

A saúde é uma das principais preocupações do brasileiro e também um dos maiores desafios do país. O Brasil investe em saúde pública um valor proporcionalmente inferior à metade do que gastam países desenvolvidos com serviços semelhantes ao SUS. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que mais da metade da conta da saúde de um brasileiro continua sendo arcada pelo bolso do paciente.

Em média, os gastos públicos nos países ricos chegam a ser mais de cinco vezes o que o Estado brasileiro oferece. Enquanto os recursos da União, de estados e municípios com a saúde pública representam 4,1% do PIB, a Espanha investe 7,1%, o Reino Unido, quase 8%, e o Canadá, 7%, por exemplo. Para especialistas, o baixo financiamento interfere diretamente na qualidade dos serviços.

Em congresso da área hospitalar, realizado em abril, a presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Ana Maria Costa, disse que as contas mostram que o sistema público não é prioridade. “O gasto público brasileiro é aquém de países com sistema universal”, disse. Para ela, a parcela mais pobre da população é a mais prejudicada. “A faixa mais pobre gasta mais com medicamentos, enquanto os que ganham mais gastam com planos. Temos um panorama que acirra a desigualdade social no Brasil”, disse.

Uma pesquisa feita pelo Datafolha a pedido do Conselho Federal de Medicina mostrou que pelo menos nove em cada dez pessoas estão insatisfeitas com os serviços de saúde no Brasil, tanto público como particular. Tanto que o próprio Ministério da Saúde enfrenta o aumento de despesas com o crescimento acelerado das ações judiciais. Nos últimos três anos, os gastos do Estado com a judicialização da saúde saltaram de R\$ 367 milhões em 2012 para R\$ 844 milhões em 2014; um aumento de 129%. As ações judiciais são motivadas pela falta de acesso a tratamentos no SUS e de medicamentos.

No mesmo congresso da área hospitalar, o representante da empresa Fortis Healthcare Limited, Narottam Puri, elencou os desafios do sistema de saúde na Índia, onde vivem mais de 1,2 bilhão de habitantes. “São os mesmos em todo o mundo: custos crescentes da assistência; mudança nos padrões de morbidade; pandemias; mais expectativas dos consumidores, visto que estes têm mais acesso a informação; carência de profissionais e; principalmente, envelhecimento populacional”, disse.

Desoneração da rede pública

O papel fundamental da saúde suplementar na manutenção das políticas econômicas ligadas ao setor e, principalmente, na desoneração de atendimentos na rede pública, são comprovadas por estatísticas da ANS. Segundo dados da agência, o potencial de contribuição dos planos de saúde no país é formado por 51 milhões de associados, investimentos de R\$ 105 bilhões ao ano com atendimento direto e geração de impostos na ordem de R\$ 1,8 bilhão ao ano, de acordo com os números de 2014. Somente os planos odontológicos registraram 1,13 milhão de beneficiários.

O ex-ministro da Previdência Social, José Cechin, comentou em um artigo publicado anos atrás que na década de 70 era devolvida parte da contribuição previdenciária às empresas que dessem assistência médica suplementar aos seus funcionários e dependentes. “As empresas abriam mão do direito à assistência médica realizada pelo extinto Inamps, que carimbava a carteira de trabalho “sem direito ao Inamps”, salvo para cirurgia cardíaca e microneurocirurgia”, escreveu.

Seu argumento era o de que o indivíduo que paga plano de saúde e usa serviços privados geridos e custeados por operadora desonera o sistema público. Da mesma forma, as empresas que organizam planos para seus colaboradores e familiares desonaram o SUS. “As empresas, assim como os indivíduos, não são obrigadas a terem plano de saúde. Se o fazem, é para manterem a

força de trabalho mais saudável e produtiva, pelo acesso mais expedito a serviços médicos”, escreveu Cechin.

Hoje, entretanto, o governo adota novas regras para se ressarcir pelos atendimentos prestados aos segurados pela rede privada que são atendidos no sistema público. O ressarcimento poderá chegar a R\$ 1,4 bilhão em 2015, referente à previsão de notificações, do que deve ser descontado percentual que as empresas de saúde possam vir a ganhar com recursos administrativos.

Segundo o ministro da Saúde, Arthur Chioro, não se trata de cobrar nada do usuário, mas fazer com que as operadoras devolvam ao SUS aquilo que é prestado para os seus clientes. Chioro ressaltou que o objetivo é gerar caixa para beneficiar o sistema público.

Para o presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Marcio Serôa de Araujo Coriolano, a saúde suplementar no Brasil passa por momento complexo. “Desafios impostos ao longo de 16 anos, desde que adotadas as exigências para ampla regulação das operadoras de planos e seguros de saúde, afunilam-se em um estreito de questões estruturais que requerem equacionamento urgente”, disse. Ele propõe ajustes em toda a cadeia produtiva da saúde.

Fonte: [CVG-SP](#), em 15.05.2015.