CAMPAIGN:

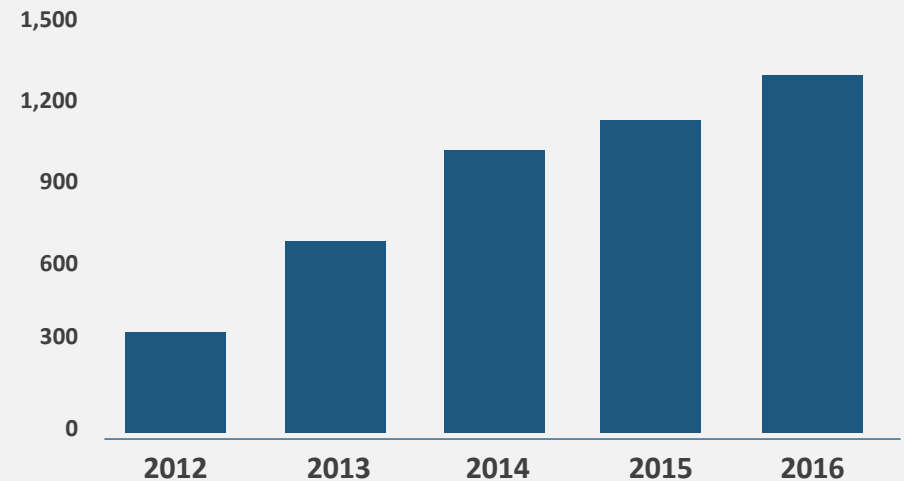
- MOST RESPONDENTS (64.5%) FELT MORE COMFORTABLE DISCUSSING LOW-VALUE SERVICES WITH PATIENTS.
- 54.5% REPORTED REDUCING UTILIZATION.
- 52.5% WERE AWARE OF LOCAL EFFORTS TO PROMOTE THE CAMPAIGN.
- A MAJORITY (62.9%) OF RESPONDENTS WERE ABLE TO IDENTIFY AT LEAST 4 OUT OF 5 RECOMMENDATIONS.

JAMA INTERNAL MEDICINE

2016 UPDATE ON MEDICAL OVERUSE A SYSTEMATIC REVIEW

DANIEL J. MORGAN, MD, MS; SANKET S. DHRUVA, MD; SCOTT M. WRIGHT, MD; DEBORAH KORENSTEIN, MD.

“THE NUMBER OF ARTICLES ON OVERUSE NEARLY DOUBLED FROM 2014 TO 2015, INDICATING THAT AWARENESS OF OVERUSE IS INCREASING...”



**BASED ON A GOOGLE SCHOLAR SEARCH
OF “CHOOSING WISELY AND HEALTH”.**

IESS

*INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR*

MUITO OBRIGADO

LUIZ AUGUSTO CARNEIRO

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CONTATO

contato@iess.org.br

www.iess.org.br



/IESS.org.br



@IESS_BR



/company/IESS-BR