



“Inflação da saúde”, grande desafio socioeconômico

LUIZ ROBERTO CUNHA

Costumo dizer aos meus alunos que, talvez, só exista uma “verdade” em Economia: a “Lei da Oferta e da Procura”, pilar fundamental da Teoria de Preços.

Não se trata de uma visão liberal lembrar que não se justificam intervenções nos preços, a não ser em casos específicos, quando mercados imperfeitos exigem algum tipo de regulação, distorcendo os mecanismos de ajuste nos preços. Também não é ser liberal lembrar a frase “não existe almoço grátis”, de Milton Friedman, verdade insofismável, em relação à questão básica da Economia, que é a ciência que busca enfrentar o problema da escassez.

Há desequilíbrio entre a busca de bens e serviços provenientes de desejos e necessidades humanas e a disponibi-

lidade de fatores de produção para atendê-los. É claro que distorções na alocação de recursos também exigem regulação, mas sempre haverá um “custo”. Na saúde suplementar, o crescimento acentuado dos “custos” para atender às demandas da sociedade é um excelente exemplo de que “não existe almoço grátis”.

É com esse entendimento que devemos analisar uma das questões mais importantes para o Brasil de hoje e, especialmente, o de amanhã. Um grande desafio socioeconômico, junto com a reforma da previdência, para as futuras gerações. Assim, governo, congresso, Judiciário, empresas e famílias, todos precisamos entender bem o que é esse desafio, principalmente porque, como a questão fiscal tende a limitar os gastos nos sistemas públicos de saúde, a

importância dos planos de saúde suplementar para atender uma parcela significativa das pessoas será cada vez maior. Desta forma, a ampliação das diferenças entre os “custos da saúde” e a inflação torna-se uma questão que precisa ser bem analisada, em relação às suas causas, para que medidas intervencionistas, que podem desorganizar o setor com prejuízos para todos, sejam evitadas.

Entre 2013 e 2018, a variação do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA) foi de 39%, enquanto o item “planos de saúde”, muitas vezes referido como “inflação da saúde”, variou 82%. Essa diferença é apontada como a evidência de que o reajuste dos planos de saúde é o vilão da inflação. Para entender essa questão devemos considerar que tal variação é um dos gastos do consumidor na sua cesta de compras de itens de saúde. Ou seja, o IBGE corretamente a leva em consideração quando faz a pesquisa de preços. Porém, os planos de saúde são o único item coletado nos índices de preços ao consumidor, cujas porcentagens, ao contrário dos demais itens, retratam preços e quantidades... Explicando melhor, no cálculo da inflação através de índices de preços ao consumidor (IPCA, INPC ou qualquer outro) temos apenas médias de preços de bens e serviços, mas no caso dos planos de saúde incluem-se aquelas ligadas a preços e quantidades. Isso porque o aumento da frequência da utilização *per capita* e de serviços é parte importante da variação dos “custos”, como analisaremos a seguir.

A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Lei 9.656/98 definiu o plano privado de assistência à saúde da seguinte maneira:

A prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente as expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

É importante assinalar que a partir dessa definição desprende-se que o modelo de plano de saúde traz uma diferença significativa do seguro tradicional: a ausência de limite financeiro.

Entre alguns dos principais pontos da legislação, destacam-se: a) proibição da rescisão unilateral dos contratos por parte das operadoras; b) controle governamental dos reajustes de preços dos planos de saúde individuais; c)

proibição de seleção de risco por doença ou lesão preexistente; c) regulamentação das coberturas mínimas obrigatórias; d) controle atuarial de preços de venda dos planos; e) regras de entrada, operação e saída de operadoras; f) preços limitados pela regra de faixas etárias; e g) regulamentação dos períodos de carência.

Muitas vezes o termo “saúde suplementar” é utilizado para fazer referência aos planos de saúde, ou seja, às operadoras. No entanto, convém observar que estas são parte integrante de uma longa cadeia produtiva que engloba os prestadores de serviços assistenciais (hospitais, médicos, dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos, laboratórios etc.), os quais, por sua vez, estendem essas relações ao setor produtor de insumos médicos (medicamentos, materiais) e de equipamentos.

Atualmente, aproximadamente 24% da população brasileira têm planos de saúde suplementar. Ao todo, 47 milhões de pessoas estão cobertas pelo segmento que suplementa o atendimento público em saúde. A entrega de serviços também deve ser objeto de análise. Em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS), mantido com a contribuição compulsória dos brasileiros, realizou 7,5 ressonâncias nucleares magnéticas e 32,9 tomografias computadorizadas por grupo de mil habitantes. O número de consultas *per capita* foi de 3,3 atendimentos. Já a saúde suplementar somou, no mesmo período, 167,4 ressonâncias e 156,4 tomografias por mil beneficiários. No setor privado, foram 5,8 consultas *per capita* – dados que em muitos casos aproximam-se e até superam os dos países desenvolvidos, em termos de contraprestações.

REGULAÇÃO DE PREÇOS E REAJUSTES

No modelo de regulação dos planos de saúde não há preço de entrada estabelecido, mas os reajustes subsequentes, no caso dos planos individuais, são controlados. O preço inicial dos planos de saúde individuais precisa ser submetido à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para evitar práticas comerciais danosas ao consumidor e verificar o adequado ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Dessa forma, o valor das mensalidades deve ser adequado ao risco que o segurado representa, considerando que todos os beneficiários do plano naquele grupo pagarão mensalidades iguais, correspondentes aos riscos desse grupo. O único fator previsto na normatização dos planos de saúde para a composição dos consumidores é a idade (faixas etárias), sendo vedados outros que possam influenciar o risco (gênero, hábitos de vida, ocupação profissional etc.). Portanto, é o perfil etário do risco, entre outros fatores relacionados à cobertura e rede contratadas, que define a estrutura dos preços dos planos de saúde.

No final de 2018, a ANS estabeleceu uma nova metodologia de cálculo para definir o índice de reajuste anual de planos de saúde individuais. Este novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) se baseia na variação das despesas médicas das operadoras nos planos de saúde individuais e na inflação geral da Economia. A nova fórmula substituiu a que vigorou desde 2001, a qual considerava a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Entretanto, sabemos que, quanto mais idosa é a pessoa, em geral são mais necessários e frequentes os cuidados com a saúde, daí ser autorizado um reajuste por faixa etária. Essa correção da mensalidade visa a compatibilizar o preço pago pelo consumidor à sua faixa de risco, permitindo que pessoas com uma mesma faixa etária estejam em um mútuo similar. Alguns indivíduos podem ter maiores necessidades, enquanto outros, menores. O mutualismo funciona, nesses casos, permitindo que aqueles com menor uso possam pagar pelas demandas dos que precisaram de serviços de saúde.

A ANS não define percentual máximo de reajuste para os planos coletivos por entender que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que, naturalmente, tende a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante. O reajuste dos planos coletivos é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, fundações, associações e outros.

“INFLAÇÃO SAÚDE” OU “CUSTOS DA SAÚDE”

Não há dúvida de que um atendimento de saúde pública de qualidade, provida pelo Estado de forma gratuita, é um desejo de toda sociedade. Infelizmente, isso não é possível, na maior parte dos países, mesmo aqueles como o Reino Unido, onde os serviços públicos na saúde já foram considerados de alto padrão. Uma das razões para essa situação são os “custos da saúde”. A evidência internacional é muito clara nesse aspecto. Tais custos têm ido muito acima da inflação geral em todo o mundo, e há as crises dos sistemas de atendimento à população, mesmo em países como os EUA, onde temos uma elevada participação privada, através de seguradoras e de operadores da saúde suplementar. Aliás, a crise da saúde nos EUA tem sido um enorme desafio, tanto para governos democratas, com a “falência” do “Obamacare” e crescimento dos “custos” e das parcelas desassistidas da população, como para o atual governo republicano, que não consegue aprovar no Congresso um novo sistema para *repeal and replace* o modelo proposto por Barack Obama.

O que se denomina de “inflação da saúde” representa os custos dos tratamentos, principalmente quando os beneficiários dos planos individuais ou coletivos são internados

para tratamento médico-hospitalar. Assim, temos gastos das operadoras em bens e serviços para atender aos problemas de saúde dos beneficiários: remédios, material hospitalar, remuneração dos profissionais de saúde, custos da internação nos hospitais, clínicas e exames de todos os tipos. Ou seja, uma complexidade de custos específicos do tratamento médico-hospitalar de doença e acidentes. Porém, há uma questão essencial nesses tratamentos: os estudos mostram que, por diversas razões, são exigidos cada vez mais serviços. A “inflação da saúde” são os próprios custos básicos do setor de saúde suplementar e os principais dos planos de saúde (denominados “despesas assistenciais”), que envolvem aspectos administrativos, financeiros e, como qualquer atividade econômica privada, remuneração do negócio.

DINÂMICA DOS CUSTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O economista Sandro Leal, um dos maiores especialistas nesse tema, em seu livro “Regulação, fundamentos e desafios da saúde suplementar no Brasil” (editado em 2015 pela Escola Nacional de Seguros), observa que, como em todo setor econômico, os custos da saúde suplementar são impactados tanto pelo lado da demanda quanto da oferta. Entretanto, talvez nenhum setor possua tantos fatores que afetem a dinâmica dos seus custos.

Inicialmente é importante lembrar que, como explicado acima, o financiamento de um plano ou de um seguro de saúde precisa se basear no mutualismo, ou seja, a divisão do risco por um grande número de pessoas. Nos planos de saúde, se a maior parte dos participantes possuir maior risco (como os idosos), não existe essa divisão. Conforme diversos estudos¹ têm demonstrado, o custo assistencial médio cresce significativamente quanto mais idoso for o paciente.

Pelo lado da demanda, o principal fator, assim como no caso da previdência, é o envelhecimento da população, que aumenta significativamente a busca por assistência médica, numa atividade cuja viabilidade financeira, num regime de repartição de riscos, exige que haja um razoável equilíbrio entre jovens e idosos. Os demais importantes fatores são: a) transição epidemiológica, que a sociedade brasileira vem atravessando e que alterou tanto a incidência como os tipos de doenças que afetam a população e que, em geral, exigem um tratamento de custo mais elevado; b) seleção adversa, que, nesse contexto, representa uma entrada nos planos de indivíduos com maior probabilidade de utilização (risco assistencial);

¹ Ver referências bibliográficas.

A “inflação da saúde” são os próprios custos básicos do setor de saúde suplementar e os principais dos planos de saúde (denominados “despesas assistenciais”), que envolvem aspectos administrativos, financeiros e, como qualquer atividade econômica privada, remuneração do negócio.

c) *moral hazard*, nesse caso representando a situação na qual, estando coberto por um plano, um dos agentes econômicos se torna negligente no que se refere às necessárias precauções, seja o prestador, eximindo-se da responsabilidade pela atenção, seja o segurado, tendo um modo de vida irresponsável em relação à própria saúde e gerando um estímulo ao uso excessivo dos serviços, provocado pela presença do plano ou seguro; e d) o aumento das coberturas obrigatórias mínimas, estabelecidas pela legislação e revisadas, em geral, “para cima” pela ANS, além das frequentes demandas judiciais, garantindo novos procedimentos e acarretando custos maiores.

É importante ressaltar que, na seleção adversa e no *moral hazard*, esses “custos” são, de certa forma, incentivados pela legislação: esta proíbe a seleção de riscos, padronizando contratos e desaprovando limites de utilização, o que gera aumento da demanda pelos serviços.

Pelo lado da oferta, os principais fatores são: a) surgimento e a incorporação acelerada de novas tecnologias. Ao contrário de outros setores econômicos, não necessariamente há redução dos custos de produção. Há equipamentos cada vez mais sofisticados e intensivos em tecnologia, exigindo mão de obra mais qualificada, com remuneração mais alta, novos medicamentos e materiais, que muitas vezes não substituem os antigos, mas se agregam a eles, ampliando o leque de opções e também os custos; e b) assimetria de informações, pois os pacientes têm pouca ou nenhuma noção sobre a quantidade de serviços de que necessitam, enquanto os prestadores de serviços possuem ampla gama de informações e o poder de induzir a clientela a demandar serviços, mesmo quando desnecessários, mas muitas vezes indo ao encontro dos desejos dessas pessoas, que se sentem mais bem atendidas se um maior leque de serviços lhes é dispensado. Esse componente dos “custos” é potencializado pelo mecanismo de remuneração, que tende a gerar um ciclo vicioso, com a oferta criando a sua própria demanda, uma vez que profissionais

de saúde têm poder de decisão sobre os tratamentos que devem ser realizados. A experiência internacional demonstra que, quanto maior a oferta de serviços médicos, maior é a demanda – e, por consequência, os custos. É importante assinalar que importantes hospitais de referência no Brasil, para determinados procedimentos de custo elevado, exigem aprovação de junta médica para sua execução. Poderíamos acrescentar problemas de fraudes, abusos e desperdícios que, infelizmente, são frequentes.

Ao combinarmos essas pressões de demanda e oferta, com a redução da renda disponível da população e as restrições orçamentárias das empresas, especialmente em períodos de crise econômica, como temos vivido no Brasil nos últimos anos, temos um dos fatores mais importantes para avaliar a crise da saúde suplementar no Brasil. ●

LUIZ ROBERTO CUNHA

Professor de Economia e Decano do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio, membro do Conselho Consultivo do Sistema Nacional de Índices de Preços e do Comitê de Economia do Mercado da CNseg. lirac@puc-rio.br

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 31 out. 2019.

MEARA, Ellen; WHITE, Chapin; CUTLER, David M. Trends In Medical Spending By Age, 1963-2000. **Health Tracking**, v. 23, n. 4, 2004.

SESHAMAM, M.; GRAY, A. The Impact of Aging on Expenditures in National Health Services. **Age and Aging**, n. 31, p. 287-294, 2002.

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Pesquisa 2017-2018**. Disponível em: http://unidas-org-br.hostoo.net/wp-content/uploads/2019/10/AF_Pesquisa_UNIDAS_web_180724.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.