

Incorporação de Tecnologias na Saúde Suplementar

Comissão Especial destinada a estudar o processo de inovação e incorporação tecnológica no complexo produtivo da saúde, no Brasil e no mundo

Sandro Leal Alves

Brasília, 08ago17



2016

18 grupos empresariais

23 operadoras associadas

Beneficiários (dezembro/16)

28,9 milhões = 41,3% do total

Receita (2016)

R\$ 67,9 bilhões = 41% do mercado

Despesas assistenciais (2016)

R\$ 56,9 bilhões = 41,5% do mercado

1. Allianz Saúde S.A
2. Amil Saúde
3. Grupo Bradesco Saúde
4. Grupo Caixa Saúde
5. Care Plus Medicina Assistencial
6. Gama Saúde
7. Golden Cross
8. Hapvida Assistência Médica
9. Grupo NotreDame Intermédica
10. Itauseg Saúde
11. Mapfre Saúde
12. Metlife Planos Odontológicos
13. Odontoprev
14. Omint Serviços de Saúde
15. Porto Seguro - Seguro Saúde
16. Sompo Saúde Seguros
17. Grupo SulAmérica Saúde
18. Unimed Seguros Saúde



Saúde Privada no Brasil

- Pano de Fundo
 - Regido por regras da livre iniciativa, relações contratuais e comutativo
 - Liberdade para contratar
 - Cobertura limitada aos termos das normas ou do contrato
 - Custeio por contraprestações pecuniárias por parte dos contratantes: PF e PJ
 - A contratação não implica renúncia do direito à saúde pública nem isenta o participante do dever de contribuir ao público

Impulsionadores dos custos

- Crescimento das despesas com internações.
- Crescimento de mat-med e OPME nas internações.
- Substituição de materiais menos por mais dispendiosos, sem alteração nos desfechos clínicos.
- Indicações inadequadas de tecnologias.
- Incorporação de Tecnologia sem avaliação.
- Renda.
- Mudança do padrão epidemiológico
-



Incorporação tecnológica

Valor das Tecnologias deve ser avaliado considerando disfunções típicas do mercado de saúde suplementar geradas pela elevada assimetria de informação

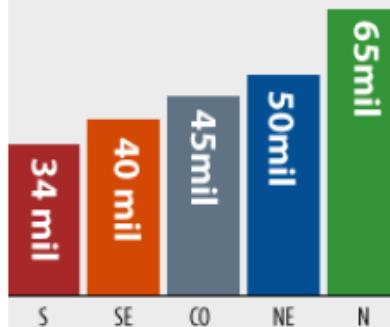
- Incentivos oferecidos pelo terceiro-pagador – ilusão monetária
- Dilema entre aumento de coberturas e uso excessivo (risco moral);
- Capacidade de geração de demanda pela oferta;

Assim como das disfunções concorenciais no mercado de insumos...

Variações nos preços de DMI

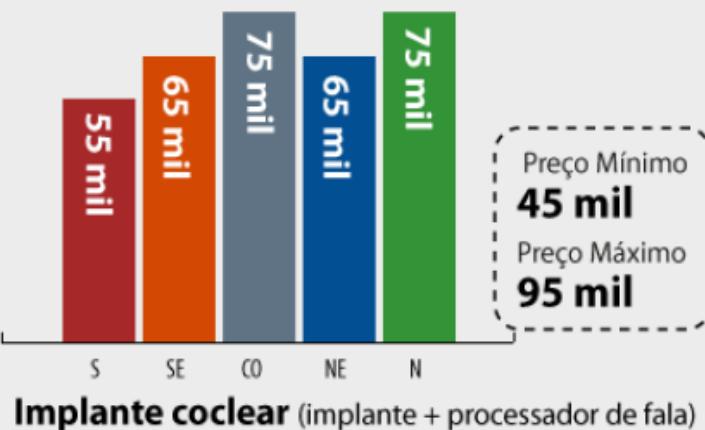
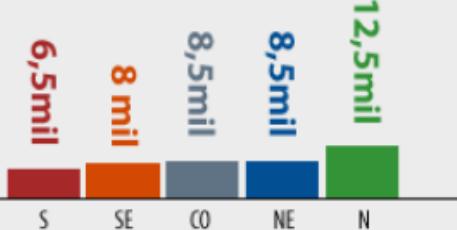
Diferença de preços entre as regiões

Marcapasso cdi (apenas o gerador)



Stent coronariano com droga

Preço Mínimo
4 mil
Preço Máximo
22 mil



Implante coclear (implante + processador de fala)

Preço Mínimo
450,00
Preço Máximo
95 mil

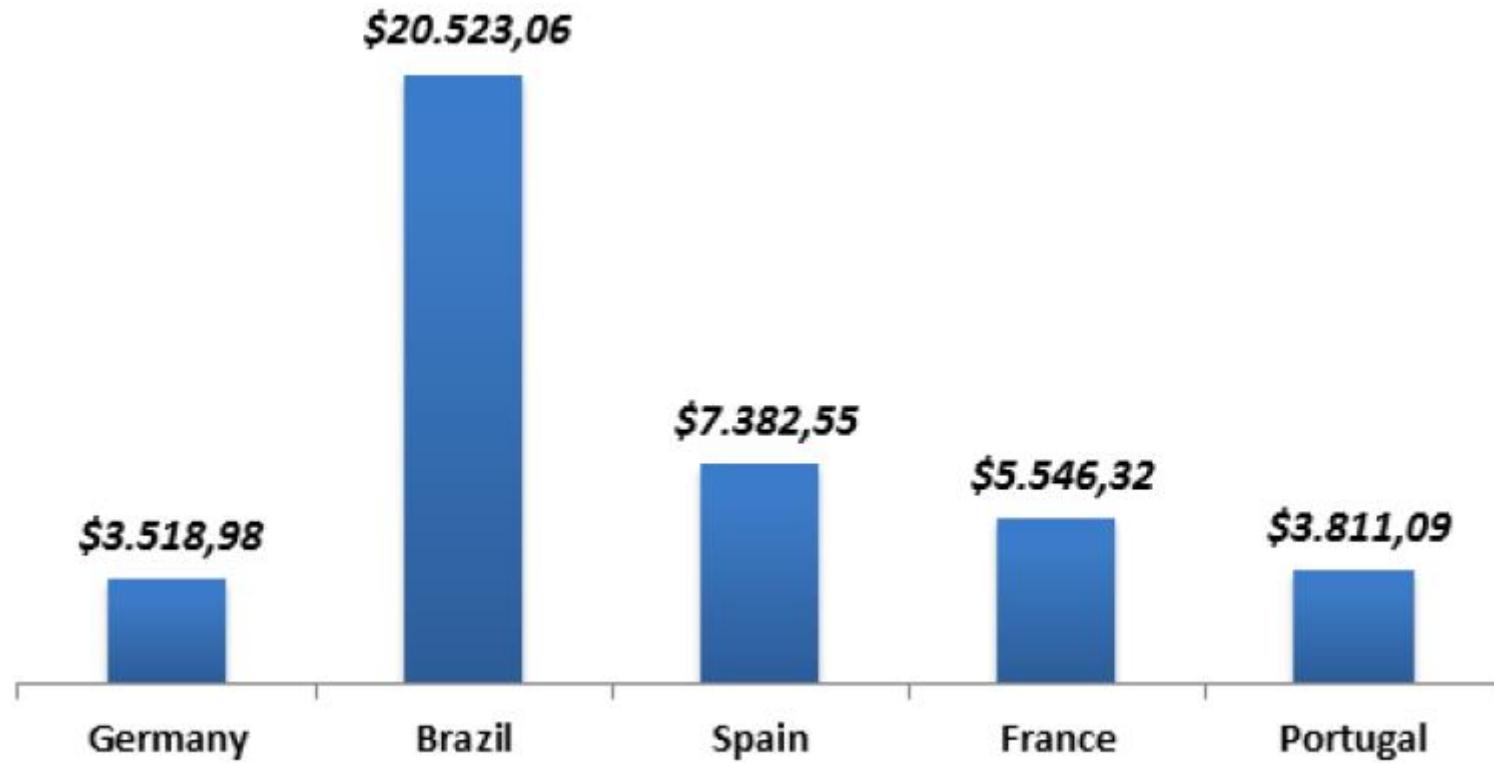


Stent metálico coronariano não recoberto



Preço brasileiro vs. preço internacional

Preços internacionais de marcapasso cardíaco (2010)



Nota: preços em dólares americanos

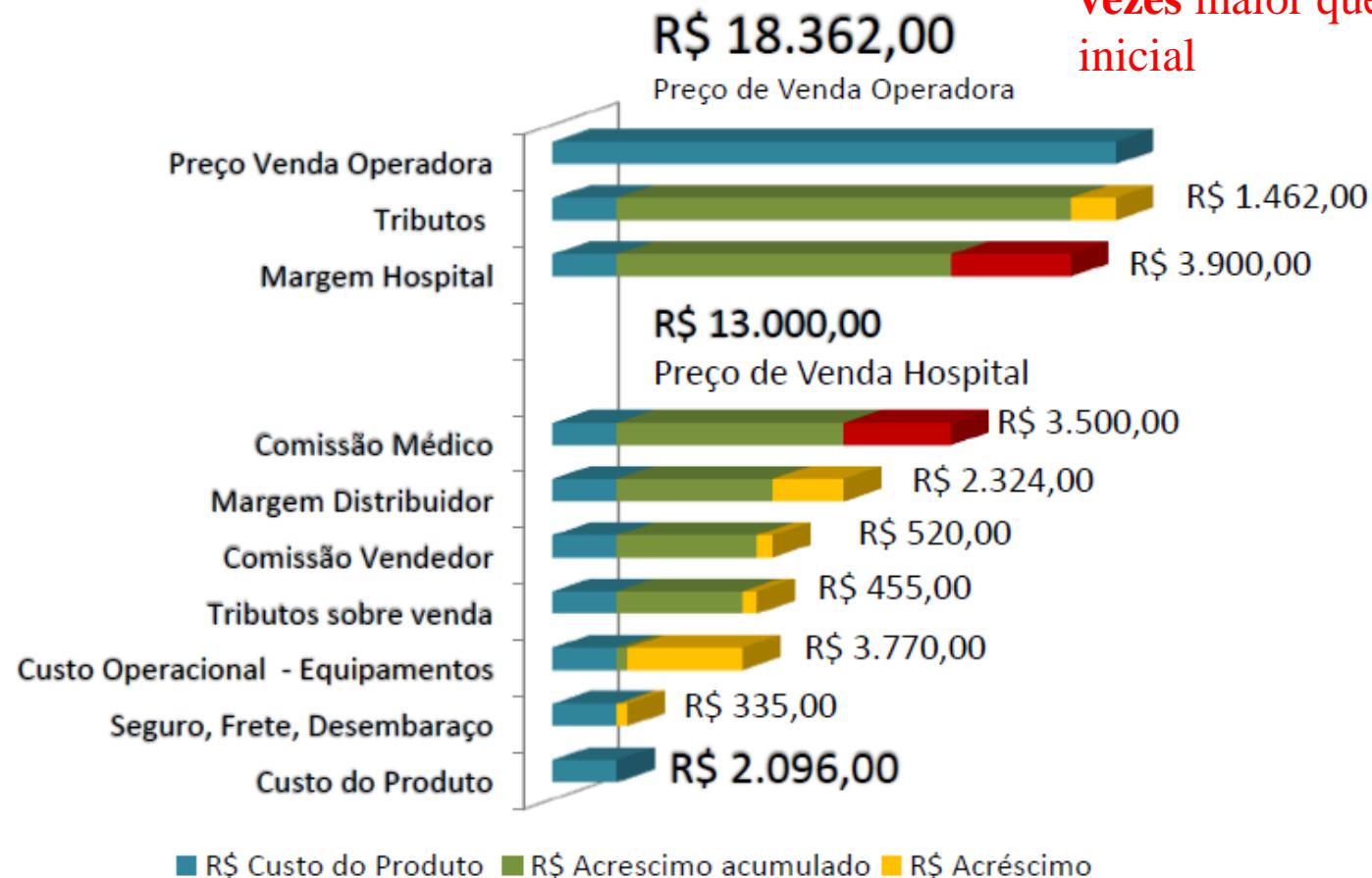
Fonte: Moreno-Carbajal M et al (2012). *Definition of a methodology to measure price components and maintenance costs of medical devices*. Unpublished (WHO) / Ministério da Saúde



Margens agregadas na cadeia

Exemplo: prótese de joelho

Valor final do produto **8,7** vezes maior que o custo inicial





Modelo de pagamento que estimula o uso

Predominância do *fee-for-service*

- Pagamento por item de despesa
- Interesse do prestador é aumentar quantidade de itens e usar itens de maior valor
- Leva ao “*over use*” ou “*overtreatment*”, não necessariamente com melhores desfechos clínicos (desperdícios?)
- Pagamento desvinculado de “valor”



Números do setor

Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH)

Ano	IPCA ¹ %	Reajuste ANS %	Despesa assistencial <i>per capita</i> % ²	VCMH IESS
2008	6,00	5,48	9,6	7,48
2009	4,65	6,76	8,89	9,98
2010	5,46	6,73	4,95	12,95
2011	6,42	7,69	10,91	8,63
2012	5,67	7,93	12,92	11,98
2013	6,05	9,04	10,11	15,58
2014	6,96	9,65	14,04	15,14
2015	9,73	13,55	13,38	16,37
2016	6,97	13,57	19,17	18,22
Acumulado 2008 - 2016	65,2	104,2	142,8	176,7

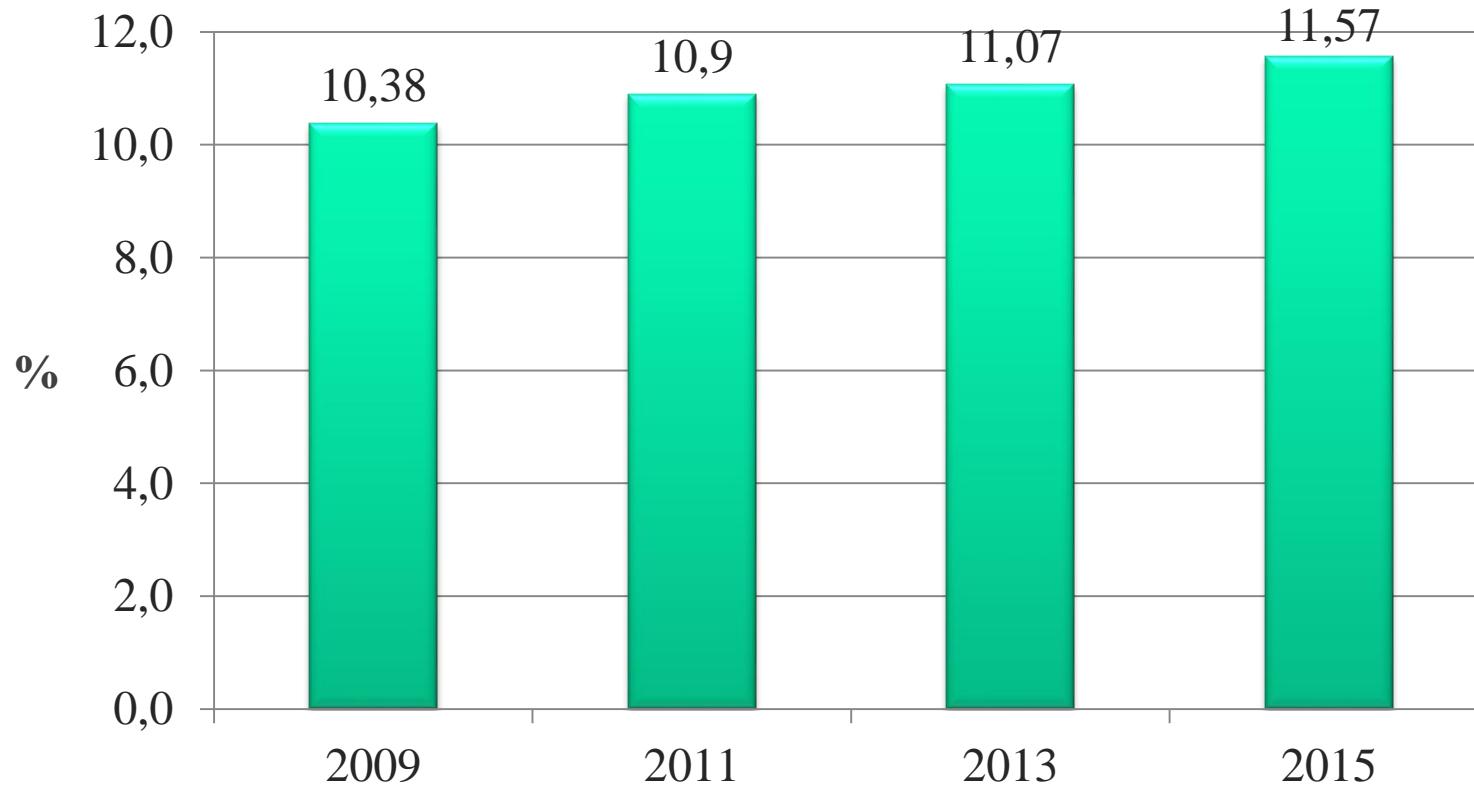
Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet. IBGE - índice de reajuste ANS - disponível em <http://www.ans.gov.br/>. Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Dados extraídos em 20/3/17.

Notas: ¹IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de abril e maio. ²Considera apenas as operadoras médico-hospitalares.



Cenário econômico-financeiro no Brasil

Custo dos benefícios de saúde na folha de pagamento (custo em % da folha)



Fonte: Relatório Mercer Marsh

Fonte: IESS - Abertura do Seminário Internacional – Novos Produtos para Saúde Suplementar

Atualização do Rol de Procedimentos

Atualização bianual do rol de procedimentos e eventos de saúde (coberturas) mediante consulta pública e via COSAÚDE.

Rol busca garantir a cobertura para procedimentos indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das doenças listadas no CID-10 (OMS). Referência básica

Problema:

Incorporação de tecnologia médica e inclusão de procedimentos por mecanismos de pressão, sem critérios de custo-benefício sob o ponto de vista da coletividade.

Atualização do Rol de Procedimentos

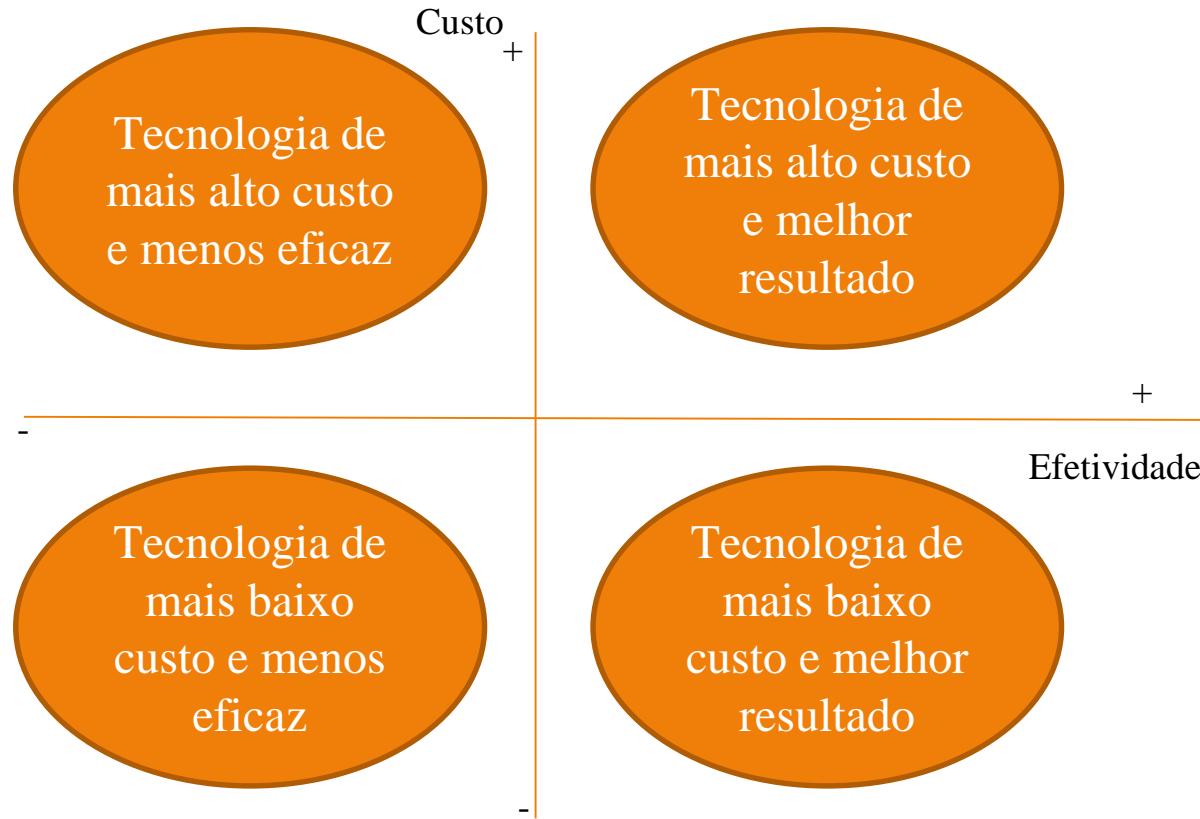
Perguntas:

- Quais são os critérios objetivos?
- A sociedade (consumidores de planos, pessoas físicas e jurídicas) está ciente e concorda em ser onerada em R\$ X bilhões em suas mensalidades para oferecer determinadas coberturas adicionais?
- Com esse mesmo montante (R\$ X bilhões) estamos oferecendo o melhor que pode ser oferecido? Ou há um melhor uso para este recurso escasso?
- Por que alocar R\$ X bilhões para cobrir os procedimentos A,B e C e não os D, F e G?



Incorporação tecnológica

Como as tecnologias devem ser incorporadas?



As incorporações devem necessariamente estar associadas ao repasse nos preços sob pena de desequilibrar o produto, pois não foi considerada na especificação do produto!

É preciso desenvolver critérios que discriminem/separem as inovações que devem ser adotadas das que não devem.



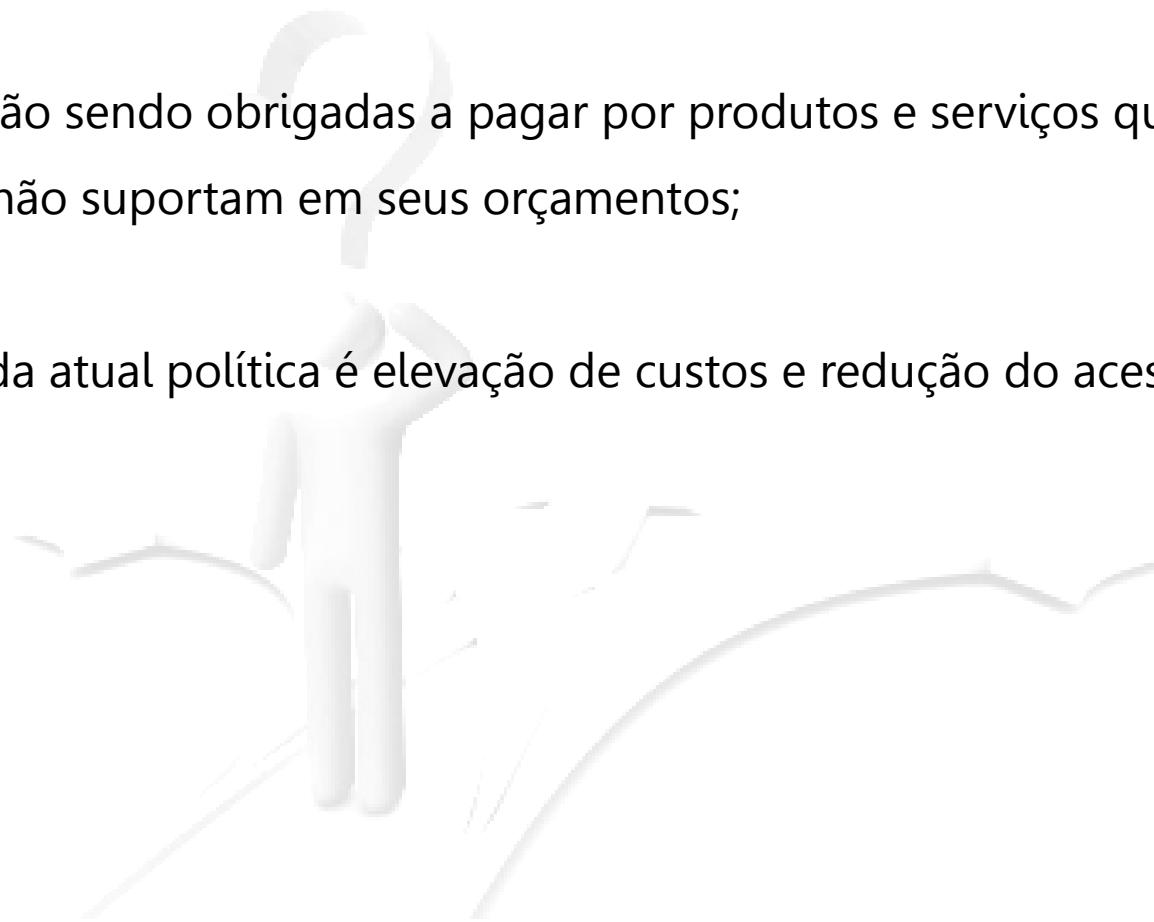
Dilemas e caminhos

- Rol – deve ser o limite mínimo. O que for adicional à garantia mínima deve ser opcional e não de oferecimento obrigatório;
- ANS deve estabelecer um Sistema de Priorização claro e transparente reconhecendo limites orçamentários da população;
- Escolhas devem sempre respeitar a capacidade de pagamento das pessoas, suas preferências e dar o máximo de informação;
- Na saúde pública a questão da priorização é dada pelo orçamento público e a alocação de recursos se resolve via filas quando a demanda supera a oferta;



Dilemas e caminhos

- Na saúde privada não há consideração sobre a capacidade econômica das pessoas ao se decidir por uma incorporação;
- Pessoas estão sendo obrigadas a pagar por produtos e serviços que não desejam e não suportam em seus orçamentos;
- Resultado da atual política é elevação de custos e redução do acesso.





Obrigado!

Sandro Leal Alves

sandroleal@fenasauder.org.br