



15
anos

A ORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO E SERVIÇOS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: PERSPECTIVAS NO BRASIL E NO MUNDO

Martha Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial - ANS
Dez. 2015

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Agência reguladora federal vinculada ao Ministério da Saúde

Autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes

Atua na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos privados de saúde no Brasil

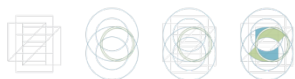
Finalidade institucional:

- ✓ promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde
- ✓ regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores
- ✓ contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país

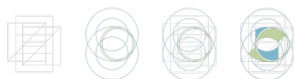
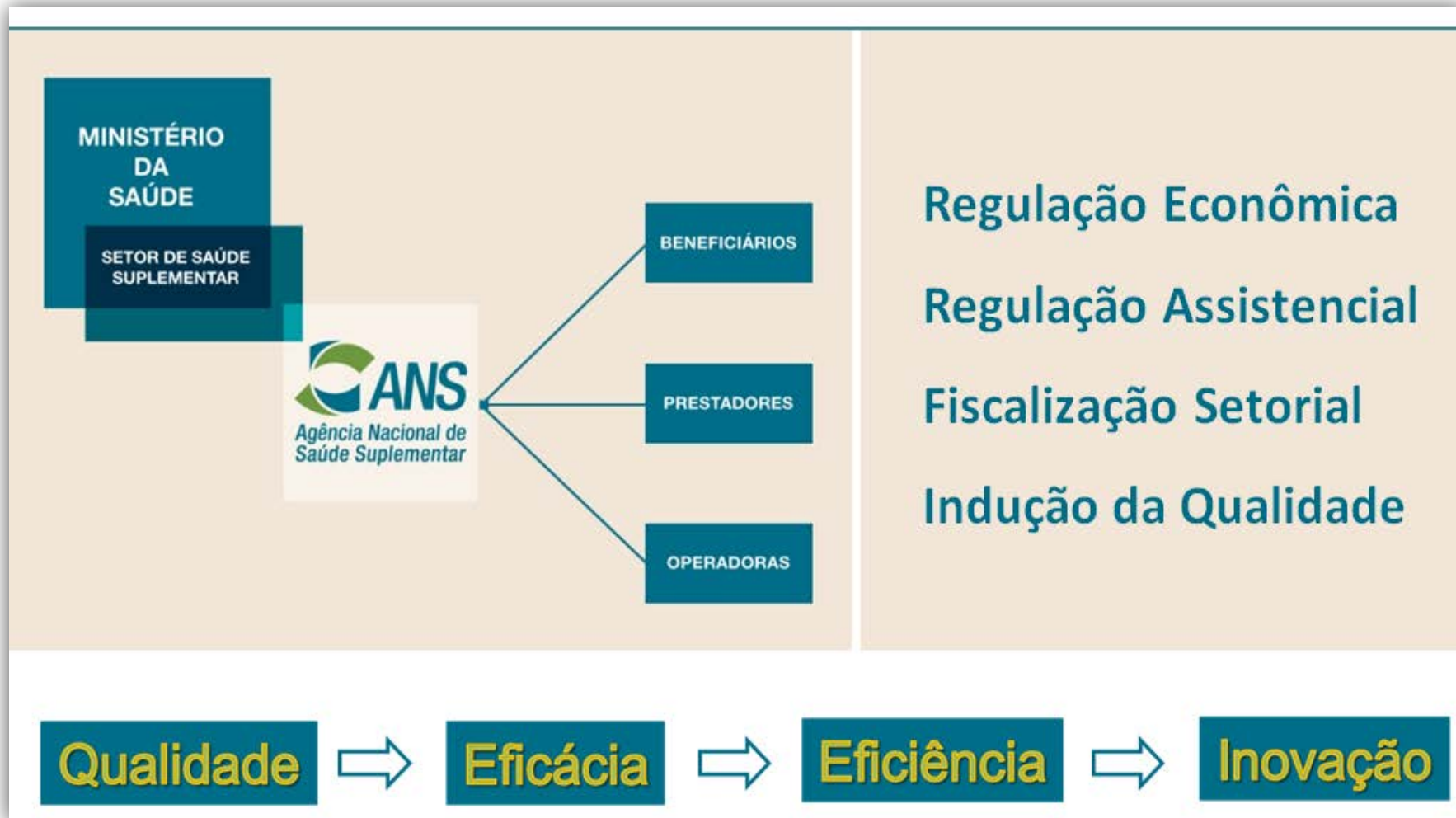
Marco Legal:

Lei 9.656, de 03 de junho de 1998

Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000



Dimensões da atuação da ANS





15
anos

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Dimensão do Setor (Brasil, dezembro/2014)

Beneficiários: 50,8 milhões em planos de assistência médica (80% coletivos e 20% individuais)

Taxa de cobertura: 26,2%

21,4 milhões em planos exc. odontológicos (82% coletivos e 18% individuais)

Taxa de cobertura: 11%

Operadoras: 1.425 (921 médico-hospitalares; 383 exc. odontológicas ; 121 adm. de benefícios)

Receita, despesa e sinistralidade (2014)

Médico-hospitalares

Receita: R\$ 121,32 bilhões

Despesa assistencial: 105,69 bilhões

Sinistralidade: 87,1%

Exclusivamente odontológico

Receita: R\$ 1,98 bilhão

Despesa Assistencial: R\$ 1,23 bilhão

Sinistralidade: 62,4%

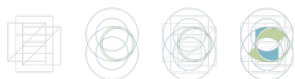
Atendimento Assistencial 2014 (dados brutos)

280,3 milhões de consultas médicas

9,7 milhões de internações

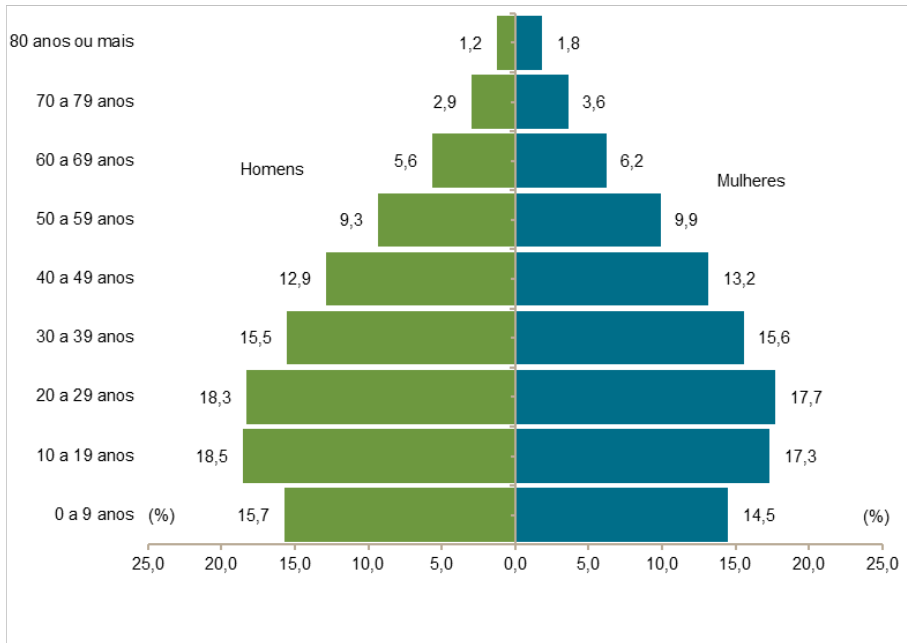
763 milhões de exames complementares

56 milhões de terapias

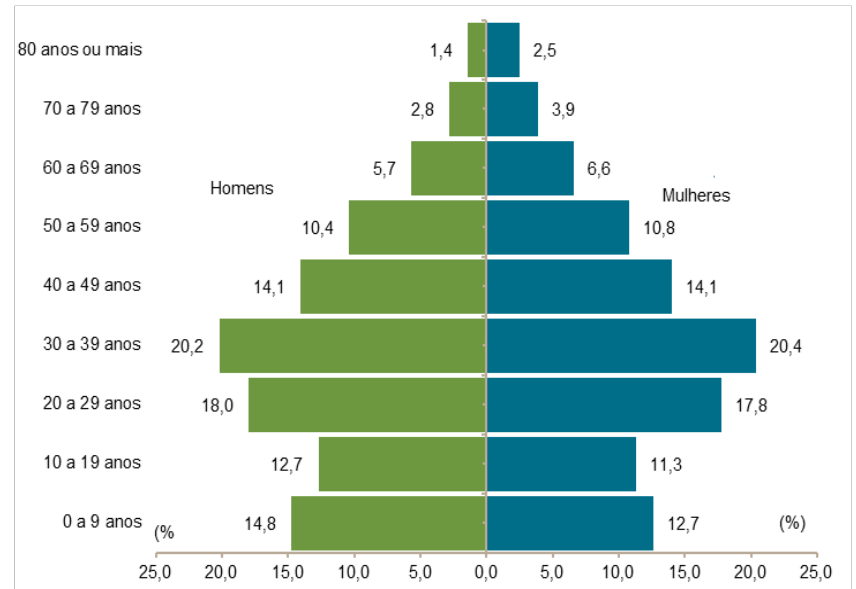


Pirâmide etária, por sexo

População Brasileira, por sexo 2012

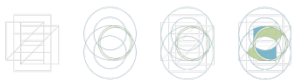


Beneficiários de planos privados de assistência médica, por sexo 2014

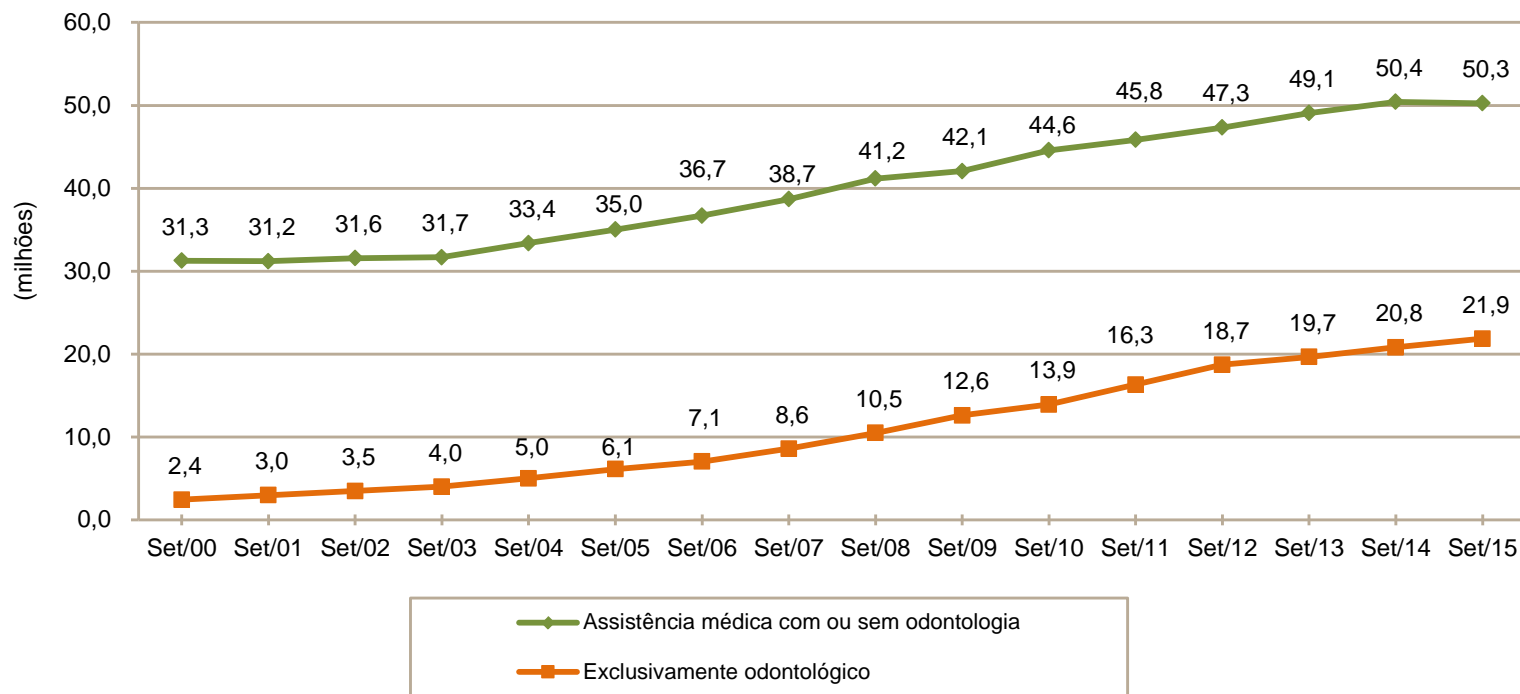


Fonte: População - IBGE/DATASUS/2012

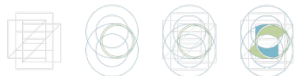
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014



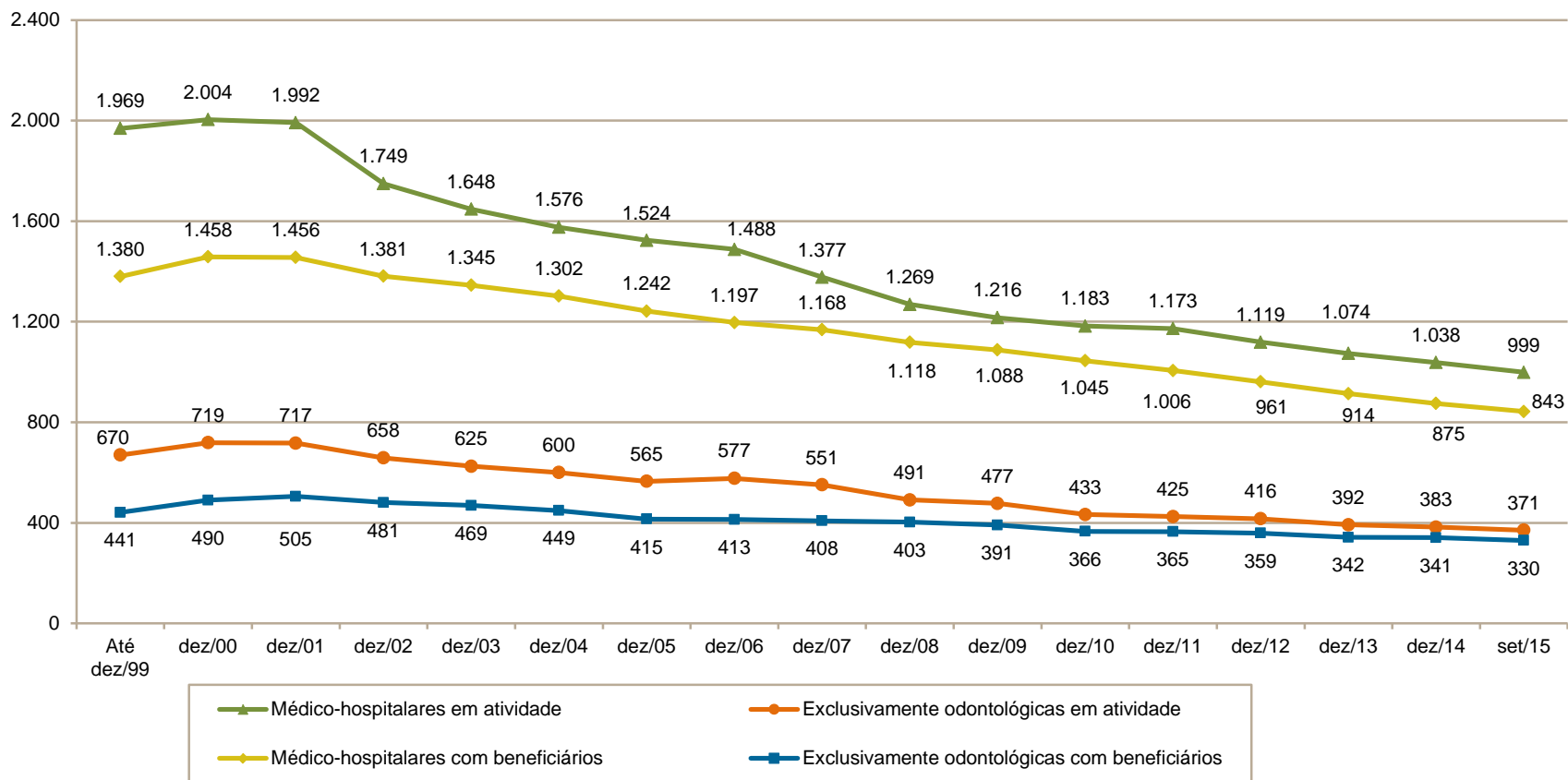
Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2015)



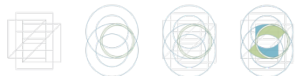
Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2015



Evolução do registro de operadoras (Brasil - dezembro/1999-setembro/2015)



Fontes: CADOP/ANS/MS - 09/2015 e SIB/ANS/MS - 09/2015





15
anos

ATUAIS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Desafios para a Saúde Suplementar

**Planos privados de saúde cobrem
26,2% da população do Brasil**

**Uma em cada quatro pessoas no país
tem plano privado de saúde**



Principal desafio: SUSTENTABILIDADE

- Envelhecimento e longevidade da população
- Incorporação tecnológica
- Modelo de pagamento a prestadores que privilegia consumo e utilização de materiais em detrimento da remuneração do trabalho médico
- Cultura de Tratamento de Doenças x Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças
- Heterogeneidade concorrencial
- Ampliação do mercado (melhoria da renda, novos consumidores com acesso a planos de saúde)



Desafios para a Saúde Suplementar

Transição Demográfica
de rápida evolução

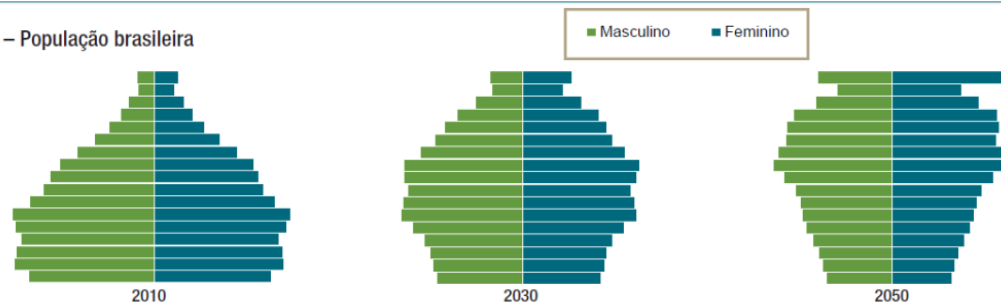
Transição Epidemiológica

Transição Tecnológica

Transição na organização
dos serviços de saúde

Perfil demográfico e projeção (2010, 2030, 2050)

A – População brasileira



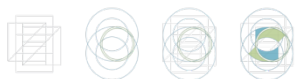
B – Beneficiários de planos privados de assistência médica



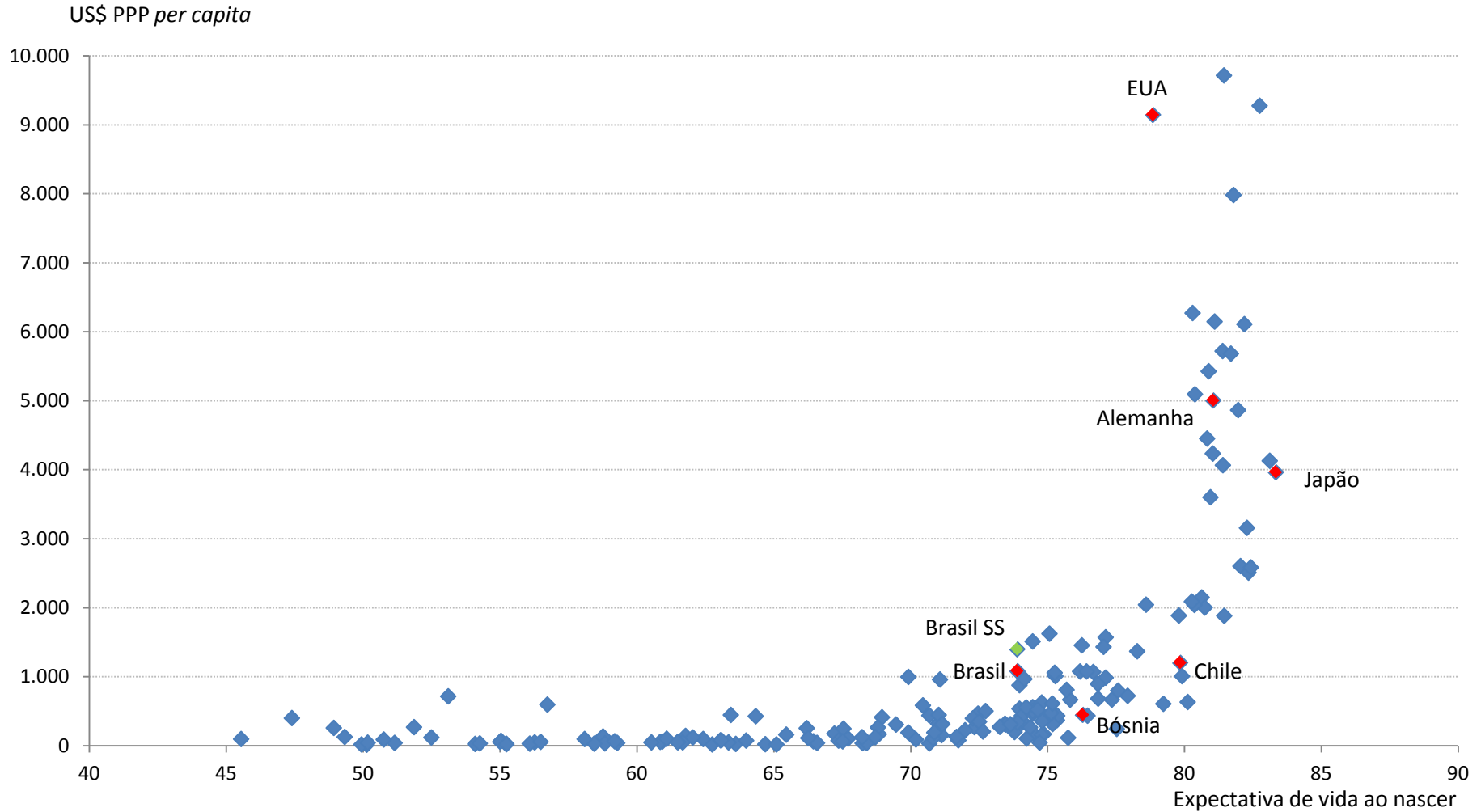
Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008 e SIB/ANS/MS – 12/2009

Notas: 1. As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

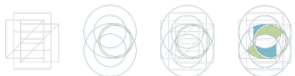
2. As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.



Gastos Per Capita com Saúde (US\$ PPP- 2013)



Fonte: Banco Mundial e ANS



O custo da
desconfiança
no setor

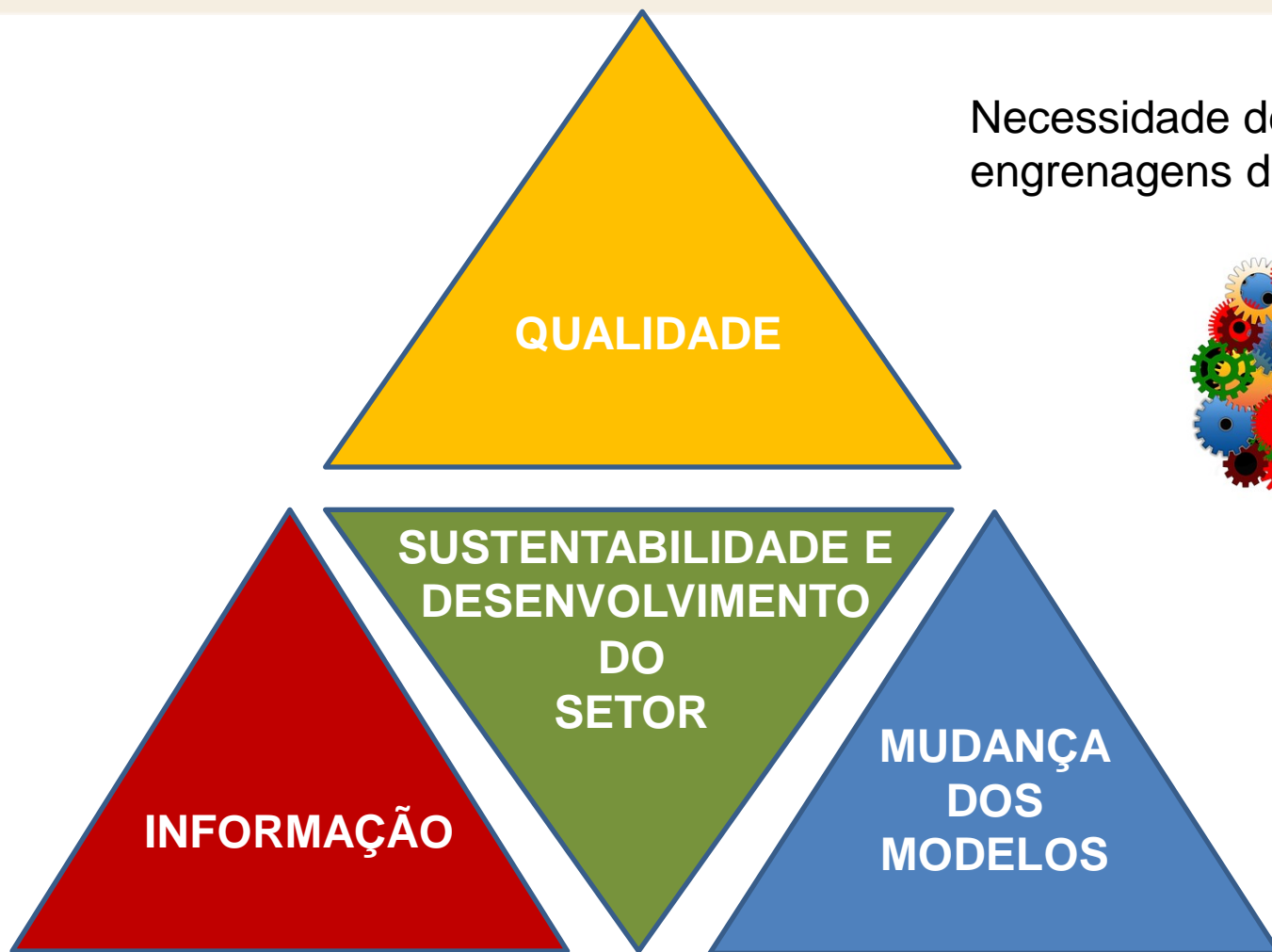




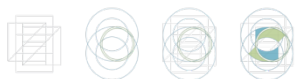
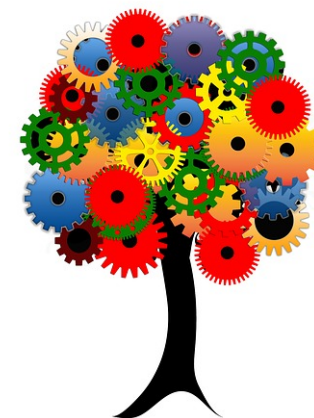
15
anos

**A TRIADE:
INFORMAÇÃO,
QUALIDADE E
MUDANÇA DOS MODELOS DE
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E
FINANCIAMENTO**

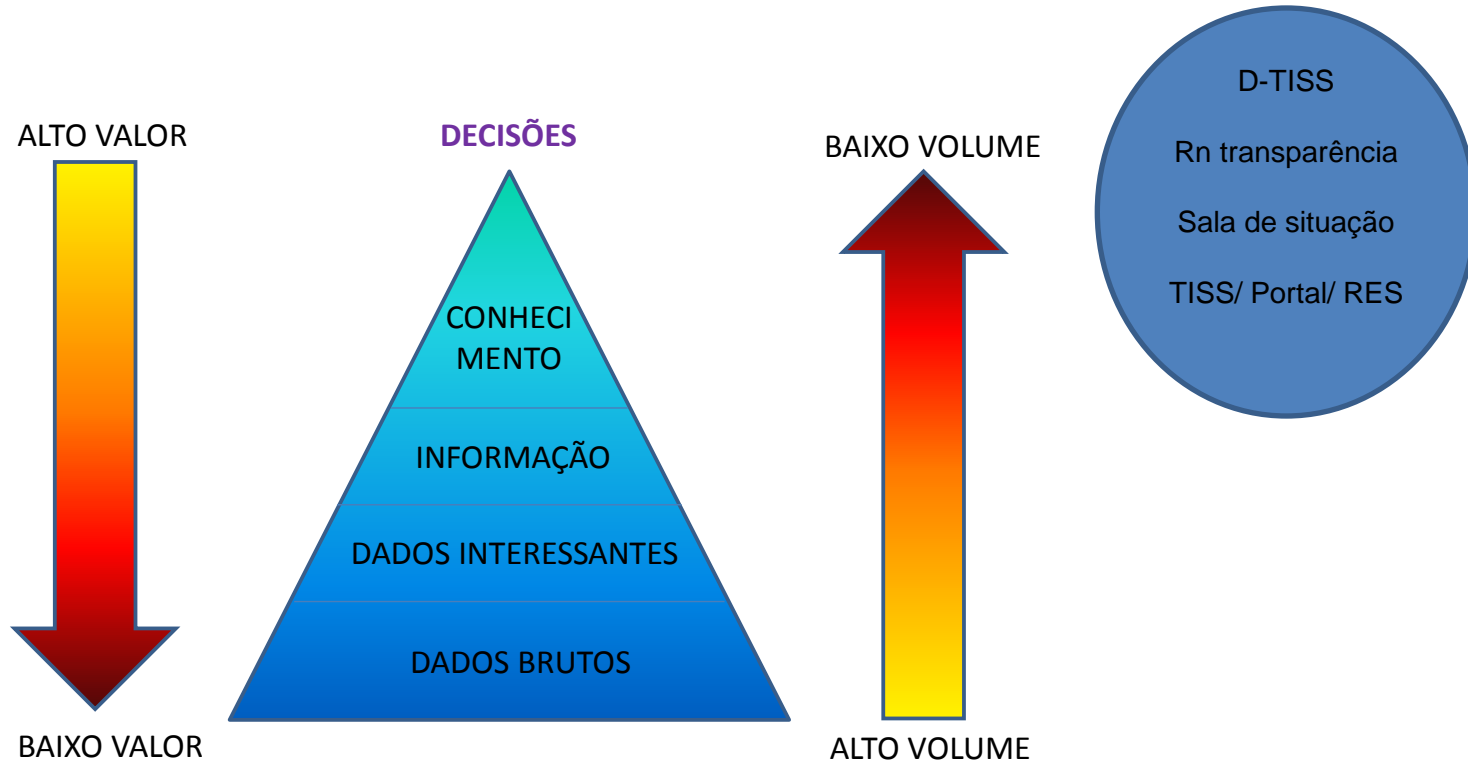
TRÍADE PARA O DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR



Necessidade de mover as engrenagens do sistema!



PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR



INDICADORES E PROGRAMAS DE QUALIDADE E ATUALMENTE VIGENTES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

- Programa de Qualificação das Operadoras



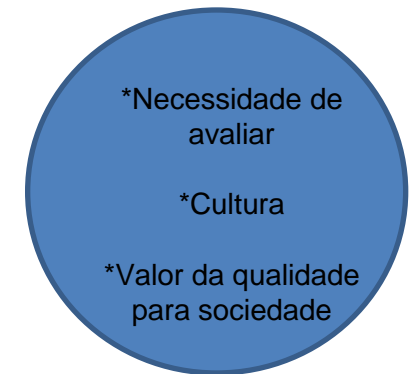
- Qualiss



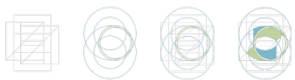
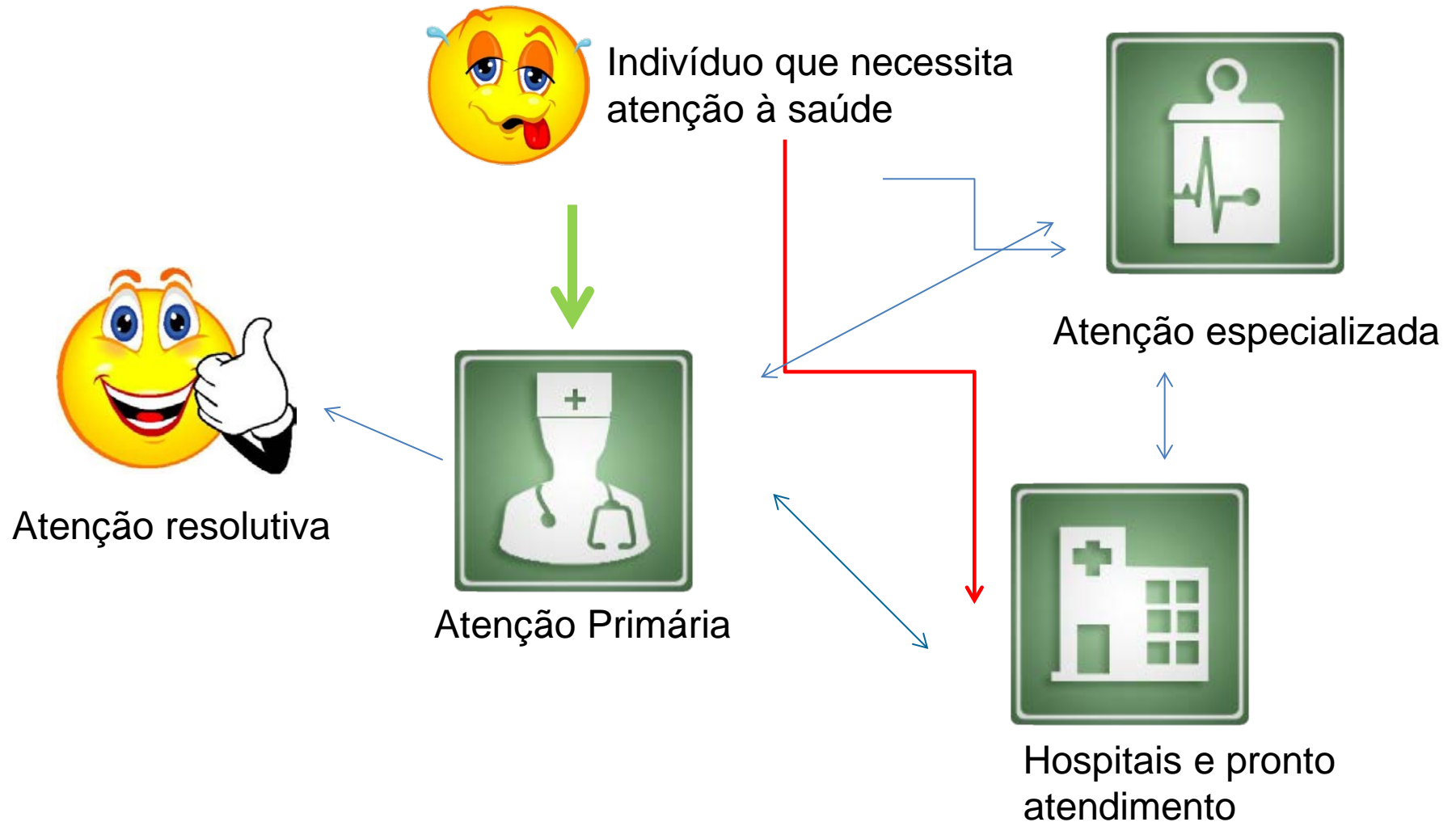
- Acreditação das Operadoras



- Fator de qualidade



O MODELO ATUAL: OBSTACULOS A SEREM ULTRAPASSADOS





15
anos

COMO MUDAR?

Como mudar?

VIEWPOINT

Christine K. Cassel, MD
National Quality Forum,
Washington, DC.

Richard Kronick, PhD
Agency for Healthcare
Research and Quality,
US Department
of Health and
Human Services,
Washington, DC.

Learning From the Past to Measure the Future

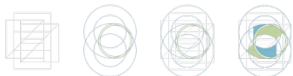
In recent months, there have been multiple policies and initiatives seeking to improve health care quality and value. In January, Secretary Sylvia Burwell announced that the US Department of Health and Human Services will tie 90% of Medicare payments to quality or value by 2019. In April, Congress passed legislation to repeal the Sustainable Growth Rate formula; this law also established a new payment formula that pays clinicians based on a composite performance score. The private sector has been similarly active with the Health Care Transformation Task Force—composed of large health

and ensure the “value” of value-based purchasing is about good care as well as lower costs. For example, there are significant gaps in the ability to measure broad concepts—such as diagnostic accuracy, meaningful involvement of patients in decision making, and care coordination—and more specific areas, such as mental health, symptom management for advanced illness, functional status, and care for pediatric populations.⁴ In all cases, it is important to ensure that the time and energy required to fulfill the current measurement requirements is well spent and produces useful information for improvement.

At the same time, national improvement is not occurring fast enough given the resources expended on measurement and reporting. Too much care is of uncertain value, and many opportunities to deliver care of proven value are missed.

JAMA September 1, 2015 Volume 314, Number 9

875

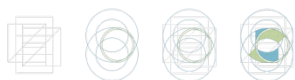


Projetos em Andamento



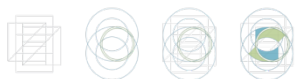
Projeto Parto Adequado

Cuidado Integrado da Saúde do Idoso



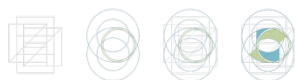
Breve Descrição

- Com o apoio do Ministério da Saúde, a ANS, o IHI e o Hospital Israelita Albert Einstein Hospital (HIAE) assinaram um acordo de cooperação técnica.
- O objetivo do Projeto Parto Adequado é desenvolver a capacidade institucional, científica e metodológica necessária para que os hospitais que desejem reorganizar o cuidado do parto, desenvolvendo e promovendo modelos que privilegiem os partos normais, através da qualificação de seus profissionais, cuidados específicos para o parto e pós-parto, em detrimento a partos cesáreos sem indicação clínica e possíveis efeitos adversos decorrentes da adoção de um protocolo inadequado.



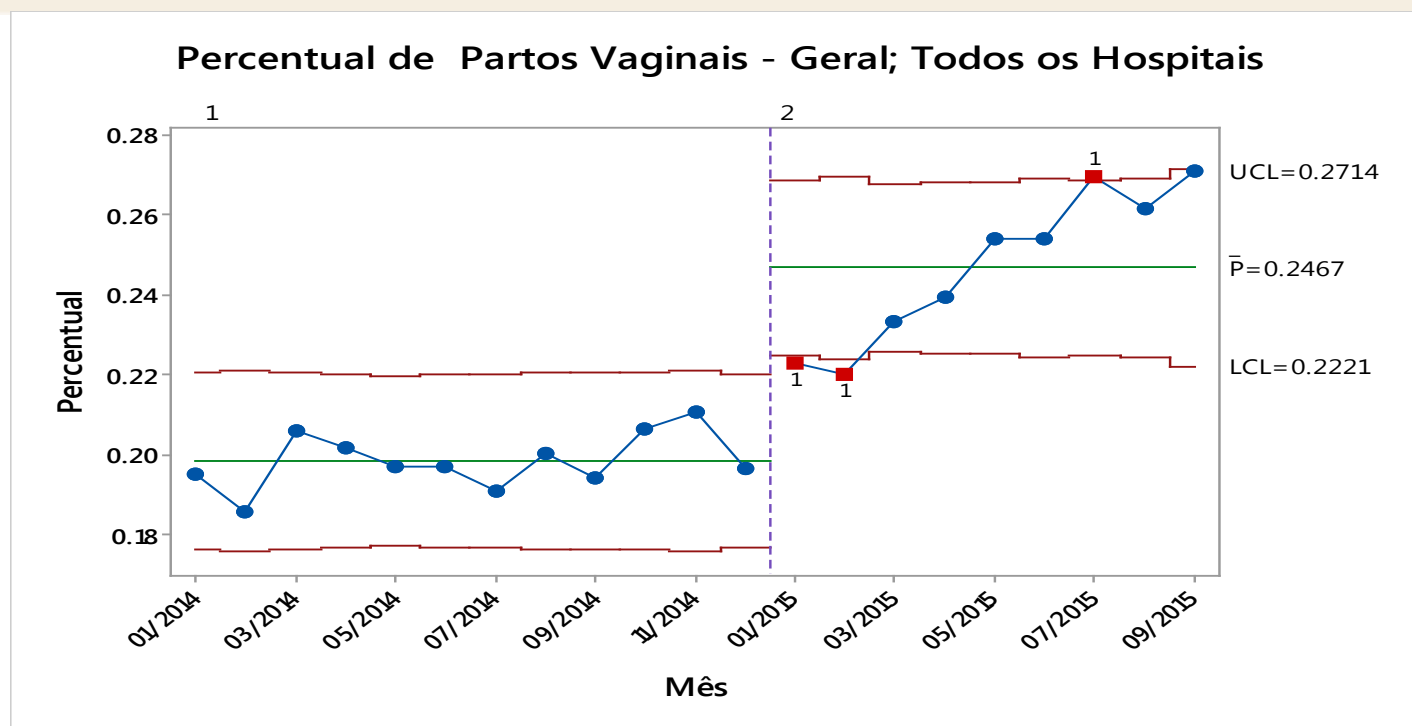
Inovações do Projeto Parto Adequado

- O projeto representa **o começo de mudanças no modelo de prestação de serviços no Brasil**, tão necessárias para o desenvolvimento do setor da Saúde Suplementar.
- Pela primeira vez, um projeto é desenvolvido em **parceria** entre os diversos atores do setor.



Resultados Parciais: Hospitais Participantes

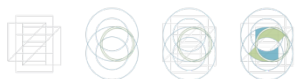
Janeiro a Setembro/2015 – 9 meses (Previsto: 18 meses)



O gráfico acima mostra uma melhoria no Indicador **percentual de partos normais nos hospitais participantes** do projeto:

- Em 2014: em torno de 20%
- Nos primeiros 9 meses de 2015, o indicador mostra comportamento ascendente, com valor em torno de 27% nos últimos três meses

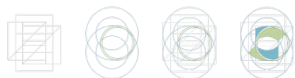
Para estabelecer parâmetros de avaliação, utilizamos limites de controle superior (UCL, do inglês Upper Control Limit) e inferior (LCL ou Lower Control Limit).



Cooperação

Operadoras Apoiadoras e Hospitais Apoiados (Parte 1/2):

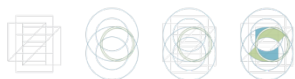
- **Unimed Curitiba** Nossa Senhora de Fátima Hospital da Mulher e Maternidade
- **Hapvida** Hospital Teresa de Lisieux
- **Unimed Ribeirão Preto** Fundação Maternidade Sinhá Junqueira
- **Vale SA** Hospital Mater Dei
- **Golden Cross** Sepaco Hospital e Maternidade
- **Sul América** Hospital Sepaco; Hospital Nipo Brasileiro; Casa de Saúde São José; Hospital Pasteur
- **PLASC** Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
- **E-Vida** Maternidade Brasília
- **Unimed Cuiabá** Fêmina Prestadora de Serviços Médico Hospitalar; Hospital Jardim Cuiabá
- **Unimed Blumenau** Associação Congregação de Santa Catarina
- **Unimed Belém** Maternidade Saúde do Povo
- **Unimed Fortaleza** Hospital Regional da Unimed Fortaleza
- **São Francisco Saúde** Fundação Maternidade Sinhá Junqueira
- **Fundação Waldemar Barnsley Pessoa** Fundação Maternidade Sinhá Junqueira
- **GEAP** Fêmina Hospital Infantil; Vitoria Apart Hospital; Hospital Daniel Lipp; Hospital São Lucas de Santos ; Hospital Nipo Brasileiro; Hospital Nossa Senhora das Dores; Hospital Maternidade Frei Galvão



Cooperação

Operadoras Apoiadoras e Hospitais Apoiados (Parte 2/2):

- **Unimed Santos** Hospital São Lucas de Santos
- **Unimed Florianópolis** Clínica Santa Helena Ltda
- **Unimed BH** Hospital e Maternidade Unimed
- **Porto Seguro** Hospital Nipo Brasileiro
- **PortoMed** Hospital Nipo Brasileiro
- **Unimed São Carlos** Santa Casa de Misericórdia de São Carlos
- **Unimed Paulista** Hospital Unimed Santa Helena
- **Cafaz** Hospital Regional da UNIMED; Hospital Cura Dar's
- **Bradesco** Hospital Mater Dei; Casa de Saúde São José
- **Cemig Saúde** Hospital Mater Dei
- **Amil** Hospital da Luz; Hospital Pasteur
- **Unimed Joinville** Centro Hospitalar Unimed Joinville
- **NotreDame Intermédica** Hospital Daniel Lipp
- **Unimed Porto Alegre** Hospital Moinhos de Vento
- **CASU** em negociação
- **Aebel** Hospital Evangélico de Londrina
- **Hospital Regional** Hospital e Maternidade Regional de Franca
- **Copass** Hospital Mater Dei
- **Unimed Itajubá** Aisi Hospital Escola de Itajubá; Santa Casa de Misericórdia de Itajubá



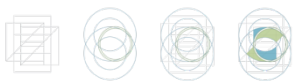
Idoso/ atenção primária

- 1) Construir a rede primária
- 2) Redirecionar o cuidado feito na emergência
- 3) Promover protocolos na internação
- 4) Desenvolver cuidados não disponíveis (ex.paliativo)
- 5) Foco em condições sensíveis a atenção primária



Próximos

- Oncologia



O Financiamento da Saúde Suplementar

- APRESENTAR PRINCIPAIS MODELOS DE REMUNERAÇÃO FOCALIZANDO NA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL
- TRAÇAR COMPARATIVO ENTRE OS MODELOS IDENTIFICADOS



Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

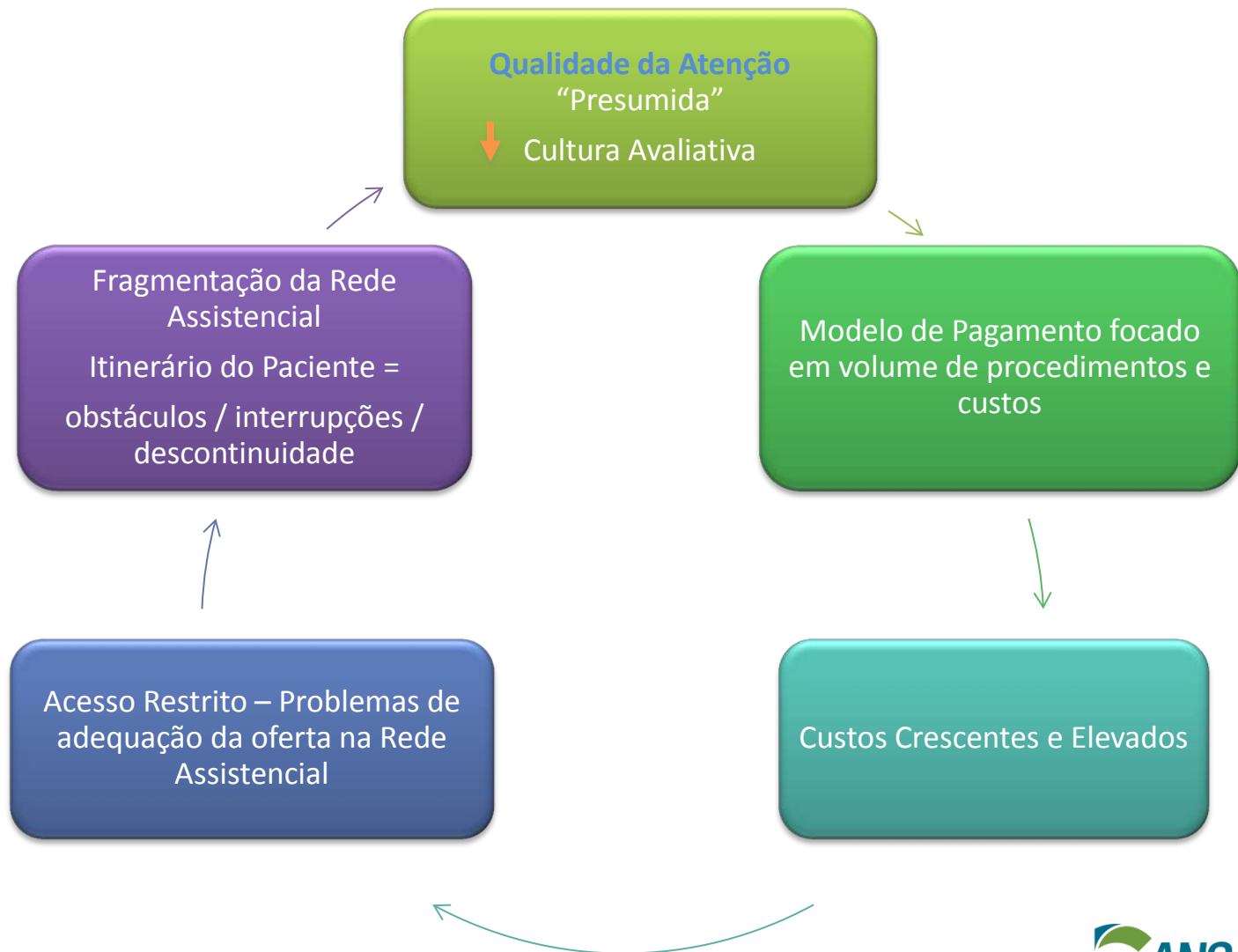
- Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países vinculados a **aumento da qualidade** e a necessidade de **redução de custos elevados** na prestação de serviços em saúde.
- Brasil se insere neste mesmo Contexto: dados de despesa assistencial das OPS no último ano (comparativo do 2º trim/2014 e 2º trim/2015) apontam aumento da sinistralidade = +2,27%
- Modelo vigente na SS → FFS : estímulo à competição por clientes e por realização de procedimentos. Remunera quantidade de serviços produzidos.
- **Modelos de Remuneração → instrumento de mudança do Modelo Assistencial.**
- Cerne da discussão: **em que direção queremos essa mudança?** Qual deve ser o foco desse Modelo (Faturamento, Custos, Desfechos, Paciente, Qualidade)?

Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

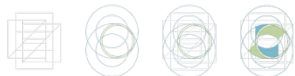
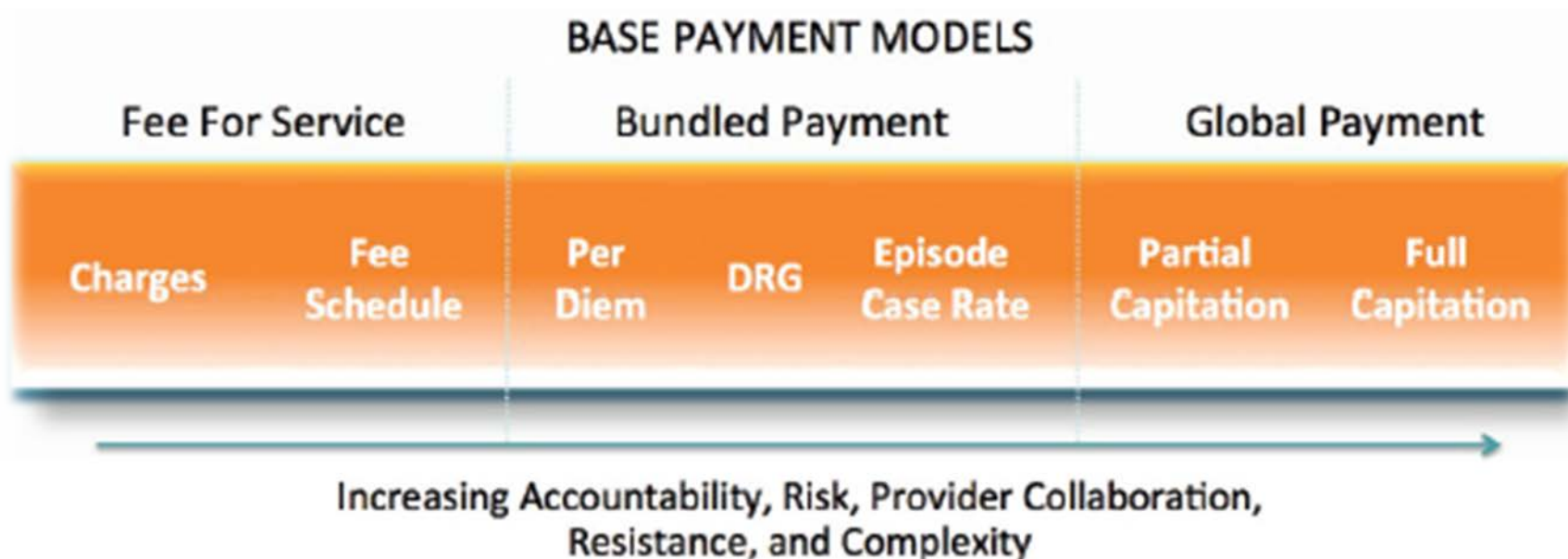
“ Public and private purchasers should examine their current payment methods to remove barriers that impede quality improvement and to build stronger incentives for quality enhancement.”

(INSTITUTE OF MEDICINE, IOM, 2001)

Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

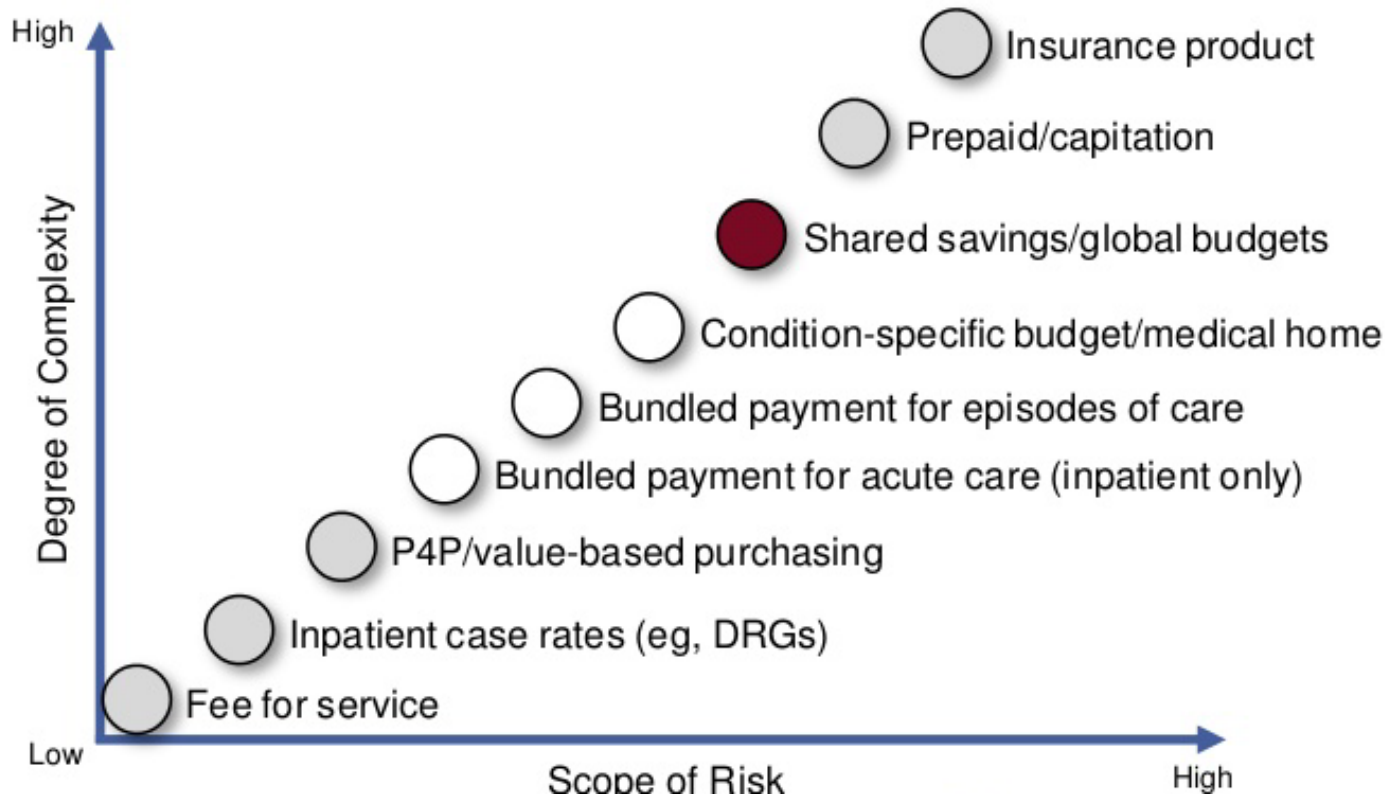


Novos Modelos de Remuneração

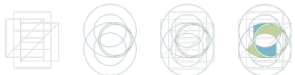


Novos Modelos de Remuneração

New Payment Models Incentivize Value and Accountability




Fonte: Lee B. Sacks, MD. 2012.



Affordable Care Act (ACA) ou “Obamacare”

Novos Modelos de Remuneração e Novos Produtos

Planos de Saúde – Value-Based Insurance Products

1. Relacionar Pagamento  Qualidade do Cuidado Prestado
2. Recompensar Prestadores de Serviços pela qualidade e pela eficiência na Atenção à Saúde.
3. Aumentar Qualidade do Serviço.
4. Diminuir crescimento nos gastos em saúde.

Novos Modelos de Remuneração e Compartilhamento de Risco

Shared Savings Program - SSP

Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) – âmbito do Medicare: (1) Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); (2) Bundled Payments for Episodes of Care; (3) Condition-specific Budget (Medical Home)

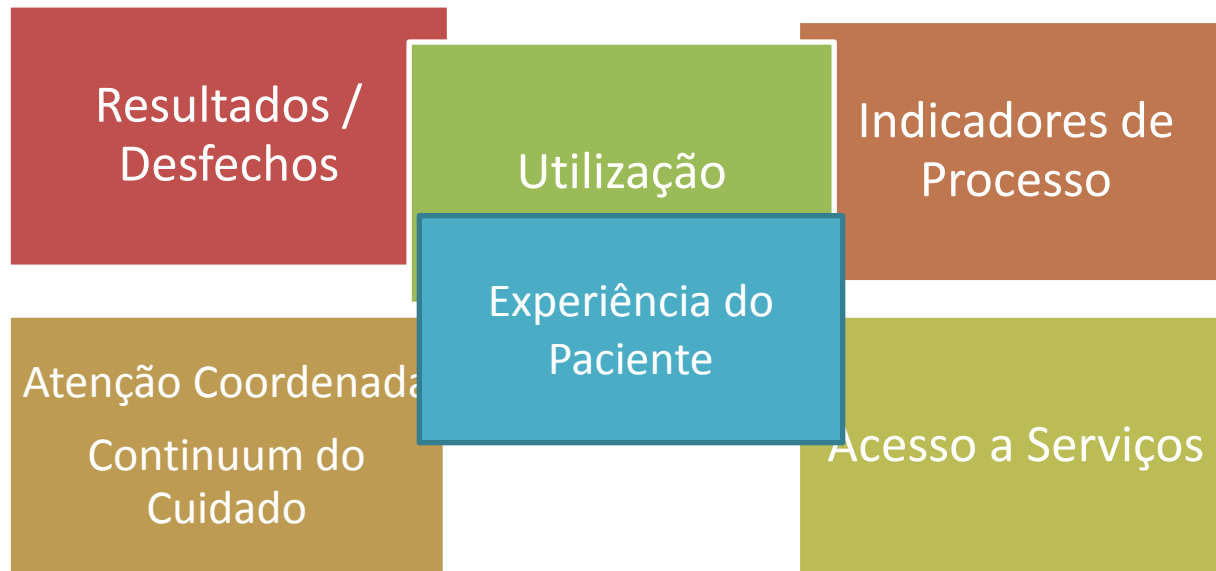
Affordable Care Act (ACA) ou “Obamacare”

Patient Protection and Affordable Care Act

- ✓ Affordable Care Act exigiu U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
 - criação das Accountable Care Organizations em 2012.
- ✓ Grupos de Prestadores de Serviços aceitam responsabilidade pelos custos e resultados/desfechos de uma população específica.
- ✓ Prestadores devem prover dados para avaliação de performance / qualidade.
- ✓ Prevê incremento da qualidade nos serviços prestados pelo Medicare.
- ✓ Estabelece novos modelos de pagamento.
- ✓ Alinha pagamento com custos
- ✓ Estabelece o Programa Medicare Shared Savings Program - 3 objetivos:
 1. Melhorar cuidados em saúde no nível individual;
 2. Melhorar a saúde da população;
 3. Diminuir aumento nos gastos em saúde.

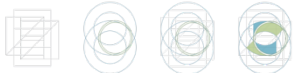
Accountable Care Organizations - ACO

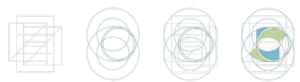
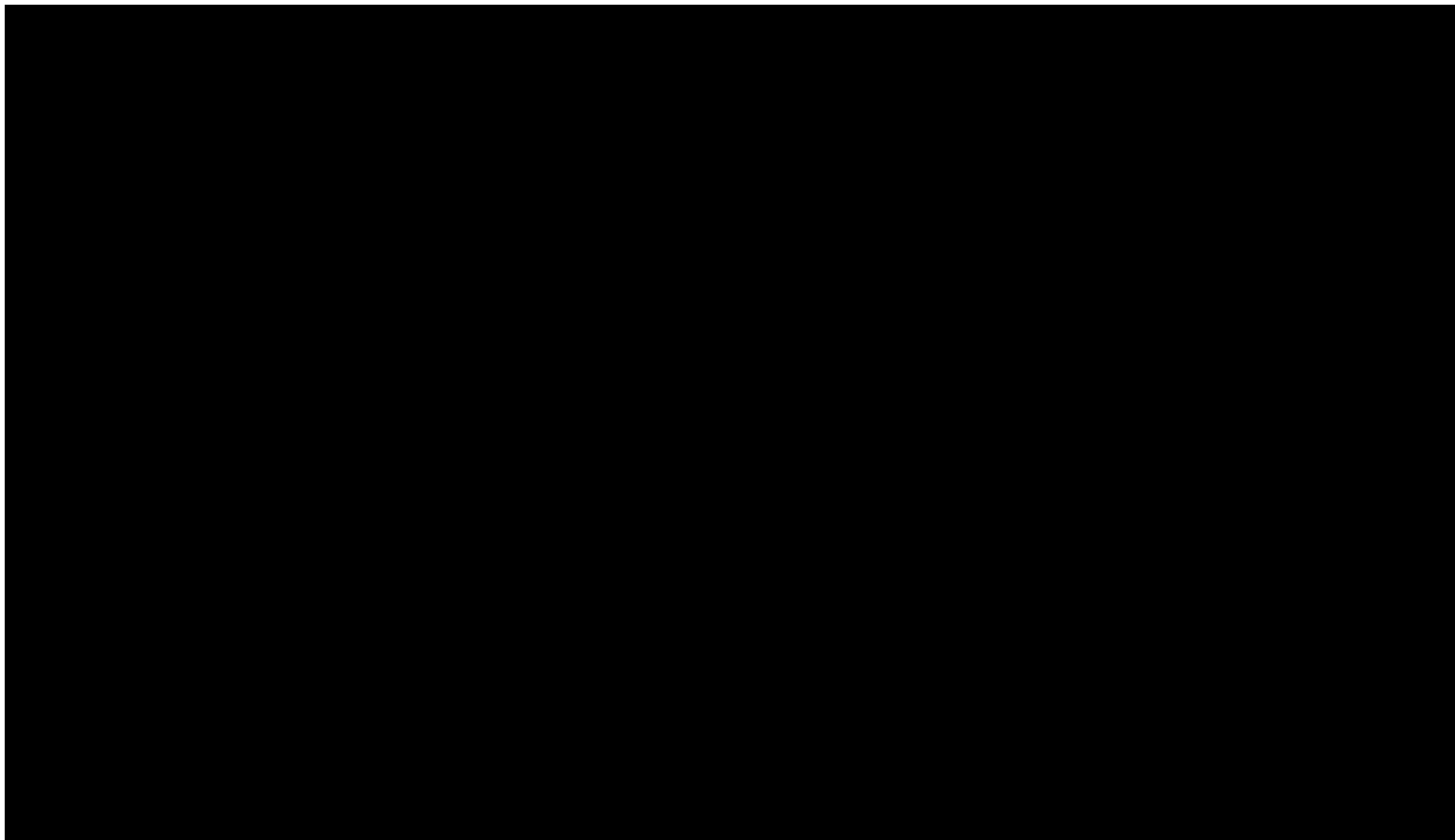
Dimensões da Avaliação em Saúde – ACO



“Existem dois tipos de riscos: aqueles que não podemos nos dar ao luxo de correr e aqueles que não podemos nos dar ao luxo de não correr.”

Peter Drucker







15
anos

É POSSÍVEL!

Obrigada!

Disque ANS: 0800-7019656



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ans_reguladora](https://twitter.com/ans_reguladora)



[ansreguladora](https://www.youtube.com/ansreguladora)



15
anos

Ministério da
Saúde

