

ÍNDICE INTERATIVO

[Franquia e coparticipação fora do Brasil](#) - Fonte: IESS

[Diálogos sobre a agenda regulatória](#) - Fonte: ANS

[ANS disponibiliza ao consumidor consulta e emissão de comprovante de dados cadastrais](#) - Fonte: ANS

[Saúde intensifica busca de recursos no mercado de capitais](#) - Fonte: Valor Econômico

[Qualicorp participa de palestra sobre os custos com saúde para as empresas](#) - Fonte: Saúde Business

[Serviço de saúde público e privado não conversam entre si como deveriam](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Contratantes de planos de saúde mais engajados](#) - Fonte: ANS

[Valor da saúde deve ser mensurado pelos resultados dos pacientes](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Planos de saúde não precisam cometer os erros do sus, diz gabbardo](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Custo da saúde: hospitalização excessiva e falta de gestão aumentam valores](#) - Fonte: Correio Braziliense

FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO FORA DO BRASIL

IESS - 30/09/2019

Na última semana, [aqui no Blog](#), comentamos o [TD 75 – Mecanismos Financeiros de Regulação: conceitos e impactos no sistema de saúde suplementar](#) – e a necessidade de desmistificarmos ferramentas como a franquia para possibilitar que mais brasileiros realizem o sonho de ter um plano médico-hospitalar. [O 3º maior desejo da população segundo pesquisa IESS/Ibope](#), já [apresentada aqui](#).

Hoje, vamos apresentar exemplos de como o recurso é empregado com sucesso em outros países.

Estados Unidos

Nesse País, fatores moderadores são regulados pelo governo desde a década de 1970 com o intuito de garantir a sustentabilidade do sistema. As coparticipações para consultas médicas podem variar de US\$ 10 a US\$ 20 para contratos coletivos empresariais e, para os contratos individuais, a taxa varia de 20% a 40% do valor da consulta. Entre as diversas alternativas disponíveis no mercado norte-americano, se destacam os planos com poupança e franquia anual conhecidos como Health Saving Accounts (HSA). Trata-se, na verdade, de um plano com franquia associado a uma aplicação em poupança com regime de tributação especial em que os montantes aplicados devem ser utilizados para pagar os custos out-of-pocket até que o valor da franquia seja alcançado. A modalidade [já foi explicada detalhadamente aqui no blog](#).

França

O sistema de saúde público francês oferece uma ampla cobertura de serviços médico-hospitalares para a população, mas todos com taxa de coparticipação. Os valores variam de acordo com o serviço:

- 30% para atendimento ambulatorial (clínico-geral e especialistas)
- 20% para pronto-socorro com medicamentos

•€ 8,7 por dia de internação e uma cobrança máxima de 14 dias por ano

Um estudo francês acompanhou o uso dos serviços de saúde de 1990 a 2000 e verificou que o sistema levou as pessoas com menos recursos a diminuir a frequência de utilização nos serviços ambulatoriais e aumentar as taxas de internações. Já a população com mais condições financeiras passou a utilizar mais os serviços ambulatoriais e tiveram queda na taxa de internações. Indicando que o recurso exige mecanismos para possibilitar o uso de exames e consultas com finalidade preventiva sem a cobrança de coparticipação.

Portugal

Desde a década de 1990, a coparticipação é utilizada como fator moderador no Sistema Nacional de Saúde (SNS, o SUS português). Nesse País, alguns serviços, especialmente os programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde, não apresentam taxas moderadoras para evitar que parte da população tenha um estímulo negativo, como aconteceu na França.

Ao invés de trabalhar com percentuais dos valores pagos por serviços de saúde, Portugal adota uma tabela com valor fixo baixo para consultas e atendimentos de emergência que variam de € 2,50 a € 18. O que reforça o caráter educativo do sistema.

Além disso, há uma lista de pessoas que não precisam arcar com essas taxas, como grávidas, crianças com até 12 anos, pessoas com insuficiência econômica e doadores de sangue, entre outros.

Suíça

O governo local determina o valor mínimo para franquia de planos de saúde em Fr\$ 300 e o máximo em Fr\$ 2.500, sendo que menores de 18 anos estão isentos dessa cobrança. Após atingir a franquia do plano, os beneficiários têm uma taxa de coparticipação igual a 10% do serviço utilizado até chegar ao total de Fr\$ 700 para adultos e Fr\$ 350 para crianças.

DIÁLOGOS SOBRE A AGENDA REGULATÓRIA

ANS – 30/09/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro) realizou, entre 18 e 25/09, a rodada de encontros “Diálogos sobre a Agenda Regulatória”, uma série de reuniões com representantes do setor para debate sobre os pontos da Agenda Regulatória da ANS 2019-21 pertinentes à diretoria, visando o seu aprimoramento. Mais de 20 entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), além de outras convidadas pela Dipro, participaram dos encontros de forma presencial ou remota (transmissão ao vivo).

Um dos pontos discutidos foi o acesso de consumidores aos planos privados de assistência médica. “Três quartos da população brasileira estão fora da saúde suplementar. Sabemos dos fatores econômicos que acarretam o desemprego e, em consequência, a perda do benefício plano de saúde ofertado pelas empresas. Mas, além do segmento coletivo empresarial, precisamos refletir se há alguma falha regulatória que esteja dificultando o acesso à saúde suplementar, de que forma a sociedade quer acessar os planos de saúde e se temos hoje restrições a esse acesso”, analisa o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

A ANS pretende realizar mais reuniões com outros representantes da saúde suplementar, e receberá, até o dia 31/10, as contribuições do setor para os assuntos debatidos nos encontros. As sugestões para o aprimoramento dos itens da Dipro na atual Agenda Regulatória da ANS devem conter: problema central, causas e consequências. Resumidamente, as etapas seguintes serão: análise das contribuições por técnicos da Dipro, elaboração de notas técnicas por temas, definição do problema regulatório (causas e consequências), análise de impacto regulatório e processos de participação social, quando identificada a necessidade de mudanças na regulação.

Além do acesso aos planos de saúde, foram discutidos nos encontros os seguintes temas: aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras; aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar; aprimoramento das regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão; aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produtos; estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica.

Sobre a Agenda Regulatória da ANS

Submetida à discussão na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e consulta pública, a Agenda Regulatória 2019-21 contou com a participação de diversos setores da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas. A Consulta Pública nº 74 foi realizada entre 07/03/19 e 05/04/19. Foram recebidas 241 contribuições de 30 instituições identificadas.

Os assuntos da Agenda estão agrupados em quatro eixos vinculados aos objetivos do [Mapa Estratégico da ANS](#): equilíbrio da saúde suplementar, aperfeiçoamento do ambiente regulatório, articulação institucional e fortalecimento da governança institucional.

[Acesse aqui](#) para mais informações sobre a Agenda Regulatória da ANS.

Algumas das entidades que participaram do “Diálogos sobre a Agenda Regulatória” da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro) da ANS:

- Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)
- Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog)
- Unimed Brasil
- Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde)
- Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge)
- Unimed Federação/RS
- Central Nacional Unimed
- Unimed Londrina
- Procon SP
- Procon RJ
- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)
- Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ)
- Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do RJ (Nudecon)
- Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde)
- Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)
- Federação Brasileira de Hospitais (FBH)
- Associação Médica Brasileira (AMB)
- Instituto Oncoguia

ANS DISPONIBILIZA AO CONSUMIDOR CONSULTA E EMISSÃO DE COMPROVANTE DE DADOS CADASTRAIS

ANS – 30/09/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está disponibilizando aos beneficiários de planos de saúde uma nova versão do Comprova, ferramenta que permite a consulta e a emissão do comprovante de dados cadastrais do usuário junto à sua operadora. O sistema passou por ajustes e melhorias: além de alterações na tecnologia de busca e exposição dos dados, a ANS tomou medidas para preservar a segurança das informações dos beneficiários.

O Comprova reúne informações cadastrais do beneficiário, da operadora de plano de saúde ao qual está vinculado, além das características do plano de saúde, tais como o nome do plano e o registro na ANS, a data de contratação, a abrangência geográfica e segmentação assistencial e a presença ou não de fator moderador (coparticipação ou franquia). A ferramenta fica disponível no portal da ANS, no Espaço do Consumidor.

[Clique aqui para acessar.](#)

Principais novidades

No tocante à segurança, foram feitas atualizações para tornar o sistema mais protetivo para o usuário. Já em relação às mudanças efetuadas na entrada dos dados que vão gerar o comprovante para o beneficiário de plano de saúde, foi incluído um novo campo obrigatório: identificação da operadora. A pesquisa pode ser feita tanto pelo número de registro da operadora na ANS como pela razão social da empresa. Também passam a ser obrigatórios os seguintes campos: nome do beneficiário, nome da mãe, CPF e data de nascimento.

Outra novidade é que o sistema retornará uma pesquisa exata, com informações do consumidor exatamente iguais aos que foram cadastrados pela operadora.

Na apresentação dos dados do consumidor, os seguintes campos serão apresentados:

- Nome
- CPF
- Data de nascimento
- Nome da mãe
- Data de contratação do plano
- Data da primeira contratação

- Característica do plano
- Coparticipação ou franquia

Para que seja feita a validação do comprovante, o beneficiário deve preencher esse campo com os oito primeiros dígitos do Código do Controle de Comprovante e data de emissão (informações obtidas pelo próprio comprovante).

SAÚDE INTENSIFICA BUSCA DE RECURSOS NO MERCADO DE CAPITAIS

Valor Econômico – 30/09/2019

Bancos que estruturam e coordenam tais operações acreditam em onda forte de novas emissões ainda este ano

O setor de saúde movimentou o equivalente a quase R\$ 11,7 bilhões este ano, até agosto, por meio de emissões primárias e secundárias de ações, de dívidas, de notas promissórias (NP) e de Certificado de Recebíveis Imobiliário (CRI). Desse total, R\$ 1,4 bilhão diz respeito a redes de farmácias e laboratórios de medicamentos, segundo levantamento da Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais (Anbima).

Se somado aos R\$ 21 bilhões que a saúde levantou em 2018 com IPOs (oferta inicial de ações, na sigla em inglês), follow-on (emissão secundária) e debêntures, o setor segue no topo das companhias que enxergam nesses instrumentos um dos mais interessantes para se capitalizar. Isso porque com a taxa de juro básica, a Selic, a 5,5% ao ano, esses papéis tornam-se mais atraentes tanto para as empresas que pagam menos do que se tomassem empréstimo bancário quanto para os investidores, que veem aí uma possibilidade de rentabilizar melhor seus recursos para além do CDI.

Os bancos que estruturam e coordenam tais operações acreditam em onda forte de novas emissões ainda este ano. No pipeline (que indica o termômetro do que está por vir) estão empresas que se preparam para acessar o mercado. A maioria para nova emissão de dívida em condições melhores (prazos maiores e prêmios menores), mas algumas pela primeira vez, em ofertas iniciais de ações ou mesmo em CRIs e debêntures.

Este ano, no mercado doméstico de capitais, 20% de todas as emissões da saúde foram por meio de IPO e follow on e cerca de 50% em debêntures. Dos quase R\$ 12 bilhões captados em 18 operações, o BB participou em 28% em quantidade e 31% em volume, garante Fernanda Arraes, executiva da diretoria de mercado de capitais do Banco do Brasil.

Só este ano, em debêntures da saúde, foram 15 operações, com captação de R\$ 6,4 bilhões até agosto. O BB participou de 13% delas e 33% no volume. Olhando para frente, o banco se diz otimista e aponta que o mercado está ativo e ainda há boa demanda por crédito de qualidade. A área da saúde costuma oferecer os melhores ratings e operações

qualificadas como triple A. No nosso pipeline já somos mandatários para quatro operações, com volume de R\$ 1,6 bilhão que devem vir a mercado, diz Fernanda.

A gente é líder em emissão de CRI para este setor. Fizemos seis operações entre 2018 e 2019, captando R\$ 2,5 bilhões. Estamos trabalhando em uma nova transação agora. Um hospital que ainda não emitiu, afirma José Paulo Scheliga, responsável pela área de renda fixa do Banco Safra, que coordenou 70% das ofertas deste certificado, com R\$ 1,8 bilhão. O executivo diz que em seu pipeline tem mais R\$ 500 milhões de operações de CRI para este ano na saúde e avalia que essas emissões que hoje são usadas com frequência por hospitais em expansão podem se tornar boa alternativa também para as farmacêuticas na captação de recursos mais barato para construção de novas plantas.

As farmacêuticas têm sido negociadas em múltiplos bem interessantes também para equities e devem ocorrer lançamento e novas emissões para este e para o próximo ano, indica Scheliga.

O Safra começou em 2017 a trabalhar junto a alguns advogados para aprovar conceitos de CRI com destinação para construir imóveis no setor da saúde. Uma das últimas foi para a construção da Rede DOr e da nova ala do Hospital Sírio Libanês, além da faculdade de medicina do Albert Einstein.

A primeira emissão da Rede DOr saiu a 99% do CDI. É bom porque é isento de IR, explica o executivo. No pipeline do Safra tem quatro operações de CRI e debêntures do setor de saúde ainda para este ano.

Já o Santander alerta que esta é uma indústria que tem crescido muito e passado por consolidação o que cria oportunidades de negócios tanto em mercado de capitais quanto em banking de um modo geral.

A minha área é de mercado de capitais para dívida local e internacional. Nos últimos 12 meses até agosto, essas ofertas na saúde totalizaram R\$ 12 bilhões no país e o Santander participou de 26% delas. Foram 20 operações e o Santander este em seis, diz Sandro Marcondes, diretor do banco espanhol no Brasil. Dessas, uma foi farmacêutica. Executamos este ano 110 mandatos de emissão de dívida e

temos outros 40 mandatos pela frente. O setor de saúde representa entre 7% a 10% disso. É um setor com muita

atividade e que tem muita demanda. As empresas estão bem ativas e isso deve continuar, diz.

QUALICORP PARTICIPA DE PALESTRA SOBRE OS CUSTOS COM SAÚDE PARA AS EMPRESAS

Saúde Business – 27/09/2019

O diretor de Negócios Empresariais da Qualicorp, Rafael Maganete, fez a palestra de abertura do Congresso de Gestão de Talentos: Saúde Corporativa e Remuneração & Benefícios, realizado pela Associação Brasileira de Profissionais de Recursos Humanos (ABPRH) em São Paulo. O executivo apresentou cases de sucesso e falou sobre os desafios das empresas em manter o benefício saúde de forma sustentável, visando minimizar os custos e ao mesmo tempo agregar valor.

Segundo dados do Instituto Coalizão Saúde, até 2030 serão gastos de 20 a 25% do PIB com saúde no Brasil. Isso acontecerá devido ao reflexo do envelhecimento da população e ao surgimento de novas doenças. Para o diretor da Qualicorp, há uma mudança no comportamento dos brasileiros em relação à sua saúde, pois estes têm mais poder como consumidores e querem ser mais saudáveis. Ao mesmo tempo, a maior prevalência de doenças crônicas na população, o surgimento constante de novas tecnologias no mercado da saúde e a falta de planejamento na utilização do benefício geram custos cada vez mais altos a longo prazo. “Por isso, o objetivo da área de Negócios Empresariais da Qualicorp é ajudar as corporações que buscam encaixar o benefício do plano de saúde na folha de pagamento”, ressaltou.

Cerca de 70% da população brasileira tem acesso à saúde suplementar por meio de planos de saúde coletivos empresariais. De acordo com Rafael Maganete, um dos papéis da Qualicorp é fazer a gestão integrada da saúde corporativa. “Entre as iniciativas propostas às empresas, nós preparamos uma pesquisa para entender o perfil de saúde dos seus funcionários, sugerimos a gestão da saúde dos casos críticos e crônicos, além de criarmos programas de promoção à saúde. Recomendamos, também, um mapa de ações efetivo, com foco na promoção da saúde e na redução de custos. A partir de ações como essas, há exemplos de empresas que conseguem economizar milhões de reais e ainda garantem o acesso à saúde de qualidade para seus colaboradores”, completou o executivo.

Durante o painel, o diretor de Negócios Empresariais falou ainda sobre uma tendência de demanda por produtos e serviços que otimizem o desempenho das empresas. “Quando você cuida da saúde do seu funcionário, a produtividade aumenta. Por isso, sempre faço questão de ressaltar que nós da Qualicorp entendemos que quando cuidamos do plano de saúde de uma empresa, cuidamos da saúde e da qualidade de vida de todos”.

SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO NÃO CONVERSAM ENTRE SI COMO DEVERIAM

Correio Braziliense – 25/09/2019

Especialista acreditam que Complementariedade entre setor de saúde público e o privado pode evitar desperdícios de recursos

O sistema de saúde complementar sofre desperdícios no Brasil e no mundo, segundo especialistas ouvidos no **Correio Debate**: saúde suplementar, consumo e sustentabilidade realizado nesta quarta-feira (25/9) no auditório do jornal. Uma das soluções para evitar esse desperdício é a complementariedade entre setor de saúde público e privado. Segundo o coordenador geral da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça (Senacon), Andrey Freitas, uma visão “enviesada” dificulta essa ação complementar entre os sistemas.

“Por questões históricas há uma separação entre os setores público e privado. Historicamente tratamos no Brasil serviços públicos como algo destinado a pessoas de baixa renda. Essa visão enviesada dificulta uma ação complementar e cria um desperdício de recursos no sistema de saúde”, afirma Andrey.

Para ele, atualmente os serviços de saúde público e privado não conversam entre si como deveriam. “Essa combinação de esforços tem que ser melhor trabalhado”, afirma.

O coordenador geral da Senacon participou do primeiro painel do debate que abordou a questão dos planos de saúde. Sobre o ponto de vista de consumidor, Andrey acredita que as pessoas se preocupam com três pontos: informação, preço e qualidade. Para o coordenador da Senacon, é preciso que a informação chegue até a população.

“É importante, por exemplo, a ANS tenha um conjunto de informações no site dela, mas é ainda mais importante que essa informação chegue até a população”, explica. Já em relação ao preço, a mudança necessária é o pensamento a longo prazo. “Há uma mudança da base etária da população e por isso é preciso de uma mudança estrutural. A gente tem que pensar em soluções e como construir e manter esse sistema para os próximos 50 anos”, avalia.

CONTRATANTES DE PLANOS DE SAÚDE MAIS ENGAJADOS

ANS – 25/09/2019

“Não há gestão de pessoas, sem gestão de saúde”. Com essa fala, o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Leandro Fonseca, sintetizou a importância de uma atuação mais forte dos grandes contratantes de planos de saúde empresariais para a mudança no modelo de assistência à saúde e para a geração de resultados em saúde. Fonseca participou, nessa terça-feira (24/09), da abertura do II Seminário Internacional SESI de Saúde Suplementar.

O evento reuniu especialistas brasileiros e internacionais para discutir esse tema que é relevante em todo o mundo: como conciliar o melhor atendimento a um custo possível de ser pago.

Entre os principais temas abordados no seminário, Lindsay Martin, diretora executiva de Melhorias do Institute for Healthcare Improvement (IHI) falou sobre a experiência nos Estados Unidos do uso de ferramentas para a gestão da saúde e de como a coalizão de empresas contratantes de

plano de saúde contribui na transformação do Sistema de Saúde. Para falar de experiências exitosas na gestão de saúde de trabalhadores, Juliana Azevedo e Edson de Marchi apresentaram, respectivamente, iniciativas da Procter & Gamble e da Ambev que resultaram em menor incidência de afastamentos por causas médicas e em redução de custos com saúde.

Na parte da tarde, Luís Peres, presidente da Faro, falou sobre a experiência de inovação em Porto Rico com a transição para um sistema de saúde baseado em valor. Durante o painel “A jornada de saúde baseada em valor”, Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, ressaltou que a reguladora está atenta aos desafios do setor, promovendo encontros e debates com todos os seus públicos: “Não temos lados opostos, mas perspectivas diferentes. Nossa proposta é atuar em conjunto para aperfeiçoar a regulação e ter um setor que entregue cada vez mais valor aos seus usuários”, concluiu ele no último painel do II Seminário Internacional SESI de Saúde Suplementar.

VALOR DA SAÚDE DEVE SER MENSURADO PELOS RESULTADOS DOS PACIENTES

Correio Braziliense – 25/09/2019

Para Lenise Barcellos de Mello Secchin, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não é o volume de trabalho, mas a qualidade, que aponta eficácia do sistema

O Brasil tem um volume enorme de atendimentos em saúde, mas não é quantidade, mas a qualidade dos resultados dos pacientes que confere valor ao sistema de saúde, na opinião de **Lenise Barcellos** de Mello Secchin, chefe de gabinete da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo ela, que participa, nesta quarta-feira (25/9) do *Correio Debate Saúde Suplementar: consumo e sustentabilidade*, o Brasil precisa avançar na produção de indicadores para avaliar a qualidade do sistema de saúde.

“Precisamos mudar uma cultura nacional. O Brasil não tem foco em indicadores e temos de medir, de avaliar, e ter dados reais para que se possa fazer políticas públicas”, disse. A representante da ANS destacou que o país precisa avançar muito. “A sociedade saiu do perfil epidemiológico, de doenças infectocontagiosas, para um perfil de doenças crônicas. No Brasil, no entanto, acumulamos os dois, porque temos uma sociedade bastante diversa em organização social”, alertou.

Lenise considerou muito interessantes [as propostas do ministro interino da Saúde, João Gabbardo](#), que palestrou antes dela no evento, de ações conjuntas entre operadoras de planos de saúde e o sistema público. “A saúde é uma só. Por um questão de organização, separamos em pública e privada, mas elas coexistem. Temos, sim, que melhorar a

integração das duas, porque hoje o custo é muito alto e recai no bolso de todos nós”, assinalou.

Ações de prevenção também foram destacadas por Lenise. “A saúde é nossa. Infelizmente, vivemos num sistema de tratar a doença e não de melhorar a saúde. Precisamos diminuir a cronificação e deterioração da saúde, e só a prevenção tem como minimizar isso”, destacou. A participação do beneficiário de planos, nesse caso, é fundamental, conforme ela. “Precisamos do diálogo com a sociedade, para saber quais são as premissas e reclamações”, declarou.

Alto custo

Sobre o alto preço dos planos de saúde, Lenise reconheceu que o custo é alto. “A manutenção e o atendimento são caros. É um conjunto de fatores que torna os planos caros. Não existe bala de prata para resolver este problema”, indicou.

Segundo ela, para reduzir custos, serão necessários mudar o modelo de pagamento, ampliar o autocuidado e buscar inovações dos atendimentos no Brasil e no mundo. “Eu conclamo a sociedade para buscar alternativas sustentáveis. Não podemos fazer resoluções a toda hora. A riqueza do debate, da interação com a sociedade, é que vai nos possibilitar buscar alternativas e ações que vão resultar na queda de preços para todos.”

PLANOS DE SAÚDE NÃO PRECISAM COMETER OS ERROS DO SUS, DIZ GABBARDO

Correio Braziliense – 25/09/2019

Ministro interino da Saúde sugere que o sistema de financiamento da saúde deve ser revisto, com vantagem para quem tem vida saudável e corre menos riscos de desenvolver doenças

O sistema de financiamento público de saúde é absolutamente injusto e estimula gastos. A afirmação foi feita pelo **ministro interino da Saúde**, João Gabbardo, ao abrir o *Correio Debate Saúde Suplementar: consumo e sustentabilidade*, realizado nesta quarta-feira (25/9) no auditório do jornal. “Se hospital investir em medidas para reduzir a infecção hospitalar terá menos receita, porque não usará os antibióticos mais caros, que dão rentabilidade”, explicou.

Segundo o ministro, o sistema não remunera o cuidado com o paciente, mas aqueles que querem faturar mais. “Isso tem de ser revisto. Os **planos de saúde** não precisam repetir os erros que nós cometemos”, ressaltou. Gabbardo defendeu um modelo que garanta vantagens e bonificações às pessoas que têm hábitos saudáveis de vida e que, por isso, têm menos riscos de desenvolver doenças. “Os gestores precisam reconhecer quem vai gastar menos e viver melhor”, sustentou.

Gabbardo enumerou os desafios da saúde pública. “Saúde é o ponto mais significativo e de maior importância para a população. É uma coisa que todos nós vamos precisar em algum momento da vida. Somos todos dependentes dela. Por isso, o grande desafio é equilibrar uma demanda crescente, com gastos que vem aumentando de forma exponencial, sem recursos e base para sustentar as despesas na mesma proporção.”

O ministro ressaltou que o Brasil investe muito no setor. “Comparado com outros países, não é pouco, são 9,1% do PIB (Produto Interno Bruto). Segundo ele, o SUS atende 77% da população. Em 2018, foram 11,9 milhões de internações,

praticamente 1 milhão por mês. “Mesmo quem tem plano de saúde usa algum serviço público”, disse.

De acordo com o interino da pasta, o sistema de transplantes do Brasil é um dos melhores do mundo, o programa de imunização é um dos maiores e o país é referência em doação de sangue na América Latina. “Nosso orçamento cresceu 141% desde 2008. Porém, as despesas com ações judiciais cresceram 1083% no mesmo períodos”, alertou.

O custo para pacientes em tratamento, segundo ele, passou de R\$ 120,1 milhões, em 2009, para R\$ 1,4 bilhões no ano passado. “Em 2019, está em R\$ 999 milhões e pode chegar a R\$ 1,5 bilhão”, revelou.

Atenção primária

A decisão do ministro titular Luiz Henrique Mandetta é ampliar o investimento em atenção primária, disse Gabbardo. “A saúde suplementar também terá de percorrer esse caminho para promover o reequilíbrio financeiros dos planos”, sugeriu.

O objetivo do governo é criar uma competição positiva entre as equipes de saúde da família. Cada equipe atende 4 mil pessoas e são 40 mil, portanto o programa deveria atender 160 milhões de pessoas. Mas apenas 80 milhões são cadastradas. “A partir de agora, as equipes vão receber por pessoas cadastradas e por indicadores, como redução de diabetes ou DST/Aids, aumento de cobertura vacinal. Isso vai gerar uma competição positiva”, assinalou.

Gabbardo também destacou o programa de vacinação e sugeriu que os planos de saúde se envolvam mais na imunização, já que isso reduz doenças e gastos. “Não vemos envolvimento das operadoras. Poderiam fazer acordos com o governo federal. Seria uma vantagem para o país e para os planos. Não queremos repassar a responsabilidade, mas poderia haver maior envolvimento”, afirmou.

CUSTO DA SAÚDE: HOSPITALIZAÇÃO EXCESSIVA E FALTA DE GESTÃO AUMENTAM VALORES

Correio Braziliense – 25/09/2019

Tópicos foram citados pelo médico e CEO da Livon Saúde, Rodrigo Tanus, em palestra no auditório do Correio

Hospitalização excessiva e de alto custo, ausência de foco em valor e a falta de gestão em saúde populacional foram alguns dos fatores citados pelo médico e CEO da Livon Saúde, Rodrigo Tanus, para o crescimento insustentável do

custo da saúde no Brasil. Rodrigo foi um dos palestrantes do segundo painel do Correio Debate: saúde suplementar, consumo e sustentabilidade realizado nesta quarta-feira (25/9) no auditório do jornal. O painel tratou sobre prevenção e longevidade.

Rodrigo acredita que é necessário uma “disrupção” do pensamento atual sobre o sistema. Para o CEO, a mudança

tem que envolver os prestadores de serviço, médicos, já que os mesmo não conhecem o que é valor em saúde. Rodrigo explica que o valor em saúde é o resultado clínico que importa para o paciente dividido pelo custo da assistência. “Toda assistência, por menor que seja, custa. Esse valor em saúde tem que ser positivo, o que não acontece nos dias atuais.

Como médico, ele explica que os prestadores de serviço não tem na própria formação uma visão direcionada para os negócios em saúde. “Os prestadores têm uma mentalidade na qual ele fatura mais quando ele gera mais procedimentos”, explica. A ausência de monitoramento e da mensuração dos

desfechos clínicos colabora para uma ausência de foco no valor.

A falta de mensuração de informações também não permite que o Brasil possa afirmar a resolutividade da atenção primária. “Entendemos que a necessidade da atenção primária à saúde é praticamente vital. Precisamos de atenção primária para 100% das pessoas, mas não há como provar essa resolutividade”, explica. A operacionalização da atenção primária seria necessária para uma mudança de gestão de saúde.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.