

Qual deve ser a cobertura dos serviços de saúde é uma das questões mais latentes e complexas em todo o mundo. Não é por menos. São muitos os vetores envolvidos na análise e implementação de novas tecnologias e procedimentos em saúde. Além da efetividade das incorporações nos diferentes sistemas, deve-se levar em conta uma série de fatores, como as transições etária, demográfica, epidemiológica e da própria tecnologia além, é claro, dos custos que envolvem as diferentes ferramentas.

Portanto, ampliar o debate e a conscientização tanto da sociedade quanto dos agentes envolvidos no setor é fundamental para a melhor tomada de decisão. É com esse objetivo que divulgamos o trabalho "[What should health insurance cover? A comparison of Israeli and US approaches to benefit design under national health reform](#)" (O que o plano de saúde deveria cobrir? Uma comparação das abordagens israelense e americana) na 22º edição do [Boletim Científico](#).

A pesquisa compara a abordagem dos EUA para a definição da cobertura de seguros privados de saúde com aquela adotada por Israel. A título de informação, em Israel, o governo federal é que decide o que é coberto pelos seguros de saúde. Já no caso estadunidense, o setor é fundamentado por meio de um complexo arranjo entre os principais interessados: o governo federal, os governos estaduais e o segmento de planos de saúde. Isso faz com a cobertura apresente uma ampla variação entre os Estados e até mesmo dentro de mercados específicos dentro de um mesmo Estado.

O estudo destaca uma importante especificidade do segmento no caso de Israel, que possui três elementos no processo de determinação da cobertura mínima (Essencial Health Benefit EHB). A saber: a seleção de um ponto de partida para definir a cobertura, identificando um plano médio seja em base Nacional ou Estadual; formulação do custo esperado da cobertura desse EHB; e, por último, a criação de mecanismos para atualizar o EHB dentro de um orçamento predefinido.

No Brasil, a última atualização do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS entrou em vigor no dia 02 de janeiro. Como já destacamos, a ampliação do rol traz um incremento de gastos para o segmento suplementar que precisa entrar nas discussões, seja fornecendo subsídios para os tomadores de decisão ou ainda para informar a sociedade acerca do tema.

Para se ter uma ideia, o estudo "[Estimativas de Custo de Impacto de Tecnologias da Despesa Assistencial](#)", desenvolvido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), avaliou 16 das 26 tecnologias sugeridas durante a última consulta pública e concluiu que essas incorporações representariam um avanço de R\$5,4 bilhões nos custos das operadoras, representando 4% do total das despesas assistências de 2016.

Como foi apresentado no [TD 56 "A avaliação das tecnologias em saúde e as suas incorporações no sistema de saúde nacional e em internacionais"](#), apesar de algumas discussões sobre a utilização de estudos de Avaliação de Tecnologia em Saúde para a definição do rol de procedimentos, não há nenhuma formalização da Agência regulatória da obrigatoriedade de apresentação de estudos para a incorporação das tecnologias no setor suplementar de saúde, como acontece no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, é necessária a promoção de um debate mais sensato, não polarizado acerca do tema. É incorreto pensar que as despesas são apenas das operadoras de planos de saúde, já que toda a sociedade é impactada com a constante escalada dos custos em saúde.

Fonte: IESS, em 26.06.2018.