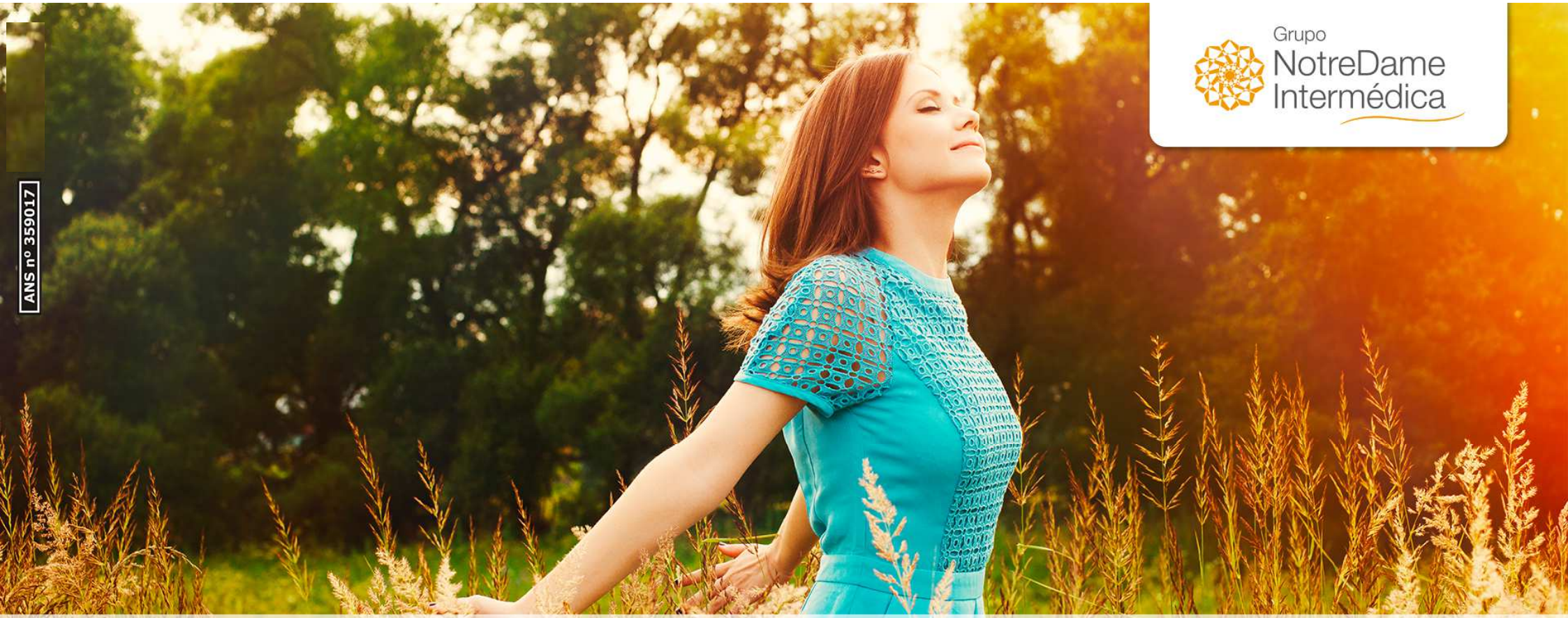


Grupo NotreDame Intermédica

ANS nº 3590017

Academia Nacional de Seguros e Previdência - ANSP

Em busca de soluções para o mercado de saúde suplementar – gestão de riscos: a experiência GNDI

07/11/18

Marco regulatório do Setor

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Lei dos Planos de Saúde - Lei 9.656/98, que estabeleceu os principais requisitos para o funcionamento do setor.

O marco regulatório estabeleceu rígidos parâmetros e regras para as operadoras de Planos de Saúde no Brasil. Entre as regras trazidas pela legislação, destacam-se:

- ☑ Controle dos reajustes | planos individuais
- ☑ Vedação à rescisão unilateral dos contratos | planos individuais
- ☑ Imposição de períodos máximos de carência
- ☑ Rigidez na segmentação assistencial
- ☑ Fixação das faixas etárias para reajuste
- ☑ Vedação ao reajuste por mudança de faixa etária a quem tem mais de 60 anos
- ☑ Proibição da seleção de risco por idade e condição de saúde
- ☑ Regras para aposentados e demitidos

Fonte: FenaSaúde 2018

O mercado da Saúde Suplementar no Brasil

Operadoras em Atividade

com Beneficiários segundo Modalidade

Modalidade	Operadoras com Beneficiários
Autogestão	160
Cooperativa Médica	295
Filantropia	45
Medicina de Grupo	255
Seguradora Especializada em Saúde	9
Cooperativa Odontológica	105
Odontologia de Grupo	186
TOTAL	1.055

Fonte: TABNET - ANS - extraído em agosto/18

69,8 milhões de beneficiários | 80,9% planos coletivos e 18,8% planos individuais

47,2 milhões de beneficiários de planos de assistência médica

22,6 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

Retorno para a sociedade: o desempenho assistencial da **Saúde Suplementar**

- **As operadoras de plano de assistência à saúde** são responsáveis pela organização do **sistema mutualista** no qual se baseia o funcionamento da Saúde Suplementar.

- É esse sistema solidário que **permite o acesso das pessoas aos tratamentos e terapias** pelos quais poucos poderiam pagar diretamente, o que lhe confere **grande importância social**.

- A Saúde Suplementar **ajuda a melhorar a qualidade de vida** e **contribui para o aumento da expectativa de vida** da população.

- Além disso, **estimula a criação de novos mercados e empregos**.

Fonte: FenaSaúde 2018

DADOS DE 2017

Grupo NotreDame Intermédica

23,4% dos idosos do Brasil possuem planos privados de assistência à saúde.

1,5 bilhão por ano de procedimentos médicos e odontológicos

817 milhões por ano de exames

270 milhões por ano de consultas médicas

8,0 milhões por ano de internações

521 mil por ano partos

33 milhões por ano de exames radiográficos

3,4 milhões de empregos

8,0% da força de trabalho do Brasil

Fonte: IESS - Dezembro/2017

78,4% ou **311** mil médicos atuam no setor privado

dados da Demografia Médica no Brasil 2015

138 mil estabelecimentos ambulatoriais

Fonte: CNES / MS / Dezembro/2017

134 mil leitos hospitalares

Fonte: CNES / MS / Dezembro/2017

Beneficiários: de planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos

Beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial

Ago/17 – Ago/18

Fonte: FenaSaúde 2018

Beneficiários: de planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos

Beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial

Ago/17 – Ago/18

Fonte: FenaSaúde 2018

Gastos com Saúde e o Aumento das Despesas Assistenciais na Saúde Suplementar

Fonte:
FenaSaúde
2018

Gastos totais com Saúde no Brasil

Fonte: FenaSaúde 2018

DESAFIOS da Saúde Suplementar 2019

O novo marco regulatório deve ser pautado pelas seguintes propostas

1 Atenção Primária à Saúde (APS) e rede hierarquizada

2 Regulação dos Prestadores e Fornecedores

3 Novas regras de precificação e reajuste

4 Mudança de regras para a incorporação de novas tecnologias

5 Combate às fraudes – tipificação de crimes

6 Mudança do Modelo de Remuneração

7 Análise de Impacto Regulatório (AIR) e de Revisões Sistemáticas de Regras (*Ex-post*)

8 Fortalecimento do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)

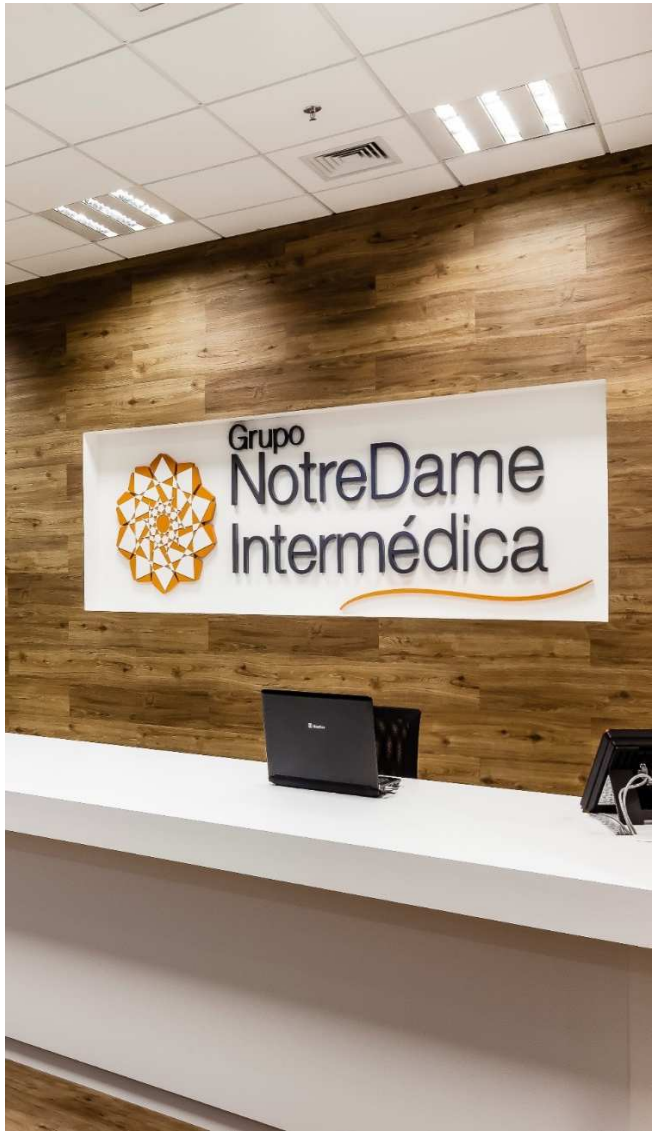
9 Admissão na rede credenciada de hospitais públicos

10 Novos produtos de previdência e poupança vinculados à Saúde

11 Mecanismos Financeiros de Regulação

Fonte: FenaSaúde 2018

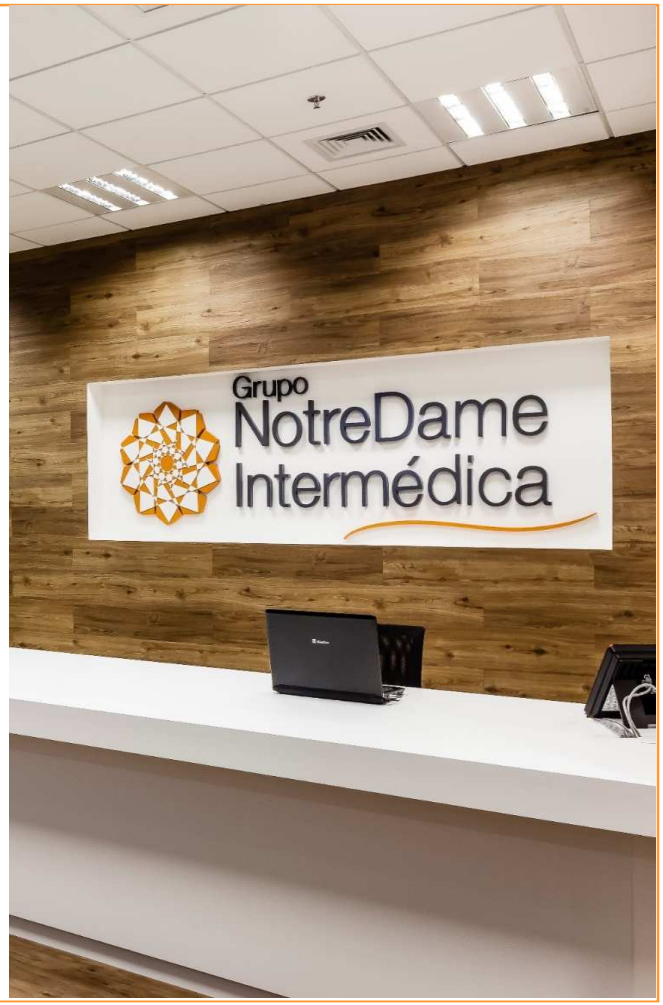
Experiência GNDI



O que é o GNDI?

Fundado em 1968 e sediado em São Paulo (SP), o Grupo NotreDame Intermédica possui:

- **50 anos de atuação**
- **12.353 mil colaboradores**
- **Pioneiro em Medicina Preventiva (1982)**
- **Uma das maiores operadoras de saúde do País**
- **+ de 3,8 milhões de beneficiários**
- **+ de 14 mil dentistas credenciados**
- **Corpo Clínico com + de 3 mil pessoas**
- **19 Hospitais próprios 68 Centros Clínicos 24 PA**



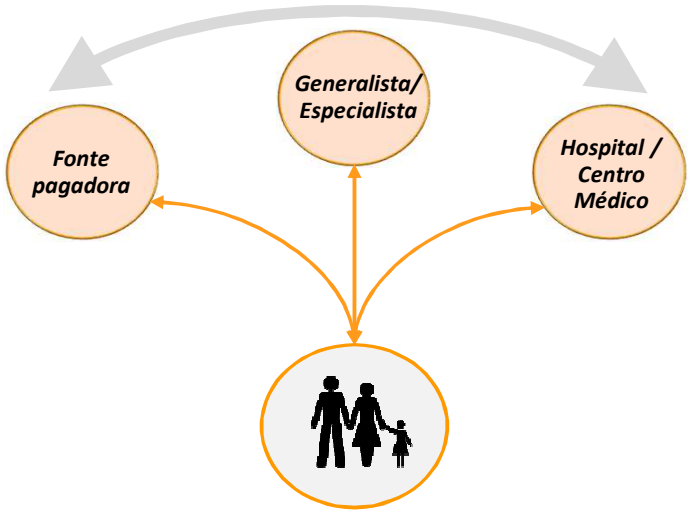
Fonte: Informações da Companhia

Experiência GNDI

Modelo verticalizado e poliárquico de tratamento altamente eficaz

Estrutura de incentivo altamente alinhada e tratamento superior do paciente

Abordagem Tradicional



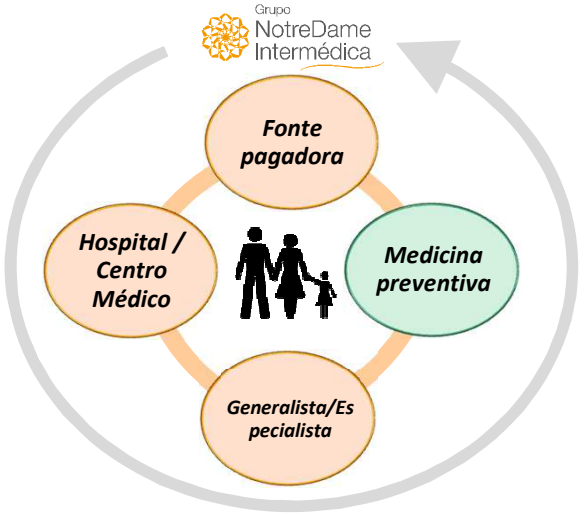
Entrega desarticulada de tratamento

Exposição da margem à terceiros

Incentivos Distorcidos

Responsabilização limitada

Abordagem GNDI
Controle da cadeia de valor



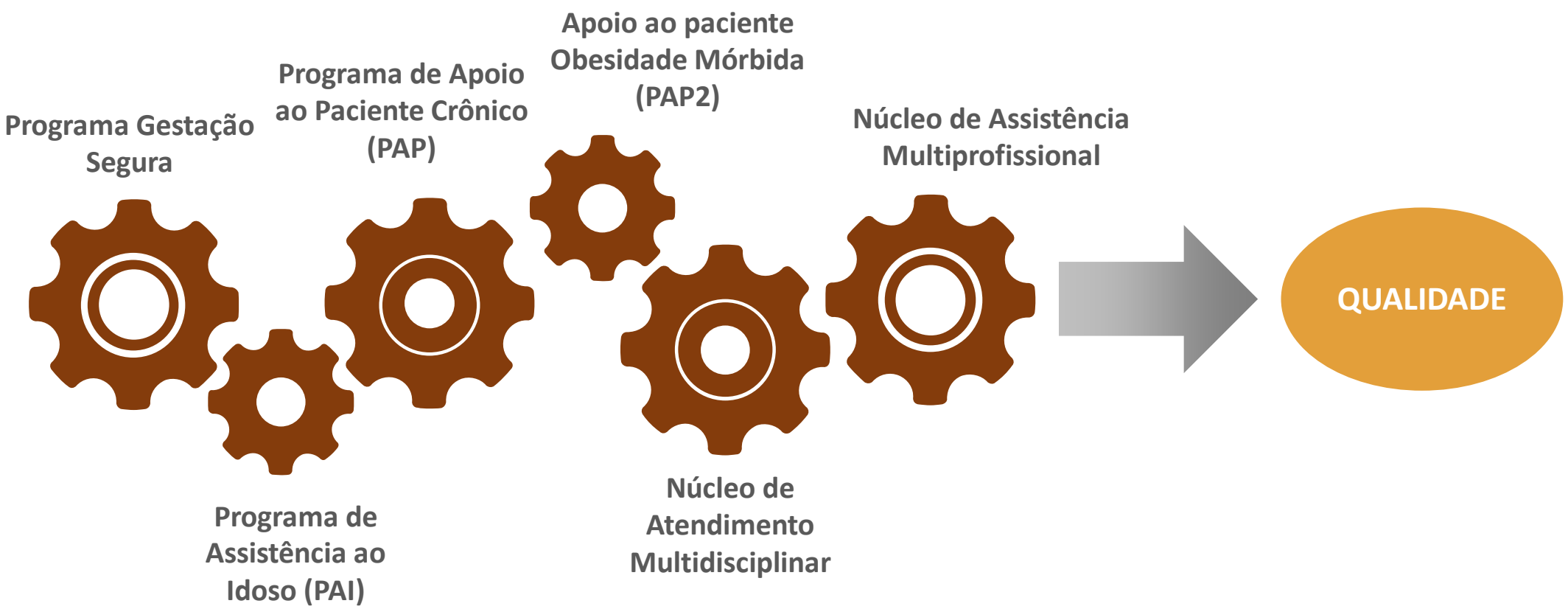
Verticalmente integrada com tratamento superior do paciente

Controle de custos altamente eficaz

Estrutura de incentivos altamente alinhada

Responsabilização total

Experiência GNDI – Promoçao de Saúde e Medicina Preventiva



KPI`s – Indicadores de Qualidade

Experiência GNDI

Modelo único de medicina preventiva reduz custos médicos

Membros de "alto-risco" contribuem desproporcionalmente para a importância, em termos de custo, do tratamento preventivo

...criando oportunidades para uma rede personalizada de soluções de tratamento preventivo

~94%
Aderência

~45%
Redução de partos prematuros

Programas de tratamento de doências crônicas e de alto-risco (>110.000 beneficiários membros)

Tratamento crônico

Prevenção de complicações
Cuidados de idosos
Oncologia
Cuidados de gravidez
Diabetes e Hipertensão

"Alto-risco"

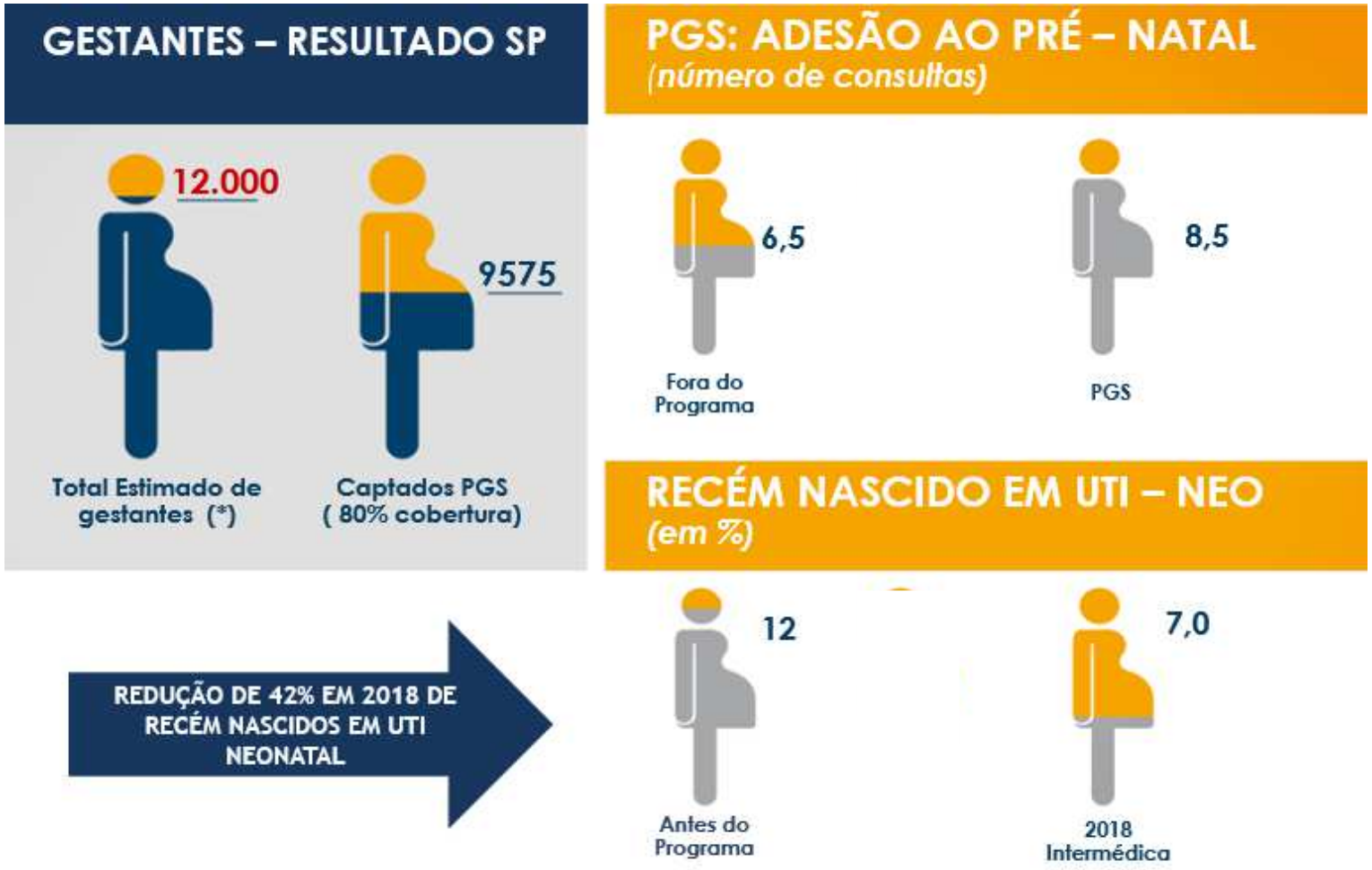
Prevenção de Incapacitação
Casos complexos
Grupos de suporte à cuidadores
Doenças cerebrais
Doenças renais

6x Retorno do tratamento preventivo: Para cada R$1,00 investido em programas de tratamento preventivo, o GNDI evita R$6,28 em despesas médicas

Fonte: Informações da Companhia
Nota: Custos totais incluem custos de exame + custos de encaminhamento

Programa Gestação Segura

Programa Gestação Segura

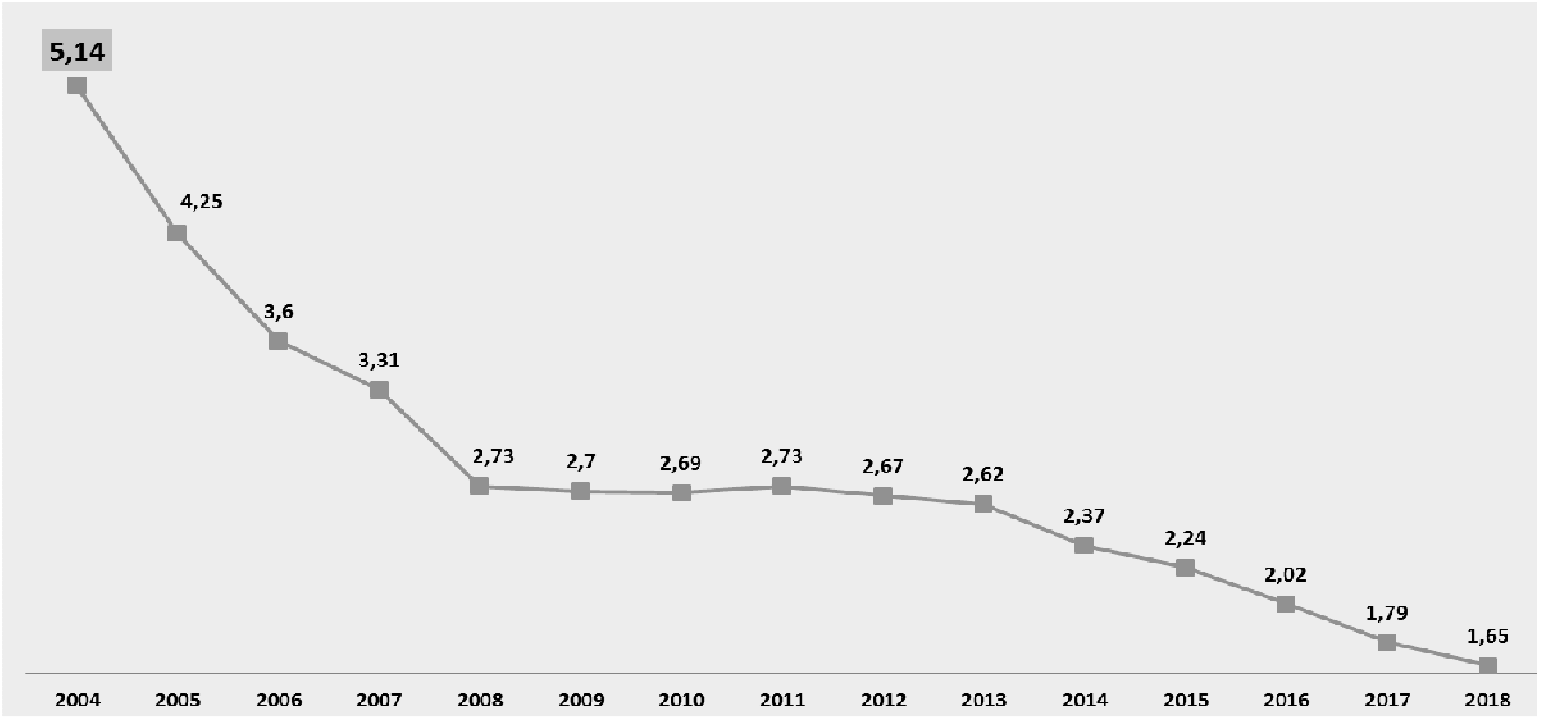


Fonte: Informações da Companhia

Programa de Assistência ao Idoso (PAI)

Programa de Assistência ao Idoso (PAI)

INTERNAÇÃO PACIENTE DIA/MIL

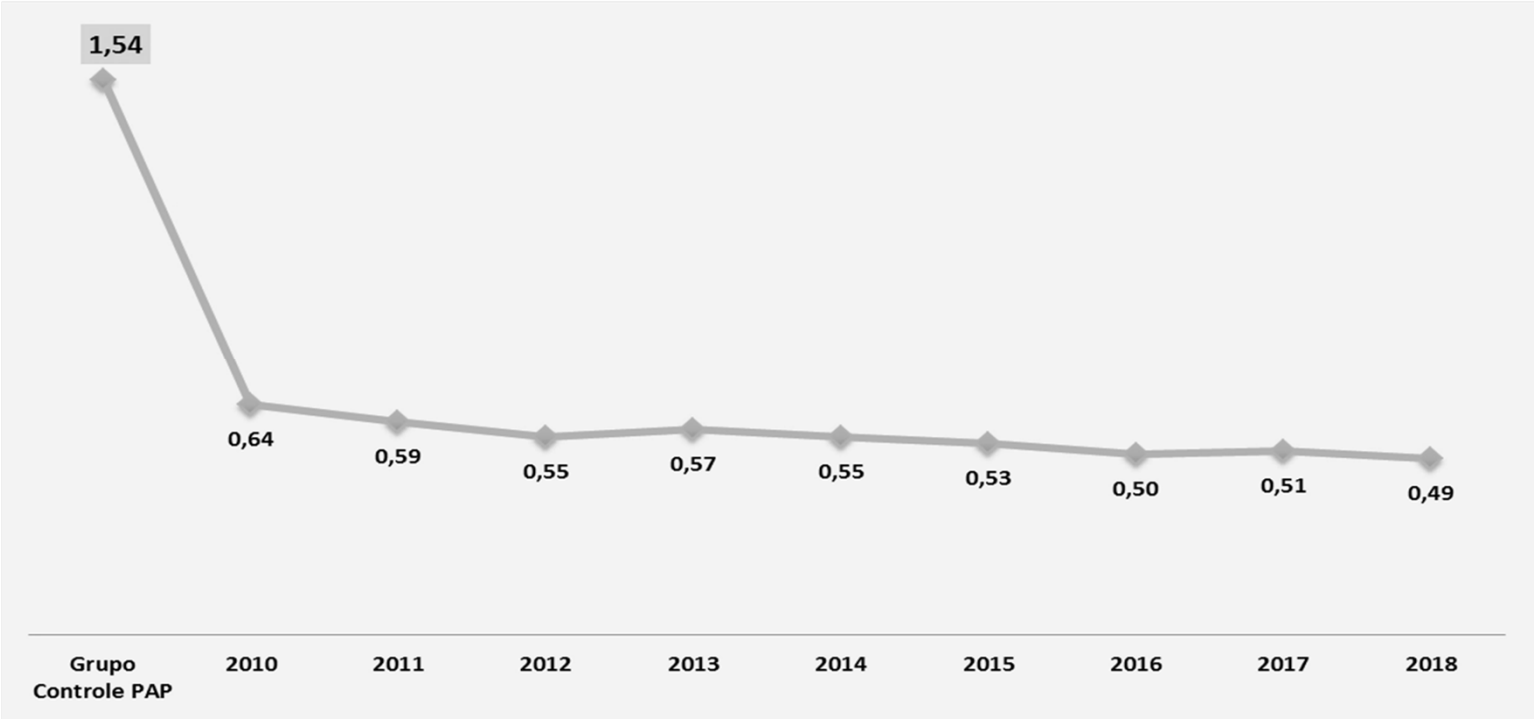


Fonte: Informações da Companhia

Programa de Apoio ao Paciente Crônico

Programa de Apoio ao Paciente Crônico (PAP)

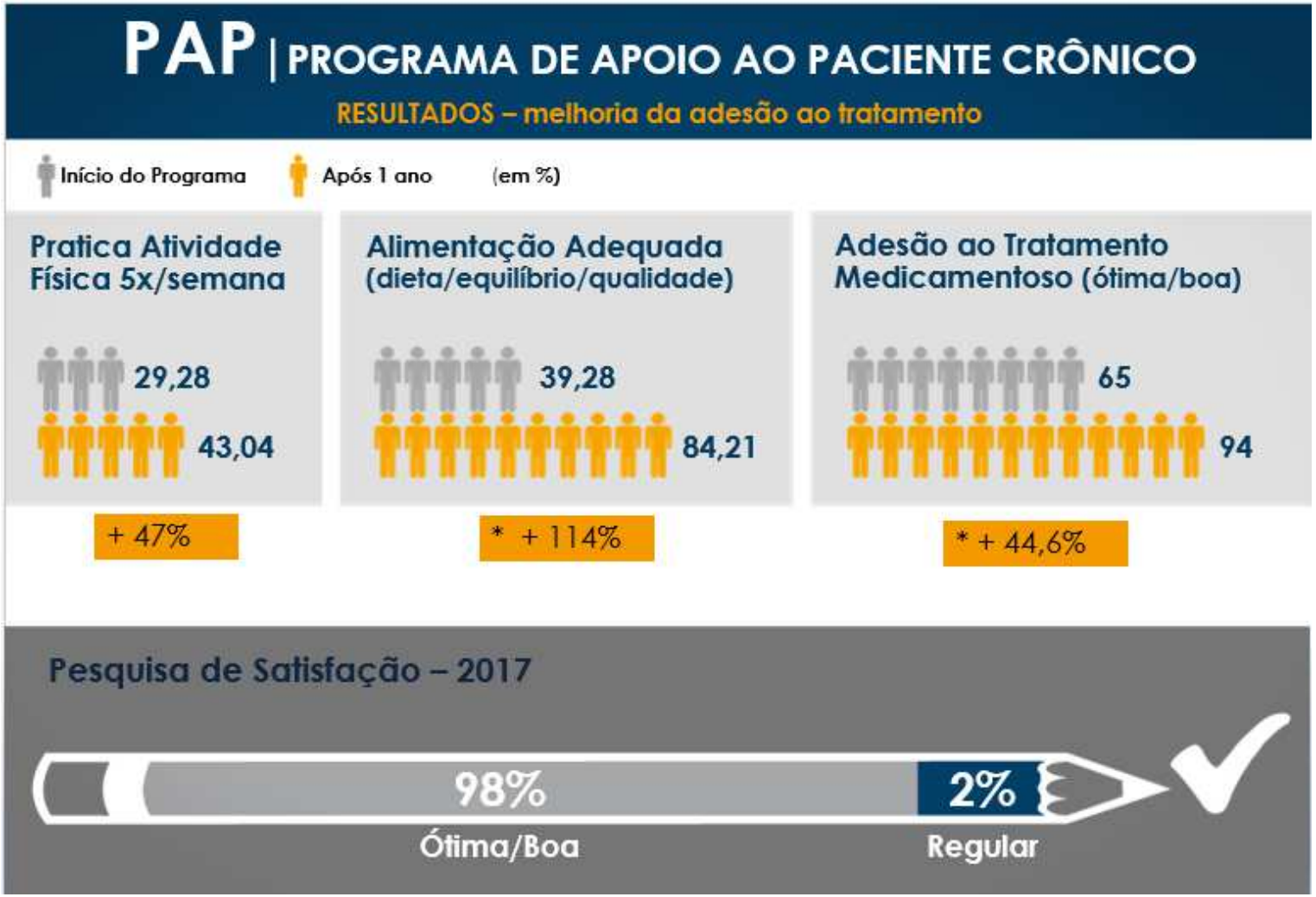
INTERNAÇÃO PACIENTE DIA/MIL



Fonte: Informações da Companhia

Crônicos Adultos (PAP)

Programa de Apoio ao Paciente Crônico (PAP)



Fonte: Informações da Companhia

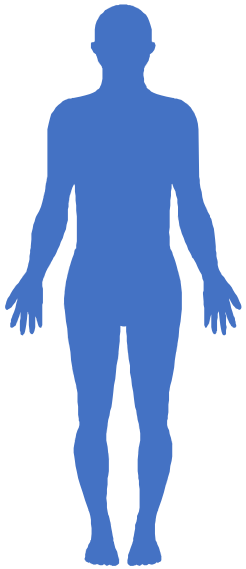
Apoio ao Paciente Obesidade Mórbida (PAP2)

PAP 2 – PROGRAMA DE APOIO AO PACIENTE OBESIDADE MÓRBIDA

Apoio ao Paciente Obesidade Mórbida (PAP2)

48.476
Beneficiários participantes

65%
Avaliação alimentar boa/ótima – 06 meses de programa



9,8 %
Redução do peso Corporal em 06 meses de programa

85%
Adesão ao protocolo – 12 meses de programa

Cirurgia Bariátrica 1000 vidas/ano

ANS = 1,63
IMS = 0,57

Fonte: Informações da Companhia

Panorama de benefícios corporativos

1- Forte pressão por redução de custos;

2- maior interesse e acompanhamento por resultados assistenciais, NPS, jornada do empregado/paciente – saúde populacional (comitês de saúde)

3- maior apoio no incentivo e apoio à captação precoce para os programas de PROMO/PREV (ex. perfil saúde)

4- maior aceitação de modelos verticalizados de atenção à saúde

5- utilização mais significativa de produtos com participação financeira dos empregados (coparticipação em franquia), mas com isenções e indicações de prestadores-alvos

6 –adoção de critérios de elegibilidade e meritocracia para o plano de saúde e modelos de planos

OBRIGADO !

Luiz Celso Dias Lopes

luiz.lopes@intermedica.com.br
luiz.celso.lopes@gmail.com

APÊNDICE

Raio X da Saúde Suplementar

2014

49.948.820 milhões
19.690.821 milhões

69,6 milhões

2018

47.236.348 milhões
23.453.058 milhões

70,7 milhões

PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA | PLANOS ODONTOLÓGICOS

47,2 milhões
Beneficiários de planos de assistência médica

23,5 milhões
Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

R$ 179,3 bilhões
2,7% do PIB
Valor movimentado pelas operadoras de planos de saúde em 2017

R$ 150,6 bilhões
referem-se a despesas assistenciais

3,4 milhões
de empregos gerados, direta e indiretamente

8%
da força de trabalho do País

[1] Fonte: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet. Extraído em 30/8/18.
[2] Fonte: DIOPS/ANS/MS - Tabnet. Extraído em 30/8/18. [3] Fonte: IESS - Instituto de estudos da saúde suplementar.

2017

1,51 bilhão
de procedimentos médicos e odontológicos

817 milhões
de exames

270 milhões
de consultas médicas

8 milhões
de internações

2008 a 2017 - Variação acumulada

169,5% Despesa assistencial *per capita*

131,9% Reajuste ANS

71,5% IPCA

[4] Fonte: ANS - Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, junho/2018
[5] Fontes: Sistema de informações de beneficiários - DIOPS e SIB/ANS/MS - Tabnet. Índice de reajuste ANS - disponível em: http://www.ans.gov.br/. IBGE -Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA. Extraído em ago/18.

Fonte: FenaSaúde 2018

Em 2017 foram financiados pelas Operadoras de Saúde mais de:

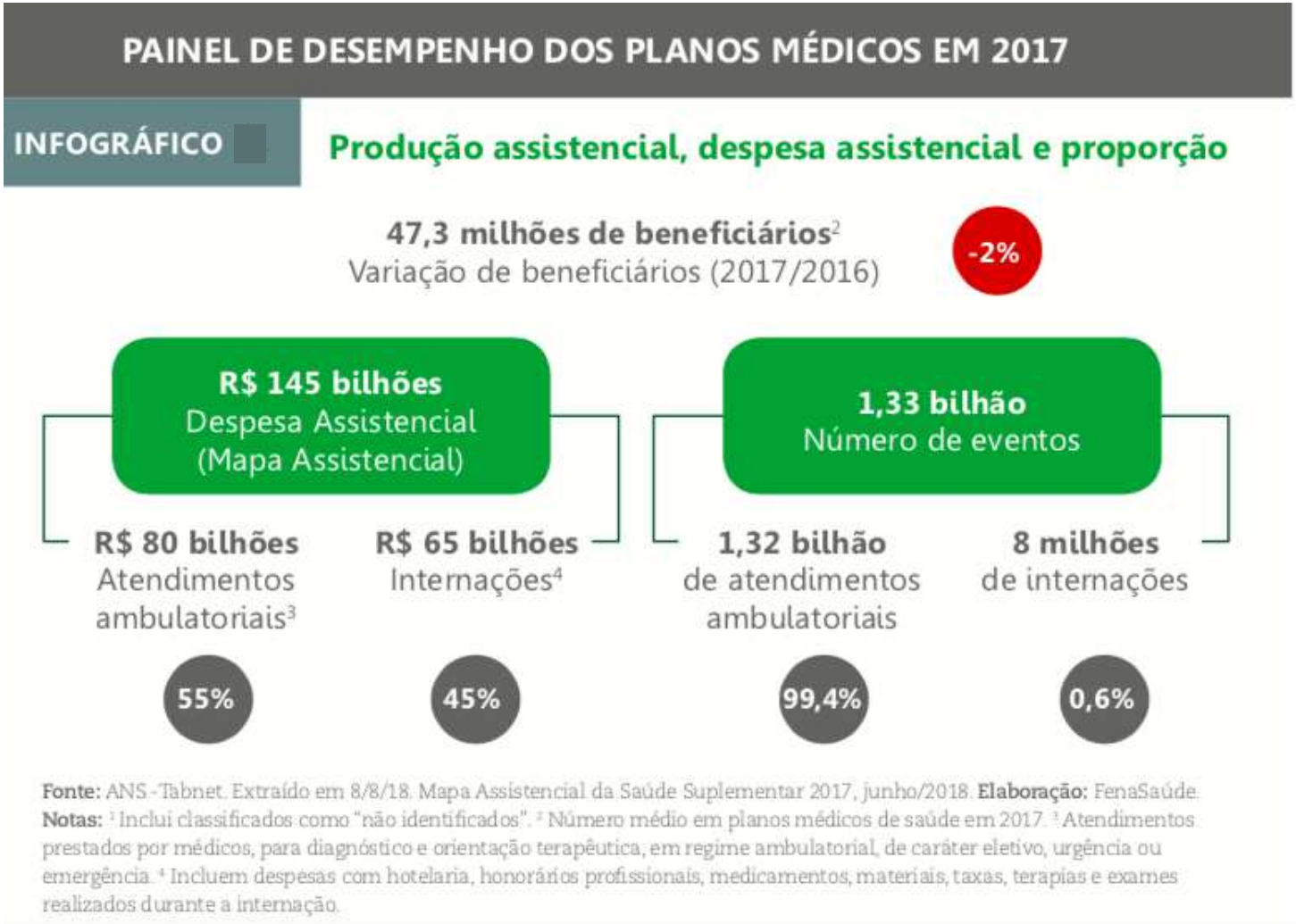
Fonte: FenaSaúde 2018

Fonte: FenaSaúde 2018

Aumento das Despesas Assistenciais

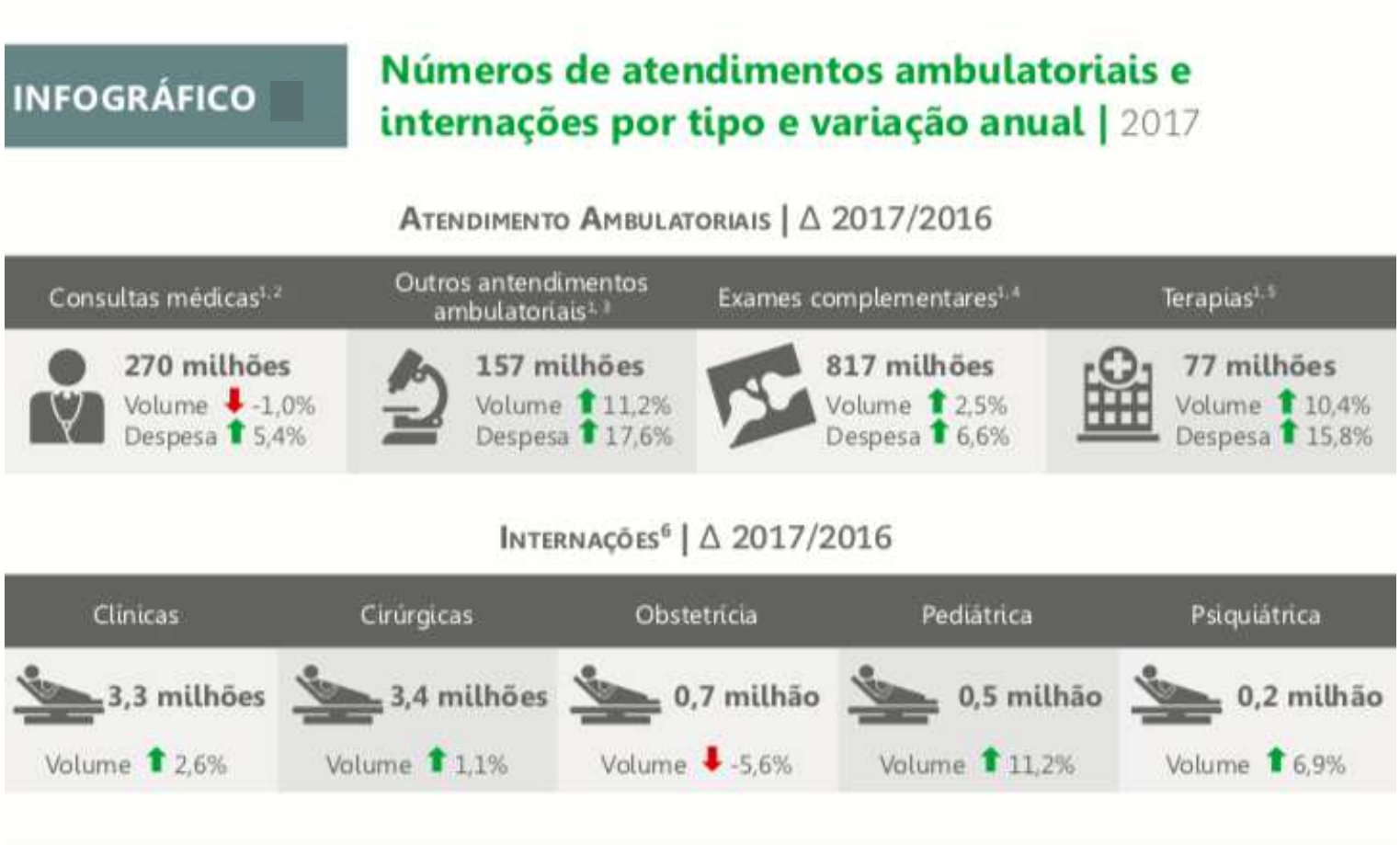
Fonte: FenaSaúde 2018

Planos Médicos: Perfil dos Beneficiários, Utilização e Despesas



Fonte: FenaSaúde 2018

Planos Médicos: Perfil dos Beneficiários, Utilização e Despesas



Fonte: FenaSaúde 2018

Impacto financeiro da incorporação de tecnologias – Rol 2018

Tecnologia	Prevalência[1]	Custo Anual Paciente (R$)	Estimativa de impacto (R$ milhões)
1. Afatinibe	701	76.152	53,40
2. Crizotinibe	168	468.456	78,70
3. Dabrafenibe	131	500.184	-5,30
4. Natalizumabe	5.936	87.841	521,40
5. Ruxolitinibe	525	295.230	155,00
6. Terapia Imunoprofilática com Palivizumabe p/ VSR	3.893	19.884	77,40
7. Tratam. ocular quimioterápico c/ antiangiogênico (OVR/ORVC)	22.106	62.987	1.392,40
8. Tratam. ocular quimioterápico c/ antiangiogênico (EMD)	22.106	37.792	835,40
9. Refluxo Vesico-ureteral – Tratamento Endoscópico	209.784	6.537	1.371,30
10. Aquaporina 4 (AQP4)	1.150	309	0,40
11. Toxoplasmose – Líquido Amniótico por PCR	17.817	427	7,60
12. PET/CT Oncológico com análogos de Somatostatina	566	6.678	3,80
13. Ressonância Magnética - Fluxo Liquórico	22.566	340	7,70
14. Cintilografia de Perfusão Cerebral - TRODAT	4.959	5.177	25,70
TOTAL	312.408	–	4.525

Elaboração: FenaSaúde. [1] População máxima. Observações: Medicamento: Quantidade necessária em 12 meses. Terapia: considerada quantidade de sessões ou evento único em 12 meses. Exame: considerada a realização de 1 exame anual.

Fonte: FenaSaúde 2018

Impacto financeiro da incorporação de tecnologias – Rol 2018

Nos Estados Unidos, um estudo publicado em 2012 estima que os custos com desperdícios – tratamento excessivo, falha na coordenação do atendimento, falha no atendimento, erros médicos, sobrepreço, burocracia excessiva, fraudes e abusos – totalizam pelo menos 20% das despesas do setor. Se o patamar de desperdícios no Brasil for similar, esse custo representou aproximadamente R$ 30 bilhões de todas as despesas assistenciais em 2017.

Fonte: FenaSaúde 2018

Como a **Saúde Suplementar** pode contribuir para **melhorar a atenção à saúde** da população e o **desenvolvimento econômico**?

	TEMAS	PROPOSTA	IMPORTÂNCIA
Como **melhorar** a atenção à saúde?	Atenção Primária à Saúde (APS) e rede hierarquizada	Mudar o foco da atenção a saúde, passando da atenção especializada para a atenção primária à saúde, com rede hierarquizada. O beneficiário passa a ser atendido por médico de família.	O atual sistema está focado em curar doenças já instaladas. Com a APS, o foco passa a ser o cuidado preventivo. Uma atenção à saúde integrada e com maior racionalidade do uso.
	Admissão na rede credenciada de hospitais públicos	Permissão de dupla porta de entrada - hospitais atendem SUS e Saúde Suplementar.	Redução do vazio assistencial, ao viabilizar que hospitais atendam pacientes dos dois sistemas.
Como **aumentar** a segurança do beneficiário?	Combate às fraudes – tipificação de crimes	Tipificação criminal da fraude contra o sistema de saúde suplementar. Elaboração de medida legislativa vedando a obtenção de qualquer vantagem financeira por profissionais de saúde em razão da comercialização, prescrição ou uso de dispositivos médicos.	As práticas antiéticas de uma minoria de profissionais de saúde têm causado danos à saúde dos brasileiros. Uma operações da Polícia Federal contra fraudes detectou a realização de mais de 100 cirurgias desnecessárias - crime de lesão corporal - inclusive causando danos permanentes nos pacientes. As fraudes também aumentam os custos.
Como alterações regulatórias podem **ajudar** o setor?	Análise de Impacto Regulatório (AIR) e de Revisões Sistemáticas de Regras (*Ex-post*)	Inclusão no PL 6621/2016 da avaliação do resultado de normas regulatórias já em vigor.	Contribui para a otimização da governança regulatória.
	Governança Regulatória	Fortalecimento do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)	Aperfeiçoar a política regulatória do setor de saúde suplementar, direcionando seu foco ao aprimoramento da eficiência e qualidade da saúde suplementar.

Fonte: FenaSaúde 2018

	TEMAS	PROPOSTA	IMPORTÂNCIA
Como **reduzir custos** e **aumentar o acesso** à saúde suplementar?	Regulação Econômica dos Prestadores e Fornecedores	Prestadores de serviços da Saúde Suplementar devem prestar informações financeiras, de transparência, de padrões de atendimento e, principalmente, de qualidade assistencial e desfecho clínico.	Empoderamento do consumidor.
	Novas regras de reajuste de planos individuais	Modelo de reajuste baseado em teto-de-preço, mas ficando aberta a possibilidade de reajustes acima desse teto.	Proposta visa aumentar a oferta de planos individuais. A regulação de preços do setor não foi capaz de conter os reajustes muito acima da inflação – reflexo do aumento de custos elevados – nem estimulou o mercado, no caso dos planos individuais/familiares. A regulação ataca o sintoma – o reajuste de preços – e não a causa do problema: os custos crescentes da despesa assistencial no setor.
	Mudança de regras para a incorporação de novas tecnologias	Realizar a avaliação sistemática de tecnologias em saúde, considerando-se a eficácia, o custo-efetividade e a capacidade orçamentária da população, além da disponibilidade das novas tecnologias.	Nem toda nova tecnologia é custo-eficiente ou mesmo eficaz. Em muitos casos, aumenta-se o custo sem um benefício claro para o paciente. A incorporação de tecnologias de maneira acrítica é uma das principais causas do aumento de custos no setor.
	Mudança do Modelo de Remuneração	Legislação aplicável ao setor e à relação entre operadoras e prestadores deve admitir modelos diferentes de pagamento nos quais os riscos sejam corretamente alocados. As prestadoras devem assumir o risco atuarial e os prestadores de serviços o risco assistencial.	Aperfeiçoa a alocação dos riscos no setor e a estrutura de incentivos com objetivo de melhorar a qualidade no atendimento.
	Mecanismos Financeiros de Regulação	Aumento dos limites de coparticipação e franquia.	A utilização de fatores moderadores encontra amplo respaldo técnico, seja atuarial, por inibir a utilização desnecessária, seja econômico, por reduzir a alocação ineficiente de recursos do mercado.
Como o setor pode **ajudar a resolver** os desafios do **aumento de longevidade**?	Novos produtos de previdência e poupança vinculados à Saúde	Estruturação de modalidade de plano de previdência privada com finalidade de acumulação de recursos para pagamento futuro de despesas com planos de saúde.	A formação de poupança previdenciária privada de longo prazo com a finalidade de financiar a saúde suplementar auxilia os idosos a arcar com as despesas crescentes em saúde justamente na fase da vida em que sua renda cai.

Fonte: FenaSaúde 2018