



## PROCESSO Nº 33910.013680/2018-55

### NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 1/2018/DIOPE-DIPRO/ANS

À DIOPE e DIPRO

**Assunto:** Incentivos econômico-financeiros para as operadoras setoriais em prol da geração de valor para os beneficiários

Prezados Diretores

A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras- DIOPE e a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO, vêm por meio desta nota propor a Abertura de Audiência Pública para debater o tema referente aos Incentivos econômico-financeiros para as operadoras setoriais em prol da geração de valor para os beneficiários, isto é, resultados obtidos na melhoria da atenção à saúde do beneficiário em relação ao investimento econômico-financeiro da operadora.

A Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, no âmbito da Comissão Permanente de Solvência, vem conduzindo um amplo debate com o setor sobre a revisão das regras para a constituição de capital das operadoras de planos privados de saúde.

Deste modo, percebeu-se a necessidade de incluir no escopo do debate a revisão dos incentivos para a redução da exigência de margem de solvência, e conceder assim, o benefício econômico-financeiro em tela, para todas as operadoras que comprovem resultados positivos em saúde, estimulando a competição baseada em valor em prol do beneficiário de plano de saúde.

#### I - Breve Histórico

A Instrução Normativa Conjunta – INC DIOPE/DIPRO nº 7/2012, dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e é neste contexto que o incentivo econômico-financeiro da Margem de Solvência é oferecido às operadoras com programas aprovados pela ANS.

Cabe ressaltar, que a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO vem conduzindo um debate com o setor, no âmbito do Grupo Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – GT PROMOPREV com o objetivo de discutir e propor diretrizes para a reorganização do modelo assistencial com enfoque na coordenação do cuidado e no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e de doenças (PROMOPREV).

As ações e estratégias de indução de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - PROMOPREV foram implementadas a partir do ano de 2004, com a realização do I Seminário Nacional

de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Este seminário consistiu na primeira tentativa de introduzir a discussão do tema no setor, tendo em vista que o foco das questões regulatórias, nos primeiros anos de atuação da ANS, esteve voltado apenas para as questões econômico-financeiras.

Logo após, em março de 2005, foi publicado o primeiro normativo da ANS no sentido de estimular as operadoras de planos de saúde a implantar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários, RN nº 94/2005, a qual estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização das garantias financeiras, constituídas conforme constante na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001, para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos doenças.

Outra estratégia foi a elaboração do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.

Este primeiro conjunto de estratégias visava estimular a mudança do modelo de atenção à saúde vigente na saúde suplementar através de um suporte teórico e técnico, com base em evidências científicas, para que as operadoras de planos de saúde orientassem a organização e o planejamento dos programas.

Em 2009, a ANS publicou a INC nº 01 de 30 de dezembro de 2008 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, revogada pela INC nº 2/2010 mantendo-se, em linhas gerais, idêntico conteúdo versando sobre o cadastramento, monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde. De acordo com essa INC nº1/2008, as operadoras que desenvolvessem ou viessem a desenvolver programas de PROMOPREV e cadastrassem os mesmos na ANS, deveriam contabilizar como Ativo Não Circulante – Intangível os valores aplicados nestes programas, observando as exigências que dizem respeito à regularidade do envio de sistemas e ao cumprimento de pré-requisitos mínimos para o cadastramento dos programas.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados, deveriam encaminhar à DIPRO/ANS os Formulários de Cadastramento (FC) e Monitoramento (FM) dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; e à DIOPE/ANS, Relatório Circunstanciado emitido por Auditor Independente, que atestasse a adequação e a fidedignidade das informações referentes à aplicação e amortização dos valores contabilizados como Ativo Não Circulante –Intangível.

Em 2011, a política voltada para o desenvolvimento de programas de PROMOPREV, sofreu um incremento a partir da formulação da primeira agenda regulatória da ANS. Dentre seus itens de pauta foi incorporada a questão do envelhecimento populacional. Para melhor analisar a questão, foi criado um grupo de trabalho com integrantes de todas as diretorias para a análise dos temas correlatos à questão do envelhecimento populacional. Posteriormente, ainda neste mesmo ano, o Grupo de Trabalho foi aberto para o público externo, tendo contado com a participação dos diversos atores do setor e profissionais com renomada experiência no assunto. Um dos principais aspectos analisados ao longo dos debates residia no fato dos sistemas de saúde terem sido tradicionalmente pautados pelo ciclo de tratamento da doença e não da saúde, emergindo dessa análise os questionamentos sobre as possibilidades e viabilidade de que fossem criados benefícios indutores, inclusive pecuniários, para o cuidado com a saúde.

Nesse contexto, foram publicadas as Resoluções Normativas nº 264 e 265 ambas de 2011 e suas respectivas Instruções Normativas, que definiram modelagens de programas para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar, dispuseram sobre formas de incentivos à participação de operadoras e beneficiários, bem como, introduziram a possibilidade de bonificação e premiações aos beneficiários na adesão aos programas validados pela ANS.

Em 2012, no âmbito da parceria entre a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e a ANS, foi desenvolvido o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, com o objetivo de identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras neste setor.

Ainda em 2012, foi publicada a RN nº 290, que trata do Plano de Contas Padrão da ANS, na qual havia a previsão do registro dos valores aplicados nos respectivos programas em conta específica, referente ao Ativo Não Circulante – Intangível, disciplina que foi alterada pela RN nº 314, também de 2012, que substituiu o registro no Ativo Não Circulante - Intangível pelo aproveitamento das despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência.

Hoje, o incentivo econômico-financeiro à adoção de programas de PROMOPREV é regulamentado pela Instrução Normativa Conjunta – INC nº 7 DIOPE/DIPRO de 2012, que dispõe sobre o **cadastro, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças** por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, revogando as disposições em contrário.

Atualmente, segundo dados do Sistema de Informações de PROMOPREV e da sala de situação da ANS, das 759 operadoras ativas, com beneficiários, que ofertam planos médico-hospitalares, 387 têm programas de PROMOPREV cadastrados/informados à ANS, representando cerca de 50% dessas operadoras. Ocorre que somente 222 operadoras, cerca de 30% das operadoras que ofertam planos médico-hospitalares, têm programas aprovados, fazendo jus a este incentivo econômico-financeiro. No que tange o universo das operadoras que ofertam planos exclusivamente odontológicos, somente 1,7% das operadoras ativas com beneficiários fazem jus ao incentivo.

A baixa escala de beneficiários em coordenação do cuidado, os custos desordenados em saúde e a premência de buscar soluções para a sustentabilidade do setor, apontaram para a necessidade de avançar nos incentivos para a reorganização do modelo de atenção à saúde praticado no setor suplementar.

A DIPRO vem realizando diversas ações afim de proporcionar um diálogo para a troca de experiências que auxiliem no desafio de se implementar um modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades dos indivíduos, com estratégias sustentáveis da promoção de saúde e prevenção de doenças, e consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

## **II - Do Incentivo Econômico -Financeiro**

Diante da realidade relatada, faz-se necessário tecer considerações sobre a atual política regulatória para a concessão dos incentivos econômico-financeiros às operadoras setoriais em prol da geração de valor para os beneficiários.

### **II.1 - Análise da atual política de incentivos econômico-financeiros**

As regras para a concessão do incentivo econômico-financeiro, que consiste na redução da margem de solvência, estão estabelecidas na RN 209/2009 e disciplinadas por meio da Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO nº 7, de 23 de novembro de 2012, normativos atualmente em vigor.

A Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO nº 7, de 23 de novembro de 2012, é a norma vigente que disciplina o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (PROMOPREV) por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A referida Instrução Normativa Conjunta possui escopo regulatório que abarca atribuições de duas diretorias, uma vez que disciplina procedimentos operacionais no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, bem como, da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, para o cadastramento dos programas de PROMOPREV e seu monitoramento pela DIPRO, bem como, a concessão do incentivo econômico-financeiro pela DIOPE.

No tocante às temáticas operacionais da DIPRO, temos que a INC disciplina o fluxo administrativo para o cadastro, aprovação, monitoramento e atualização dos programas de promoção da saúde e prevenção de

riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras setoriais, inserindo no âmbito das competências regimentais da DIPRO:

Art. 10. À Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO compete:

.....  
VIII - efetuar estudos, propor normas e realizar o monitoramento referentes aos aspectos assistenciais dos produtos ou planos privados de assistência à saúde, de beneficiários ativos e inativos, em especial em relação aos modelos assistenciais, às garantias de acesso e cobertura de procedimentos, às carências para acesso e sua portabilidade;

.....  
X - estabelecer parâmetros e propor diretrizes referentes a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;

## II.2 - Temáticas operacionais da DIOPE

No tocante às temáticas operacionais da DIOPE, a norma estabelece uma conta específica para que as operadoras registrem contabilmente as despesas relacionadas aos programas cadastrados. O total das despesas registradas na referida conta é passível de ser utilizado como fator redutor para a exigência mensal da margem de solvência da operadora, desde que limitada a 10% da exigência, que se insere no âmbito das competências regimentais da DIOPE:

Art. 9º À Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE compete:

I - planejar as atividades exercidas por suas Gerências-Gerais, bem como propor diretrizes para a saúde suplementar sobre:

.....  
b) qualificação das operadoras;

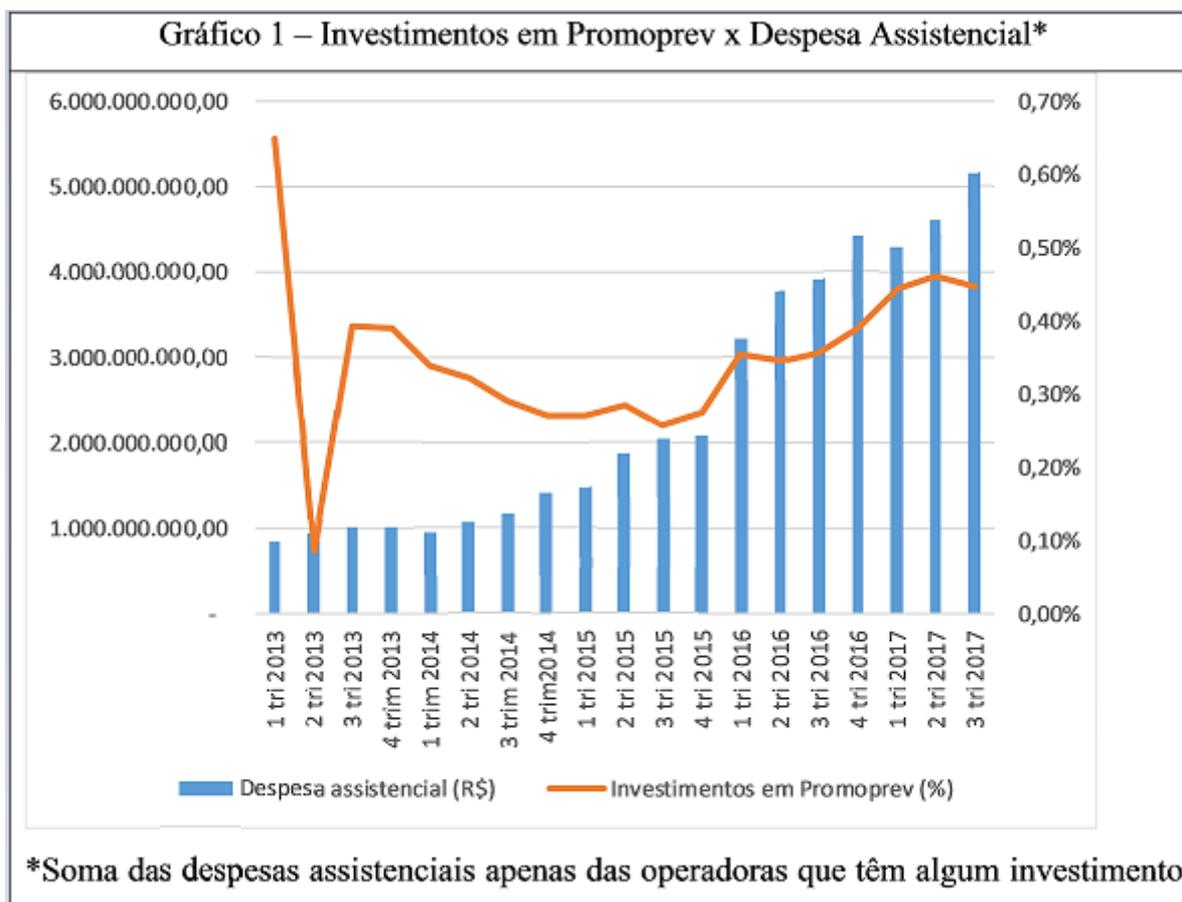
.....  
e) parâmetros de capital e patrimônio líquido das operadoras;

.....  
A motivação para que seja facultada redução na margem de solvência das operadoras que investem em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças baseia-se na hipótese de que esses programas diminuem a ocorrência de eventos custosos e não previstos. Como a principal finalidade da exigência de capital excedente é garantir que as operadoras tenham recursos para contrabalançar oscilações não esperadas nos resultados, seria razoável permitir a redução da margem de solvência às operadoras que desenvolvessem tais programas que possam reduzir a volatilidade de eventos adversos caros.

Ressalta-se aqui que, atualmente, a regra abarca um total de 222 operadoras que ofertam assistência médica e 7 operadoras que ofertam assistência exclusivamente odontológica perfazendo, aproximadamente, 30% e 1,7% das operadoras ativas com beneficiários, respectivamente para cada segmento.

Essas operadoras podem desfrutar do incentivo da redução na margem de solvência, em decorrência do montante de despesa assistencial relacionada aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças aprovados pela ANS.

Destaca-se que o número de operadoras que utilizam o incentivo em tela, bem como, o montante investido nos programas de PROMOPREV aderentes à INC 7/2012 são relativamente reduzidos. Os dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – **DIOPS/ANS** do terceiro trimestre/2017 mostram que essas operadoras investiram o equivalente a 0,45% de suas despesas assistenciais em programas dessa natureza que tenham sido aprovados pela ANS. No gráfico 1, abaixo, observa-se que, excluído o primeiro trimestre de 2013, o acumulado em cada ano até o período indicado nunca excedeu 0,50% do total das despesas assistenciais das operadoras participantes.



Interessante notar, ainda, que o total despendido equivale a pouco mais de 2% da margem de solvência exigida dessas operadoras, considerando-se os dados do terceiro trimestre de 2017. Isso significa que as operadoras com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças investem tão timidamente nesses programas que o benefício auferido equivale a pouco mais de um quinto do que poderiam auferir (desconto de até 10% na exigência de margem de solvência).

Em que pese todas as dificuldades para a implementação dos programas dessa natureza, esses dados indicam que a política em tela não foi suficiente para alterar significativamente o panorama do setor em termos de cuidado assistencial, mesmo após mais de cinco anos de vigência. Ademais, operadoras que eventualmente desenvolvem modelos assistenciais eficientes, porém, não possuem programas aprovados pela ANS, não estão sujeitas ao benefício.

### II.3 - Considerações sobre o modelo de negócio predominante na saúde suplementar e seu impacto na viabilidade econômico-financeira das operadoras

A recuperação do paciente - incluindo a cura, o alívio do sofrimento físico e emocional, a reabilitação funcional ou a prevenção de doenças – é a meta principal do serviço de saúde, conforme destacado por Bohmer (2012)<sup>[1]</sup>. Essa recuperação do paciente é resultado não apenas do conhecimento médico e dos profissionais que atuam no setor, mas também, dos processos de atendimento e acesso aos serviços das organizações prestadoras de serviços. Assim, quando pacientes apresentam problemas de saúde, procuram um prestador de serviço (clínica, hospital ou um determinado médico) na busca pela recuperação.

Em que pese a recuperação da saúde seja o que importa ao paciente, a arquitetura da gestão dos sistemas assistenciais vigentes não necessariamente privilegia os resultados em saúde como principal objetivo. A ênfase, muitas vezes, não está nos processos de atendimento e na forma que os profissionais devem interagir com as organizações para aplicarem seus conhecimentos na prestação de serviços de maneira sustentável.

Obviamente, a sustentabilidade econômica é condição necessária para um sistema de saúde de qualidade. Conforme já explorado pela literatura, os custos da saúde estão aumentando e, de forma global, estamos experimentando o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência das doenças crônicas e os impactos que hábitos de vida não saudáveis proporcionam ao longo do tempo.

Três aspectos principais podem ser observados no atual modelo de negócios do setor de saúde suplementar: o descontrole nos custos da saúde, o desperdício de recursos e a desconfiança entre as partes.

Ao se analisar o aspecto **descontrole de custos**, observa-se que decorre da ausência de uma cultura avaliativa no setor, com mensuração sistemática de resultados através de indicadores para acompanhamento do cuidado prestado aos beneficiários, sejam eles doentes ou saudáveis; utilizadores ou não utilizadores dos serviços de saúde.

Os beneficiários que não são acompanhados pela operadora e não utilizam os serviços, podem representar um grande risco para o sistema, tendo em vista que o acúmulo de fatores de risco e doenças não diagnosticadas podem resultar em eventos catastróficos.

O aspecto **desperdício de recursos** está relacionado à sobreutilização de exames/procedimentos (decorrente do risco moral) e ao modelo de remuneração ancorado no *fee-for-service*<sup>[2]</sup>, segundo o qual se remunera o volume dos serviços realizados pelos prestadores de serviços de saúde que, em grande medida, induzem sua própria demanda.

O último aspecto, a **desconfiança** entre operadoras, prestadores, indústria, empresas e beneficiários reflete a divergência de interesses entre as partes e as dificuldades para aferir o comportamento da contraparte, o que eleva custos de transação ao requerer controles mútuos dos contratos, nem sempre eficazes.

Em linhas gerais, a conjunção desses três aspectos induz ao aumento dos custos e à ineficiência na cadeia de geração de valor na saúde, comprometendo a sustentabilidade do sistema.

Exemplo da ineficiência setorial pode ser observada na solicitação de exames de baixo custo, sem indicação clínica, de forma desordenada, como entre outros, a solicitação de marcadores tumorais para pacientes assintomáticos, com o objetivo de triagem oncológica, sem a necessária evidência científica. Diversos atores do mercado dão mais relevância ao uso inadequado de exames de alto custo, tais como, tomografia computadorizada e ressonância magnética. De acordo com o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, publicado em 2017 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de tomografias e ressonâncias magnéticas no sistema privado brasileiro aumentou 22%, em apenas dois anos, e atingiu um índice quase três vezes superior ao registrado na média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em que pese não seja adequado comparar a utilização de um extrato populacional (o conjunto de beneficiários de planos de saúde) com populações, esses dados permitem concluir que existem ineficiências e distorções que requerem maior atenção à mensuração da qualidade do cuidado e dos resultados em saúde.

No atual modelo assistencial praticado na Saúde Suplementar, os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea. Há um aumento crescente na realização de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, terapias, internações e cirurgias. Nesse contexto, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou mesmo, desconsideradas. Isto acarreta uma outra característica do sistema suplementar brasileiro, qual seja o uso inadequado dos serviços hospitalares<sup>[3]</sup>, o que não é benéfico para pacientes, fontes pagadoras diretas (governo e operadoras de planos de saúde) e indiretas (empresas contratantes de planos de saúde) e, até mesmo, para os prestadores de saúde.

Embora a maior parte da atenção à saúde devesse ocorrer na atenção ambulatorial, na realidade da saúde suplementar brasileira ela se dá na atenção hospitalar.

Para os pacientes, o risco mais conhecido é a contração de um evento adverso, como por exemplo, infecção hospitalar. De acordo com o Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil<sup>2</sup>, 829 pessoas morrem por dia no Brasil em decorrência de condições adquiridas em hospitais, constituindo a segunda causa de morte mais comum no país, superando a soma das mortes causadas por acidentes de trânsito,

homicídios, latrocínio e câncer. Em 2016 foram mais de 300 mil vítimas de infecções, erros médicos e outras complicações adquiridas no ambiente hospitalar. Dos 19,1 milhões de brasileiros internados em hospitais ao longo do ano passado 1,4 milhão foram vítimas de, ao menos, um evento adverso. Ainda, segundo esse estudo<sup>2</sup>, esses eventos, em sua maioria, poderiam ter sido evitados.

Uma das principais características do setor é que os hospitais são utilizados, de maneira inadequada, como porta de entrada para a assistência à saúde. Desde casos clínicos mais simples, que poderiam ser tratados adequadamente em ambulatórios, até permanência hospitalar além do tempo necessário, o uso inadequado dos hospitais como porta de entrada tornou-se padrão no sistema de saúde brasileiro, tanto no atendimento público quanto no privado<sup>[4]</sup>.

De acordo com estudo da UFMG e do IESS, os hospitais brasileiros são pouco eficientes, na média, sendo que uma em cada cinco diárias de internação seria evitável ao se comparar com o desempenho de hospitais em países desenvolvidos. Por sua vez, as taxas de reinternação de pacientes que tiveram alta é 5% maior no Brasil, revelando resultado em saúde inadequado do primeiro procedimento. Assim, na média, observa-se tempo de permanência hospitalar além do necessário ao tratamento e, de outro, altas hospitalares sem um adequado planejamento e orientação ou retornos por acometimento de um evento adverso, com agravamento do caso.

Por sua vez, iniciativas que privilegiem processos de atendimento no tempo adequado que possam mitigar eventos adversos em saúde mais caros e que confirmam importância à medicina preventiva (i.e., à promoção da saúde e à prevenção de doenças) têm o condão de contribuir para uma trajetória mais sustentável dos custos setoriais<sup>[5]</sup>. Ainda que os estudos sejam pontuais, parece ser uma decorrência lógica que os eventos indenizáveis líquidos de operadoras com bom gerenciamento do risco assistencial têm maior previsibilidade. Mais ainda, conhecendo o perfil assistencial de seus beneficiários, é provável que essas operadoras precifiquem melhor seus produtos, o que também reduz o risco de subscrição. Assim, operadoras que têm programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças ou que, por quaisquer outros meios, gerenciem os riscos assistenciais de suas carteiras têm, a princípio, menor risco de subscrição que operadoras semelhantes, mas que não gerenciam riscos assistenciais.

Desse amplo debate, é consenso que o modelo de gestão predominante, tanto no sistema privado quanto no público, terá de ser transformado nos próximos anos, para aumentar sua eficiência no cuidado à saúde e combater o aumento excessivo dos custos. O modelo deverá se pautar em evidência científica, na mensuração de resultados e na racionalidade do uso dos recursos. Outra mudança que afetará as relações no setor e, também, a forma de prestação dos serviços médicos, é o avanço das tecnologias, entre elas, inteligência artificial, *blockchain* e *machine learning*.

O melhor caminho para a redução dos custos e promoção da eficiência e sustentabilidade do sistema é através de uma estratégia de gestão que tenha foco no beneficiário, utilizador ou não de procedimentos, conhecendo o perfil epidemiológico e demográfico da carteira, mensurando indicadores de resultado em saúde, oportunizando acesso eficaz aos serviços, qualificando a assistência com o uso de evidência científica, reduzindo o desperdício de recursos e garantindo infraestrutura adequada e suficiente para as necessidades em cada nível de atenção à saúde.

[1] BOHMER, R.M.J (2012), Arquitetura e Planejamento na Gestão da Saúde, Artmed Editora SA.

[2] Segundo o Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, produzido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), e divulgado em novembro de 2017, o *fee for service*, como é chamado tecnicamente o pagamento por procedimentos, é considerado a principal causa do desperdício e das fraudes e representaram, conjuntamente, 15% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no Brasil em 2016.

[3] De acordo com Gerard Forgia e Bernard Couttolenc, os hospitais são responsáveis por 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial, por quase todas as internações, por empregarem 56% dos profissionais de saúde e 67% dos gastos do setor, o que torna a assistência à saúde brasileira hospitalocêntrica (Desempenho Hospitalar no Brasil. Ed. Singular, 2009, p.9).

[4] Dados do Observatório 2015, publicação de indicadores hospitalares desenvolvida pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF), apontam que, em 2014, os hospitais associados à entidade tiveram 5.956 internações com permanência hospitalar superior a 90 dias, o que significa um elevado tempo de permanência hospitalar.

[5] Ao analisar a associação entre a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares em uma operadora de plano de saúde, Danielle Alves, Maria Ugá e Margareth Portela identificaram a redução do custo per capita associada à diminuição no número de consultas, mesmo não tendo havido redução no número de internações (Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. Cadernos de Saúde Coletiva, vol 24, no. 2, 2016).

### **III- Considerações sobre o *momentum* tecnológico em favor da medição de resultados em saúde e da indução de modelos sustentáveis sob o ponto de vista econômico-financeiro**

Conforme explorado anteriormente, sem alterações, o modelo assistencial e de negócios vigente apresenta indícios de que não se sustenta a longo prazo. Algumas organizações, contudo, já começaram a implementar estratégias para se manterem viáveis. O caminho frequentemente envolve o uso de tecnologia da informação, a mensuração dos resultados, mudanças no modelo de remuneração em relação ao modelo predominante no sistema e no compartilhamento de riscos entre as partes.

Novas tecnologias podem ajudar na coleta, na qualidade dos dados e na geração das informações, levando à maior transparência e corresponsabilidade entre as partes. Elas também favorecem a análise preditiva dos dados, o que permite a prática de uma medicina voltada para a prevenção de doenças, tendências que levam à redução de custos com eventos mais complexos, redução de desperdício, aumento da eficiência e maior qualidade de vida para os indivíduos.

A tecnologia também será definidora de mudanças na forma de relacionamento entre as partes do sistema de saúde, entre elas operadoras, prestadores, beneficiários e contratantes de planos de saúde. Os beneficiários terão mais acesso a informação e serão mais atuantes frente a médicos e prestadores de serviço. Todos precisarão adaptar seus processos de trabalho: operadoras e prestadores de saúde.

O compartilhamento em tempo real de informações inclui registro de doenças, uso dos serviços médicos, exames realizados, medicamentos prescritos e dados sociodemográficos. Essa integração efetiva é uma ferramenta para a melhoria de qualidade da assistência e permite, entre outras coisas, *benchmarking* em tempo real da qualidade do sistema de saúde, com dados sobre acesso, experiência dos pacientes e custos.

Não há dúvidas quanto aos benefícios advindos do binômio tecnologia/qualidade. A questão que se coloca para as organizações de saúde é sobre como implantar as mudanças necessárias.

A qualidade do atendimento ao beneficiário irá direcionar os indicadores a serem acompanhados pelos gestores do sistema. Para gerar qualidade no cuidado à saúde, é essencial que operadoras e prestadores coloquem o usuário no centro do modelo; busquem na medida do possível padronizar o atendimento na rede de assistência por meio de protocolos clínicos, proporcionando ao usuário a melhor experiência do cuidado; e disponibilizem de forma transparente os resultados dos indicadores assistenciais dos hospitais, clínicas e demais prestadores pertencentes à sua rede.

Como visto no tópico anterior, as organizações de saúde estão ancoradas em modelos de produção de volume de procedimentos e o conceito de valor em saúde só vem sendo discutido mais recentemente no setor, necessitando de um amplo entendimento de nova natureza cultural. A proposta de renovação passa por discutir indicadores que levam em consideração resultados em saúde e a experiência do paciente, indicativos de novos modelos de gestão e relacionamento entre as partes.

Essa transição requer induzir a geração de valor no sistema de saúde. Isso significa reduzir desperdícios e aumentar a qualidade e eficiência do sistema. O valor gerado pode ser medido em indicadores de resultados assistenciais e financeiros para o sistema. Em geral, a métrica é o estado de saúde e seu impacto na qualidade de vida e na autonomia do beneficiário, a redução da escalabilidade das doenças, taxas de readmissão hospitalar, tempo de permanência hospitalar e ocorrência de eventos adversos.

A ênfase na gestão e mensuração dos resultados dos pacientes com maior complexidade de doenças é maior uma vez que é significativa a possibilidade de uma gestão eficiente gerar economia de recursos e redução de desperdícios, visto que, geralmente, esses casos mais complexos são as causas dos custos escalares. Se o gerenciamento for realizado de forma adequada o custo, a longo prazo, é diminuído e os resultados dos indicadores clínicos são otimizados.

E para o êxito desse processo de remodelagem, é preciso incentivar a medição de resultados em saúde, o que pode acelerar a mudança para novos modelos de gestão e aumentar a confiança entre as partes. A evolução do papel do ente regulador como indutor de mudanças e promotor de incentivos para os ajustes necessários aos modelos de negócio, com vistas à sustentabilidade a longo prazo, torna-se necessária e fundamental.

#### IV - Encaminhamentos

Diante das considerações acima, recomenda-se a ampliação do debate das regras de constituição de capital ora em curso, para incluir no escopo da discussão a concessão de benefício na redução na Margem de Solvência das operadoras setoriais, tendo por premissa o estímulo à competição baseada em valor, mensurada através de indicadores de resultados em saúde. A implantação de gestão de saúde com alta performance comparativa em termos de resultados em saúde tem o condão de impactar positivamente na redução da volatilidade da sinistralidade das operadoras.

Nesse sentido, encaminhe-se a presente Nota Técnica aos Diretores da DIOPE e da DIPRO, com sugestão de realização de Audiência Pública para tratar do aprimoramento da política de incentivos econômico-financeiros vigente, objetivando:

- Incentivar a promoção da gestão de saúde de alto desempenho em termos de resultados em saúde pelas operadoras para reduzir a volatilidade observada na sinistralidade.
- Incentivar, do ponto de vista econômico-financeiro, a competição baseada em valor em prol dos beneficiários de planos de saúde;
- Ampliar o alcance do incentivo vigente, contemplando operadoras que possuem melhor desempenho comparativo em termos de resultado em saúde – sejam operadoras de planos médico-hospitalares ou exclusivamente odontológicas;
- Realizar o acompanhamento periódico e incentivar a mensuração de indicadores de resultado em saúde pelo setor; e
- Incentivar a transparência e qualificação dos dados no setor.

Aos Diretores Adjuntos da DIOPE e DIPRO, com sugestão de encaminhamento aos Diretores da DIOPE e DIPRO.

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE MELLO DE SOUZA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/05/2018, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 17/05/2018, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Katia Audi Curci, Gerente de Monitoramento Assistencial**, em 17/05/2018, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 17/05/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site  
<https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **6800135** e o código CRC  
**D14B0B23**.

---

Referência: Processo nº 33910.013680/2018-55

SEI nº 6800135