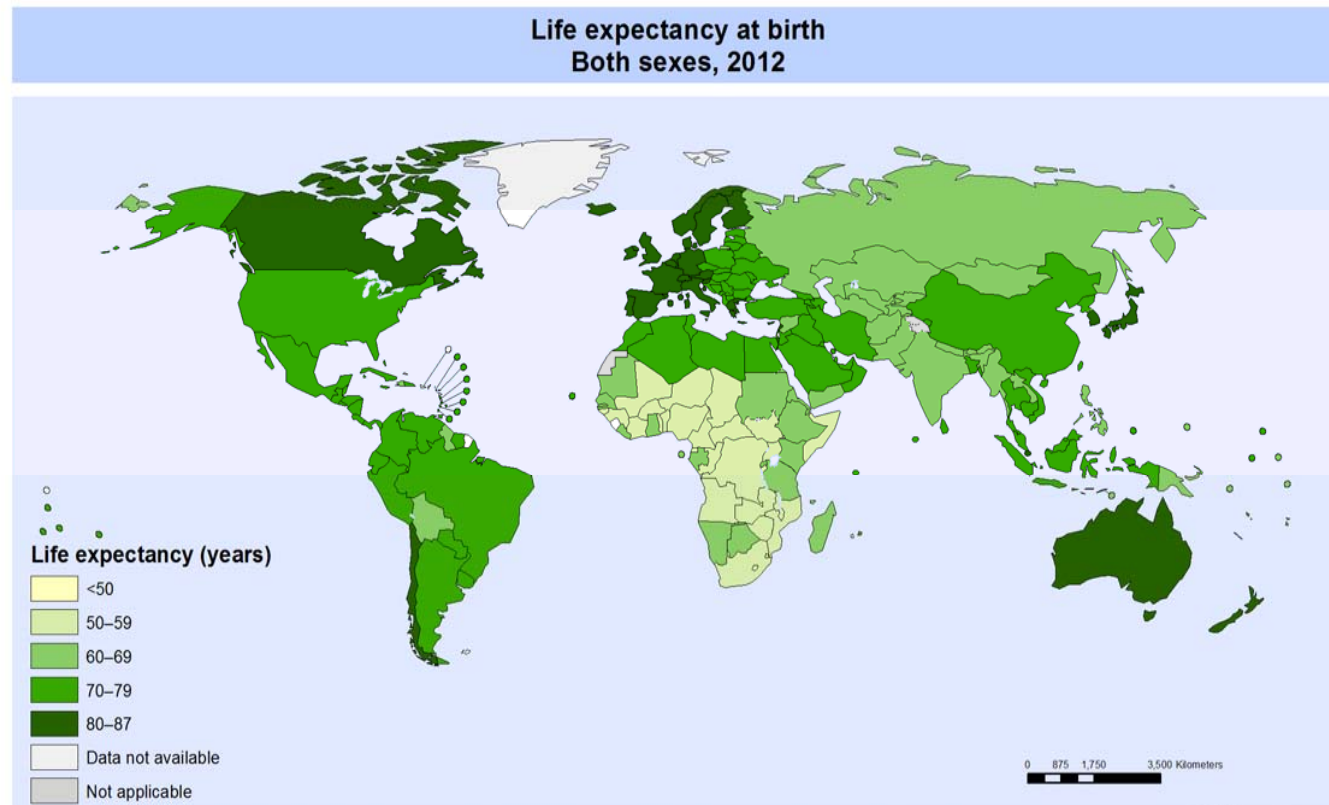


**Modelos de Atenção à Saúde no Brasil e no  
Mundo: Avanços e Desafios**

## Roteiro da Apresentação

1. Um Panorama Geral
2. Modelos de Sistemas de Saúde
3. Gastos com Saúde
4. Inserção dos Médicos
5. Resultados (Consequências)

## 1. Panorama Geral



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Health Statistics and  
Information Systems (HSI)  
World Health Organization

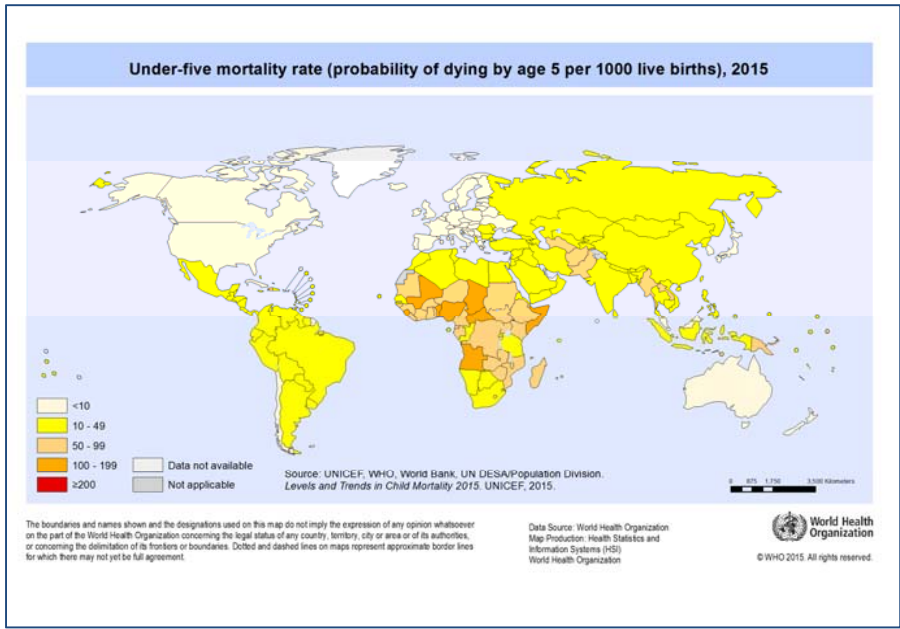
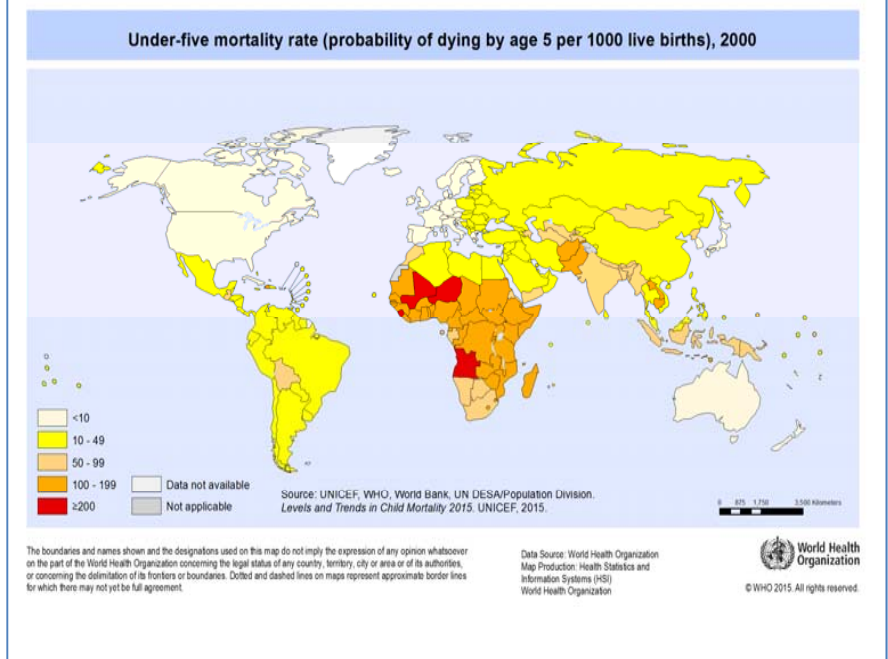
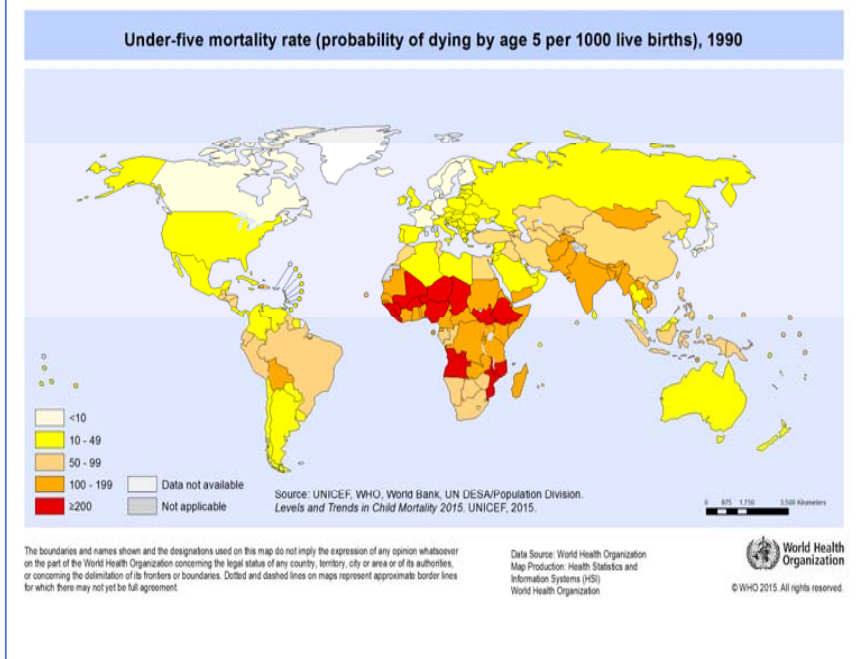


© WHO 2014. All rights reserved.

Ranking (2013):  
1º Japão -84  
2º Espanha -83

Chile -80  
Colômbia – 78  
Argentina – 76  
**Brasil - 75**

# 1. Panorama Geral



## 1. Panorama Geral

A expectativa de vida ao nascer para nossos ancestrais caçadores-coletores era talvez 25 anos.

Houve pouco, se algum, progresso durante o Império Romano, e mesmo em 1700 a expectativa de vida, ao nascer, na Inglaterra, o país mais rico do mundo depois da Holanda na época, era apenas 37 anos (Wrigley e Schofield, 1981).

No século XVIII, a mortalidade começou a declinar. Na Inglaterra e País de Gales a redução começou em torno do meados do século XVIII.

Em 1820, a expectativa de vida ao nascer na Inglaterra, foi cerca de 41 anos.

Entre 1820 e 1870, o período de maior industrialização, a expectativa de vida manteve-se estável (cerca de 41 anos).

Desde 1870, a mortalidade decresceu continuamente. **A expectativa de vida na Inglaterra subiu para 50 anos, na primeira década do século XX e hoje é 80 anos.** Uma transição semelhante, com algumas diferenças na cronologia ocorreu em todos os países desenvolvidos. A redução da mortalidade na França foi muito semelhante a da Inglaterra. Nos Estados Unidos, a redução da mortalidade parece ter iniciado por volta de 1790, com um padrão global semelhante. **A expectativa de vida ao nascer nos Estados Unidos passou de 47 anos em 1900 para 79 anos hoje**

## 2. Os Sistemas de Saúde. Aumento da Expectativa e Vida e a Saúde

### Melhoria na nutrição

#### Saúde pública

- Grandes projetos de obras públicas: filtragem e cloração da água, sistemas de saneamento, drenagem de pântanos, pasteurização do leite e as campanhas de vacinação em massa.
- Ações sobre indivíduos: uso de água fervida, proteção de alimentos contra insetos, lavar as mãos, ventilação dos quartos
- Redução do Tabagismo

#### Atenção Médica

Especialmente após a II Guerra Mundial

- Dças Cardiovasculares

### High-income countries

2015		2030	
Rank	Cause	Rank	Cause
1	Ischaemic heart disease	1	Ischaemic heart disease
2	Stroke	2	Stroke
3	Trachea, bronchus, lung cancers	3	Alzheimer's disease and other dementias
4	Alzheimer's disease and other dementias	4	Trachea, bronchus, lung cancers
5	Lower respiratory infections	5	Lower respiratory infections
6	Chronic obstructive pulmonary disease	6	Chronic obstructive pulmonary disease
7	Colon and rectum cancers	7	Colon and rectum cancers
8	Diabetes mellitus	8	Diabetes mellitus
9	Hypertensive heart disease	9	Hypertensive heart disease
10	Breast cancer	10	Kidney diseases
11	Kidney diseases	11	Pancreas cancer
12	Pancreas cancer	12	Breast cancer
13	Self-harm	13	Prostate cancer
14	Stomach cancer	14	Stomach cancer
15	Prostate cancer	15	Lymphomas, multiple myeloma
16	Lymphomas, multiple myeloma	16	Self-harm
17	Cirrhosis of the liver	17	Liver cancer
18	Liver cancer	18	Cirrhosis of the liver
19	Falls	19	Falls
20	Endocrine, blood, immune disorders	20	Endocrine, blood, immune disorders

### Region of the Americas

2015		2030	
Rank	Cause	Rank	Cause
1	Ischaemic heart disease	1	Ischaemic heart disease
2	Stroke	2	Diabetes mellitus
3	Diabetes mellitus	3	Stroke
4	Lower respiratory infections	4	Lower respiratory infections
5	Interpersonal violence	5	Chronic obstructive pulmonary disease
6	Chronic obstructive pulmonary disease	6	Hypertensive heart disease
7	Road injury	7	Interpersonal violence
8	Hypertensive heart disease	8	Road injury
9	Cirrhosis of the liver	9	Trachea, bronchus, lung cancers
10	Kidney diseases	10	Cirrhosis of the liver
11	Trachea, bronchus, lung cancers	11	Kidney diseases
12	Stomach cancer	12	Prostate cancer
13	HIV/AIDS	13	Stomach cancer
14	Prostate cancer	14	Colon and rectum cancers
15	Colon and rectum cancers	15	Breast cancer
16	Breast cancer	16	Alzheimer's disease and other dementias
17	Endocrine, blood, immune disorders	17	Endocrine, blood, immune disorders
18	Congenital anomalies	18	HIV/AIDS
19	Alzheimer's disease and other dementias	19	Liver cancer
20	Self-harm	20	Falls

## 2. Modelos de Sistemas de Saúde

Modelos (Tipos)  
Ideais

1. Orientado pelo Mercado
2. Seguro Social
3. Social-Democrático

Mercadorização

Estratificação

X

Desmercadorização

Igualdade de Status

Eua antes do  
Obamacare

Subsídios para sistemas privados de saúde + Inclusão social mediante testes de meios (pobres, idosos, deficientes)

Status Ocupacional (esfera da solidariedade articulada pelas empresas empregadoras + órgãos públicos)

Direitos e Benefícios sociais independentes de qualquer contribuição

Reino Unido



## 2. Modelos de Sistemas de Saúde/Relações com os Médicos

Tipo de Sistema

Modo de Remuneração/  
Valor

Participação do Estado na  
Formação de Médicos

Universal  
Reino Unido  
(Inglaterra)

Per Capita (Generalistas)  
P4P  
Salário (Especialistas)  
Valor Elevado

Planejamento Estatal/  
Entidades Profissionais

Seguro Social  
(Alemanha,  
França, Canadá;

Pagamento por Procedimento, P4P/ Salário  
Governo Único Pagador  
Especialistas >Generalistas  
Valor Elevado

Planejamento Estatal/  
Entidades Profissionais

Orientado pelo  
Mercado (EUA)

Pagamento por Procedimento  
Planos e Seguros Pagam  
Especialistas >Generalistas  
Valor Elevado

Regulação por  
Entidades Profissionais

## Provider Organization and Payment in 18 Countries

	Provider ownership		Provider payment		Primary care role	
	Primary care	Hospitals	Primary care payment	Hospital payment	Registration with GP required	Gatekeeping
<b>Australia</b>	Private	Public (~65% of beds), private (~35%)	~95% FFS, ~5% incentive payments	Global budgets and case-based payment in public hospitals (includes physician costs); FFS in private hospitals	No	Yes
<b>Canada</b>	Private	Public/private mix (proportions vary by region), mostly not-for-profit	Mostly FFS (~45%–85%, depending on province), but some alternatives (e.g., capitation) for group practices	Mostly global budgets, case-based payment in some provinces (does not include physician costs)	Not generally, but yes for some capitation models	Yes, mainly through financial incentives varying across provinces: e.g., in most provinces, specialists receive lower fees for patients not referred
<b>China</b>	Private/public mix (private village doctors and clinics; public township and community hospitals providing GP services)	Public (~55%)/private (~45%) mix (mainly public in rural areas, public and private in urban areas)	FFS for private providers, salaries and FFS for GPs employed by hospitals	Mainly FFS, with some pilot projects using case-based payments, capitation, or global budgets	Not generally, with exceptions in some areas	Not generally, with exceptions in some areas
<b>Denmark</b>	Private	Almost all public	~70% FFS, ~30% capitation	Mainly global budgets and case-based payments (includes physician costs)	Yes (for 98% of population)	Yes (for 98% of population)
<b>England</b>	Mainly private, limited number of NHS-owned practices with salaried physicians	Mostly public, some private	Mix capitation/FFS/P4P; salary payments for a minority (the salaried GPs are employees of private group practices, not of the NHS)	Mainly case-based payments (60%) plus budgets for mental health, education, and research and training. All include physician costs, drug costs, etc.	Yes	Yes
<b>France</b>	Private	Mostly public (67% of capacity), some private for-profit (25%) and private not-for-profit	Mix FFS/P4P/fee EUR40 [USD48] bonus per year per patient with chronic disease and regional agreements for salaried GPs <sup>a</sup>	Mainly case-based payments (includes physician costs in public hospitals but not in private) and non-activity-based grants for education, research, etc.	No, but many patients register voluntarily	Voluntary but incentivized: higher cost-sharing for visits and prescriptions without a referral from the physician with which patients registered
<b>Germany</b>	Private	Public (~50% of beds); private nonprofit (~33%); private for-profit (~17%)	FFS	Case-based payment (includes physician costs)	No	Generally no, present in specific programs by sickness funds
<b>India</b>	Mainly public, some private in urban areas	Private non- and for-profit (~63% of beds) and public	Salary for staff at public providers, FFS (paid OOP) for private providers	Global budgets for public hospitals	No	No
<b>Israel</b>	Nonprofit, either salaried by Health Plan or Health Plan contractors	Public (~50%), private nonprofit (including health plans, ~45%), private for-profit (~5%)	Mainly capitation and some FFS to private providers, salary if owned by health plan		Yes in the largest health plan (Clalit), no in the other three	Yes in two of the four health plans (including the largest, Clalit), no in the other two
<b>Italy</b>	Private	Mostly public (~80% of beds), some private (~20%)	Mix capitation (~70% of total), FFS and limited P4P (~30%)	Subject to regional variation, mainly case-based payment (except hospitals owned by regional authorities) and global budgets (includes physician costs)	Yes	Yes
<b>Japan</b>	Mostly private	Mainly private nonprofit (~80% of beds), some public (~20%)	Most FFS, some per-case daily or monthly payments	Case-based per diem payments plus FFS, or FFS only (includes physician costs)	No	No, but some large hospitals and academic centers charge extra fees to patients not referred

## Organização dos Serviços de Saúde em Países Selecionados

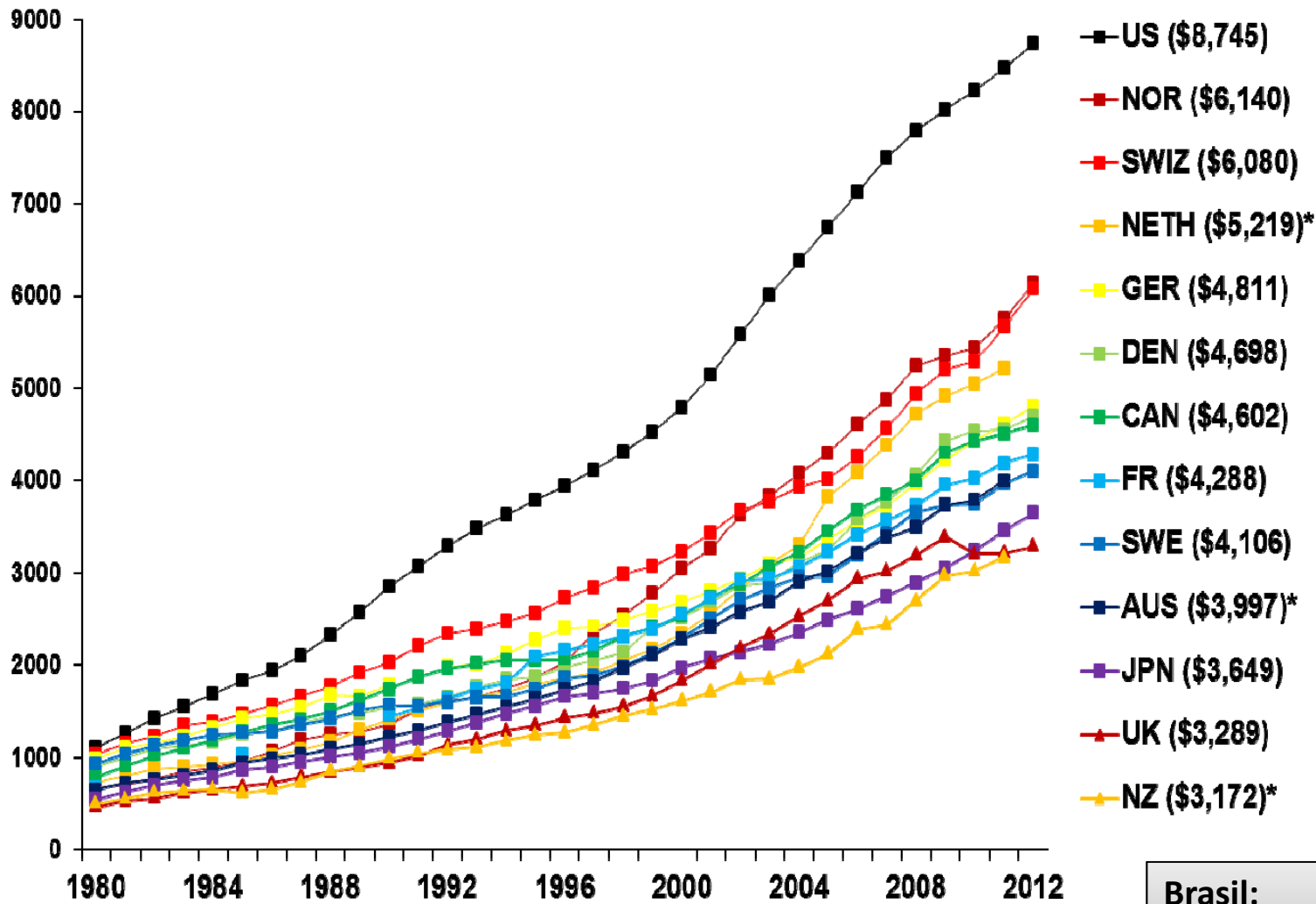
Países	Propriedade/Natureza		Remuneração		Papel da Atenção Primária	
	Atenção Primária	Hospitais	Pagto Atenção Primária	Hospitais	Registro Generalista	Gatekeeping
EUA	Privada	Combinação Não Lucrativos	Maioria Procedimentos , Alguns	Maioria per-diem e	Não	Em alguns planos
		(70%) + Públicos (15%) +	Capitação, Alguns Incentivos	Baseados em Diagnósticos (usualmente não incluem		
		Lucrativos (15%)		médicos)		
Canada	Privada	Pública/Privada	Maioria Procedimento	Maioria Orçamento	Sim, mas não modelo	Sim
		Proporções diferentes por regiões	(45 a 85%)	(maioria inclui pgto para médicos)	de capitação	
Inglaterra	Maioria Privada	Maioria Públicos, Alguns	Capitação, Alguns Incentivos	Maioria Baseados em Diagnósticos	Sim	Sim
	(poucos profissionais assalariados NHS)	Privados	P4P	(60%) + orçamento adicional		
				para saúde mental, educação e		
				pesquisa. Todos incluem pagto para médicos		

International Profiles of HealthCare, 2016

### 3. Gastos com Saúde

## Despesas com Saúde Per Capita, 1980–2012 (ajustada por diferenças relativas ao custo de vida)

Dolar (\$US)

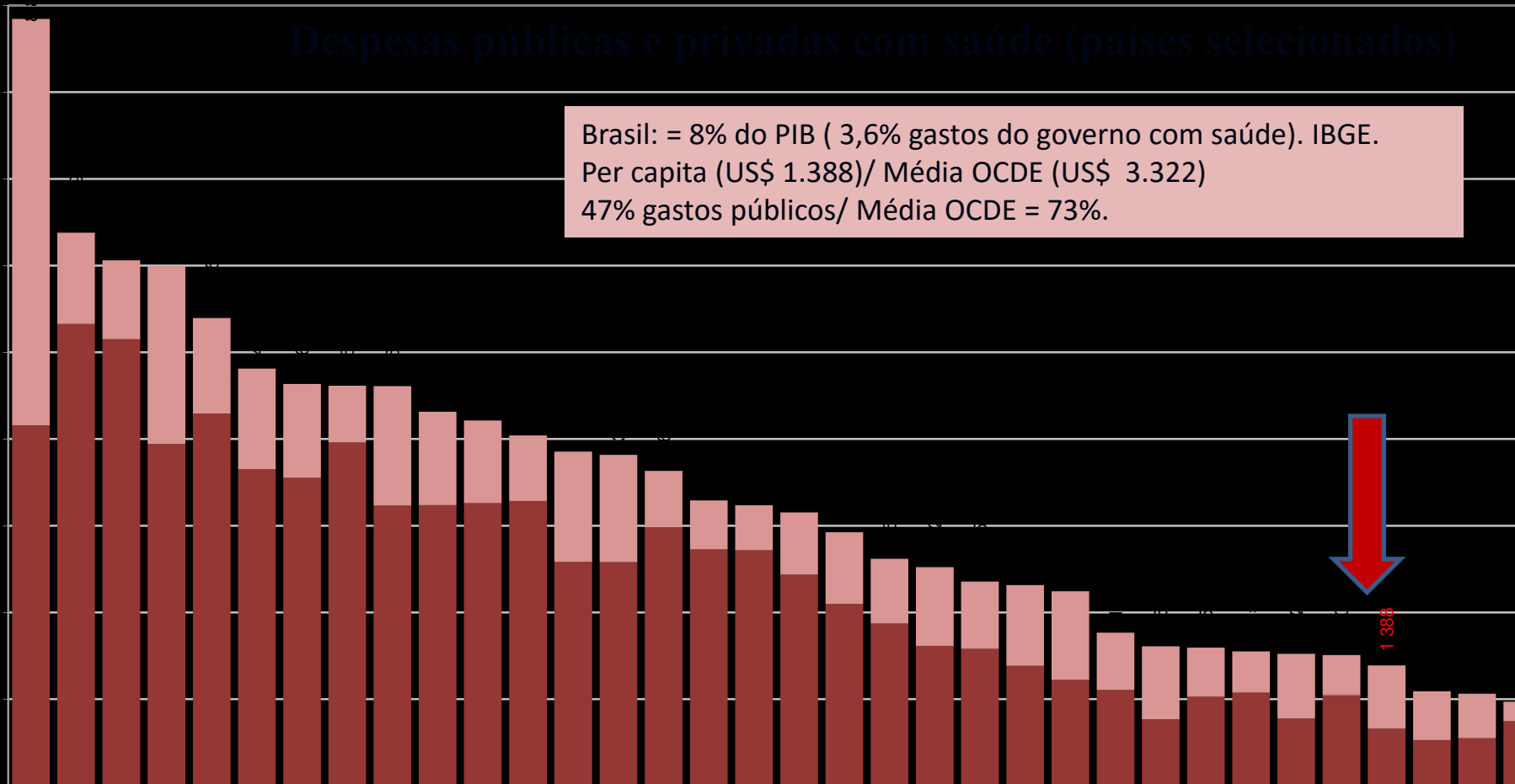


\* 2011.

Fontes: OECD Health Data 2014 e OMS Global Health Observatory, 2015

## Despesas públicas e privadas com saúde (países selecionados)

Brasil: = 8% do PIB ( 3,6% gastos do governo com saúde). IBGE.  
Per capita (US\$ 1.388)/ Média OCDE (US\$ 3.322)  
47% gastos públicos/ Média OCDE = 73%.



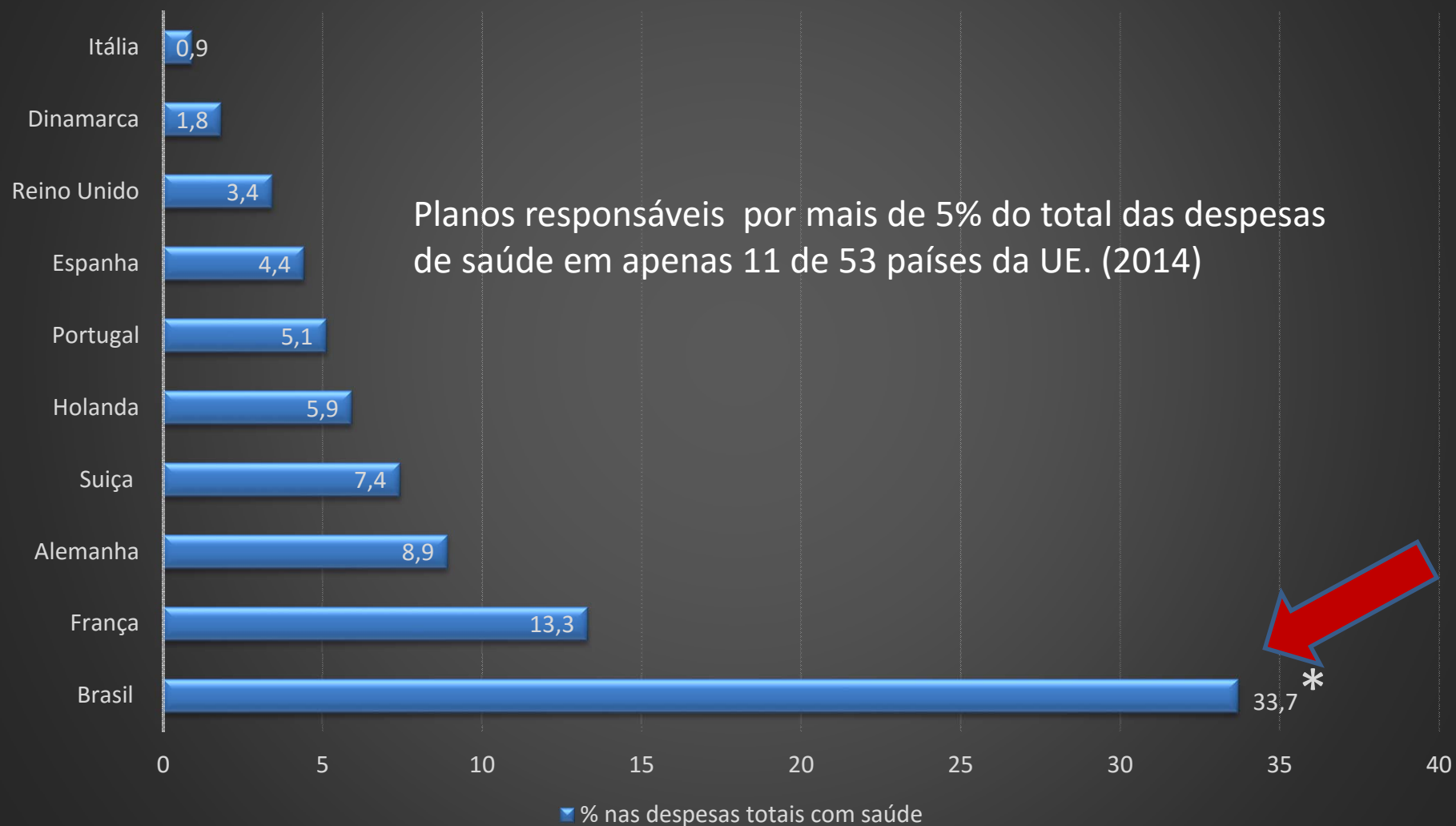
World Health Statistics 2015; O

Em 2013, o consumo final de bens e serviços d

saúde no



## Planos de saúde: % nas despesas totais com saúde (países selecionados)



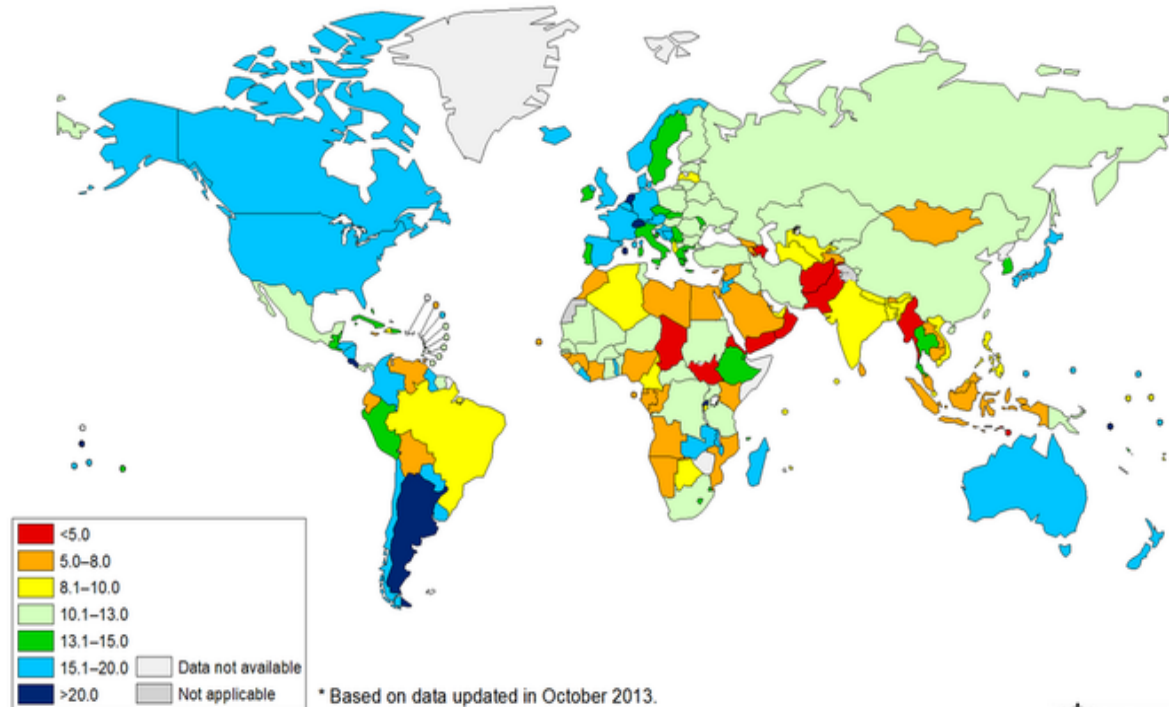
Elaboração: Scheffer, M e Bahia, L

Fonte: WHO (2016). Sagan, A; Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. Role and regulation. The European Observatory on Health Systems and Policies/WHO- Regional Office for Europe. 136 pag. Copenhagen O, Denmark, 2016

\* Brasil Contas Satélites. IBGE (gastos privados totais menos medicamentos).

### 3. Gastos com Saúde

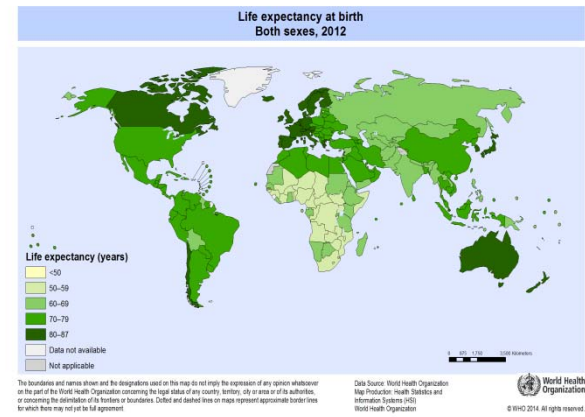
General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure (in US\$), 2011 \*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

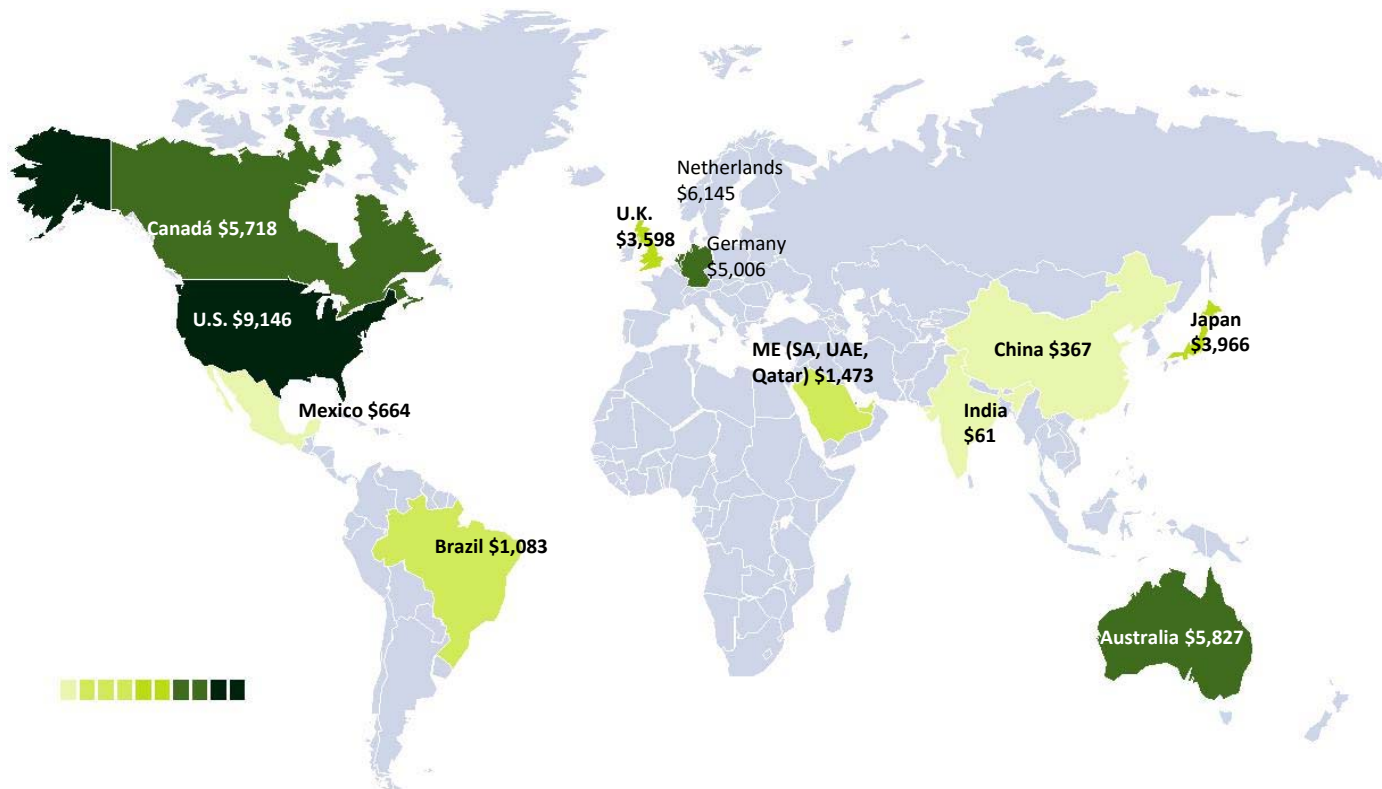
Data Source: Global Health Observatory, WHO  
 Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)  
 World Health Organization

 **World Health Organization**  
 © WHO 2013. All rights reserved.



### 3. Gastos

## Gastos com Saúde em US\$ 2013



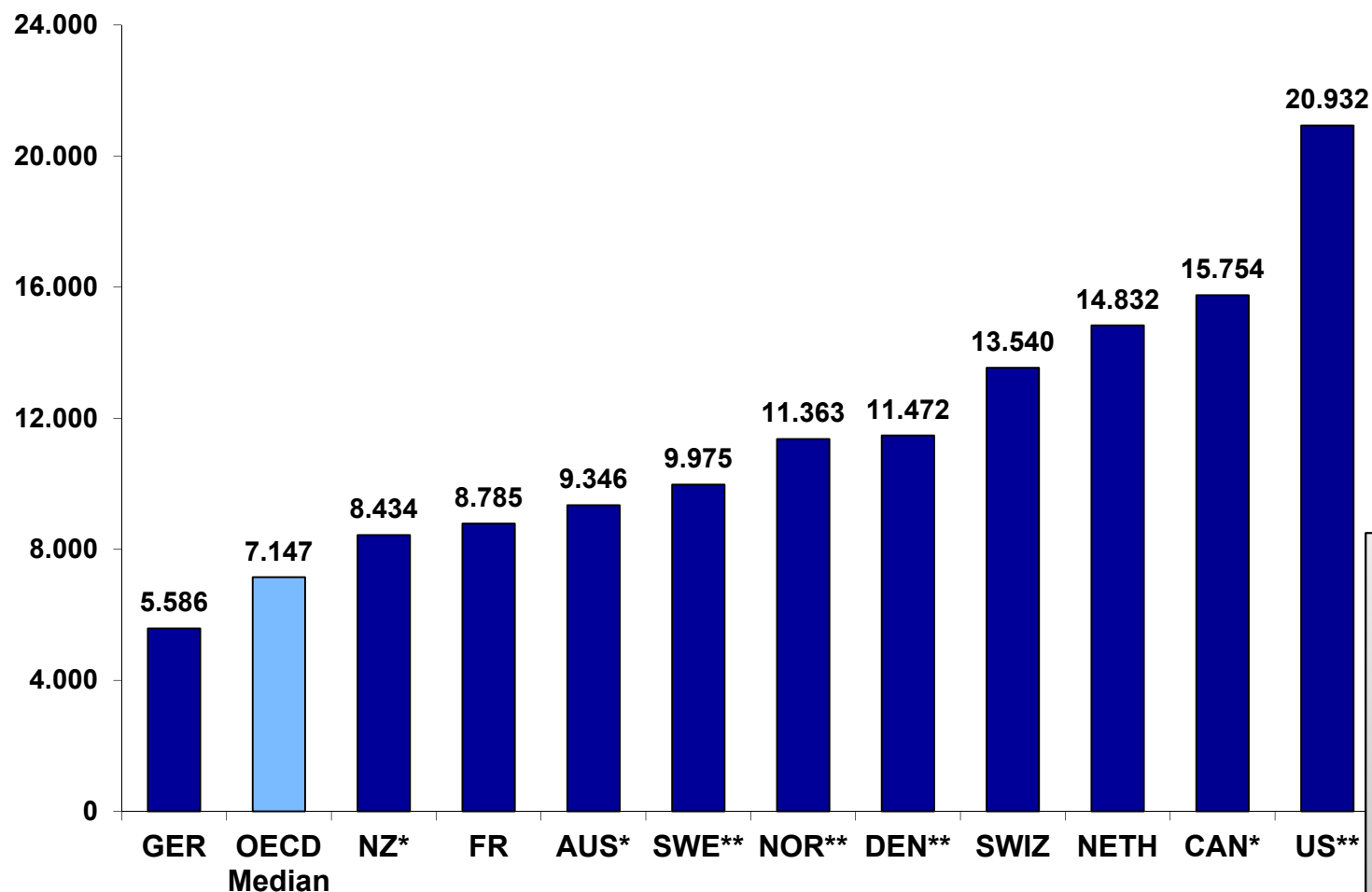
Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2016



### 3. Gastos

## Despesas Médias por Internação, 2012 (ajustadas por diferenças relativas ao custo de vida)

Dolar US



**Brasil SUS (2016)**  
Região Norte R\$ 903,00  
Região Sul R\$ 1.440,00  
Média R\$ **1.240,00**  
Público R\$ 1.038,13  
Privado R\$ 1.397,95  
Filantrópico R\$ 1.439,09  
**Privado (Excelência, 2014)**

Hospitais ANAHP  
Média **18.834,00**  
(71 hospitais)

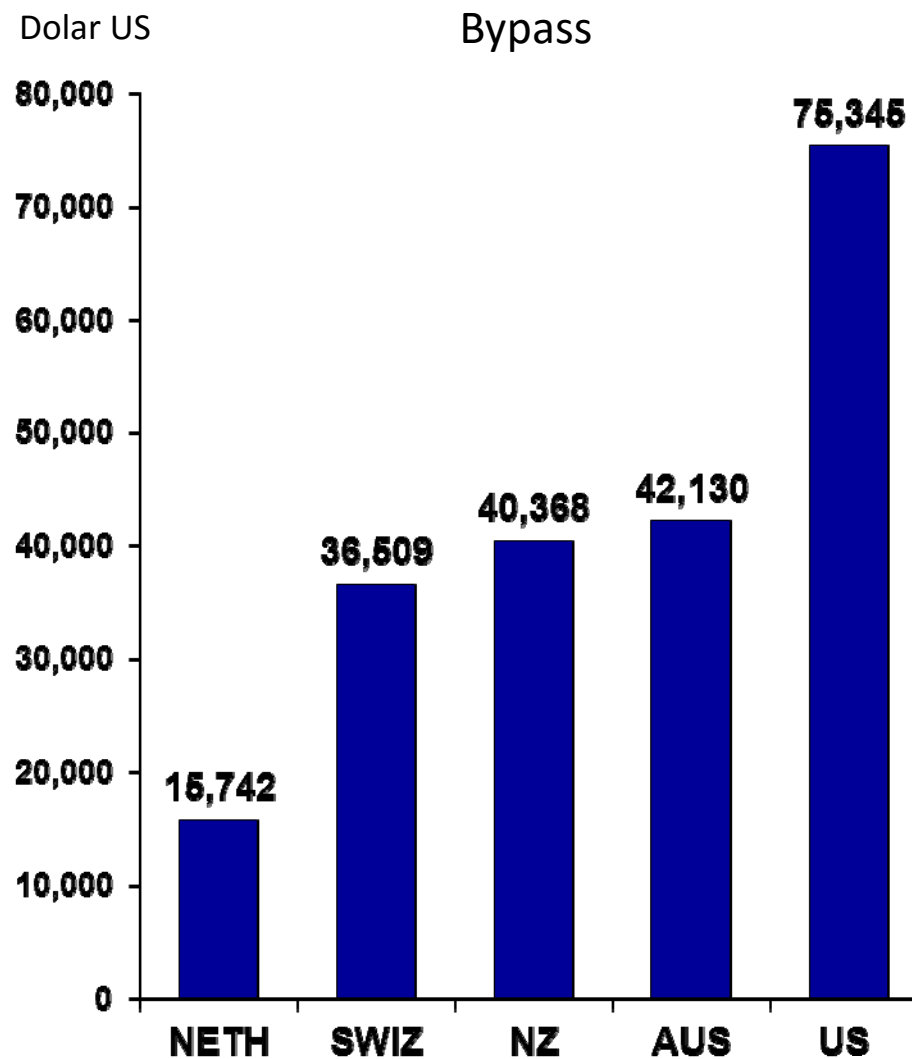
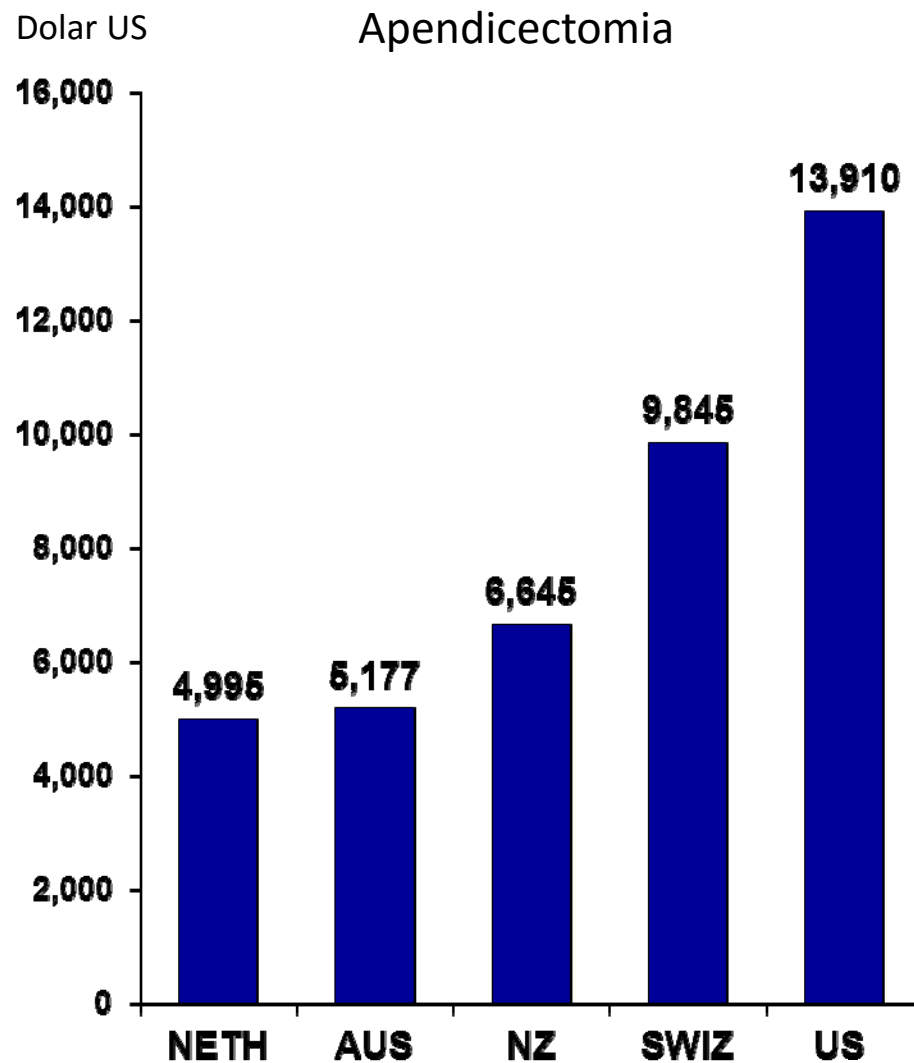
\* 2011.

\*\* 2010.

Fontes: OECD Health Data 2014, DataSUS, 2016 e Anahp, 2016.

### 3. Gastos

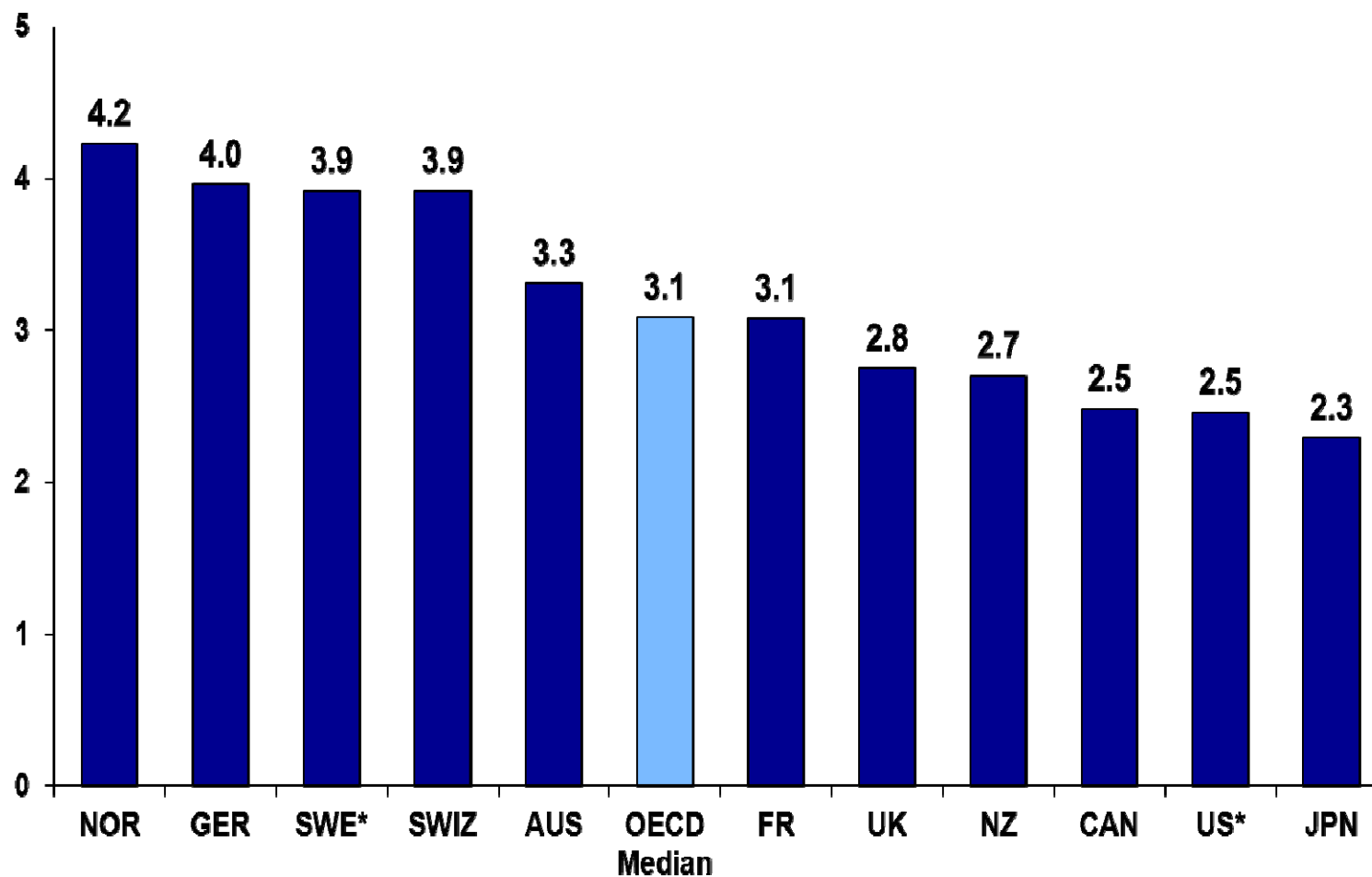
## Gastos com Hospitais e Médicos, 2013



Fonte: International Federation of Health Plans, 2013 Comparative Price Report.

#### 4. Inserção dos Médicos

Número de Médicos (ativos) por 1.000 Habitantes, 2012



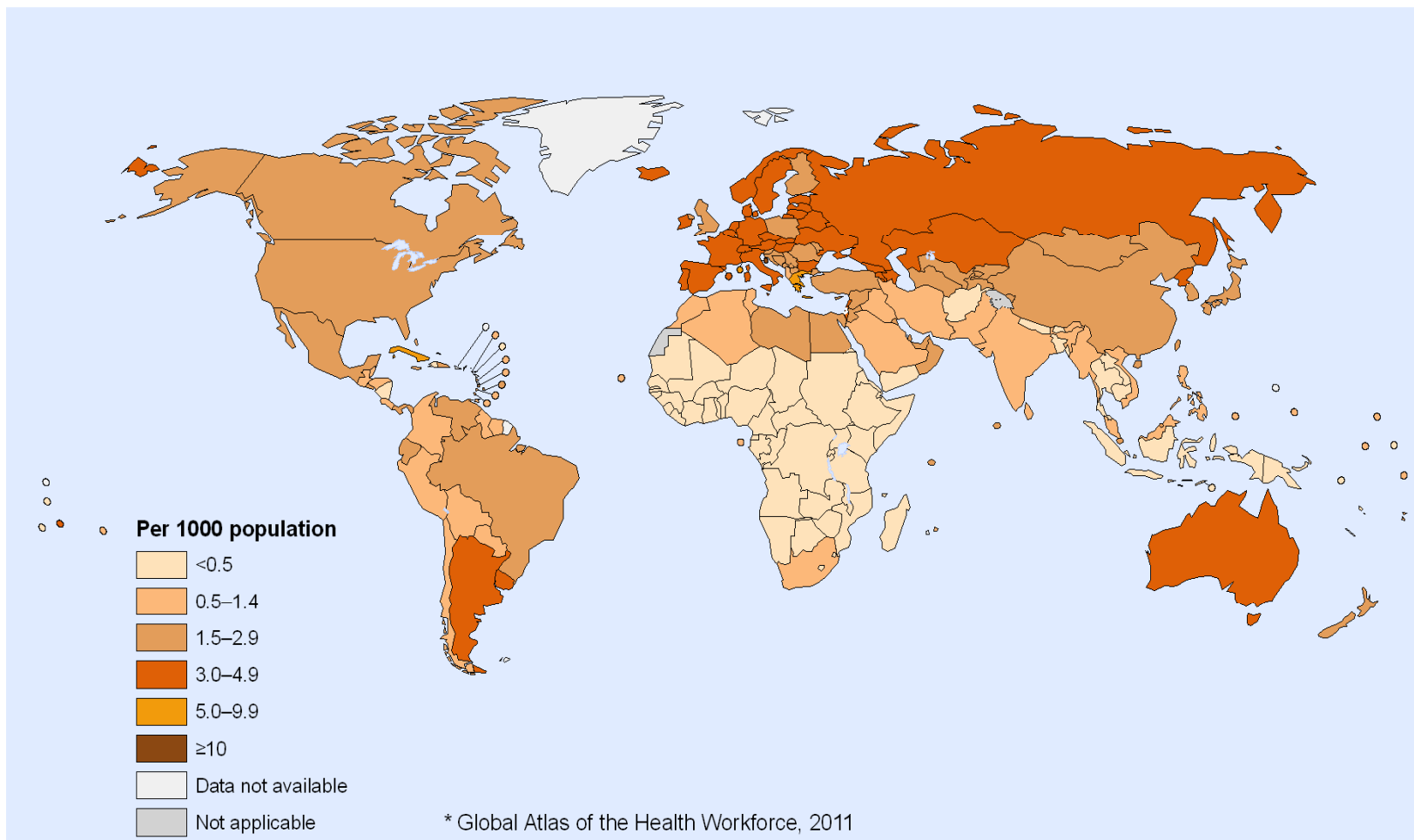
Brasil  
1,9 em 2013

\* 2011.

Fontes: OECD Health Data 2014, Demografia Médica, 2015.

## 4. Inserção dos Médicos

### Density of physicians per 1000 population\*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Public Health Information  
and Geographic Information Systems (GIS)  
World Health Organization



© WHO 2011. All rights reserved.

## 4. Inserção dos Médicos

## Remuneração

EUA

Média \$US 190,530  
Internista \$US 187,200  
Em 2014

Atenção Primária \$US 195,000  
Especialidades \$US 294,000  
Em 2015

**Ortopedistas** \$US 421,000  
**Pediatras** \$US 189,000  
Em 2015

Fontes: Infomoney, 2015, Medscape 2016

Reino Unido

### **Médicos em Formação**

(40hs semanais + adicionais horas extras e subsídios “on call”  
Inicial - 27.000 libras  
Segundo ano – 30.000 libras

### **Formação Especializada**

Inicial – 37.000 libras  
Pode chegar a 48.000 libras

### **Salários de especialistas**

37.547 a 70.018 libras

### **Generalistas**

55.965 a 84.543 libras

Fonte: NHS, 2016

## 5. Resultados

País	Expectativa de Vida aos 60			Expectativa de Vida			Expectativa de Vida Saudável		
	Ambos	Mulheres	Homens	Ambos	Mulheres	Homens	Ambos	Mulheres	Homens
Brasil	22	23	20	75	79	72	65	68	63
Reino Unido e Irlanda	24	25	22	81	83	79	71	72	69
EUA	23	24	22	79	81	76	69	71	68
Serra Leoa	13	13	13	46	46	46	39	40	39

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2016

## 5. Consequências

Os Mais Importantes Problemas para as Famílias Americanas	%Adultos
<b>Custos dos Serviços de Saúde</b>	<b>15</b>
Lack of money/Low wages	13
Not enough money to pay debts	9
College expenses	9
Costs of owning/renting a home	8
High cost of living/Inflation	7
Unemployment/Loss of job	6
Taxes	5
Retirement savings	5
Lack of savings	3
Social Security	2
State of the economy	1
Controlling spending	1
Energy costs/Oil and gas prices	1
Interest rates	1
Stock market/Investments	1
None	11
Other	4

Fonte: Gallup, 2016

## 5. Consequências






## 5. Consequências



**Average income of all occupations in 2013: \$35,239**

Sources: AFL-CIO Executive Pay Watch and 2013 SEC 14A schedules

PHYSICIANS FOR A NATIONAL HEALTH PROGRAM / WWW.PNHP.ORG 

## 5. Consequências

## Neurocirurgiões EUA Medicare

2015 JEFFERSON ST UNIVERSITY OF FLORIDA  
PROTON THERAPY INSTITUTE | JACKSONVILLE, FLA.

1721 NICHOLASVILLE RD | LEXINGTON, KY.

How **ROI DAGAN M.D.** compares to **39** other providers in the **Jacksonville, Fla.**

Total Payments

2012 **\$591,341.24**

2013 **\$1,281,779**

2012-13

Change +116,76%

Number of Patients

2012 146 28th percentile regionally

2013 **358** 87th percentile regionally

2012-13

Change +145,21%

Payments per patient

2012 **\$4,050.28**

100th percentile regionally

2013 **\$3,580.39** 100th percentile regionally

2012-13

Change -11.6%

How **JOHN W. GILBERT MD** compares to **26** other providers in the **Lexington, Ky.**

Total Payments

2012 **\$1,211,598.58**

2013 **\$1,240,851**

2012-13 Change +2.41%

Number of Patients

2012 1,123

2013 **1,161**

2012-13 Change +3.38%

Payments per patient

2012 **\$1,078.89**

2013 **\$1,068.78**

2012-13 Change -0.94%

Medicare Unmasked: Behind the Numbers  
(premio Pulitzer de Jornalismo 2015)

# Obamacare

Controle  
Uso dos  
Prêmios

**Bringing Down Health Care Premiums.** To ensure premium dollars are spent primarily on health care, **the law generally requires that at least 85% of all premium dollars collected by insurance companies for large employer plans are spent on health care services and health care quality improvement.** For plans sold to individuals and small employers, **at least 80% of the premium must be spent on benefits and quality improvement.** If insurance companies do not meet these goals, because their administrative costs or profits are too high, they must provide rebates to consumers. *Effective January 1, 2011.*

Mudança  
Forma de  
Remuneração

**Expanding Authority to Bundle Payments.** The law establishes a **national program to encourage hospitals, doctors, and other providers to work together to improve the coordination and quality of patient care.** Under payment “bundling,” hospitals, doctors, and providers are paid a flat rate for an episode of care rather than the current fragmented system where each service or test or bundles of items or services are billed separately to Medicare. *Effective no later than January 1, 2013.*

Tributação  
Progressiva

**Tax.** Businesses who offer so-called "Cadillac" health insurance plans **must pay a 40% excise tax on this benefit.** These plans are defined as those with premiums of at least \$10,200 (individuals) or \$27,500 (families). They offer exceptional coverage, such as small copayments or unusual circumstances, such as marriage counseling.

(Fontes: Obamacare Facts, 2016, Kaiser Foundation, 2016 Kaiser, [Cadillac Tax Explained](#), Tax Impacts of Obamacare, 2016)

## Obamacare



### Albany County

Plan Type	Rate
Individual	\$353.28
Two Adult	\$706.57
Parent & Child(ren)	\$600.58
Family	\$1,006.86

#### Capital District Physicians' Health Plan Small Group

Plan Type	Rate
Individual	\$430.78
Two Adult	\$861.56
Parent & Child(ren)	\$732.33
Family	\$1,227.72

#### HealthNow New York, Inc. d/b/a BlueShield of NENY Small Group

## What You Pay Per Month

Plan Type	Rate
Individual	\$533.07
Two Adult	\$1,066.14
Parent & Child(ren)	\$906.22
Family	\$1,519.25

#### Empire HealthChoice, Inc. d/b/a Empire Blue Cross and Blue Shield

Plan Type	Rate
Individual	\$780.18
Two Adult	\$1,560.36
Parent & Child(ren)	\$1,326.31
Family	\$2,223.52

#### HIP Health Plan of New York, Inc. Small Groups

# Consequências

Rendimento Tributável e Despesa com Saúde segundo Ocupações Seleccionadas, Brasil 2013

Ocupação Principal	Rendimento Tributável por Declarante	Despesa Saúde
Membro do Poder Executivo	100.278,17	2.514,09
Membro do Poder Judiciário e de Tribunal de Contas	300.489,21	<b>14.282,64</b>
Membro do Poder Legislativo	70.926,41	1.722,89
Membro do Ministério Público (Procurador e Promotor)	313.367,51	<b>14.537,95</b>
Dirigente superior da adm. pública, inclusive fundações etc	71.143,07	2.896,51
Diplomata e afins	126.852,04	4.444,93
Servidor das carreiras do Poder Legislativo	126.609,45	5.267,15
Servidor das carreiras do Ministério Público	91.326,79	4.182,54
Servidor das carreiras do Poder Judiciário, Of. Justiça etc	108.047,92	5.466,52
Advogado do setor público, Proc. Fazenda, Cons. Jurídico etc	203.955,09	8.523,80
Servidor das carreiras de auditoria fiscal e de fiscalização	204.803,24	10.606,10
Servidor das carreiras do Banco Central, CVM e Susep	205.842,74	8.869,89
Servidor das carreiras de gestão governamental, analista etc	120.183,10	5.418,52
Servidor das carreiras de ciência e tecnologia	109.270,29	7.492,59
Servidor das demais carreiras da admin. pública direta etc	63.022,26	3.530,38
Titular de Cartório	982.719,61	5.694,20
Dirigente, pres., diretor emp. indust., com. ou prest. serv.	33.371,66	816,54
Presidente e diretor empresa pública e soc. economia mista	52.149,82	1.324,68
Gerente ou superv. empresa indust., comerc. ou prest. serv.	61.048,72	1.869,49
Gerente ou superv. empresa pública e soc. de economia mista	111.527,39	4.951,09
<b>Médico</b>	<b>169.927,62</b>	<b>6.387,81</b>
Odontólogo	69.577,45	2.864,15
Enfermeiro nível sup., nutricionista, farmacêutico e afins	55.567,15	2.362,42
Fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e afins	39.597,64	1.650,14
Psicólogo e psicanalista	50.968,85	2.598,30
Trabalhador dos serviços de saúde	43.650,76	2.210,01
Professor do ensino superior	110.225,68	5.265,34

# Consequências

## Sistemas de Saúde Impacto sobre a Saúde e Cidadania

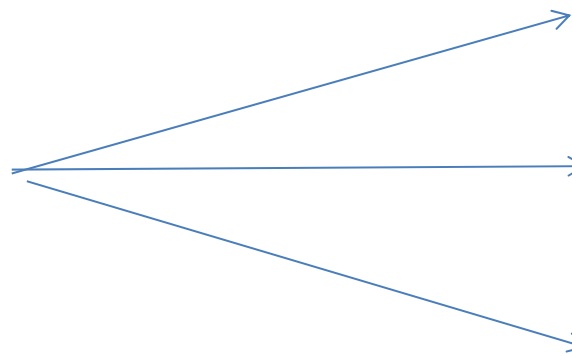
Brasil:

Diferenciais Significativos entre o Desempenho da Economia e Indicadores Sociais

Marcantes Desigualdades Renda e de Indicadores de Saúde/ Inter-Regionais/ Intra-Regionais

Setor Privado É um Vetor de Acentuação de Desigualdades?

O Setor Privado na Saúde e Geração de Desigualdades



Setor Privado Autônomo

Setor Privado Conveniado Contratado pelo SUS

Setor Privado Subsidiado com \$ Públicos para Atendimento de Parcelas da População

## AGENDA OFICIAL



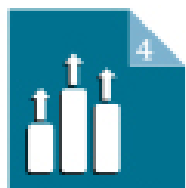
1  
Garantia de acesso e  
qualidade assistencial



2  
Sustentabilidade  
do setor



3  
Relacionamento  
entre operadoras  
e prestadores



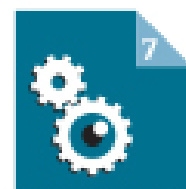
4  
Incentivo à  
concorrência



5  
Garantia de acesso  
à informação



6  
Integração da Saúde  
Suplementar com o SUS



7  
Governança Regulatória



## AGENDA OCULTA

- Planos populares (veio à tona)
- Segmentação
- Desregulamentação
- Liberação de reajustes dos planos individuais
- Anistia de multas
- Não pagamento do ressarcimento ao SUS
- Isenções e subsídios públicos
- Financiamento de campanhas
- Porta giratória (ANS e mercado)

# Consequências

O Setor Privado na Saúde e  
Geração de Desigualdades

## **Políticas de Oferta**

(sistemas universais)

- Inovação Tecnológica
- Aumento Capacidade Instalada Pública
- Qualidade da Formação Médicos

## **Políticas de Demanda**

(sistemas orientados pelo mercado)

- Subsídios e Deduções Fiscais para Planos Privados de Saúde
- Redução da Abrangência da Cobertura e Preços dos Planos



Só mais  
uma  
bobagem?

cotidiano

aedes | r

6 de julho de 2016

## Ministro da Saúde defende plano de saúde 'popular' para aliviar o SUS



A fé move  
montanhas  
(sobre  
efetividade  
da pílula do  
câncer)

Homens usam  
menos serviços  
porque  
trabalham  
mais que  
mulheres

Pacientes  
de unidades  
básicas  
imaginam  
doenças

Convênio  
com o SUS e  
ressarcimento  
no "balcão"

Tamanho do  
SUS precisa  
ser revisto. E a  
Constituição  
alterada.

**PORTARIA Nº 1.482, DE 4 DE AGOSTO DE 2016**

Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível.

Art. 2º Compete ao Grupo de Trabalho de que trata o art. 1º:

I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível;

II - realizar estudos de impacto financeiro de implantação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; e

III - apresentar proposta de Projeto de Plano de Saúde Acessível, considerando os resultados dos estudos e discussão realizados pelo Grupo de Trabalho.

Art. 3º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições:

I - Ministério da Saúde;

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e

III - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

§ 1º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será coordenado pelo representante do Ministério da Saúde.

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao III do caput serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos ao Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º A Coordenação do Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades deste Grupo de Trabalho.

§ 4º Os produtos resultantes das atividades desenvolvidas no âmbito do Grupo de Trabalho serão consolidados e comporão o relatório final de atividades do Grupo de Trabalho.

Art. 4º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível terá prazo máximo de duração de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

## O que se sabe...

Declarações na imprensa

Grupo de Trabalho (prorrogação)

Propostas de segmentos (sem consenso)

Manifestos contrários

## De fora da formulação

Usuários, médicos, prestadores, gestores do SUS

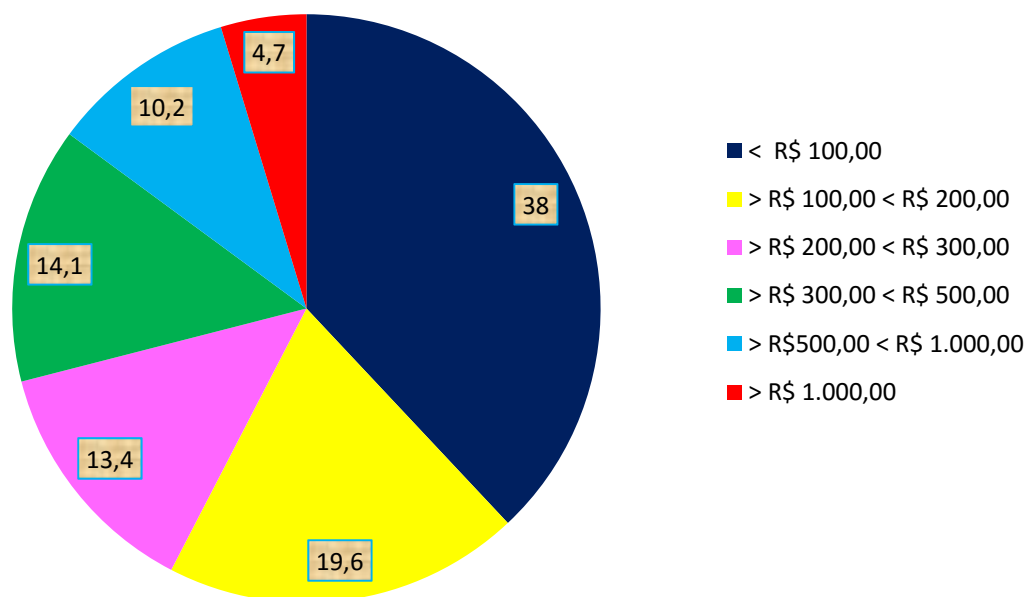
Câmara de Saúde Suplementar)

Comissão de Saúde Suplementar (CNS)

Consulta pública (?) Legislativo (?)

# Os planos atuais são caros?

Proporção de Titulares de Planos Privados por Faixa de Valor da Mensalidade, Brasil 2013



## Em 2013

Aproximadamente 60% custavam MENOS que R\$ 200,00

Aproximadamente 30% custavam MAIS que R\$ 300,00

Ano	IPCA	Reajuste ANS
2013	5,91	9,04
2014	6,41	9,65
2015	10,67	13,55

Fonte: IBGE, 2015. Pesquisa Nacional de Saúde.  
Elaboração: própria

Mesmo com reajustes não haveria mudanças significativas entre as faixas de preços

# Os planos atuais são caros?



**R\$ 200,00**

valor médio do plano familiar

18%	<b>Até R\$ 50,00</b>
11%	<b>+ de R\$ 50 a R\$ 100,00</b>
20%	<b>+ de R\$ 100 a R\$ 200,00</b>
10%	<b>+ de R\$ 200 a R\$ 300,00</b>
24%	<b>+ de R\$ 300,00</b>
6%	Não paga nada (dependente)
10%	Não sabe

Fonte: P.15 (**PARA TODOS**) Você possui algum plano ou seguro saúde atualmente, seja como titular ou dependente? Veja que eu estou perguntando sobre plano de saúde de empresas particulares e não do SUS ou de atendimento público municipal ou estadual gratuito (**SE SIM**) Como titular ou dependente? - Base : Total da amostra

Fonte: Pesquisa Datafolha/Interfarma - 2014

**+ baratos com controle de acesso aos serviços**

**Pouco difundidos, previstos desde 1998** (Artigos 2º e 3º da Resolução CONSU 08)

**Co-participação:** além da mensalidade, usuário paga parte da despesa de procedimentos

**Franquia:** valor em contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

*\*valor não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento*

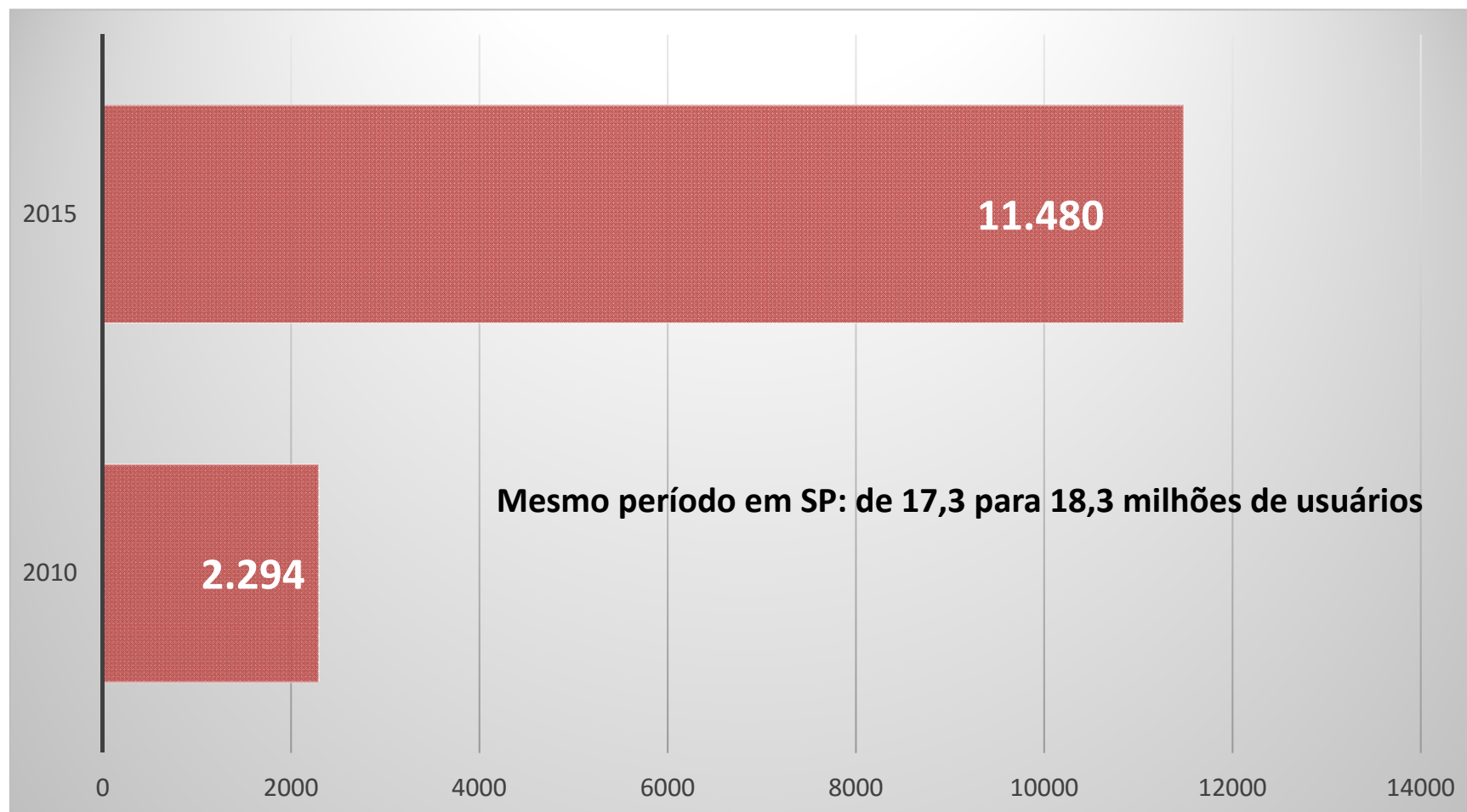
**Novas regras? Não há consenso...**

“A franquia de alto valor promove uma redução em torno de 12% a 15% dos gastos com saúde, nos Estados Unidos. Mas, por outro lado, não promove a melhora da saúde, uma vez que desestimula o beneficiário a se cuidar preventivamente.”

***Amitabh Chandra, membro do Comitê sobre Política de Saúde no Congresso Americano. Durante 21º Congresso da Abramge/2016***

## Judicialização contra planos: cresceu quase cinco vezes de 2010 a 2015

Ações Judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo julgadas em segunda instância pelo TJSP





# Quebra de Unimed

Unimed Paulistana

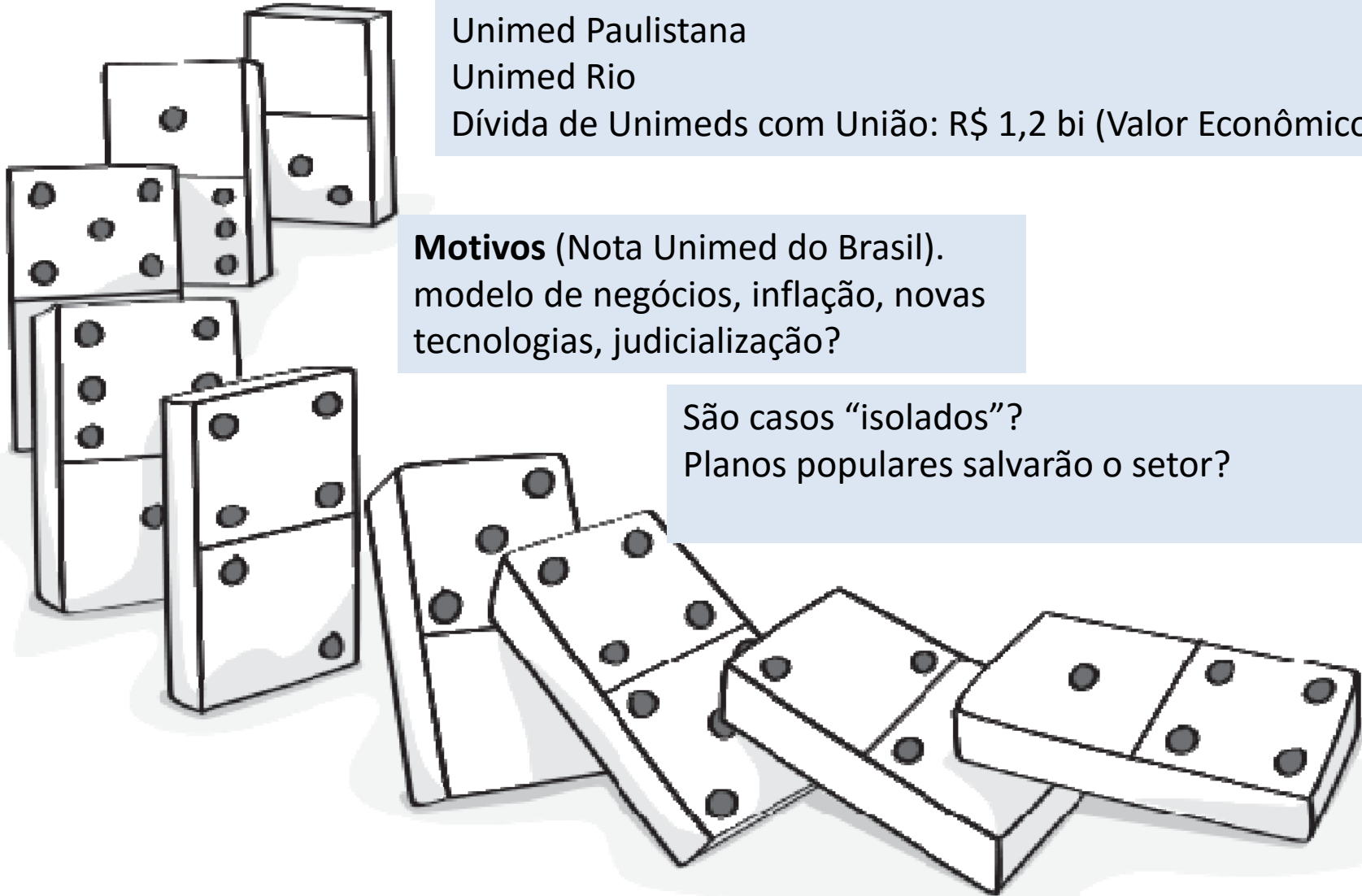
Unimed Rio

Dívida de Unimed com União: R\$ 1,2 bi (Valor Econômico)

**Motivos** (Nota Unimed do Brasil).  
modelo de negócios, inflação, novas  
tecnologias, judicialização?

São casos “isolados”?

Planos populares salvarão o setor?



## Considerações Finais

Sistemas de Saúde Impacto sobre a Saúde e Cidadania

Brasil:

Diferenciais Significativos entre o Desempenho da Economia e Indicadores Sociais

Marcantes Desigualdades Renda e de Indicadores de Saúde/ Inter-Regionais/ Intra-Regionais

Setor Privado É um Vetor de Acentuação de Desigualdades?

O Setor Privado na Saúde e Geração de Desigualdades



Setor Privado Autônomo

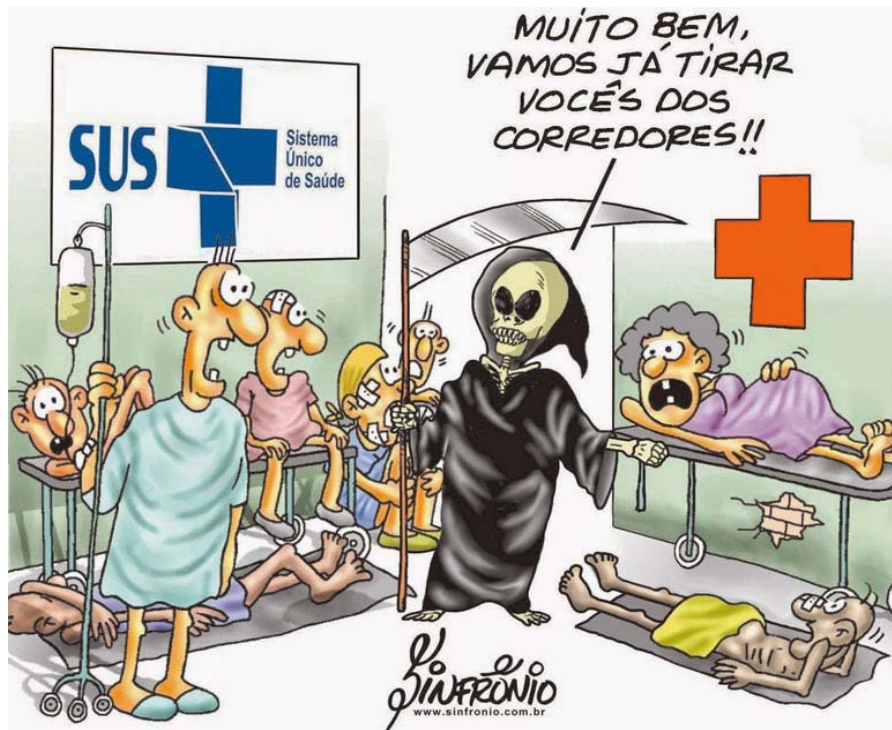
Setor Privado Conveniado Contratado pelo SUS

Setor Privado Subsidiado com \$ Públicos para Atendimento de Parcelas da População



# O SUS no Cotidiano dos Brasileiros

- ✓ Defesa do “modelo” “o que está no papel”
- ✓ Mobilização de milhares de secretários de saúde, conselheiros de saúde, vereadores, deputados, profissionais de saúde
- ✓ Manifestações sobre o desejo de ter um plano privado de saúde
- ✓ Esperança de um Sistema de Saúde Público Universal (experiências negativas com os planos privados)



## AGENDA OFICIAL

- Prazos para obtenção de consultas, exames e tratamentos SUS e Setor Privado

Lei tratamento neoplasias

- Mais unidades de saúde + médicos
- + faculdades de medicina

## AGENDA OCULTA

- Planos populares (veio à tona)
- Segmentação
- Desregulamentação
- Liberação de reajustes dos planos individuais
- Anistia de multas
- Não pagamento do ressarcimento ao SUS
- Isenções e subsídios públicos
- Financiamento de campanhas
- Porta giratória (ANS e mercado)

## **POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NOTA À SOCIEDADE E AOS MÉDICOS**

São extremamente graves e preocupantes as recentes medidas anunciadas pelo Governo nas áreas do ensino médico e da assistência em saúde, às quais exigem da sociedade civil organizada e dos tomadores de decisão atenção redobrada para evitar a adoção de rumos que comprometam de forma irremediável os avanços alcançados com a Constituição Federal de 1988.

Assim, a Plenária do Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua reunião de setembro, aprovou manifestação pública na qual exige que os órgãos de gestão busquem respostas para problemas que comprometem a qualidade da formação de futuros médicos pela abertura imprudente de escolas; expõem brasileiros a profissionais formados no exterior cujo grau de conhecimento e competência não foi formalmente atestado pelo Revalida; e distorcem os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) ao propor a criação de planos populares de saúde, possivelmente sem a inclusão de doentes crônicos e idosos, resultando em coberturas limitadas a consultas ambulatoriais e a exames subsidiários de menor complexidade.

Como forma de retomar o diálogo e demonstrar seu compromisso com o bem coletivo, o CFM defende a adoção pelo Poder Executivo das seguintes medidas:

1. A suspensão imediata do processo de abertura de novas escolas médicas no País, muitas delas sem as condições de promover o bom ensino e a capacitação de futuros médicos por falta de infraestrutura, inexistência de hospitais e campos de estágios, presença de corpo docente sem o necessário preparo; e ausência de um plano pedagógico consistente;
2. O preenchimento das vagas abertas na fase atual do Programa Mais Médicos apenas por médicos graduados no Brasil, detentores de títulos reconhecidos pelo Ministério da Educação e pelos Conselhos de Medicina, evitando-se expor a população à atuação de profissionais formados em outros países e que não foram submetidos ainda ao processo de revalidação de seus diplomas, exigência feita em países onde os governos expressam real preocupação com a qualidade da assistência oferecida;
3. O arquivamento definitivo do projeto de elaboração de planos de saúde com caráter popular, os quais apenas beneficiarão os empresários da saúde suplementar - setor que movimentou, em 2015 e em 2016, em torno de R\$ 180 bilhões, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - e não trará solução para as dificuldades do SUS.

Na expectativa de um novo governo e de uma nova cultura de proficiência, eficácia e probidade na Nação, as medidas recentes citadas representam perigosa distorção de legítimos anseios do povo brasileiro, que espera, na verdade, a adoção de medidas estruturantes para o SUS, como: o fim do subfinanciamento; o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão; a criação de políticas de valorização dos profissionais, como uma carreira de Estado para os médicos; e o combate à corrupção.

Somente a adoção de medidas dessa magnitude será capaz de devolver à rede pública condições de oferecer, de forma universal, o acesso à assistência segundo parâmetros previstos na Constituição de 1988 e com pleno respeito à dignidade humana. Assim, por ordem ética, moral e jurídica, em época de prosperidade ou recessão econômica, o futuro deve ser planejado e construído para ser justo!

*Brasília, 28 de setembro de 2016.*

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)**

**ligiabahia55@gmail.com**