

Definir, identificar e reduzir o desperdício no setor de saúde é um desafio global e envolve uma série de agentes, políticas e esforços conjuntos. Por mais que já tenha se tornado um tema frequente em nossas publicações, o tema não é específico do caso brasileiro e ainda requer uma série de medidas para seu maior enfrentamento no país.

Nesse mesmo anseio de redução do desperdício para garantir a sustentabilidade do sistema em diferentes modelos, especialistas têm debatido o assunto em âmbito global. Sendo assim, alguns formuladores de políticas e pesquisadores sugerem que seguros com ampla cobertura podem levar ao uso excessivo dos serviços em saúde.

É nesse sentido que planos que se utilizam de fator moderador (coparticipação ou franquias) ou gerenciamento da utilização podem reduzir o desperdício ao restringir o uso dos serviços de baixo valor orientado pela demanda.

Com o objetivo de verificar se existe relação entre o uso excessivo de serviços de saúde e as características do plano do beneficiário, o trabalho [“Overuse and Insurance Plan Type in a Privately Insured Population”](#) (Tipo de plano de saúde e sobre utilização de uma população com seguro de saúde privado) publicado na [22ª edição do Boletim Científico](#) usou dados de 2009 a 2013 de três grandes seguradoras de planos de saúde nos EUA.

Desse modo, os planos de Health Maintenance Organizations (HMO), que possuem fator moderador, registraram um significativo menor uso em todos os serviços avaliados, como exame de vitamina D, exame de imagem para dor lombar e exames cardíacos.

Entre os demais resultados, importante ressaltar a associação entre a maior utilização de procedimentos em planos de alta franquia e a falta de coordenação da atenção primária dentro do sistema de saúde – significativamente associada a maiores taxas de uso excessivo.

Produtos fundamentais para ampliar o acesso do plano de saúde, planos com franquias e coparticipação estão associados com o uso mais racional dos serviços de saúde – item básico do receituário para minar a escalada dos custos com saúde ao lado das demais soluções necessárias ao sistema, como mudanças no modelo de pagamento aos prestadores, comprovação da efetividade das novas tecnologias a serem incorporadas, entre outros.

Essa preocupação reflete também em [diversas iniciativas](#), como o movimento internacional Choosing Wisely, que levantou cerca de 200 procedimentos em saúde de benefício questionável para o paciente (foram exames, procedimentos e intervenções médicas em várias áreas da saúde), contribuindo para a ampliação do debate da superutilização dos serviços de saúde.

Não custa lembrar o nosso esforço para a criação de conhecimento e ferramentas quanto ao tema. O TD 62 – “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil” apresentou os impactos de práticas fraudulentas e as experiências bem-sucedidas de combate. Os números acendem um alerta: aproximadamente 19% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no país foram consumidos por desperdícios e fraudes, ou seja, cerca de R\$25,5 bilhões no ano de 2016.

Quer saber mais sobre planos com fator moderador, [veja nossa área temática](#).

Fonte: IESS, em 07.08.2018.