

# CENÁRIO da Saúde

Publicação do Sistema Abrange-Sinamge-Sinog - Ano I - Nº 02 - Janeiro/2015

© [zinc079] / Dólar Photo Club



abrange • sinamge • sinog



# saúde em destaque

**R\$ 480  
bilhões**

volume total de recursos que o setor movimentou (2014e\*)  
9,3% do PIB  
\*2014e - estimado

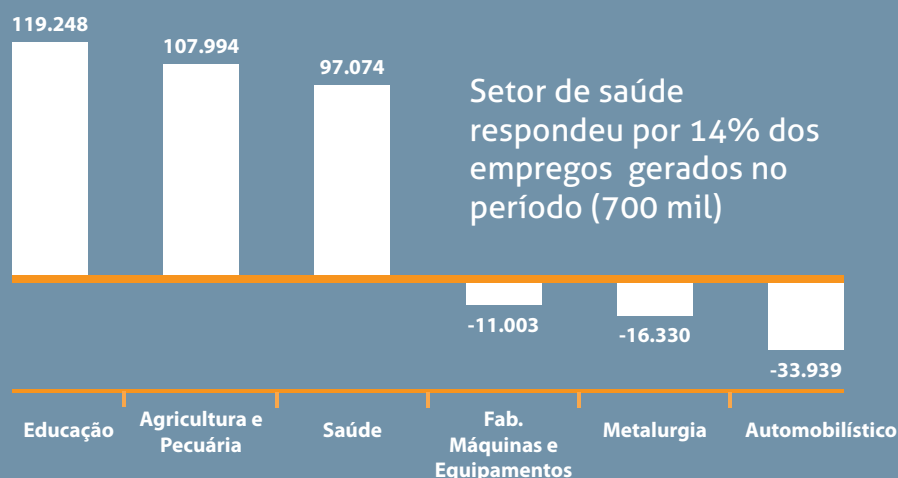
**3,4  
milhões**

de empregos (formais e autônomos)

**3º  
setor**

que mais gerou empregos em 2014 (jan-out)

## 3 setores que mais admitiram e demitiram entre janeiro e outubro/2014



**51,0  
milhões**

de benef. planos médicos cobertos (2014e) - seria o  
**26º**  
maior país do mundo

**21,6  
milhões**

de benef. planos odontológicos (2014e)  
Número superior à população do Chile (17,3 milhões)

**R\$ 105  
bilhões**

despesa assistencial (2014e)  
Valor superior ao orçamento de saúde do Governo Federal (R\$ 98 bilhões)

## Medicinas de Grupo

**17  
milhões**

de benef. planos  
médicos cobertos

**34%**  
- participação de  
mercado

**R\$ 17,8  
bilhões**

Receita líquida no 1º  
sem/14 –

**15,6%**  
maior que no ano  
anterior

**R\$ 13,8  
bilhões**

Desp. assistenciais  
1º sem/14 –

**16,4%**  
maior que no ano  
anterior

**R\$ 6  
bilhões**

Total de provisões  
técnicas –

**22%**  
da despesa  
assistencial anual

**R\$ 17,8  
bilhões**

**R\$ 212  
milhões**

## Odontologias de Grupo

**13,2  
milhões**

de benef. planos  
odontológicos

**62%**  
- participação de  
mercado

**R\$ 938  
milhões**

Receita líquida no  
1º sem/14 –

**8,8%**  
maior que no  
anterior

**R\$ 377  
milhões**

Desp. assistenciais  
1º sem/14 –

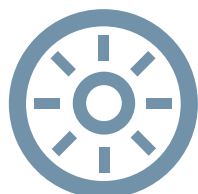
**8,3%**  
maior que no ano  
anterior

**R\$ 212  
milhões**

Total de provisões  
técnicas –

**30%**  
da despesa  
assistencial anual

# Apresentação



O Brasil tem um dos mais complexos e desenvolvidos mercados de planos médicos e odontológicos do mundo, equiparando-se a países como: Estados Unidos, França, Alemanha, África do Sul, Canadá, China, Japão, Espanha e Austrália.

O mercado de planos de saúde brasileiro é o segundo maior em volume financeiro, oferecendo cobertura para 71,9 milhões de beneficiários e movimentando o equivalente a US\$ 52,7 bilhões em 2014, segundo estimativa da Abramge, que considera taxa de câmbio de R\$ 2,33 – valor médio em 2014.

Para contribuir com o desenvolvimento do setor, o Sistema Abramge/Sinamge/Sinog publicará trimestralmente o periódico Cenário da Saúde. A publicação, que está em sua segunda edição, busca contribuir para a disseminação e análise das informações do setor de saúde e da saúde suplementar, por meio de levantamento de desempenho histórico, perspectivas de negócios e comparações internacionais.

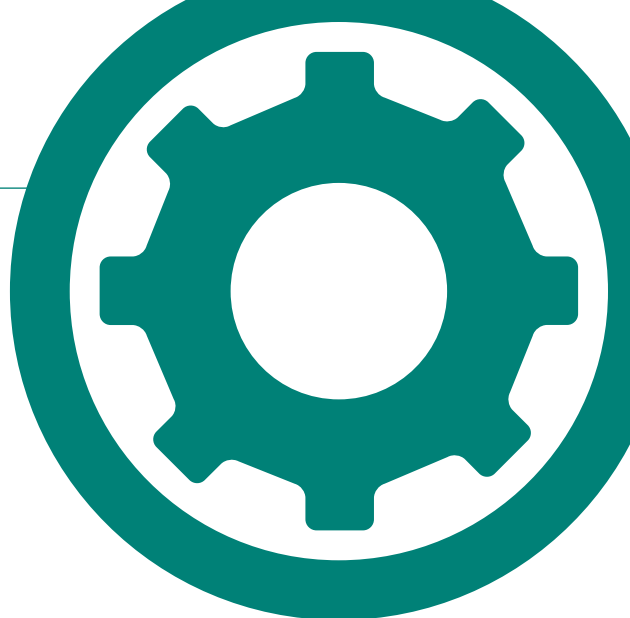
Nesta 2ª edição, o relatório apresenta perspectivas de mercado para o encerramento do ano de 2014, com projeções para o número de beneficiários de planos médicos e odontológicos, bem como de receitas e despesas do setor. Por fim, a seção “Saúde em Foco” descreve e analisa a reforma do Sistema de Saúde dos Estados Unidos, sob a ótica das mudanças que estão sendo implantadas no modelo de remuneração hospitalar.

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Mercado de saúde suplementar – Planos médico-hospitalares</b>   | <b>05</b> |
| Número de beneficiários e taxa de cobertura                        | <b>05</b> |
| Desempenho econômico-financeiro                                    | <b>10</b> |
| <b>Mercado de saúde suplementar – Planos odontológicos</b>         | <b>12</b> |
| Número de beneficiários e taxa de cobertura                        | <b>12</b> |
| Desempenho econômico-financeiro                                    | <b>15</b> |
| <b>Saúde em foco</b>   | <b>17</b> |
| ObamaCare e as implicações para o modelo de remuneração hospitalar | <b>17</b> |

# Mercado de Saúde Suplementar

## Planos médico-hospitalares



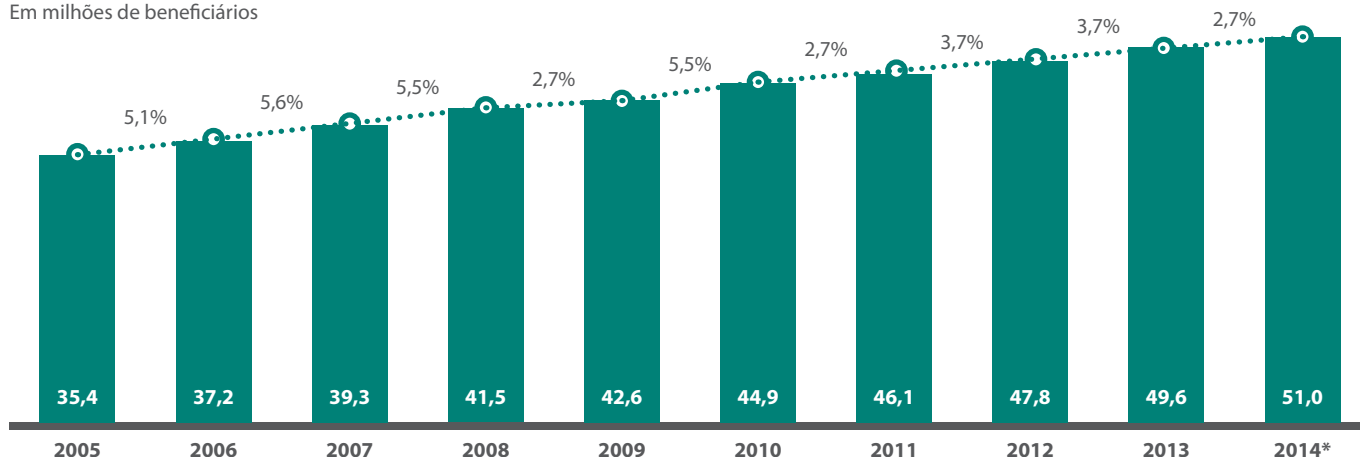
### Número de beneficiários e taxa de cobertura

O número de beneficiários de planos de saúde com cobertura médico-hospitalar deverá alcançar a marca de 51,0 milhões em dezembro de 2014, registrando um crescimento de 1,4 milhão de novos beneficiários no ano. A estimativa considera taxa de crescimento de 0,7% no quarto trimestre do ano, índice inferior ao verificado no mesmo período em 2013 (0,8%). Vale destacar que a informação mais recente divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar aponta para 50,6 milhões de beneficiários em setembro de 2014.

Nos últimos anos, o mercado apresentou forte crescimento, com taxas anuais oscilando entre 2,7% em 2009 e 2011 e 5,6% em 2007. Vale destacar a relação direta entre o desempenho econômico do país e o crescimento do mercado, sendo o baixo crescimento do mercado em 2009 influenciado pela recessão econômica, enquanto o aumento de 2010 (5,5) guarda relação com a forte recuperação econômica nesse ano, registrando crescimento do PIB de 7,5%.

### Número de beneficiários de planos médico-hospitalares - 2005 a 2014

Em milhões de beneficiários

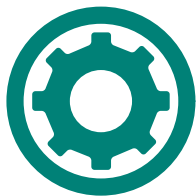


■ Médico-hospitalar

\*estimado

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.





Apesar do desempenho do setor guardar relação direta com a situação econômica do país, registra-se que, em anos recentes, o mercado cresceu expressivamente mesmo com o baixo crescimento econômico e geração declinante de empregos.

O período entre 2012 e 2014 é um exemplo disso, uma vez que houve um descompasso entre a demanda por planos de saúde coletivos empresariais, que representam 66% do total de vínculos de planos de saúde no país, e o desempenho do mercado de trabalho. Nesse período, a redução na geração de empregos passou de 1,6 milhão em 2011 para 870 mil em 2012 e foi acompanhada por forte aumento do número de beneficiários, o que leva a crer que esse

aumento seja devido à contratação de planos por empresas que ainda não ofereciam o serviço médico-hospitalar para seus funcionários.

Para 2014, a estimativa indica crescimento declinante do mercado de planos, resultado influenciado pelo desaquecimento do mercado de trabalho, que deve gerar apenas 298 mil novas vagas e adicionar 1,3 milhão de novos beneficiários em planos coletivos empresariais.

A taxa de crescimento anual de beneficiários em planos médico-hospitalares caiu para 2,8% em setembro de 2014. Para o 4º trimestre, as estimativas indicam taxa de crescimento trimestral de 0,7%, encerrando o ano com taxa de crescimento anualizada de 2,7%.

## Número de novos beneficiários em planos coletivos empresariais e empregos gerados no ano



\* Valores estimados.

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

**Taxa média de crescimento em 12 meses de beneficiários de planos médico-hospitalares – 2011 a 2014**



\* Valores estimados.

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

**Taxa média de crescimento trimestre contra trimestre de beneficiários de planos médico-hospitalares – 2011 a 2014**



\*Valores estimados.

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.





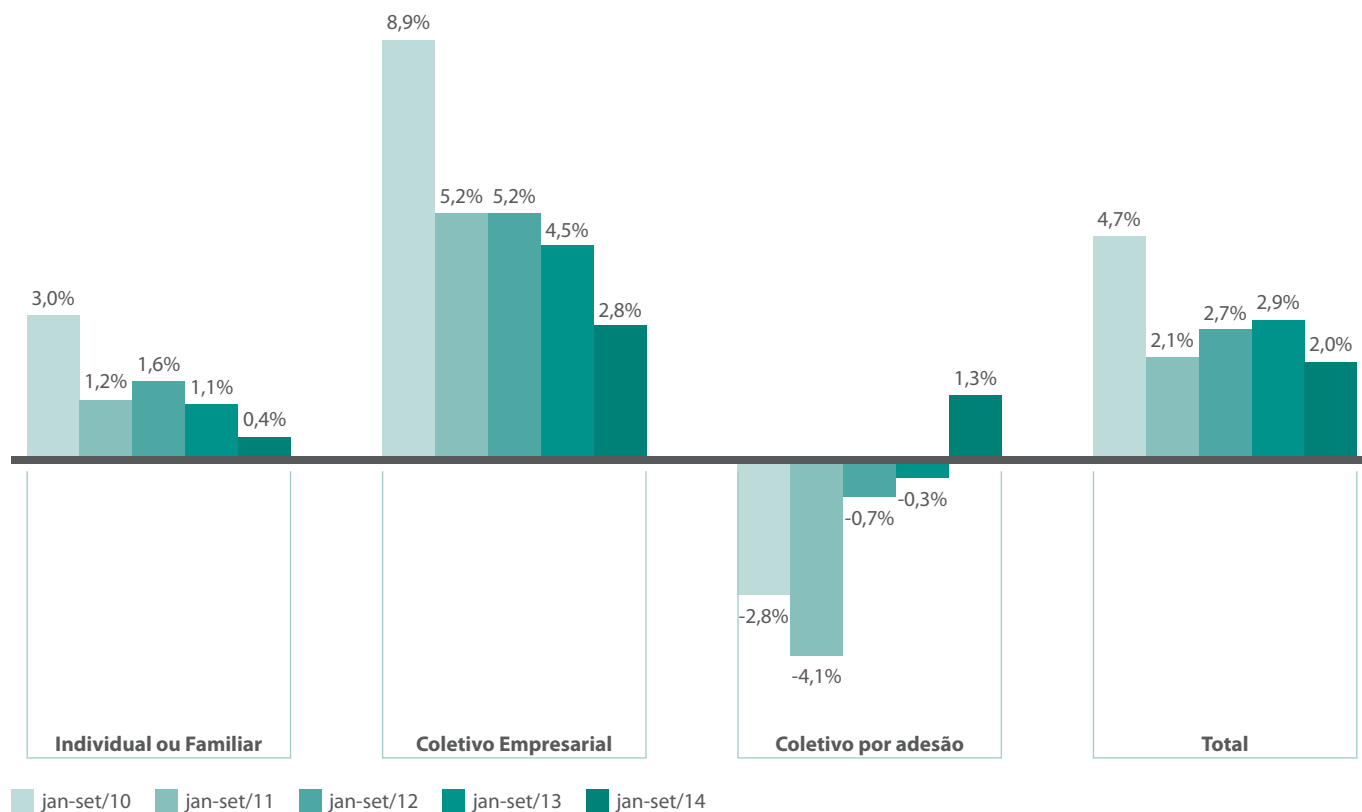
Até o 3º trimestre de 2014 o destaque foi o crescimento do número de beneficiários em planos coletivos empresariais, com avanço de 2,8% no período, seguido pelos planos coletivos por adesão e individuais, 1,3% e 0,4%, respectivamente. O número de beneficiários em planos coletivos empresariais e individuais cresceu a taxas inferiores ao registrado no mesmo período de 2013, enquanto o número de beneficiários em planos coletivos por adesão registrou resultado positivo no período pela primeira vez desde 2010.

As operadoras privadas de saúde médico-hospitalar são divididas em modalidades – medicina de grupo, autogestão, cooperativa médica, filantrópica e seguradora. A parti-

cipação de mercado de cada segmento em junho de 2014 em relação ao mesmo período em anos anteriores revela aumento para cooperativas médicas (38,1% do mercado) e seguradoras (14,3%) e decréscimo para as medicinas de grupo (33,9%), autogestões (10,8%) e filantrópicas (2,4%).

O número de beneficiários em operadoras da modalidade de medicina de grupo cresceu apenas 0,4% nos últimos 12 meses terminados em setembro, taxa inferior à verificada nos 12 meses imediatamente anteriores (4,4%), resultando na perda de participação de mercado do segmento, que passou de 34,7% para 33,9%.

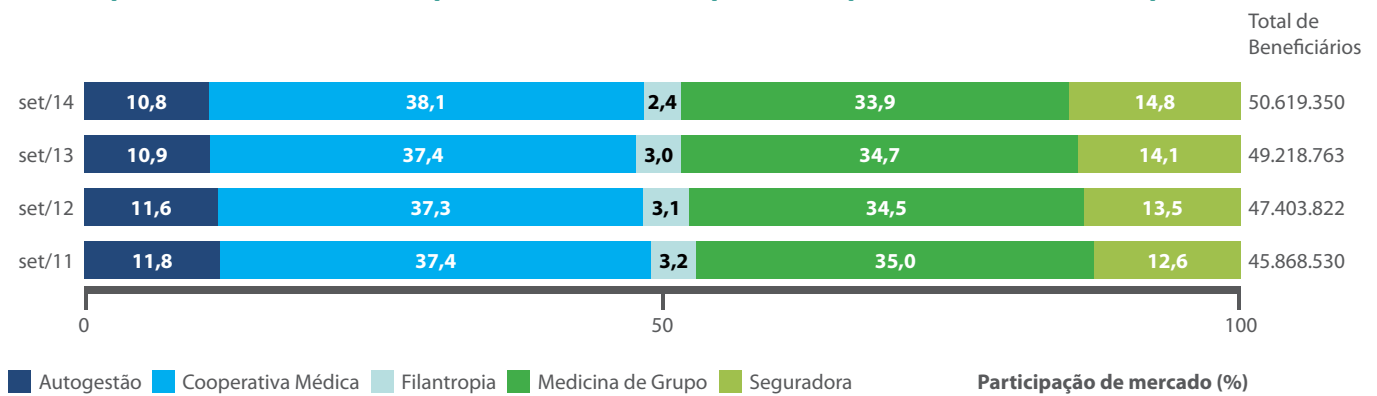
## Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

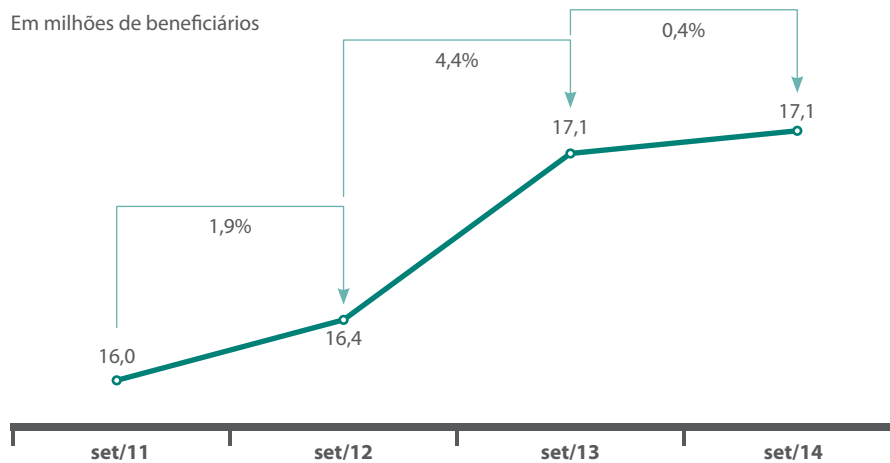


### Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por modalidade de operadora



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

### Número de beneficiários em operadoras da modalidade de medicina de grupo





## Desempenho Econômico-financeiro

Em 2014, a receita de contraprestações das operadoras de planos médico-hospitalares deverá alcançar a cifra de R\$ 123 bilhões, segundo estimativa que considera a taxa média de crescimento trimestral dos últimos dois anos. As despesas médico-hospitalares deverão crescer novamente a taxas superiores à receita, alcançando a cifra de R\$ 105 bilhões, representando 85,1% das receitas de contraprestações.

### A título de comparação:

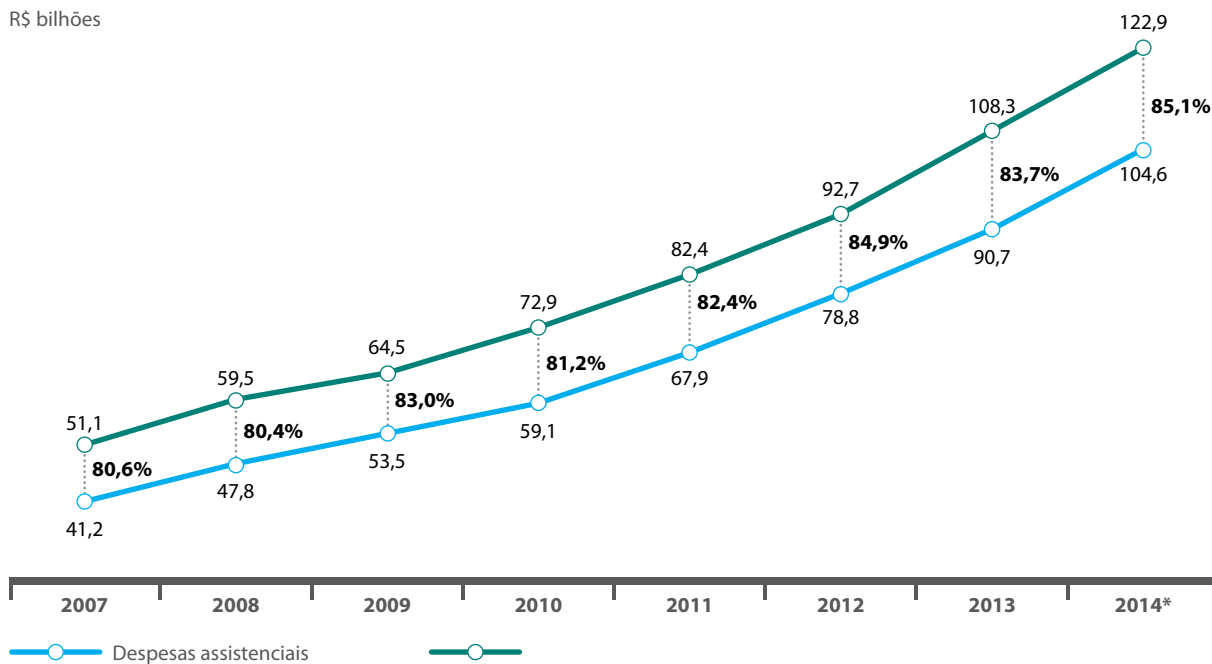
- o montante pago pelas operadoras para custear despesas médico-hospitalares (R\$ 105 bilhões) será superior ao orçamento federal para a saúde em 2014, R\$ 98 bilhões (destaca-se que o montante efetivamente pago pelo governo federal até novembro/2014 foi de apenas R\$ 76,3 bilhões ou 78% do orçamento previsto);

- as despesas com internações pagas por operadoras de planos de saúde deverão alcançar R\$ 42,7 bilhões em 2014, valor quase quatro vezes maior do que o valor total das internações custeadas pelo SUS (estimado em R\$ 12,9 bilhões em 2014);
- o setor movimentará em 2014 um volume de recursos equivalente a 2,5% do PIB brasileiro.

A sinistralidade do setor, que em 2007 foi de 80,6%, deverá ultrapassar em 2014 a máxima histórica, atingindo 85,1%. A sinistralidade mede a relação entre os custos da assistência médico-hospitalar e a receita da operadora em um determinado período. Ou seja, em 2014, de cada R\$ 100,00 recebidos pela operadora, a título de mensalidade de plano, R\$ 85,10 foram utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas asseguradas (sinistralidade de 85,1%).

### Receita de contraprestações e despesas assistenciais

R\$ bilhões



\* Valor estimado

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

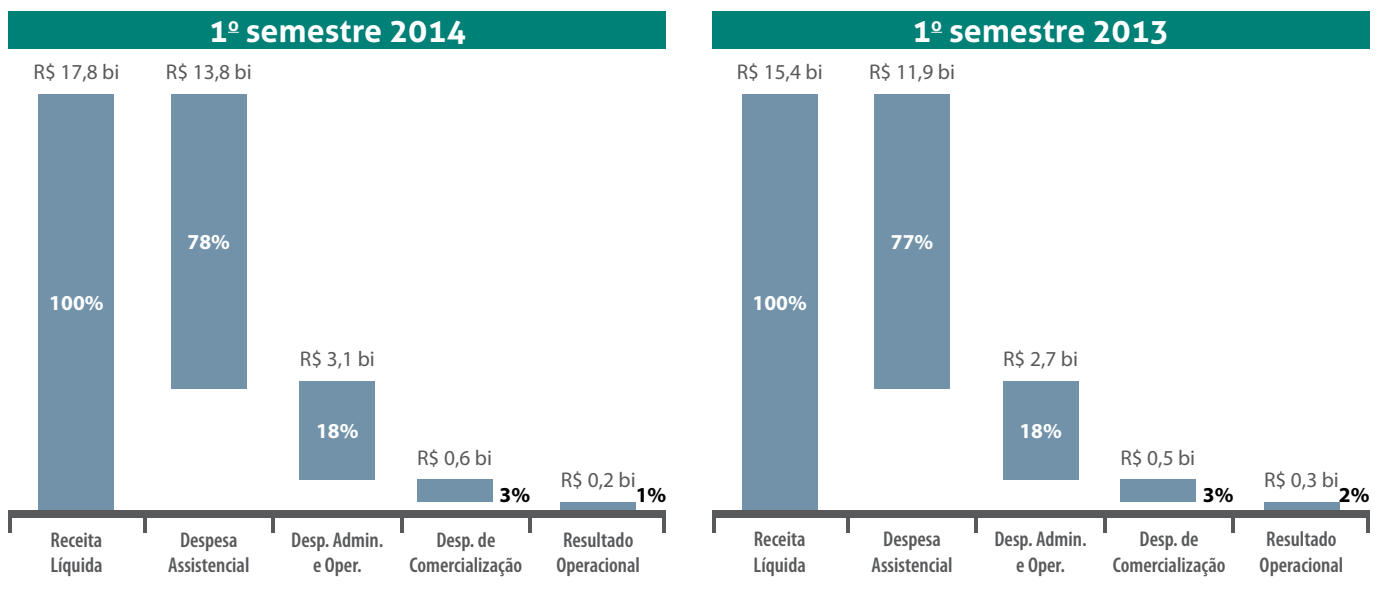
O aumento das despesas assistenciais vem comprometendo o resultado das operadoras de medicina de grupo ao longo do tempo. A sinistralidade do segmento cresceu mais de 1 ponto percentual em 2013 em relação a 2012, passando de 81,2% para 82,3%.

Os resultados preliminares, compilados do 1º semestre de 2014 em relação ao mesmo período de 2013, indicam aumento de mais 1 ponto percentual na participação das despesas assistenciais, passando de 77% para 78%. Frise-se que há certa sazonalidade neste componente, e que foram considerados, além das receitas de contraprestações, outras

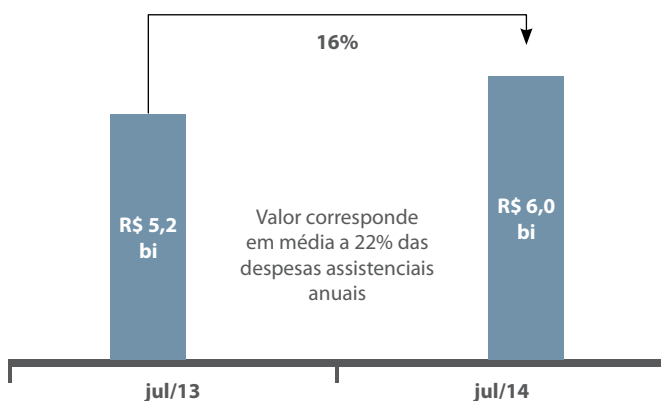
receitas das operadoras, como as receitas por administração de planos, o que reduz a participação das despesas assistenciais.

No 1º semestre de 2014, as operadoras mantiveram as despesas administrativas e operacionais e de comercialização nos mesmos patamares de 2013, o que corresponde a 18% e 3% do faturamento, respectivamente. O aumento de 1 ponto percentual da participação das despesas assistenciais afetou diretamente o resultado das empresas, que passou de 2% para 1% do faturamento.

### Desempenho financeiro das operadoras medicinas de grupo



### Total provisionado pelas operadoras de medicina de grupo



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

O valor total de provisões técnicas das operadoras da modalidade de medicina de grupo cresceu 16%, passando de R\$ 5,2 bilhões em julho de 2013 para R\$ 6,0 bilhões em julho de 2014, o que evidencia o comprometimento do segmento com a sustentabilidade, mesmo diante de um cenário de queda na rentabilidade. Vale destacar que este valor corresponde a 22% da despesa assistencial anual das operadoras e consolida provisões para: prêmio não ganho, insuficiência de prêmio, remissão, eventos a liquidar, eventos ocorridos e não avisados e outros.





### Número de beneficiários e taxa de cobertura

O número de beneficiários de planos odontológicos deverá alcançar a marca de 21,6 milhões de pessoas cobertas em dezembro deste ano. Até setembro, último período com dados consolidados pela ANS, o mercado expandiu 0,7% no primeiro trimestre, 1,9% no segundo e 1,4% no terceiro, passando de 20,4 milhões de beneficiários em dezembro de 2013 para 21,3 milhões em setembro de 2014.

A expectativa para a segunda metade do ano é de crescimento de 1,4% no quarto trimestre, encerrando o ano com avanço de 5,4%. Apesar de o resultado ser menor do que o verificado em períodos anteriores, o setor continua crescendo a taxas mais elevadas do que o apurado para o mercado de planos médico-hospitalares, cuja expectativa é de avanço de 2,7% em 2014.

Entre janeiro e setembro os planos individuais lideraram o crescimento do setor, com avanço de 7,4%, seguidos pelos planos coletivos empresariais (4,5%) e pela queda de 6,2% de coletivos por adesão.

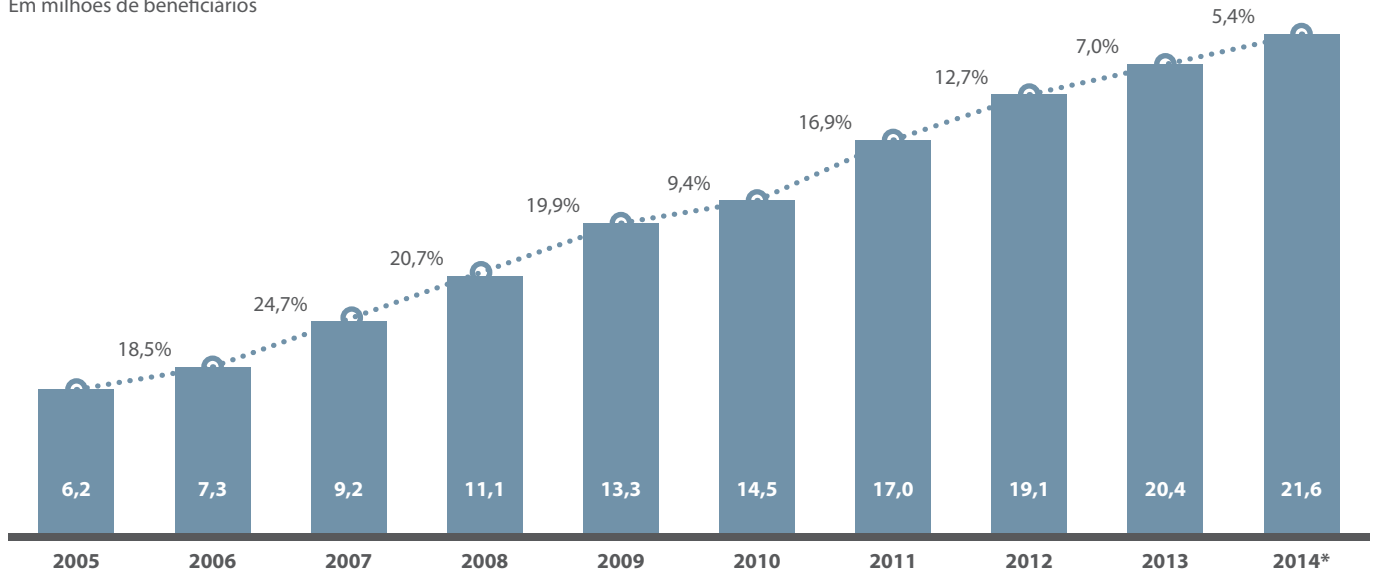
O bom desempenho dos planos de contratação individual/familiar também é verificado quando se observa um horizonte de tempo mais longo. Nos últimos cinco anos, por exemplo, o número de beneficiários em planos individuais/familiares cresceu 101%, mesmo índice apurado para os coletivos empresariais, enquanto os coletivos por adesão decresceram 35%.

A queda na demanda por planos coletivos empresariais, também observada no mercado de planos médico-hospitalares, pode ter sido causada pelo desaquecimento do mercado de trabalho, uma vez que, pela primeira vez, desde o início da série, houve mais demissões do que admissões no mês de outubro – o saldo ficou negativo em 30 mil empregos.

As operadoras da modalidade de odontologia de grupo concentram 62,2% do mercado de planos odontológicos, seguidas pelas medicinas de grupo (17,2%), cooperativas odontológicas (14,8%), seguradoras (3,1%) e outros (2,7%).

### Número de beneficiários de planos odontológicos - 2005 a 2014

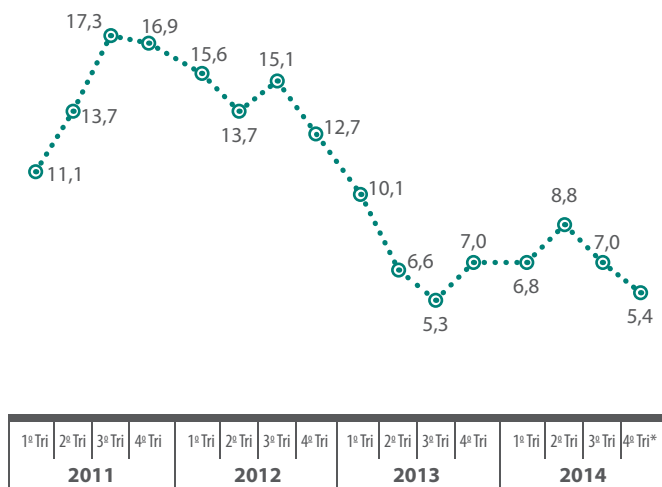
Em milhões de beneficiários



\*Estimado

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

### Taxa média de crescimento em 12 meses de beneficiários de planos odontológicos – 2011 a 2014

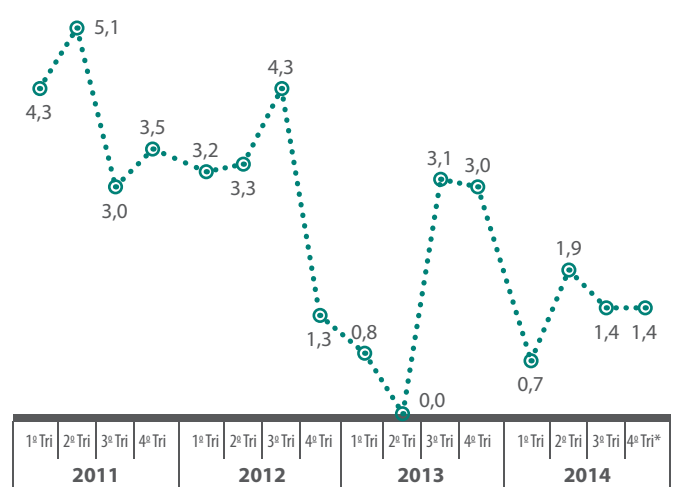


•••• Taxa de crescimento anualizada

\*Valores estimados.

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

### Taxa média de crescimento trimestre contra trimestre de beneficiários de planos odontológicos – 2011 a 2014



•••• Taxa de crescimento (trimestre contra trimestre)

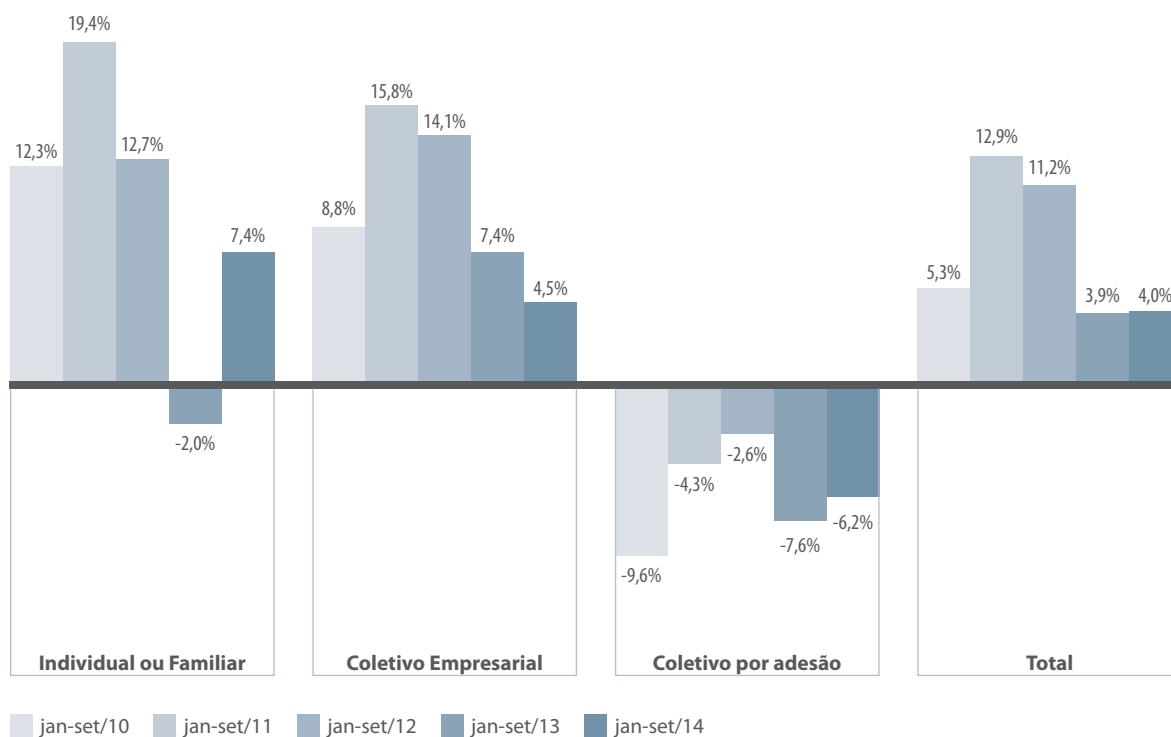
\*Valores estimados.

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.



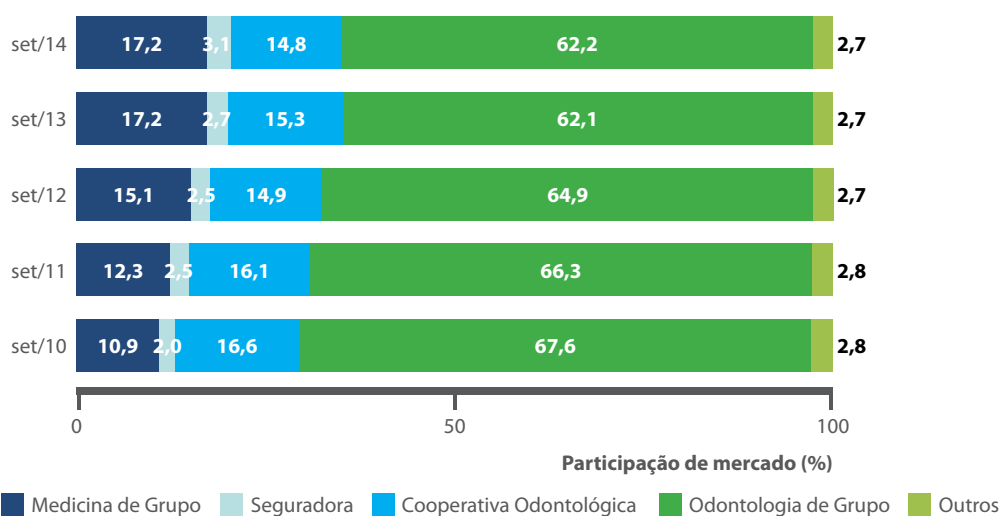


## Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

## Desempenho do mercado de planos odontológicos por modalidade da operadora



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

## Desempenho Econômico-financeiro

A receita de contraprestação de planos exclusivamente odontológicos cresceu 8% em 2013 em relação a 2012, passando de R\$ 3,0 bilhões para R\$ 3,2 bilhões – valor calculado com base em demonstrações contábeis disponibilizadas pela ANS (DIOPS).

No 1º semestre de 2014, período mais recente com dados consolidados, a receita de contraprestações de planos exclusivamente odontológicos foi de R\$ 1,6 bilhão, valor 9,8% maior do que o verificado no mesmo período de 2013 (R\$ 1,5 bilhão). As odontologias de grupo concentram 60,4% desse total, acompanhando sua participação em número de beneficiários (62,2%). As cooperativas odontológicas detêm 16,3% das contraprestações, as medicinas de grupo 13,4%, as seguradoras 4,1%, as autogestões 3,1%, as cooperativas médicas 2,0% e as filantrópicas 0,7%.

Os resultados preliminares, compilados do 1º semestre de 2014 e comparados aos números do mesmo período de 2013, indicam uma redução na participação das despesas administrativas e operacionais, gerando uma melhora de 1 ponto percentual no resultado das operadoras de odontologia de grupo.

No 1º semestre de 2014 o resultado operacional das operadoras de odontologia de grupo foi de R\$ 206 milhões, o que equivale a 22% da receita líquida. As operadoras ainda tiveram despesas financeiras e patrimoniais líquidas de R\$ 3 milhões, gerando um resultado líquido de R\$ 203 milhões (margem líquida de 21,6%).

**Tabela 3 - Participação de mercado no total de receitas de contraprestações de planos exclusivamente odontológicos por modalidade – 1º semestre**

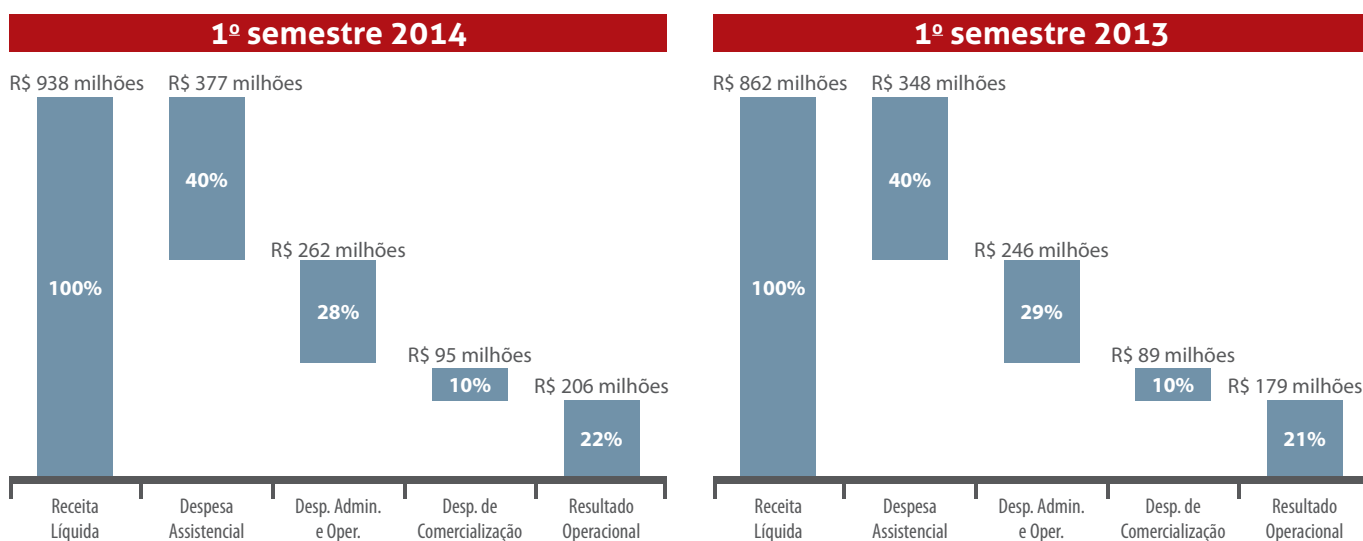
| Modalidade               | 1º semestre/2014     |              | 1º semestre/2013     |              |
|--------------------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
|                          | Valores (R\$)        | Part. (%)    | Valores (R\$)        | Part. (%)    |
| Odontologia de grupo     | 965.377.985          | 60,4         | 882.866.956          | 60,7         |
| Medicina de grupo        | 260.309.285          | 16,3         | 220.050.789          | 15,1         |
| Cooperativa odontológica | 214.012.117          | 13,4         | 207.644.944          | 14,3         |
| Seguradora               | 65.664.645           | 4,1          | 35.052.131           | 2,4          |
| Autogestão               | 49.558.312           | 3,1          | 61.972.785           | 4,3          |
| Cooperativa médica       | 32.012.668           | 2,0          | 29.569.015           | 2,0          |
| Filantrópicas            | 10.889.985           | 0,7          | 11.585.422           | 0,8          |
| <b>Total</b>             | <b>1.597.845.442</b> | <b>100,0</b> | <b>1.454.482.818</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.



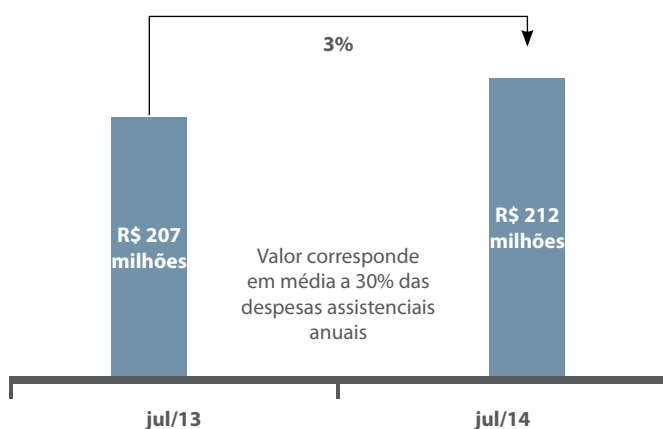


### Desempenho financeiro das operadoras de odontologias de grupo



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

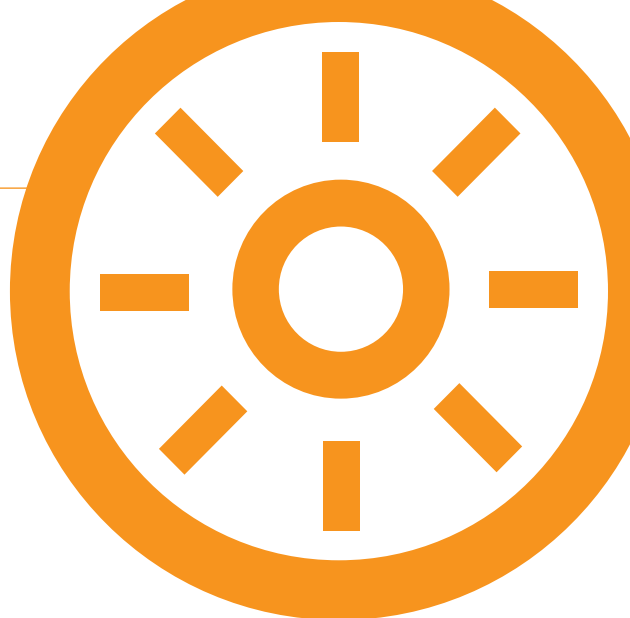
### Total provisionado pelas operadoras de odontologia de grupo



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

O montante acumulado em provisões técnicas pelas odontologias de grupo cresceu 3%, passando de R\$ 207 milhões em julho de 2013 para R\$ 212 milhões em julho de 2014. Este valor corresponde, em média, a 30% das despesas assistenciais anuais, índice superior ao verificado no mercado de planos médico-hospitalares (22% – medicina de grupo).





## ObamaCare e as implicações para o modelo de remuneração hospitalar

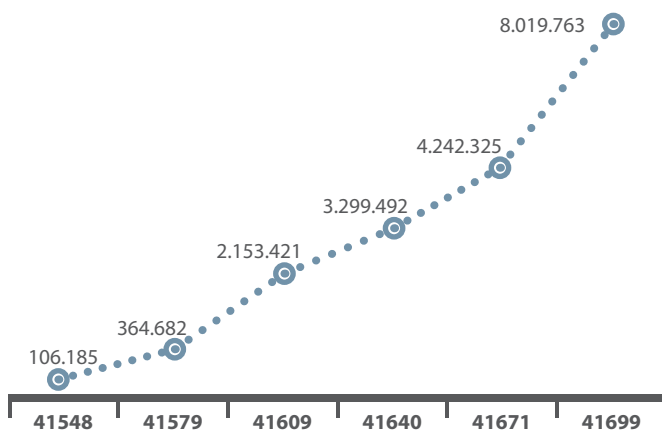
A reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos aprovada em 2010, pelo governo do presidente Obama, introduziu mudanças importantes no sistema de saúde. A principal delas, e mais explorada pelos analistas do setor, foi a criação de subsídios para o aumento da cobertura de planos privados de saúde, visando, principalmente, a cobertura universal da população.

Nos Estados Unidos, os planos privados oferecem cobertura de serviços de saúde para 262 milhões de beneficiários, o que representa 84% da população, restando ainda 48 milhões de pessoas que não possuem nenhum tipo de cobertura de saúde (informação de 2012 publicada pela *Kaiser*

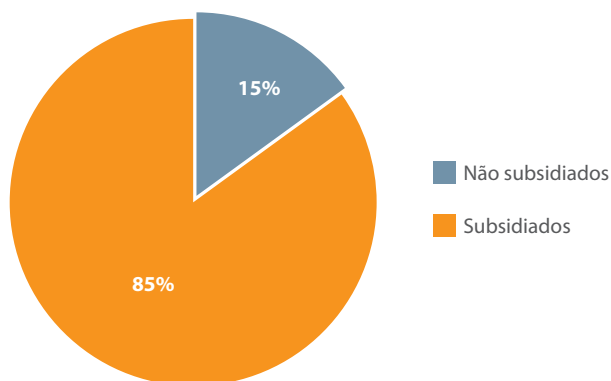
*Family Foundation*).

Em outubro de 2013, foi lançado o ambiente virtual que disponibiliza planos de saúde subsidiados. O site chamado *Health Insurance Marketplace* se tornou uma das vitrines do ObamaCare. Até março de 2014, mais de oito milhões de pessoas adquiriram planos de saúde por meio do *Marketplace*, sendo que 85% destes novos beneficiários se enquadraram nos limites de renda e adquiriram planos subsidiados, enquanto os demais, 15% do total, apesar de terem adquirido o plano por meio do *Marketplace*, não contaram com subsídio.

### Beneficiários de planos médico-hospitalares que adquiriram o plano no Marketplace introduzido pela Reforma Obama

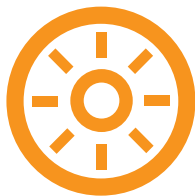


### Participação dos planos subsidiados no total de planos adquiridos no Marketplace



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do relatório *Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Report* do Department of Health and Human Services.





Mas esse é apenas um dos aspectos da reforma do sistema de saúde, uma vez que diversas outras mudanças foram introduzidas para racionalizar os custos da assistência. Atualmente, os Estados Unidos possuem o sistema de saúde mais caro do planeta, consumindo mais de 17,9% do PIB (dado de 2012), e o simples aumento da cobertura implicaria na necessidade de mais recursos, comprometendo a sustentabilidade do sistema de saúde.

Para racionalizar custos, a reforma Obama estruturou medidas para simplificar a administração dos planos de saúde, além de reestruturar o modelo de pagamento de serviços médicos, estimular o desenvolvimento da medicina baseada em evidências, reduzir o custo de internações hospitalares – o que evita reinternações e doenças adquiridas em ambiente hospitalar –, diminuir desperdícios, fraudes e abusos, entre outros.

Este artigo destaca a proposta de mudança do modelo de remuneração hospitalar, uma das principais iniciativas estabelecidas na reforma Obama para conter a escalada de custos na saúde.

O estudo introduz o conceito de pagamento por bundle, que está em fase de testes nos Estados Unidos. Neste modelo de pagamento o hospital recebe um valor único para cobrir o tratamento do episódio, que envolve, além da internação, os gastos hospitalares no período de três dias antes da internação e até 30 dias após a alta. Ou seja, neste novo sistema, os hospitais são remunerados pela internação principal, e, caso o paciente seja reinternado num período de até 30 dias após a alta, esta nova internação não é remunerada.

Mas antes de apresentar o modelo baseado em bundles, é preciso introduzir o pagamento por DRG – *Diagnosis Related Groups*, ou grupos de diagnóstico homogêneos, que é a base para a remuneração hospitalar nos Estados Unidos e em dezenas de outros países, entre eles, Portugal, Alemanha, Austrália, México, África do Sul e Suécia.

## DRG – Diagnosis Related Groups

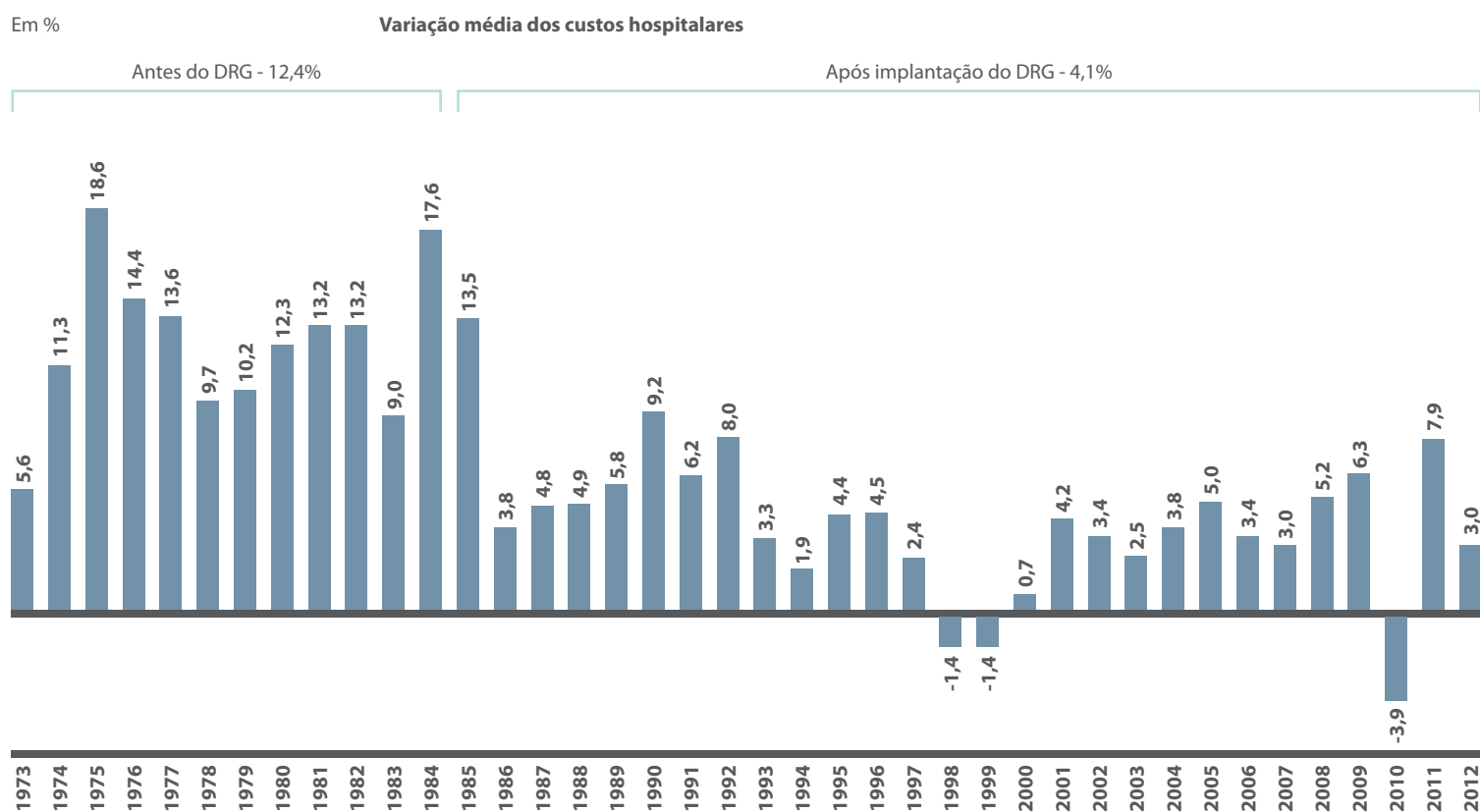
O DRG é um sistema de classificação de pacientes desenvolvido nos Estados Unidos, a partir do final da década de 1960, com o intuito de auxiliar na gestão hospitalar, estabelecendo métodos para comparar e avaliar o desempenho das instituições.

Os modelos de DRG foram originalmente desenvolvidos para classificar e agrupar pacientes conforme diagnóstico, quadro clínico e consumo de bens e serviços. No processo de classificação, são utilizados bancos de dados de atendimento de pacientes e métodos estatísticos para garantir que cada agrupamento seja homogêneo, ou seja, cada categoria agrupa pacientes com diagnóstico e perfis de consumo de recursos de saúde semelhantes.

Em 1984, após anos de forte aumento das despesas hospitalares, o DRG passou a ser utilizado como base para a remuneração hospitalar, substituindo o tradicional modelo de pagamento por serviço, ou *fee for service* – FFS.

Depois da implantação do modelo de remuneração baseado em DRG, houve forte desaceleração no aumento dos custos hospitalares, conforme pode ser observado no gráfico a seguir. Entre 1973 e 1984, o custo da internação hospitalar crescia em média 12,4% ao ano. Após 1984, esse cenário se alterou substancialmente e o custo médio da internação cresceu a uma taxa média de apenas 4,1% ao ano, tendo ocorrido deflação em 1998, 1999 e 2010.

## Variação do custo médio da internação hospitalar nos Estados Unidos – 1973 a 2012



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em dados do Centers for Medicare & Medicaid Services.





A tabela seguinte detalha a utilização do modelo de DRG com base no exemplo extraído de estudo publicado pela Conferência Interamericana de Seguridade Social. São quatro agrupamentos distintos para o procedimento de apendicectomia, que podem variar conforme se houver ou não complicação na cirurgia, bem como complicações previamente analisadas e comorbidades (diabetes e hipertensão, por exemplo).

Outro exemplo de agrupamento é o utilizado para classificar internações de recém-nascidos. Neste caso, a principal variável utilizada para agrupar é o peso, que pode variar entre: menor que 750 gramas; 750 e 999 gramas; 1.000 e 1.499 gramas; 1.500 e 1.999 gramas; 2.000 e 2.499 gramas e acima de 2.499 gramas. Além do peso, utiliza-se também a informação sobre realização ou não de procedimento cirúrgico. Na classificação adaptada pela 3M e NACHRI<sup>1</sup>, as informa-

ções sobre procedimentos cirúrgicos e complicações são substituídas pelo tempo de utilização de ventilação mecânica<sup>2</sup>.

Nota-se que o princípio é sempre o mesmo: agrupar pacientes com necessidades de tratamento semelhantes, utilizando diversas informações de seu prontuário, como diagnósticos, complicações, comorbidades, idade, peso e uso de ventilação mecânica.

Nos Estados Unidos os dois principais modelos de DRG são o MS-DRGs, cujo agrupamento foi construído com base em informações dos beneficiários do programa Medicare (focado em beneficiários com idade superior a 65 anos ou deficientes físicos), e o APR-DRGs, construído com base em informações de hospitalização de beneficiários gerais de planos de saúde. Os dois modelos são mantidos pela empresa 3M.

## DRG de apendicectomia

| Código DRG | Descrição   | Especialidade  | Tempo médio de permanência hospitalar (dias) | Custo médio (US\$) |
|------------|---|----------------|--|--------------------|
| 167        | Apendicectomia, sem complicação no diagnóstico principal, sem complicações e comorbidades | Cirurgia geral | 2,4  | 3.766              |
| 166        | Apendicectomia, sem complicação no diagnóstico principal, com complicações e comorbidades |                | 3,1  | 5.010              |
| 165        | Apendicectomia, com complicação no diagnóstico principal, sem complicações e comorbidades |                | 3,9  | 5.137              |
| 164        | Apendicectomia, com complicação no diagnóstico principal, com complicações e comorbidades |                | 6,6  | 8.207              |

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em relatório da Conferência Interamericana de Seguridade Social intitulado *All Patient Refined Diagnosis Related Groups – APR-DRGs, Methodology Overview*, 3M.

<sup>1</sup>NACHRI – National Association of Children's Hospitals and Related Institutions.

<sup>2</sup>Fonte: *All Patient Refined Diagnosis Related Groups – APR-DRGs, Methodology Overview*, 3M Health Information System.

## Comparação entre os dois principais modelos de DRG mais utilizados nos Estados Unidos

| Características  | MS-DRGs (CMS mantido pela 3M)   | APR-DRGs (3M e NACHRI)  |
|--|---|---|
| <b>População abrangida</b>   | Medicare (aposentados, com idade superior a 65 anos ou deficientes físicos)   | Todo tipo de paciente (baseado em amostra nacional de atendimentos)   |
| <b>Abordagem e ajuste por severidade - complicações comorbidades (CCs)</b> | Compreende 335 DRGs base, que podem ser separados conforme graus de severidade (sem CC, com CC ou com CC mais severo) | Compreende 314 DRGs base, que podem ser separados em 4 graus de severidade.                                     |
| <b>Total de grupos DRG</b>   | 746   | 1.256   |
| <b>Agrupamento por DRGs de recém-nascidos</b>                              | 7 DRGs, não utiliza o registro de peso do recém-nascido   | 28 DRGs, separa grupos a partir do registro de peso, e tem 4 graus de severidade (totalizando 112 agrupamentos) |
| <b>Utilização</b>  | Medicare, Medicaid e planos comerciais de operadoras de planos de saúde   | Medicaid e planos comerciais de operadoras de planos de saúde   |

CC = Complicação e Comorbidade

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações de apresentação da empresa de consultoria Navigant Healthcare<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> [http://www.azahcccs.gov/commercial/Downloads/EDICChanges/1\\_28mtg/AHCCSDRGTraining02614.pptx](http://www.azahcccs.gov/commercial/Downloads/EDICChanges/1_28mtg/AHCCSDRGTraining02614.pptx)

O MS-DRGs congrega 746 agrupamentos base, enquanto o APR-DRGs possui 1.256, podendo ainda haver desagregações conforme graus de severidade da doença.

Para cada DRG, define-se um peso, com base na necessidade de utilização de recursos e custos envolvidos no tratamento. Por exemplo, o código 915, que representa o tratamento de reação alérgica para um paciente com idade superior a 17 anos, com muitas complicações e comorbidades, possui peso equivalente a 1,0001. Já uma colecistectomia (DRG 413), em um paciente sem complicações e comor-

bidades, tem peso equivalente a 1,9656.

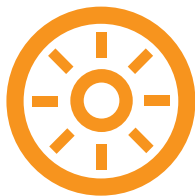
O principal critério para definir a remuneração do procedimento hospitalar é construído pela multiplicação do peso relativo do DRG pelo valor base, negociado entre os pagadores e os prestadores de serviços ano após ano, que neste caso é de US\$ 5.781,35. Para a reação alérgica, como o peso é praticamente igual a 1, a remuneração é igual ao valor base, enquanto para a colecistectomia a remuneração praticamente dobra, alcançando US\$ 11.362,68.

## Comparação de hospitalização: colecistectomia e reação alérgica

|                                       | Colecistectomia, sem complicações e comorbidades | Reação alérgica, idade superior a 17 anos, com muitas complicações e comorbidades |
|---------------------------------------|--|---|
| Código DRG                            | 413  | 915   |
| Tempo médio de permanência hospitalar | 5,1 dias   | 3,6 dias  |
| (a) Peso relativo DRG                 | 1,9656   | 1,0001  |
| (b) Valor base para DRG               | US\$ 5.781,35                                    | US\$ 5.781,35   |
| (a · b) Valor total pago ao prestador | US\$ 11.362,68                                   | US\$ 5.781,35   |

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do site da empresa Tricare.





## Bundle payment

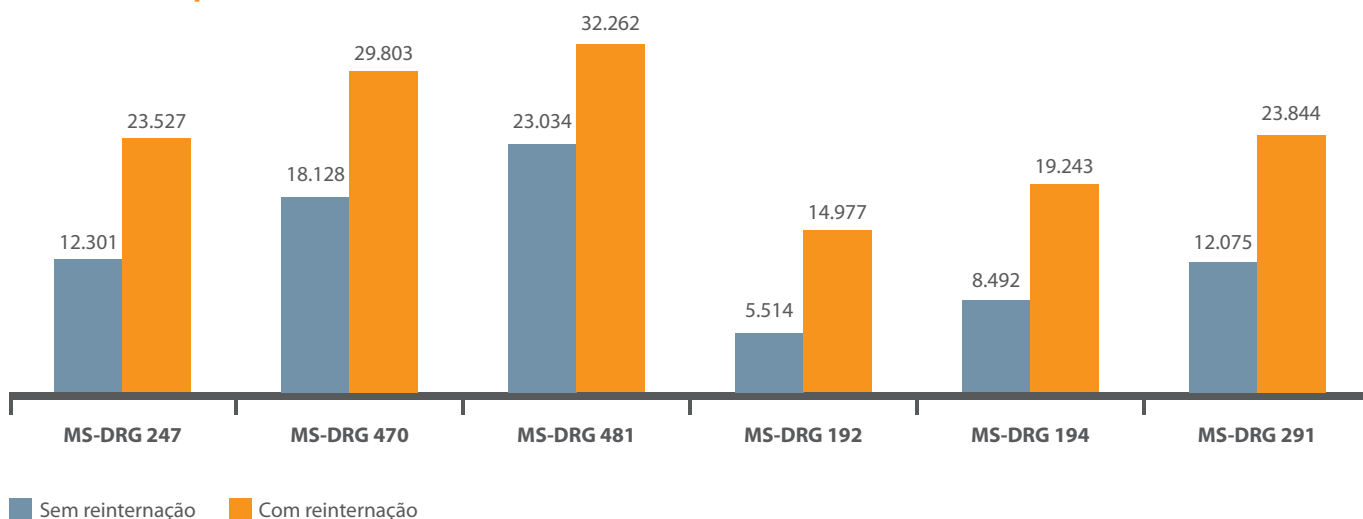
Os esforços para implementar o modelo de pagamento baseado em bundles surgiram com a aprovação do Obama-Care, também conhecido como *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*. O programa, que está em fase piloto, é desenvolvido pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services – HHS) em parceria com instituições hospitalares.

Em suma, no pagamento baseado em bundle os prestadores são remunerados pelo tratamento do episódio de saúde, o que compreende os cuidados prestados três dias antes da internação e 30 dias após a alta hospitalar. Ou seja, o hospital não é remunerado pela reinternação do paciente ou pelos cuidados pós-internação, desde que estes ocorram dentro do período de 30 dias após a alta hospitalar.

São diversos os desafios para a implementação desse modelo. Um deles é a necessidade em definir quais tipos de serviços devem ser remunerados no modelo de bundle, outro é a definição sobre o que compreende um episódio de tratamento<sup>4</sup>, ou ainda como precificar cada bundle.

O objetivo da implementação de bundles é reduzir o custo dos tratamentos, diminuindo principalmente as reinternações e incentivando melhorias na qualidade da assistência. Conforme pode ser observado no gráfico, as reinternações têm sido um importante motivo de aumento de custos nos Estados Unidos. O tratamento do episódio de uma doença pulmonar obstrutiva crônica, por exemplo, custa em média US\$ 5.514. Quando há reinternação do paciente, esse valor triplica, passando para US\$ 14.977.

### Custo médio de tratamento do episódio sem reinternação e com reinternação no período de até 30 dias após a alta – dados de 2007 a 2009 (em US\$)



Observação:

MS-DRG 247 = Percutaneous cardiovascular procedure with drug-eluting w/MCC

MS-DRG 470 = Major joint replacement or reattachment of lower extremity w/o MCC

MS-DRG 481 = Hip and femur procedures except major joint w/CC

MS-DRG 192 = Chronic obstructive pulmonary disease w/o CC/MCC

MS-DRG 194 = Simple pneumonia and pleurisy w/CC

MS-DRG 291 = Heart failure and shock w/MCC

Fonte: Elaborado pela Abramge com base no relatório da consultoria Dobson/DaVanzo (2012), *Medicare Payment Bundling: Insights from Claims Data and Policy Implications*.

<sup>4</sup> Há casos em que a reinternação não tem relação com a internação principal (ex.: após receber alta de uma internação causada por uma insuficiência cardíaca, o paciente é novamente internado para implante de prótese de joelho – neste caso as duas internações seriam remuneradas, já que, a princípio, a segunda internação não tem relação alguma com a primeira e não estaria compreendida no bundle).

Os principais benefícios da implementação de modelos de remuneração do tipo prospectivo, como o DRG e o bundle, são:

- favorece a comparação entre a assistência realizada por diferentes prestadores, facilitando as medições de desempenho e a gestão;
- estimula a busca por redução de preço nas negociações de compra de materiais e medicamentos;
- facilita a avaliação de incorporação de tecnologia, ao tornar possível comparar os resultados assistenciais antes e depois da incorporação;
- incentiva a padronização do tratamento, buscando aumento de qualidade assistencial e redução de intercorrência hospitalar (como as infecções hospitalares).

No Brasil, a mudança no modelo de remuneração é assunto bastante discutido, mas ainda prevalece o modelo de

pagamento por serviços, ou fee for service, com alguns casos pontuais de pagamentos por pacote.

A principal limitação do pagamento por pacote em relação ao pagamento por diagnóstico (DRG) é que desconsidera a gravidade do diagnóstico, como, por exemplo, a idade, a presença de comorbidades e complicações. Portanto, o pagamento por pacote fica limitado a procedimentos frequentes e com baixa variabilidade de utilização de recursos, enquanto o pagamento por DRG, ao considerar a gravidade do diagnóstico, aumenta o escopo de procedimentos passíveis de serem incorporados neste modelo.

A implantação do modelo baseado em bundles, ainda em fase piloto nos Estados Unidos, deve ser acompanhada e avaliada pelo mercado de saúde brasileiro, uma vez que essas soluções podem ser incorporadas pelo nosso mercado.

## Modelos de remuneração

Breve comparação entre modelos de remuneração

|  | <i>Fee for service</i> | Pacotes | Pagamento p/<br>Diagnóstico | Diária Global |
|--|------------------------|---------|-----------------------------|---------------|
| Utilização excessiva de materiais e serviços     | +                      | -       | -                           | -             |
| Incentivo à implementação de controles de custos | -                      | +       | +                           | +             |
| Variável conforme gravidade do diagnóstico       | +                      | -       | +                           | -             |
| Simplicidade administrativa                      | -                      | +       | +                           | +             |

Fonte: Elaborado pela Abramge a partir de informações do livro "DRG Europe" publicado pela OMS.





## Expediente

---

**Diretor Executivo:** Antonio Carlos Abbatepaolo

**Superintendente:** Francisco Eduardo Wisneski

**Economista chefe:** Marcos Novais

**Jornalista responsável:** Gustavo Sierra – Mtb 76.114

**Coordenação e Relações Públicas:** Keiko Otsuka Mauro

**Revisão:** Lia Marcia Ando

**Projeto Gráfico:** Matiz Design

Cenário da Saúde é uma publicação trimestral de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

A reprodução, total ou parcial, desta publicação somente é permitida com a citação da fonte.

**Tiragem:** 1.000

**Endereço:** Rua Treze de Maio, 1540 – Bela Vista – 01327-002 – São Paulo – SP

**Contato:** (11) 3289-7511 – imprensa@abramge.com.br