

# **GESTÃO E TECNOLOGIA PARA SUSTENTABILIDADE DO BENEFÍCIO-SAÚDE**

Curitiba, 13 de abril de 2018



I Encontro Brasileiro de  
Gestão da Sinistralidade  
em Saúde Suplementar

**IESS**

*INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR*

# O DESAFIO DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA E O EQUILÍBRIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

LUIZ AUGUSTO CARNEIRO,  
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO



# Nossa Missão

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde complementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.



# A IMPORTÂNCIA DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA



# Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?

Insurance's effect may be less than in the past, but its impact on the use and spread of new medical technologies is significant.

by Sheila Smith, Joseph P. Newhouse, and Mark S. Freeland

**ABSTRACT:** A broad consensus holds that increased income is the primary driver of health spending growth. However, independently of historical context; it is fueled by rising income and insurance coverage. We estimate that medical technology explains 20% of growth since 1960—a smaller percentage than earlier estimates. (Product, or GDP) growth plays a critical role, primarily through health insurers and employers on behalf of pools of consumers. The countries differ, with less of a push from increasing generosity of cost sharing and changes in provider payment. [Health Aff (Millwood). 2009;28(5):1276-1284. doi:10.1377/hlthaff.28.5.1276]

## NOS ESTADOS UNIDOS

O GASTO COM SAÚDE PER CAPITA  
CRESCEU **4,8%** AO ANO  
ENTRE 1960 E 2007.

E AS NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
RESPONDEM POR ATÉ **48%** DESSE  
AUMENTO.

Fonte: Sheila Smith, Joseph P. Newhouse and Mark S. Freeland. **Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?** *Health Affairs* 28, no.5 (2009):1276-1284. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276





# ELENCADAS PELO BENEFÍCIO QUE GERAM POR DÓLAR GASTO

Tecnologias **responsáveis por grande parte do aumento da longevidade** Ex.: Antibióticos.

Tecnologias **cujos benefícios são substanciais para alguns pacientes**, mas não todos.  
Ex.: Angioplastia.

Tecnologias cujos **benefícios são pequenos ou possuem pouca evidência científica**. Responsáveis por **maior parte do custo da saúde**.

Fonte: Skinner J. The Costly Paradox of Health-Care Technology. In every industry but one, technology makes things better and cheaper. Why is it that innovation increases the cost of health care? MIT Technology Review. September 5, 2013.

---

# CAN TECHNOLOGY ASSESSMENT CONTROL HEALTH SPENDING?

---

by Alan M. Garber

---

*Prologue: In the new-ending search for ways to cut rising health care costs, medical technology is arguably the most controllable component of health spending growth. Thus, physician-economist Alan Garber argues in this paper, no plan to reform the nation's health care system by limiting its budget can succeed unless it has some influence on how technology is disseminated. To do this requires a deliberate, standardized approach to assessing new technologies as they are being developed.*

*Garber believes that cost-effectiveness analysis, while not the only method, is particularly promising because, by definition, it addresses both the cost and the effectiveness of technological advances. However, Garber cautions, it is important to emphasize both the effectiveness and the cost, because "if a treatment is not effective, it cannot be cost-effective, and it is usually less expensive to demonstrate effectiveness if an intervention is cost-effective." The continued development and refinement of cost-effectiveness analyses is of great interest to insurers, consumers*

## ATS PODE AJUDAR A CONTER A ESCALADA DESNECESSÁRIA DE CUSTO NA SAÚDE

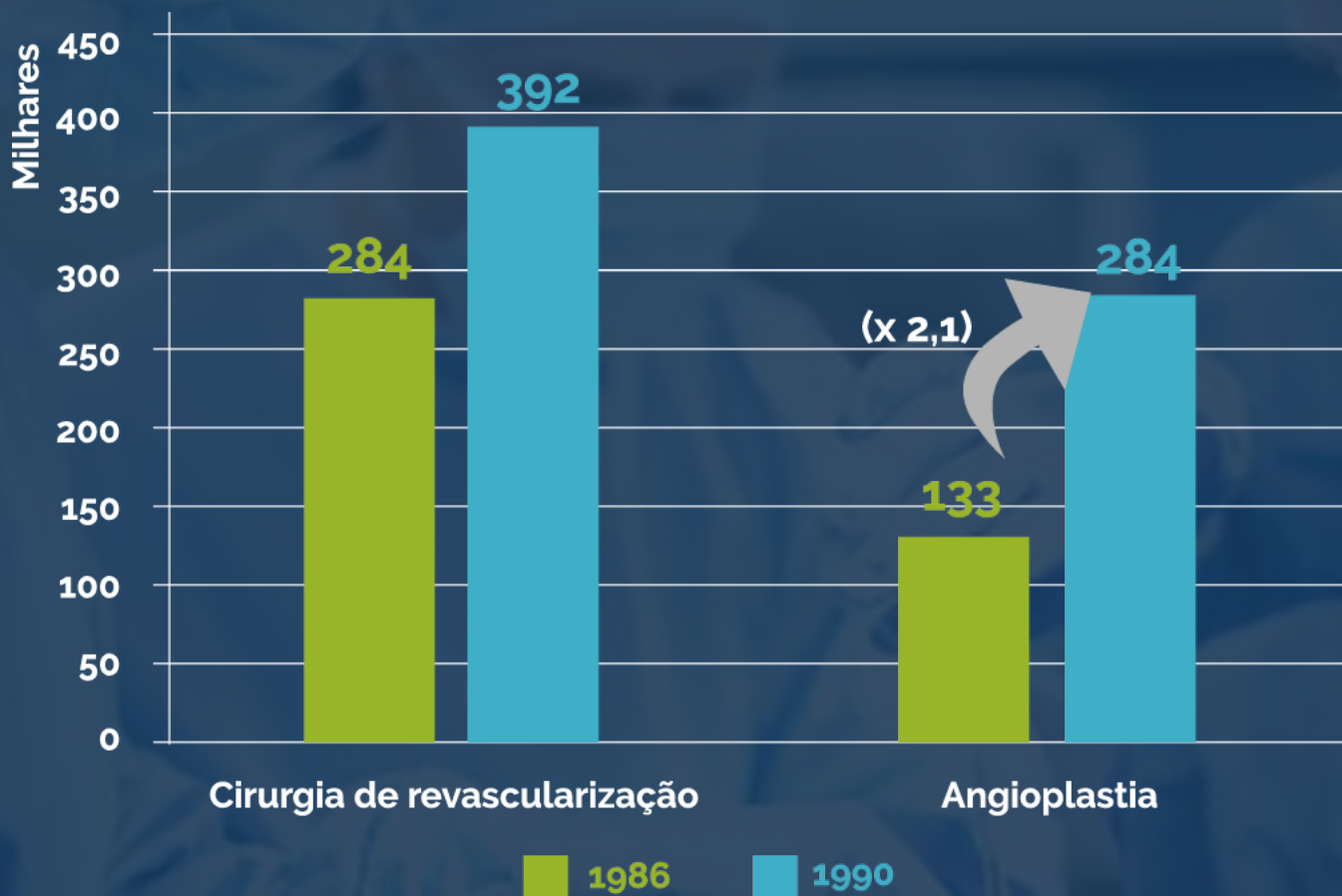
É necessário que a **introdução de novas tecnologias sejam feitas com bastante critério**, para não trazer mais custos do que benefícios.

Caso da introdução da angioplastia nos Estados Unidos.

Referência: A M Garber. **Can technology assessment control health spending?** Health Affairs 13, no.3 (1994):115-126. doi: 10.1377/hlthaff.13.3.115

# INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA: DUPLICIDADE

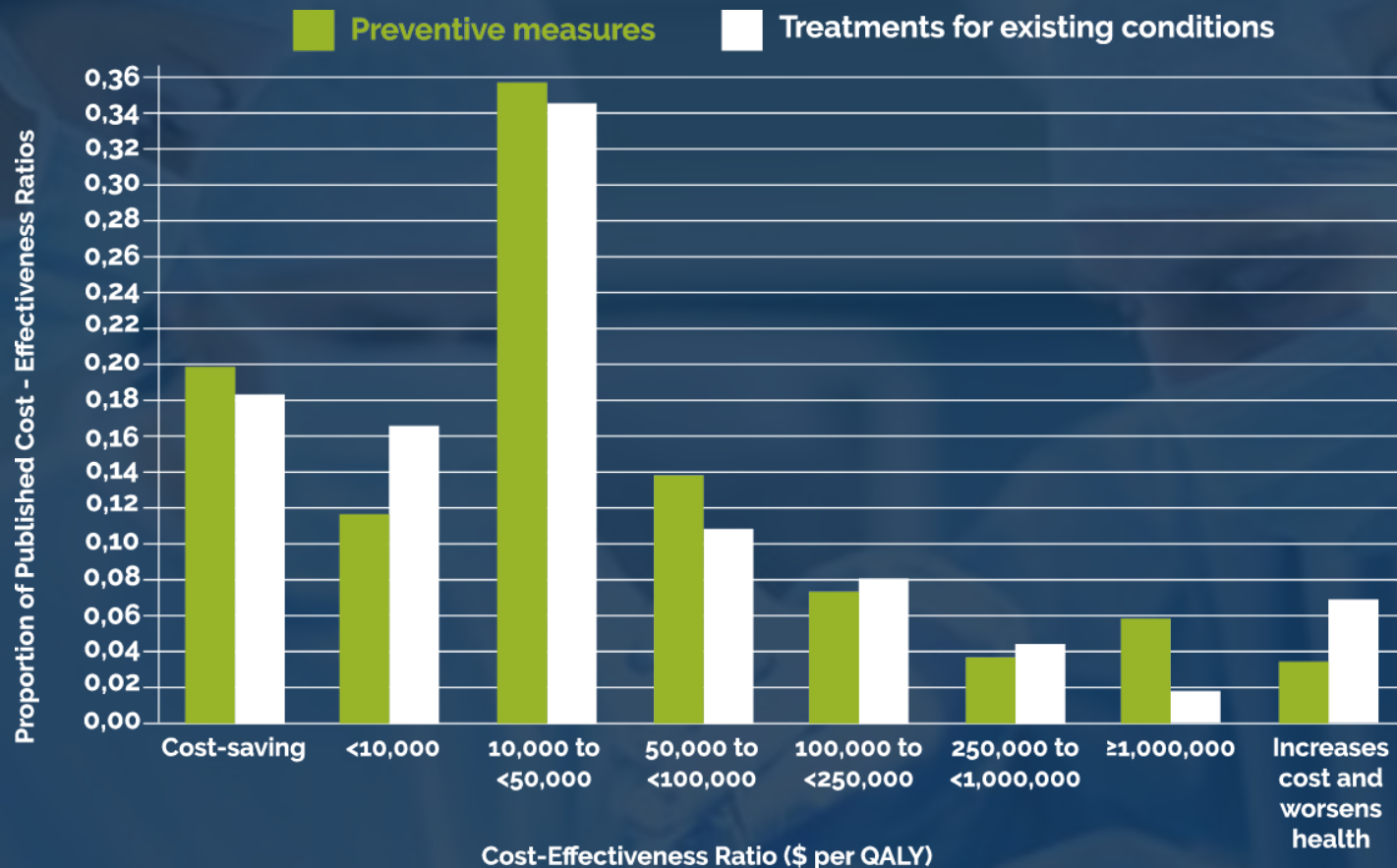
**Resultado:** entre 1986 e 1990, a angioplastia **mais do que dobrou** e o número de cirurgia de revascularização, em vez de cair, aumentou substancialmente. Presumivelmente, muitos pacientes receberam ambos os procedimentos.



Referência: A M Garber.  
**Can technology  
assessment control  
health spending?** Health  
Affairs 13, no.3 (1994):  
115-126. doi: 10.1377/  
hlthaff.13.3.115



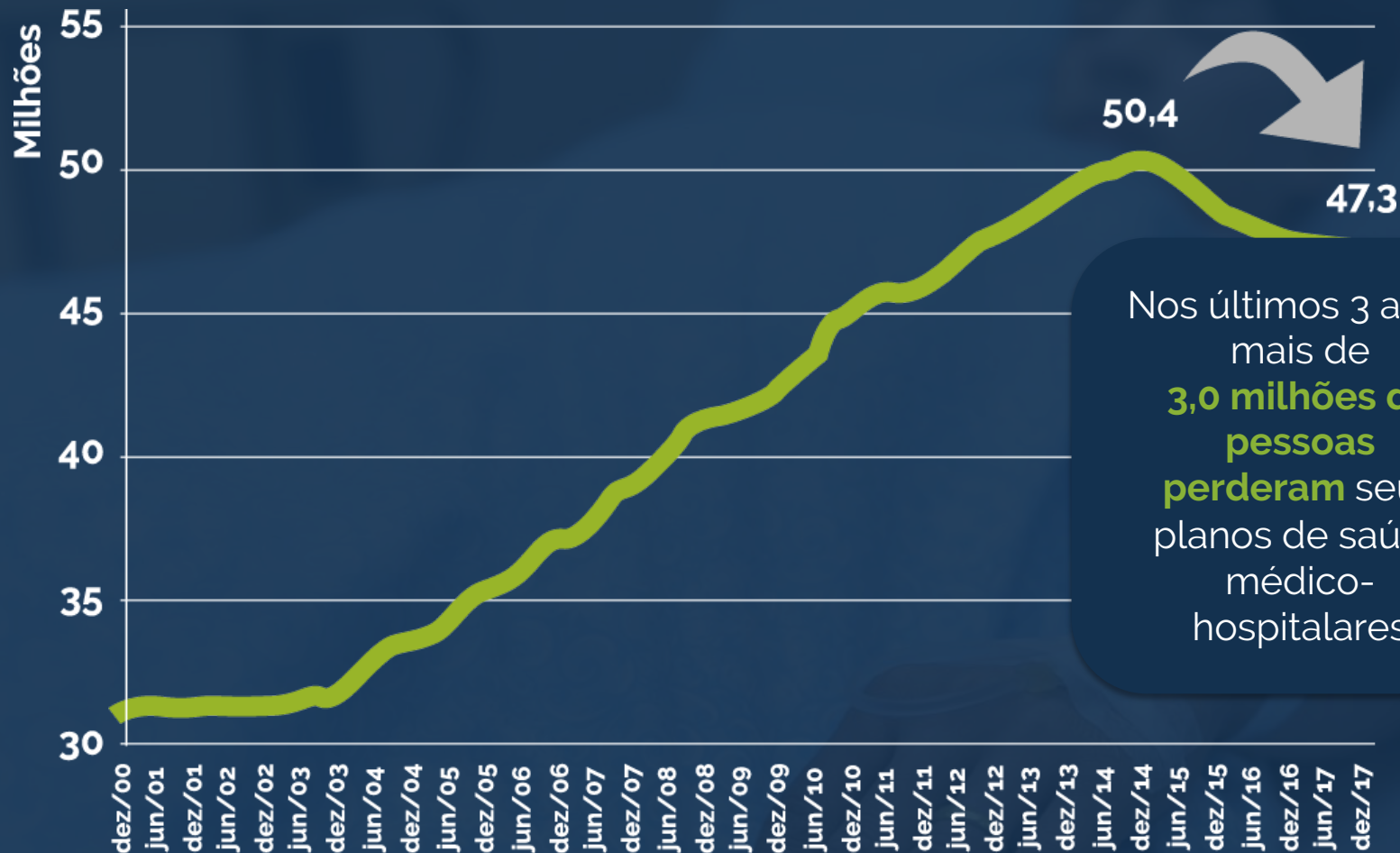
# CUSTO EFETIVIDADE É ESSENCIAL



Até **tratamentos preventivos** podem não ser custo-efetivos.

# EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

Número de vínculos a planos médico-hospitalares (dez/2000 a dez/2017)



Fonte: Tabnet/ANS. Dados extraídos pelo IESS em 13/03/2018.

# VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES (VCMH)

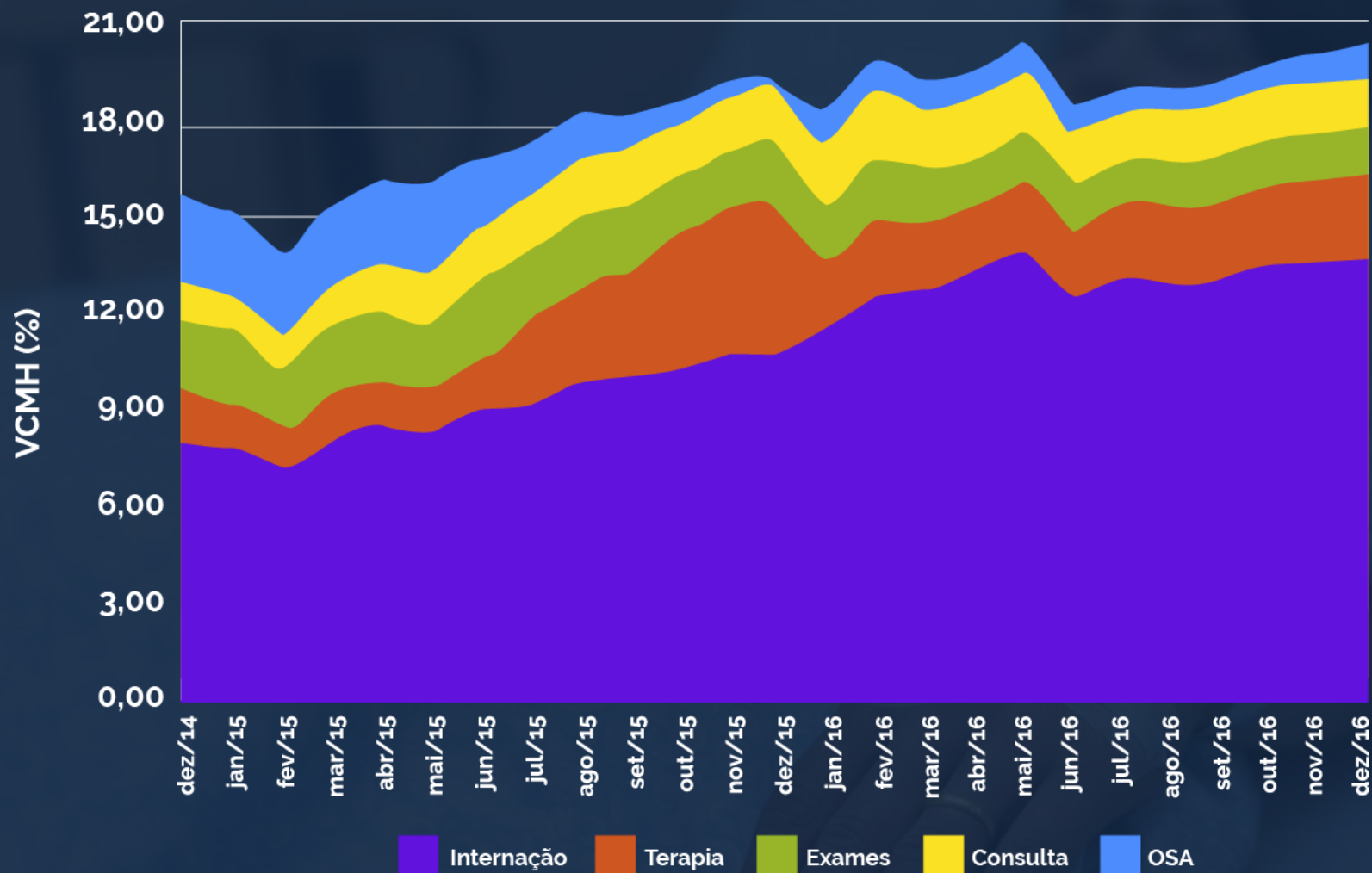


Fonte: IESS

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

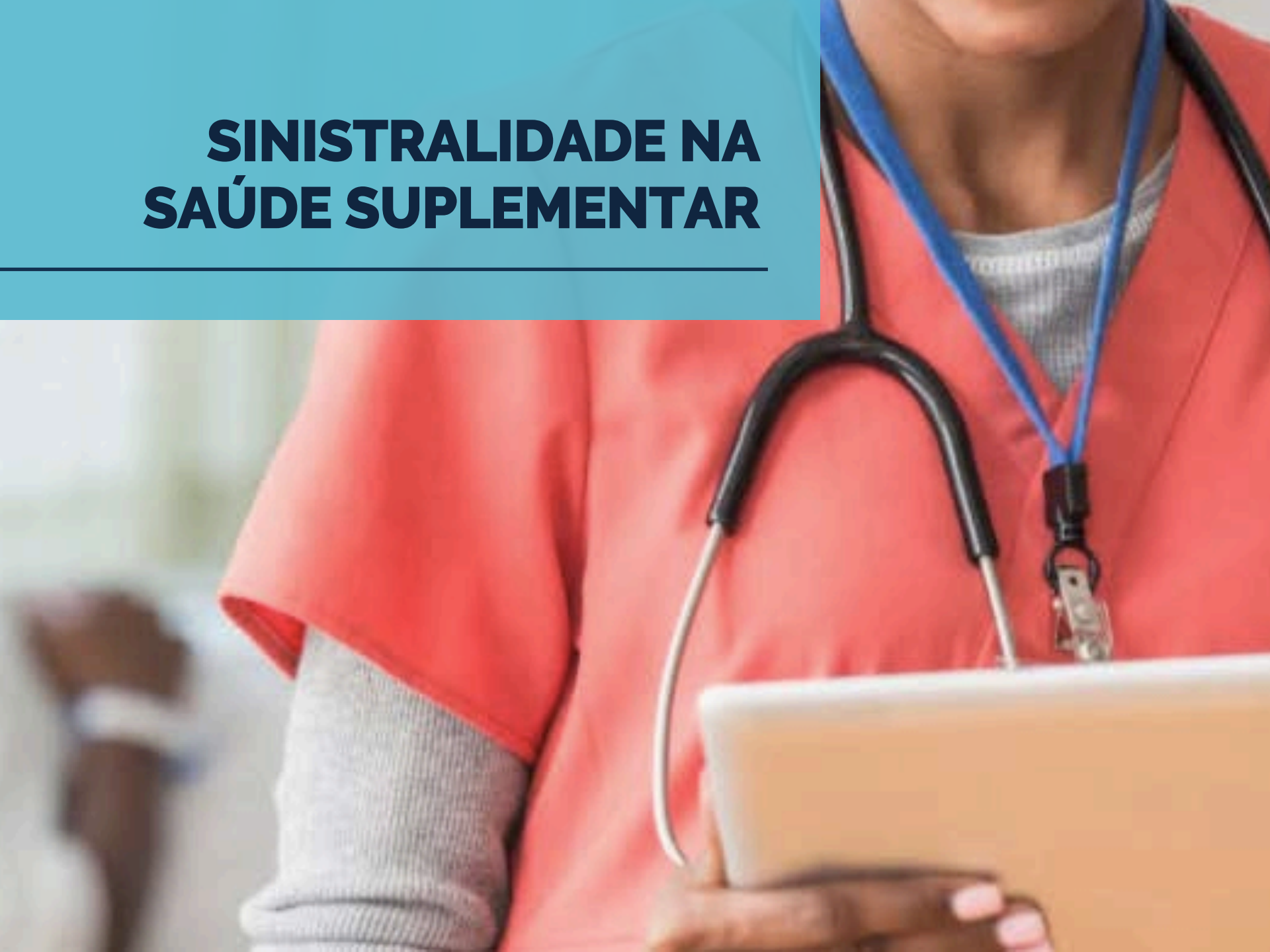
Logo, é importante que a introdução de novas tecnologias na saúde suplementar seja feita com bastante critério.

# VCMH/IESS POR GRUPO DE PROCEDIMENTO



# **SINISTRALIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

---



# Health Affairs

---

## Use And Abuse Of The Medical Loss Ratio To Measure Health Plan Performance

*This accounting tool was never intended to measure quality or efficiency.*

BY JAMES C. ROBINSON

*Health Affairs*, 16, no.4 (1997):176-187

*“The medical loss ratio is an accounting monstrosity that enthralls the unsophisticated observer and distorts the policy discourse.”*

A análise financeira com base em sinistralidade merece cuidados

# O IMPACTO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS

---



# IMPACTO DO ROL DE PROCEDIMENTOS



Em 2016, foi realizada uma despesa assistencial de R\$ 137,1 bilhões e um total de 48,4 milhões de beneficiários.

**Conclusão: o Rol da ANS 2018 corresponde a uma despesa total de R\$ 2,03 bilhões ou 1,49% de toda a despesa assistencial realizada em 2016.**

## IMPACTO NA DESPESA ASSISTENCIAL, ANO 2016 (REALIZADO)

Despesa assistencial	<b>R\$ 137.123.815.321</b>
Número de beneficiários	<b>48.485.519</b>
Despesa assistencial <i>per capita</i> 2016	<b>R\$ 2.828</b>
Despesa assistencial <i>per capita</i> após Rol 2018	<b>R\$ 2.870</b>
Porcentagem correspondente às inclusões/alterações no Rol 2018 na despesa assistencial <i>per capita</i> 2016	<b>1,49%</b>

Fonte: Confederação Nacional da Indústria. **Análise de impacto orçamentário: tecnologias incorporadas pelo rol de 2018 da ANS.** Confederação Nacional da Indústria, Serviço Social da Indústria. - Brasília: CNI, 2018. 153 p.: il.

Elaboração: CNI. Fonte: ANS/Tabnet, Informações em Saúde Suplementar/Autogestão. Cooperativa, Medicina Grupo, Seguro Saúde, 2018.



# COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS NA ÁFRICA DO SUL



Assim como o Brasil, a África do Sul também possui um rol de cobertura. No entanto, na **África do Sul a cobertura não é tão abrangente quanto no Brasil.**

A cobertura mínima de chama PMB (ou Benefícios Mínimos Previstos, em português):

É um conjunto de benefícios definidos que garantem que todos os membros de planos de saúde tenham acesso a serviços mínimos de saúde, independentemente da opção de benefício que selecionarem.

Inclui a cobertura de 270 procedimentos de saúde e emergência.

**Atualização do PMB:** a cada dois anos pelo governo.

**Critérios de atualização:** Problemas com a legislação; Relação custo-benefício das tecnologias da saúde; e impacto na viabilidade dos planos de saúde e acessibilidade econômica aos membros.

Referência: Seminário Incorporação de Tecnologias na Saúde Suplementar.  
Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=eventos&evento=39>. Fonte: CMS PMB;s Review 2016.



# COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS NA ÁFRICA DO SUL



Exemplos de situações não inclusas no PMB: cirurgia estética, obesidade, abuso de álcool e drogas, procedimento de diagnóstico muito caro (ex.: tomografia), medicamento muito caro (ex.: terapia de câncer) e entre outras coisas.

A inclusão de novas tecnologias no PMB se baseia na eficácia clínica e na relação custo-benefício.

Os seguros de saúde da África do Sul estão passando de *FFS* para novos modelos de pagamento.

Os prestadores de saúde hospitalar são regulados por um "Sistema de Preços Transparente".

Seguros saúde cobrem novos medicamentos e dispositivos médicos apenas para medicina baseada em evidências.

Referência: Seminário Incorporação de Tecnologias na Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=eventos&evento=39>. Fonte: CMS PMB;s Review 2016.



# COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS NA AUSTRÁLIA



## PÚBLICO

**Medicare**  
(taxa de 1% a 1,5% do seu salário)

Pagamento: medicare.

Obrigatório passar primeiro no Clínico Geral (General Practice) que solicita exames, faz a medicação, check up, tira o sangue, colhe urina (ou solicita a um laboratório). Encaminha para um especialista (caso necessário).

Em muitos procedimentos há fila de espera

Pode-se dividir o quarto com outras pessoas e não tem direito a acompanhante.

Não cobre extras como dentistas, oftalmologista, fisioterapia, terapeuta ocupacional, entre outros.

## PRIVADO

Opcional. Caso queira, é personalizável.

Pagamento: o seguro paga uma parte e você paga a outra.

Pode-se escolher o médico e ir direto a um especialista (se quiser).  
O reembolso da consulta nem sempre é 100%, depende do plano contratado.

Mais agilidade no atendimento.

Pode-se escolher um quarto com um acompanhante.

# COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS NA AUSTRÁLIA



## PÚBLICO

Pagamento:  
Medicare.

## PRIVADO

Pagamento:  
o seguro paga uma parte e  
você paga a outra.

Diferente do Brasil, quando um beneficiário é internado (independentemente do hospital), o plano não paga pelo valor integral da internação.

O governo paga um valor predefinido e o plano paga o restante (ou divide o restante com o beneficiário, a depender do plano contratado).

Este modelo permite que o custo do plano de saúde para a população seja **mais acessível**, já que a diferença paga pelo plano é muito menor do que o valor integral da internação.

A close-up photograph of a healthcare professional, likely a nurse or doctor, wearing blue scrubs and a white surgical mask. The person is looking down at a silver tablet computer held in both hands. The background is a plain, light color. A teal-colored rectangular box is overlaid on the left side of the image, containing white text.

# SINCRONIZAÇÃO DE DADOS NA SAÚDE

# INTEROPERABILIDADE E COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

**Aumento da segurança do paciente e redução de gastos desnecessários:** permite o acesso e a disponibilidade de dados clínicos do paciente de qualquer ponto de atendimento dentro do sistema de saúde, melhorando assim sua qualidade e eficiência.

Fonte: U.S. Department of Health and Human Services (HHS) – The Office of The National Coordinator for Health Information Technology.  
<https://www.healthit.gov/sites/default/files/hie-interoperability/nationwide-interoperability-roadmap-final-version-1.0.pdf>



Um sistema de saúde com interoperabilidade permite a troca de informação entre todo o sistema, desde indivíduos até prestadores.

# PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

**IESS**

INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

## Textos para Discussão nº 53-2015

*Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e os benefícios para o avanço da saúde*

*Autoras: Amanda Reis e Natalia Lara*

*Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro*

O princípio básico de construção do PEP está na integração da informação clínica e administrativa de cada paciente.

A segurança das informações disponíveis no PEP é de grande preocupação nos países que o adotam.

Redução de gastos operacionais devido ao aumento da eficiência gerado pela integração de sistemas e compartilhamento de informações entre os estabelecimentos de saúde;

Maior eficiência na prestação de serviço ao paciente, dado o compartilhamento do seu histórico médico;

Menor utilização de serviços desnecessários, entre outros. No Brasil a implementação do PEP a nível nacional ainda é incipiente.

# PROTEÇÃO CONTRA VIOLAÇÃO DE PRIVACIDADE E DADOS

A graphic for EU GDPR featuring a blue background with a map of Europe and a yellow padlock icon in the center, surrounded by yellow stars.

**EU GDPR**

The official logo for the General Data Protection Regulation, featuring a blue background with a circle of yellow stars on the left and the text 'General Data Protection Regulation' on the right.

**General  
Data  
Protection  
Regulation**

**Legislação sobre proteção de dados e privacidade de qualquer informação do indivíduo dentro da União Europeia (UE).**

**Foi aprovada pelo parlamento da UE em 14 de abril de 2016.**

**Tornará-se aplicável a partir de 25 de maio de 2018 (organizações em situação de incumprimento poderão receber multas pesadas).**



# TECNOLOGIAS EM SAÚDE X CUSTO-BENEFÍCIO

---



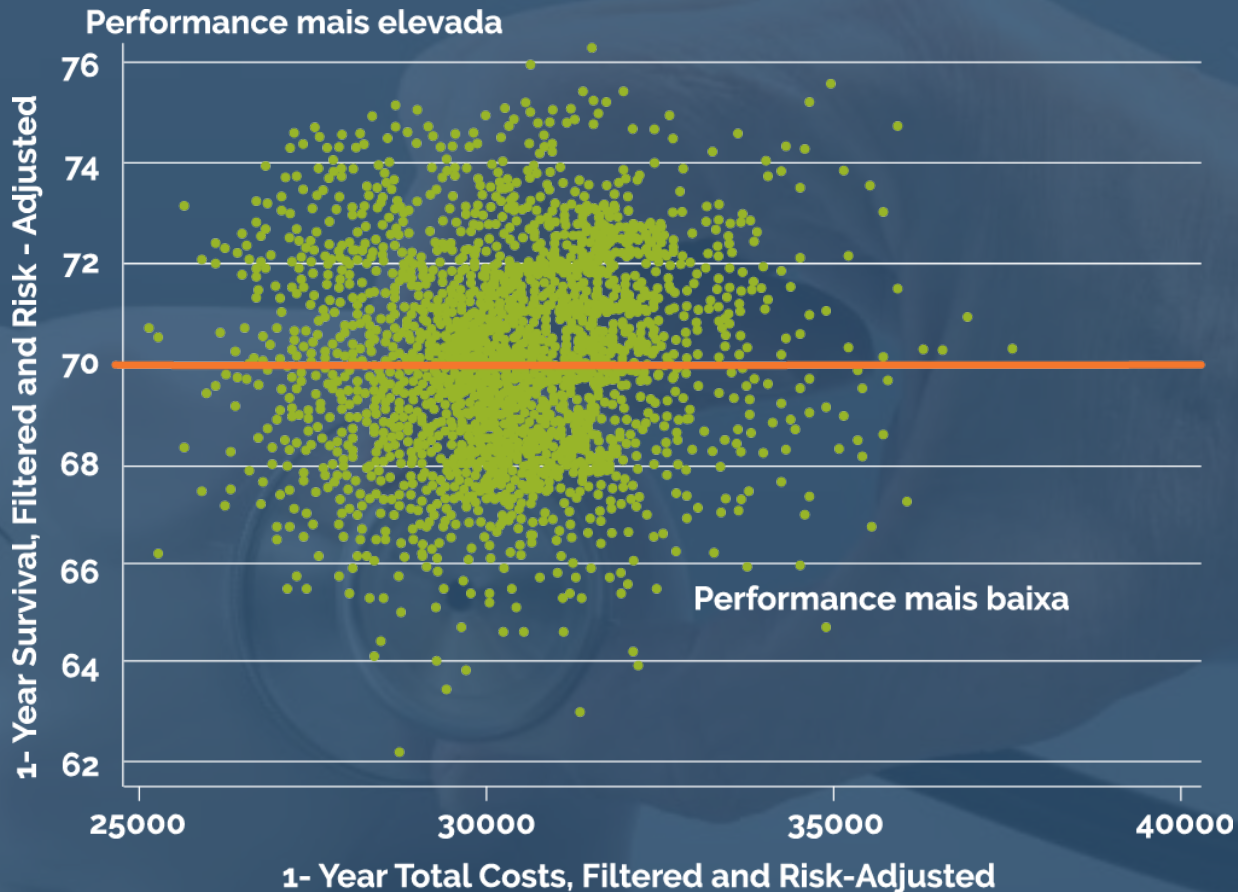
# A IMPORTÂNCIA DA ATS PARA VERIFICAR CUSTO-BENEFÍCIO

## Benefícios por procedimento



# A IMPORTÂNCIA DA ATS PARA VERIFICAR CUSTO-BENEFÍCIO

Relação entre as taxas de sobrevivência de 1 ano e custos hospitalares totais para os beneficiários do Medicare com três condições comuns (2003-2005)



Fonte: Chandra, Skinner and Staiger (2010). IOM.

# Modelo de remuneração a prestadores estimula a eficiência

## Uso do DRG:



### Alemanha

Em 9 anos, diminuição de **25%** do orçamento hospitalar.



### África do Sul

De 2000 a 2013, desaceleração do ritmo de crescimento dos prêmios das operadora: de **10,54%** para **8,9%**.



### Estados Unidos

Em 3 anos, custo médio das internações caiu até **50%**, e, em internações agudas e de longa duração, até **24%**.

# Oportunidades para melhoria do sistema brasileiro

Institucionalização da ATS no processo de decisão de incorporação de tecnologias em todas as esferas do SUS;

Institucionalização da ATS no processo de decisão de incorporação de tecnologias na Saúde Suplementar;

Definição de prioridades nas avaliações;

Fortalecimento da pesquisa em saúde no Brasil;

Fortalecimento da participação da sociedade nas decisões;

Definição de valores limiars de custo-efetividade;

Estímulo à modernização dos modelos de pagamento a prestadores (p.ex. DRG);

Aperfeiçoamento dos protocolos médicos para que priorizem as tecnologias aprovadas e incorporadas.



# **IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**MUITO OBRIGADO.**

LUIZ AUGUSTO CARNEIRO,  
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

Contato:

[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)

[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)



[/IESS.org.br](https://www.facebook.com/IESS.org.br)



[/company/IESS-BR](https://twitter.com/company/IESS-BR)



[@IESS\\_BR](https://www.linkedin.com/company/IESS_BR)

Curitiba, 13 de abril de 2018