

Como já falamos em diferentes momentos, nossa atuação passa por diferentes ações na criação de conhecimentos e ferramentas para o desenvolvimento da saúde suplementar no País. Nesse sentido, temos papel fundamental no muniçamento da imprensa nacional com informações de embasamento técnico-científico sobre temas latentes ao setor.

Publicada hoje no UOL, a reportagem “Conta não fecha” mostra importantes questões e alertas que repercutimos periodicamente em nossos estudos e publicações, como envelhecimento da população, desperdícios, avaliação de tecnologias e outras questões.

Para tanto, a reportagem aponta dados sobre a variação dos custos médico-hospitalares no Brasil e no mundo com dados que apresentamos no [TD 69 – Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional](#). O índice VCMH é o principal indicador usado mundialmente para aferição de custos em sistemas de saúde (públicos ou privados). Nossa estudo inédito analisou dados de três das principais consultorias que apuram o comportamento do VCMH no mundo (Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson) e traçou, pela primeira vez, um panorama geral e integrado da VCMH no mundo. Entre os resultados mais importantes está o fato de a VCMH do Brasil ter seguido um padrão global de comportamento, similar ao encontrado inclusive nas economias mais desenvolvidas e estáveis. Por exemplo, a VCMH do Canadá é 4,2 vezes superior à inflação geral da economia local, segundo um dos critérios aplicados, enquanto a proporção brasileira, pelo mesmo parâmetro, é de 2,8 vezes.

A reportagem ainda traz uma importante nuance do setor de saúde que vai além do envelhecimento e da incorporação de tecnologias. “No ano passado, a soma das internações, exames e consultas feitas por usuários dos planos chegou a R\$ 145,4 bilhões. Deste valor, 19% corresponderam a desperdícios e fraudes, ou R\$ 27,8 bilhões. Em 2016, as fraudes chegaram a R\$ 14 bilhões”, mostra a publicação repercutindo os dados presentes no estudo [“Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar”](#), atualização do [Texto para Discussão nº 62 – “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil”](#) que apresenta uma projeção baseada em estudos técnicos a partir da revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e brasileiros sobre fraudes na saúde. “Como tem de ocupar os leitos disponíveis, mandam internar sem necessidade. Além dos custos que sobem, o paciente é exposto a infecções”, disse Raquel Marimon, presidente da consultoria Strategy, em entrevista ao portal.

Uma das soluções para esse problema, como mostrou a reportagem, foi encontrada pela África do Sul. “Os índices de corrupção e desperdício minguaram quando seus planos de saúde passaram a pagar clínicas e hospitais conveniados por resultado no atendimento e não por volume de trabalho, como acontece no Brasil. Desde então, as clínicas precisam provar que o paciente melhorou de saúde após o tratamento. Por aqui, ‘o hospital ainda é remunerado por demanda: dias de internação, uso de material, consumo de recursos e horas profissionais’, detalha Marimon”.

O modelo sul-africano também foi melhor explicado por Luiz Augusto Carneiro, que mostrou que em 2002, os reajustes anuais variavam de 11% a 15% quando um novo modelo de remuneração começou a ser debatido. “Em 2014, o reajuste médio caiu para 8%”, explicou.

Vale a pena ler a reportagem na íntegra no [Portal UOL](#).

Fonte: IESS, em 17.09.2018.