



Saúde: Equilíbrio entre o Público e o Privado

Ligia Bahia

# Roteiro

1. Pontos de partida: da saúde para a saúde; da oferta de serviços de saúde públicos ou privados para os retornos em eficiência e eficácia; das coberturas de planos privados para a sustentabilidade de empresas privadas

2. Os Modelos Antigos e Novos

3. Algumas Evidências

3.1. Situação de Saúde

3.2. Breve alusão a demografia e mortalidade

3.3. Desequilíbrio entre demanda e oferta

3.4. Desequilíbrio entre necessidades e alocação de recursos financeiros e Preços

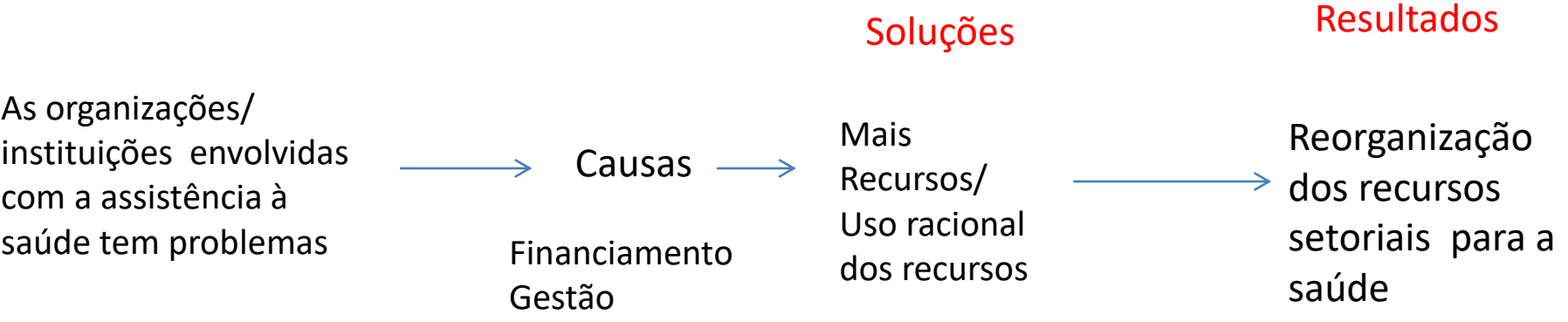
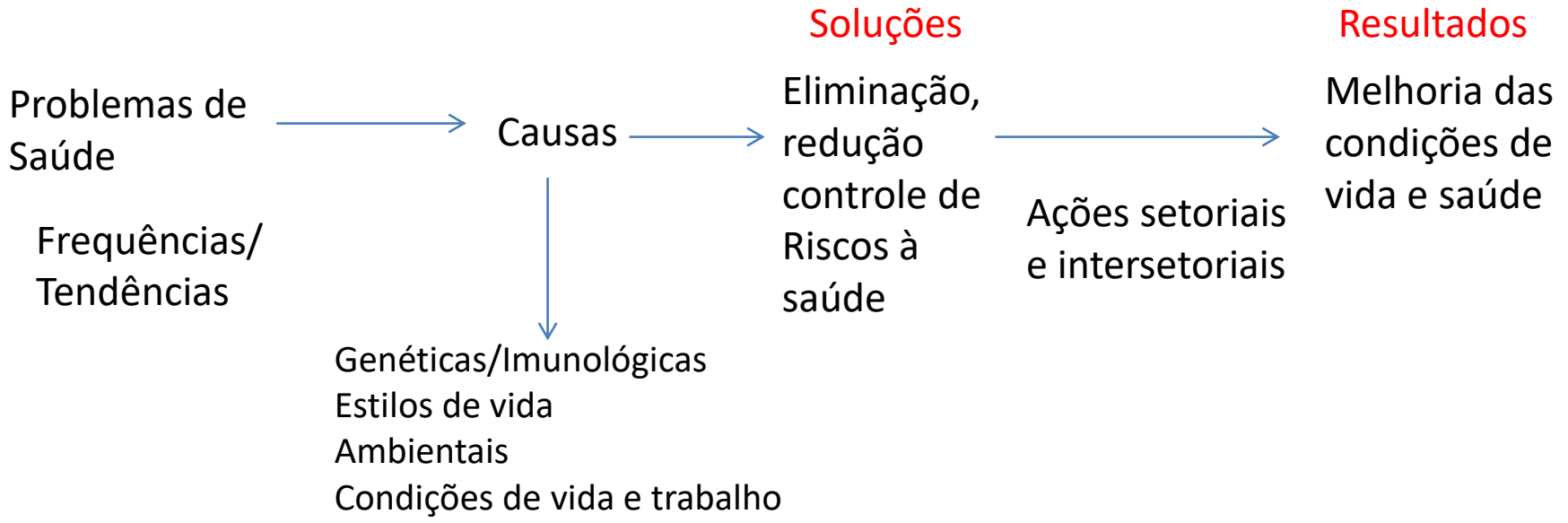
3.5. Judicialização

4. Causas e Efeitos

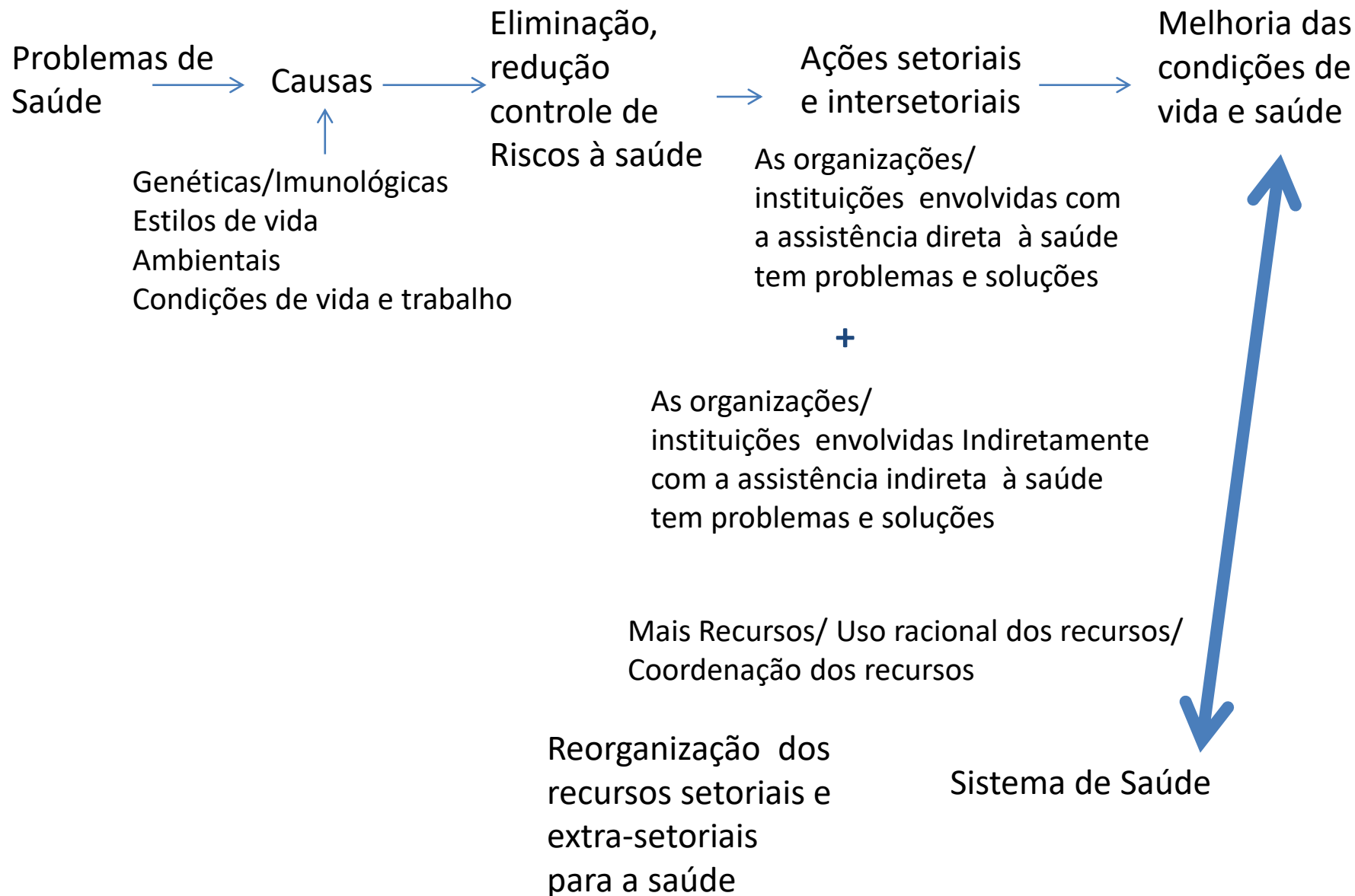
5. O interregno: o que fazer agora e os planos privados baratos ou organizar o sistema de saúde: interesses, valores e conflitos de interesses

6. Uma agenda de debates

# 1. Saúde e sistemas de saúde: distintas abordagens



## 2. Novo Modelo



### 3. Algumas Evidências: Situação de Saúde

Frequência e tendências	
<b>Saúde da mãe e da criança<sup>2</sup></b>	
Abortos ilegais	Muito prevalente*
Mortalidade maternal	Pequeno declínio*
Nascimentos prematuros	Aumentando
Hipermedicalização do parto (cesáreas, etc.)	Aumentando
<b>Doenças infecciosas<sup>3</sup></b>	
Dengue	Epidemias repetidas, sem controle
Leishmaniose visceral	Aumentando
<b>Doenças não transmissíveis<sup>4</sup></b>	
Obesidade/sobrepeso	Aumento acelerado
Diabetes	Aumentando
Hipertensão	Alta prevalência, ainda aumentando
Doenças psiquiátricas	Alta Prevalência*
Asma	Alta Prevalência*
Cânceres de pulmão, próstata, colo e mamário	Aumentando →
Uso de tabaco	Decrescendo, mas ainda em níveis inaceitáveis
Uso excessivo de álcool	Alta Prevalência*
<b>Causas externas<sup>5</sup></b>	
Homicídios	Pequeno declínio, mas ainda em níveis epidêmicos →
Acidentes de trânsito	Pequeno declínio, mas ainda em níveis epidêmicos →
Violência doméstica	Alta Prevalência*

\*Dados confiáveis e representativos que subsidiem a estimativa de tendências não estão disponíveis.

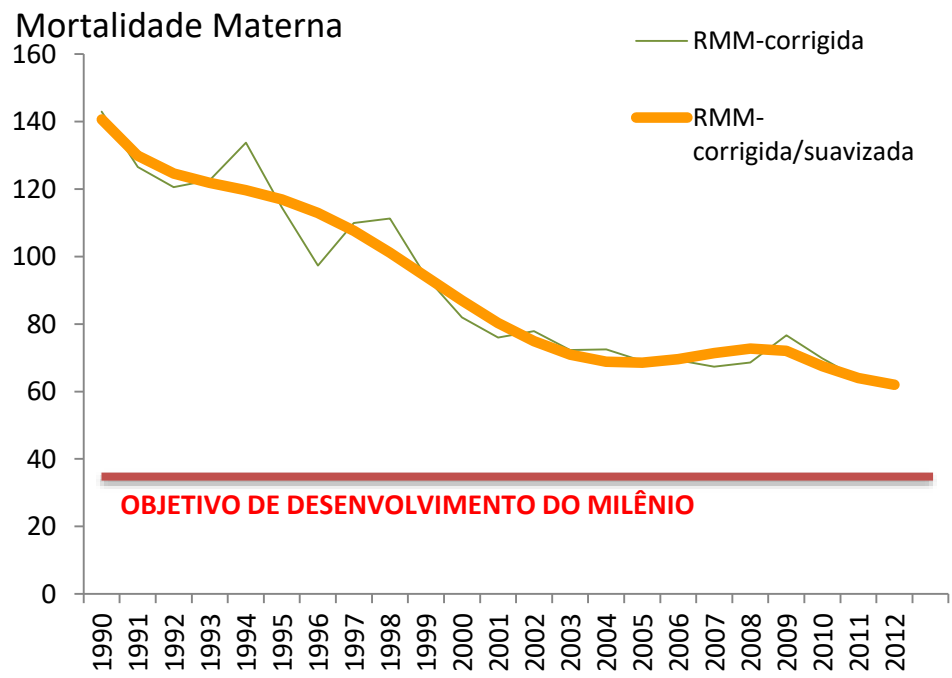
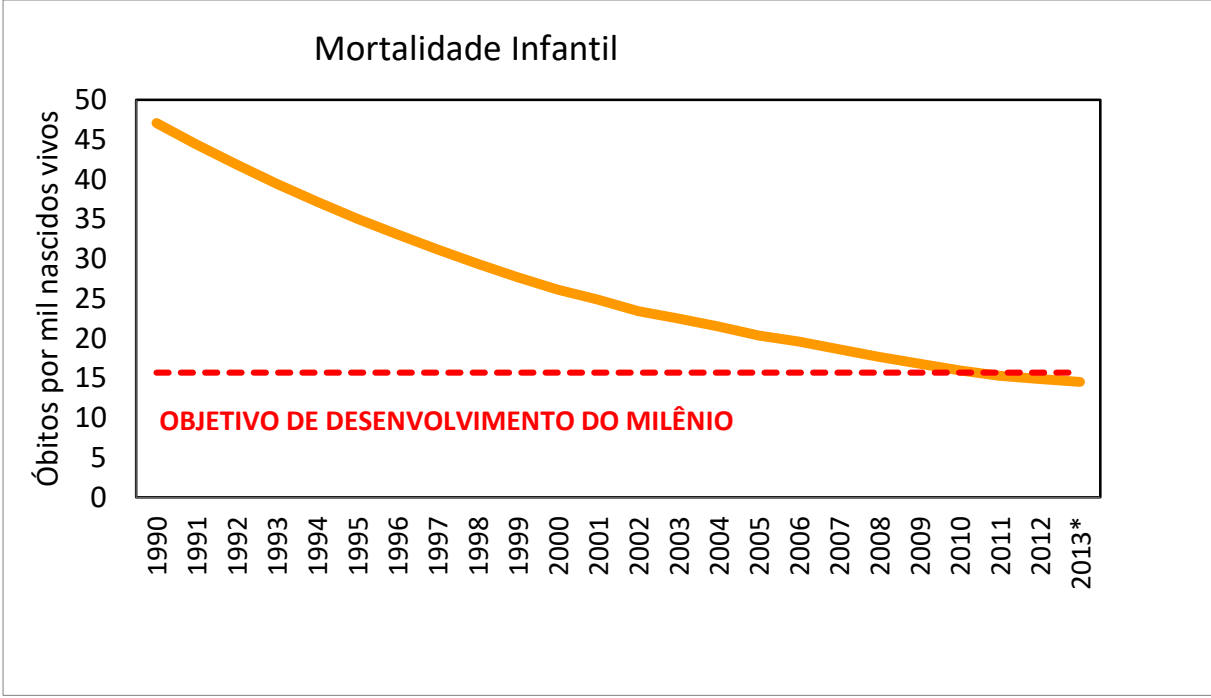
**Table 3: Problemas de saúde e doenças que requerem atenção especial**

Aumento das taxas de sobrevivência em cinco anos mama

59.080 em 2015 e 59.627 em 2014

39.534 em 2015 e 44.832 em 2014

### 3. Algumas Evidências: Situação de Saúde



Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM/Sinac  
\* 2013 preliminar

Por que a Mortalidade Materna Continua Alta?

- Ilegalidade do aborto
- Má qualidade da atenção pré-natal e ao parto (importantes diferenças étnicas e sociais)
- Aumentos na diabetes, hipertensão e obesidade entre gestantes
- Aumento na taxa de cesarianas

### 3. Algumas Evidências: demografia, socioeconômica e mortalidade

Regiões	Mortalidade Infantil	Esperança de Vida
Norte	15,19	73,76
Nordeste	13,97	74,42
Sudeste	11,32	76,15
Sul	10,39	76,66
Centro-Oeste	12,24	75,73
<b>TOTAL</b>	<b>12,43</b>	<b>75,53</b>

Fontes: DataSus, 2017 e IBGE, 2017

#### Renda Per Capita por Domicilio Brasil 2010

Região Norte	494,11
Região Nordeste	458,63
Região Sudeste	943,34
Região Sul	919,9
Região Centro-Oeste	935,06
<b>TOTAL</b>	<b>767,02</b>

Fonte, IBGE Censo 2010

#### 2016

Brasil	1,226
Rondônia	901
Acre	761
Amazonas	739
Roraima	1,068
Pará	708
Amapá	881
Tocantins	863
Maranhão	575
Piauí	747
Ceará	751
Rio Grande do Norte	919
Paraíba	790
Pernambuco	872
Alagoas	662
Sergipe	878
Bahia	773
Minas Gerais	1,168
Espírito Santo	1,157
Rio de Janeiro	1,429
São Paulo	1,723
Paraná	1,398
Santa Catarina	1,458
Rio Grande do Sul	1,554
Mato Grosso do Sul	1,283
Mato Grosso	1,139
Goiás	1,140
Distrito Federal	2,351

Renda per Capita por Domicilio, 2016 Pnad IBGE

### 3. Algumas Evidências: Situação de Saúde

Indicadores e Países Selecionados						
	PIB per Capita	Esperança de Vida Mulheres	Mortalidade por Tb	Mortalidade por HIV/Aids	Unidades de Radioterapia	
EUA	57.300	81,6	0,2	2,5	12,37	
Canada	46.200	84,1	0,3	1,1	8,07	
Reino Unido	42.500	83	0,5		5,04	
Japão	38.900	86,8	2,5		7,17	
Portugal	28.500	84,9	2,1		4,05	
Russia	26.100	76,3	11		2,28	
Argentina	20.200	79,9	1,6	8,9	2,75	
Mexico	18.900	79,5		2,1	0,54	
Brasil	14.800	78,7	2,7	7,8	1,74	
China	14.600	77,6	2,6		1,1	
Africa do Sul	13.500	66,2	46	449	0,97	
India	6.700	69,9	11	36	0,41	
Nigeria	5.900	55,6		20	0,17	

Fontes: World Bank, 2017 e Organização Mundial da Saúde, 2017



### 3. Algumas Evidências: Demografia e Coberturas Assistenciais

Cobertura	IBGE (2013)	ANS (2013)
TOTAL	27,9	24,6
Região Norte	13,3	10,8
Região Nordeste	15,5	11,8
Região Sudeste	36,9	37,1
Região Sul	32,8	24,0
Região Centro-Oeste	30,4	18,8

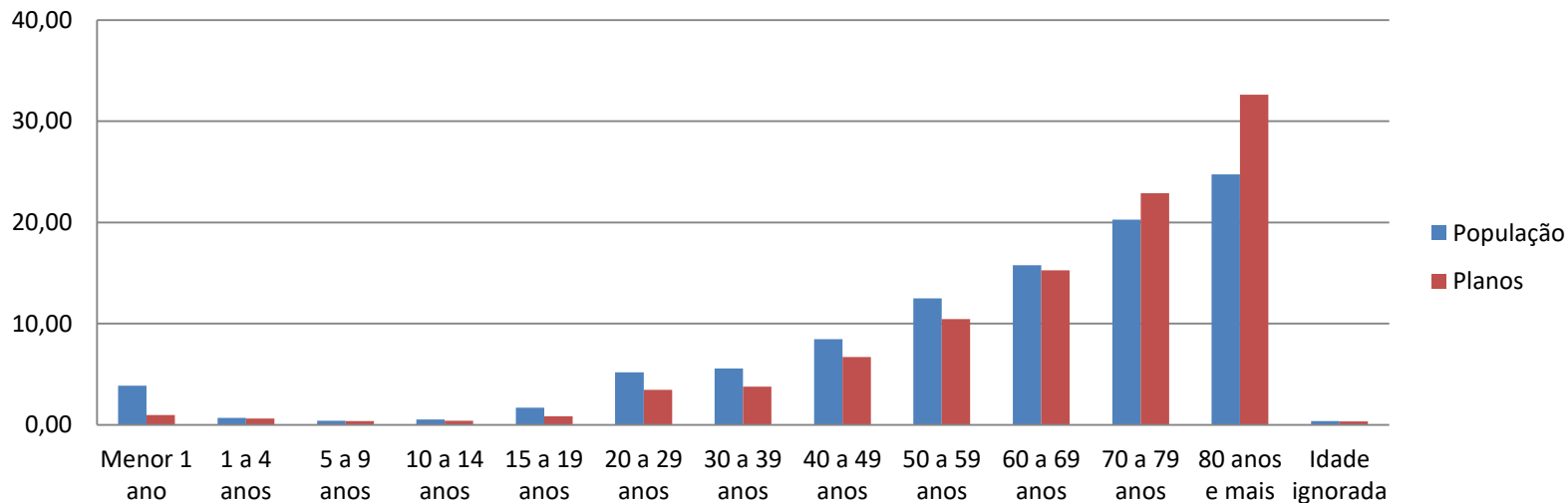
IBGE

6% planos servidores  
públicos  
2,7 mais de um plano

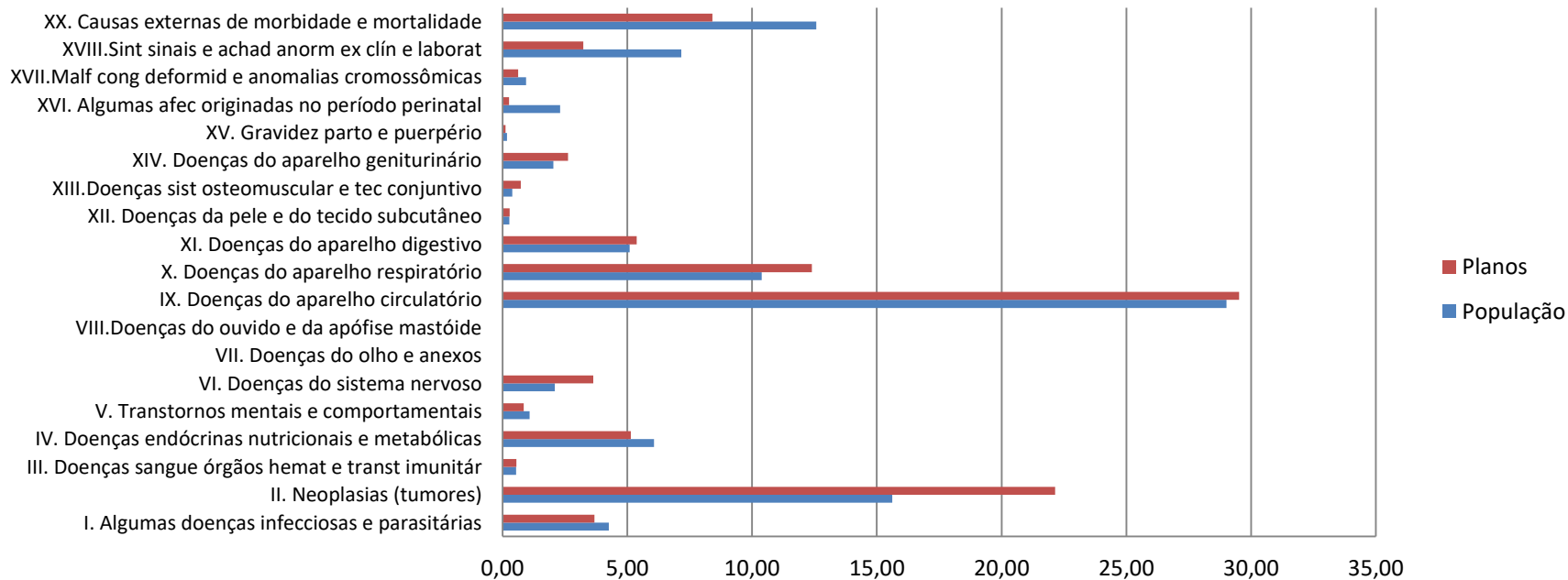
Coberturas Segundo Nível de Instrução Brasil, 2013	
	% Plano
Sem instrução e fundamental incompleto	16,4
Fundamental completo e médio incompleto	22,8
Médio completo e superior incompleto	37,4
Superior completo	68,8

Fonte IBGE, 2013

## Mortalidade Proporcional Clientes de Planos e População, Brasil, 2009



## Mortalidade Proporcional por Capítulo CID 10, Brasil, 2009



### 3. Algumas Evidências: Demografia e Coberturas Assistenciais

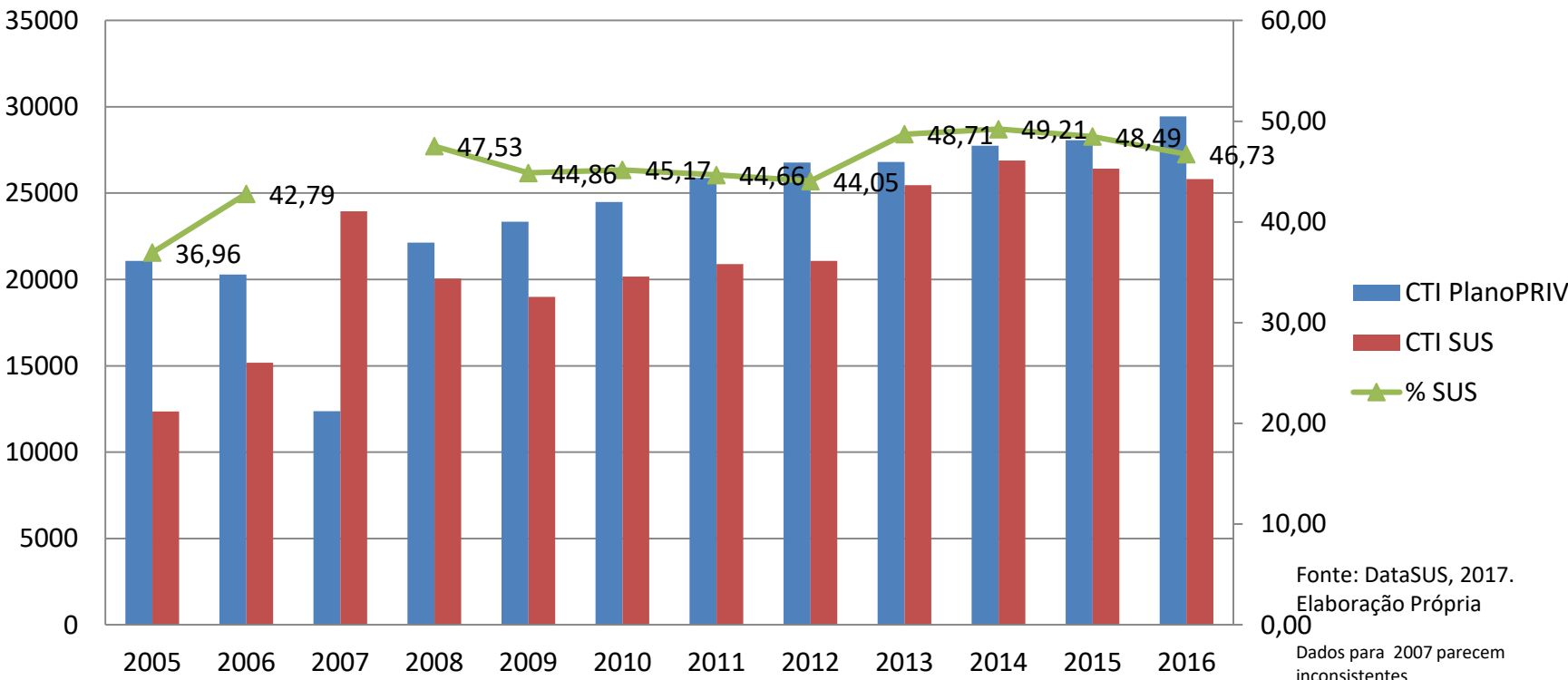
#### Proporção de Coberturas de Pessoas com 60 anos e mais e 80 anos e mais

	2014	2015	2016
Planos			
60 e mais	12,91	12,31	11,75
80 e mais	2,25	2,11	1,99
População			
60 e mais	11,34	11,71	12,10
80 e mais	1,56	1,62	1,68

Fontes: ANS, 2017 e IBGE, 2017

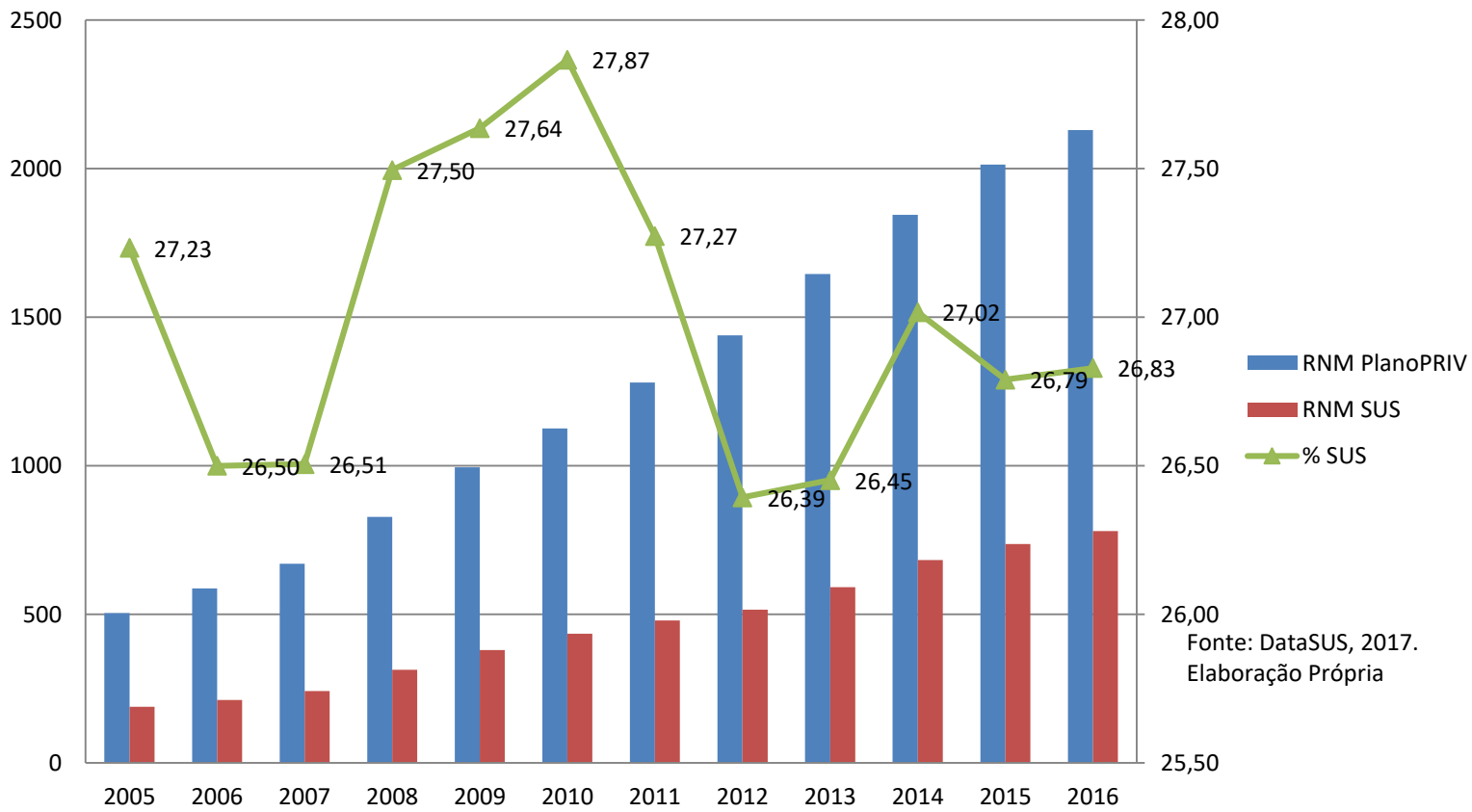
### 3. Algumas Evidências: Desequilíbrio entre oferta e demanda

#### Numero Leitos de CTI (Planos Privados, SUS e % SUS), Brasil 2005 a 2016



### 3. Algumas Evidências: Desequilíbrio entre oferta e demanda

Numero de Equipamentos de Ressonância Nuclear Magnética (Planos Privados, SUS e % SUS), Brasil 2005 a 2016



Fonte: DataSUS, 2017.  
Elaboração Própria

### 3. Algumas Evidências: Desequilíbrio entre demanda e Uso

Uso de Serviços de Saúde segundo Planos por Modalidade e Estimativa SUS, 2016

Modalidade/População	Usuários Potenciais	Consultas	Consultas/UP	RNM	RNM/UP (milhão)
Autogestão	4872637	26033928	5,34	786991	161,51
Cooperativa Médica	17843333	106054522	5,94	2280114	127,79
Filantropia	1026016	5522234	5,38	120090	117,04
Medicina de Grupo	17372779	101303772	5,83	1883028	108,39
Seguradora	6626018	36053285	5,44	2000731	301,95
TOTAL	47740783	274967741	5,76	7070954	148,11
SUS1	206081432	366727972	1,78	1089290	5,29
SUS2	158340649		2,32		6,88

Fontes: DataSus, 2017 e ANS, 2017

### 3. Algumas Evidências: Desequilíbrio entre Recursos Financeiros, Demandas e Necessidades

R\$ 1.200,00 despesas públicas totais per capita (pelo menos 40% a 30% gastos com vigilância epidemiológica, sanitária, medicamentos de uso ambulatorial etc)

RS 3.350, 00 despesas privadas assistenciais per capita (hospitais, unidades de diagnóstico e terapia, pagamento para profissionais

---

#### Preços SUS, Brasil, 2016

---

#### Preços Procedimentos Seleccionados SUS 2017 Reais

---

Valor Médio AIH	1297,64
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	927,7
03 Procedimentos clínicos	943,49
04 Procedimentos cirúrgicos	1703,52
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	9230,4

---

Fonte: DataSus, 2017

#### Valor Internação Planos Modalidades, 2016

---

Hospitais da ANAPH Valor Médio Internação	Modalidade	Valor Médio Internação
aproximadamente R\$ 20.000 em 2016	Cooperativa Médica	5.482,26
	Filantropia	5.530,33
	Medicina de Grupo	6.473,28
	Seguradora	10.833,67

---

Fonte: ANS, 2017

### 3. Algumas Evidências: Desequilíbrio Demandas, Necessidades e Acesso

Ações judiciais envolvendo planos de saúde, julgadas em primeira e segunda instância pelo TJSP, 2011 a 2017, de janeiro a julho de cada ano

Primeiros 7 meses (01/01 a 31/07)*	Primeira instância (N)	Segunda Instância (N)
2011	1.177	2.718
2012	1.868	5.563
2013	4.631	5.683
2014	8.544	5.037
2015	9.771	6.609
2016	9.848	6.716
2017	10.319	6.795

Resultado de decisões judiciais de segunda instância envolvendo planos de saúde na Comarca da cidade de São Paulo do TJSP, 2013 e 2014

Resultado das Decisões Judiciais	Total	%
Favorável ao usuário	3.575	88,07
Desfavorável ao usuário	300	7,39
Parcialmente favorável ao usuário	174	4,29
Decisões que não envolvem usuários (entre planos e prestadores)	10	0,25

Motivos das ações contra planos de saúde	Total	%
Exclusão de cobertura	1935	43,73
Idosos (valor de mensalidade e manutenção do aposentado no contrato coletivo)	1197	27,05
Reajustes (por sinistralidade e uso; e por mudança de faixa etária)	750	16,95
Rescisão unilateral do contrato pela operadora	211	4,77
Outros (Descrédenciamento de prestadores; reembolso; manutenção de demitido no contrato coletivo; manutenção de dependente após falecimento do titular; migração e rescisão de contratos etc.)	332	7,50

Fonte: TJSP. Scheffer, M. Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar (DMP/FMUSP)

\*Dados sujeitos à atualização



## 4. Rede Restrita de Causas e Efeitos e Informações Ambíguas

A Premissa

Os Planos Desoneram o SUS

Pode ser

Não pode ser interpretado como garantias de atenção oportuna e de qualidade

Existe uma crise econômica e haverá cortes nos orçamentos públicos da saúde

Estamos diante disso

Não pode ser interpretado como se as famílias terão mais folga nos seus orçamentos domésticos para pagar plano privado

Com a crise e redução do número de clientes as empresas irão quebrar

Pode ser

Não pode ser interpretado como o governo tem que intervir (mudar a legislação)

E a saúde e os problemas de saúde?

## 4. Rede Restrita de Causas e Efeitos e Informações Ambíguas

Dona da Amil tem lucro de US\$ 2,17 bilhões no primeiro trimestre

A UnitedHealth, empresa americana de saúde controladora no Brasil da Amil, registrou no primeiro trimestre deste ano lucro líquido de US\$ 2,17 bilhões, ganho 34,8% superior ao apurado em igual período de 2016. Na mesma base de comparação, a receita da companhia aumentou 9,4%, para US\$ 48,72 bilhões, enquanto as despesas totais subiram 9% a US\$ 45,32 bilhões, determinando um lucro operacional de US\$ 3,41 bilhões, crescimento de 15,3%. A UnitedHealth elevou a projeção de receita em 2017 para cerca de US\$ 200 bilhões e lucro líquido por ação de US\$ 91 a US\$ 9,3. Na projeção feita em janeiro, a companhia previa faturamento de US\$ 197 bilhões e lucro por ação de US\$ 8,75 a US\$ 9,05. A empresa disse que aumentou em 2 milhões de usuários a carteira de clientes nos 12 meses encerrados em março.

Valor SÃO PAULO 18/04/2017

**você clube**  
Administradora de Benefícios

**DINHEIRO EXTRA PARA COMEÇAR  
LUCRANDO EM 2016**

**VENDEU, GANHOU!**  
Ano novo ganhando mais com a Você Clube.  
Mais informações consulte o gestor da sua plataforma ou o departamento de Apoio ao Corretor no telefone: 11 3188 7300

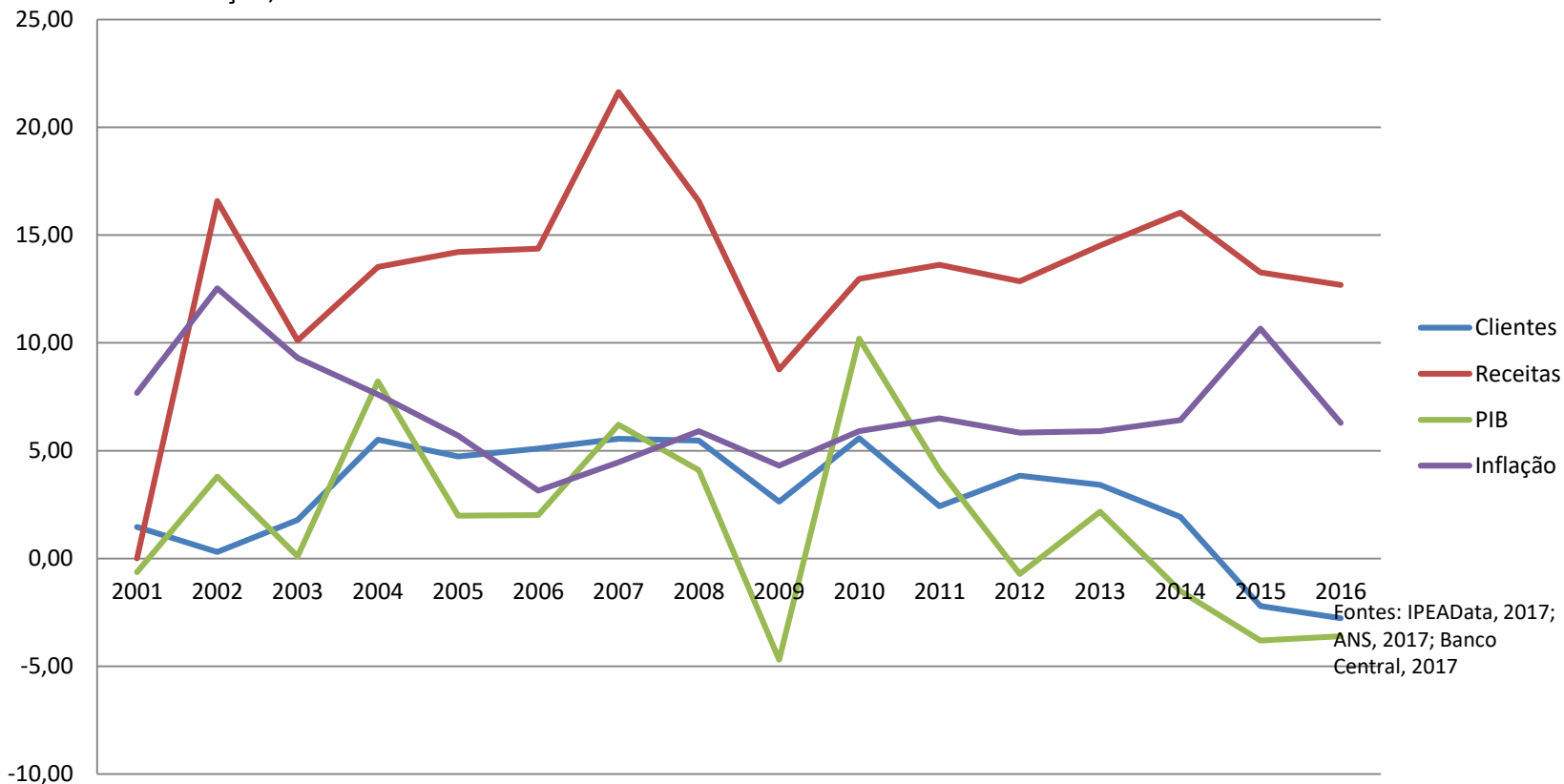
• Produtos Smart R\$ 60,00 por mês  
• Produtos Advance R\$ 100,00 por mês  
• Produtos Premium R\$ 200,00 por mês

NotreDame Intermédica

NotreDame Intermédica | ANS nº 22917 | Você Clube | ANS nº 41372

## 4. Apenas Tendências

Varição do Numero de Clientes, Receitas de Empresas de Planos (corrigidas IPC-A 2016), PIB real e Inflação, Brasil 2001 a 2016



## 4. Rede Restrita de Causas e Efeitos

Quem pressiona os custos?

A Judicialização?

As ortoses e próteses?

Os médicos?

Os Idosos

As Inovações Tecnológicas

“O desperdício”

Artigo Health Affairs 2001

### **The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited**

A maioria dos 1% da população que concentra os maiores gastos de saúde não é idosa

Crianças e Jovens com problemas graves que requerem uso intensivo de serviços de saúde e segurados de planos “cadillac”

## 4. Rede Restrita de Causas e Efeitos

### O caso Charlie Gard em 2017

#### A Batalha Legal, Clínica e Ética

**March 3:** Great Ormond Street bosses asked Mr Justice Francis to rule that life support treatment should stop.

The judge was told that Charlie could only breathe through a ventilator and was fed through a tube.

**April 11:** Mr Justice Francis said doctors could stop providing life-support treatment after analysing the case at a hearing in the Family Division of the High Court in London

He concluded that life-support treatment should end and said a move to a palliative care regime would be in Charlie's best interests.

**May 3:** Charlie's parents then asked Court of Appeal judges to consider the case.

**June 20:** Judges in the European Court of Human Rights started to analyse the case after lawyers representing Charlie's parents make written submissions.

**June 27:** On Tuesday, European court judges refused to intervene. A Great Ormond Street spokeswoman said the European Court decision marked "the end" of a "difficult process".

She said there would be "no rush" to change Charlie's care and said there would be "careful planning and discussion".

**July 10:** Charlie's parents return to the High Court and ask Mr Justice Francis to carry out a fresh analysis of the case. Mr Justice Francis gives them less than 48 hours to prove an experimental treatment works.

**July 24:** Charlie's parents withdraw their request to change the original court order.

The baby will have his life support switched off in the next few days.

## 5. O que fazer agora e os planos privados baratos ou organizar o sistema de saúde

Planos mais “baratos” isto é o pré-pagamento na entrada mais barato e coberturas restritas e/ou percentuais elevados de co-participação

### Variações

Plano barato coberturas restritas e encaminhamento para o SUS



Uso das franquias dos seguros tradicionais para reduzir mensalidades

(do pré-pagamento ao pós-pagamento)

Prazos velozes de debate: relatório da comissão especial dia 22 de agosto  
Votação em plenário

## 6. NEA (Não existe alternativa) X DEBS (Debate Sempre)

Debate centrado na saúde e no paciente; Definição de prioridades de saúde

Exigência de padrões crescentes de uso racional de recursos e qualidade

Pareamento de preços com necessidades e valorização de cada vida e sua vida singular e insubstituível

Compromisso com o alcance de metas sanitárias

O problema principal da organização dos recursos assistenciais não é a propriedade pública ou privada e sim a alocação desequilibrada

A saúde é livre à iniciativa privada é de relevância pública; todos os entes privados ou particulares que sejam beneficiados direta ou indiretamente com gastos tributários poderiam e deveriam ser convocados e participar do esforço para a melhoria das condições de saúde

Existe um padrão de concorrência no mercado privado de saúde baseado na corrida pela incorporação tecnológica e preços diferenciados de acordo com o status socioeconômico: é possível mudar e estabelecer regras de cooperação e competição pautadas pela efetividade dos resultados para a saúde?

[ligiabahia55@gmail.com](mailto:ligiabahia55@gmail.com)