

CUSTOS DA SAÚDE

Fatos e interpretações

Uma iniciativa:



SUMÁRIO

Sumário executivo	5
Apresentação	6
Introdução: os custos, os preços e o valor da saúde privada no Brasil	7
Os custos e os elos da cadeia produtiva da saúde privada	8
Evolução dos preços pagos pelo consumidor final vs. evolução dos gastos com saúde	10
As despesas das operadoras de planos de saúde e a Variação de Custos Médico-Hospitalares - VCMH do IESS	18
As receitas e as despesas dos hospitais	23
A participação dos medicamentos na saúde privada	26
Qualidade, custos e tecnologia	27
Desafios e tendências do setor	28
Quais elementos, então, pressionam os custos na saúde privada?	32
É possível resolver a equação?	34
Resumo com perguntas e respostas	35

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os custos da saúde têm subido constantemente e ameaçam a sustentabilidade do sistema como um todo.

Os preços da saúde têm crescido de forma mais acelerada do que a inflação geral. De toda a cadeia, são os preços dos planos de saúde os que têm registrado a maior elevação.

Os aumentos de custos totais da saúde ocorrem, em grande medida, por conta de um aumento da frequência de uso, que é decorrente de uma gestão inadequada da saúde populacional.

O atual modelo de remuneração predominante na saúde, o *fee-for-service*, também pode estimular o aumento de custos, tornando urgente a discussão sobre uma transição para uma forma de remuneração que passe a privilegiar qualidade, eficiência e os melhores desfechos clínicos para os pacientes.

Embora as novas tecnologias possam representar aumento de custos, elas têm importante papel na saúde da população e sua utilização racional, portanto, deve ser estimulada.

Fatores como o envelhecimento da população e a mudança no perfil epidemiológico também pressionam fortemente os custos da saúde.

Há uma imprecisão de conceitos entre inflação e custos no setor, que é provocada inclusive pela divulgação de índices pouco representativos, como a Variação de Custos Médico-Hospitais – VCMH do IESS.

Fraudes e desperdícios são parcela importante dos custos da saúde e devem ser combatidos. Não há evidências, porém, que estejam aumentando ou que sejam responsáveis pelos aumentos de custos da saúde.

Todos os elos da cadeia têm responsabilidade de promover a eficiência e a melhor alocação de recursos no sistema e cada um deles pode tomar ações para melhorar a atenção prestada à população.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

O futuro da saúde no Brasil desperta preocupação, seja pela falta de recursos no setor público, seja pelas pressões crescentes de custo no segmento privado, que responde por 24,5% da população atendida e quase 60% dos gastos com saúde no País.

O setor privado tem um papel fundamental na assistência à saúde da população brasileira. A sua atuação atende quase um quarto da população. Assim, o problema dos custos crescentes – e, por consequência, a sustentabilidade da saúde privada no Brasil – são de vital interesse para todo o País.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) entendem que o enfrentamento do problema começa pelo método. Ou estamos todos juntos, entendendo que não haverá soluções apenas para alguns, ou ficaremos presos ao jogo da transferência de responsabilidades enquanto a crise se agrava, com aumento das dificuldades financeiras e de gestão do setor público, perda de eficiência e sustentabilidade no setor privado e, acima de tudo, o aumento do drama diário dos brasileiros decorrente da falta de acesso e qualidade da assistência à saúde.

Mas o diálogo entre os setores não é apenas um método. É também a única forma de reconhecermos que, apesar dos grandes avanços, o setor apresenta problemas estruturais e o envelhecimento da população é apenas um dos enormes desafios que o sistema de saúde brasileiro terá que enfrentar nos próximos anos.

O objetivo deste documento é, assim, estabelecer um diálogo, de forma construtiva, e debater temas sensíveis da saúde como acesso, qualidade, avanços tecnológicos, custos financeiros e sociais, apresentando os elos que compõem a cadeia da saúde privada no Brasil, explicando qual o papel e o peso de cada um desses atores na composição de custos da saúde no País.



OS CUSTOS, OS PREÇOS E O VALOR DA SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

Apesar da alta carga tributária brasileira, a saúde não tem sido prioridade nos investimentos públicos.

Diante da importância da saúde para a qualidade de vida dos brasileiros, os serviços privados ganharam um papel central na organização do sistema de saúde do País.

O sistema privado, porém, é complexo, envolvendo operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos, entre outros.

Os seguidos aumentos de custos das operadoras e os elevados reajustes dos preços dos planos pagos pelos beneficiários vêm acirrando o debate em torno de quem seria o responsável pelo encarecimento da saúde privada, sendo que fornecedores e prestadores de serviço são recorrentemente apontados pelas operadoras como os grandes responsáveis.

O objetivo deste trabalho é justamente fazer uma separação e um esclarecimento à sociedade sobre a origem dos custos. Sem esclarecer isso, bem como muitos conceitos utilizados de forma equivocada, não há como debater seriamente a questão nem buscar solução para a ampliação do acesso e a melhoria da saúde do brasileiro.

Termos como “custos da saúde” ou “inflação médica”, por exemplo, embora frequentes nas páginas dos jornais, nas apresentações e posicionamentos em seminários da área e nos discursos e propostas de políticos, não conseguem dar conta de toda a complexidade envolvida na prestação de serviços de saúde privada, levando, recorrentemente, a conclusões equivocadas a respeito dos verdadeiros desafios do setor.

O que são, afinal, custos da saúde? São as despesas das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviços? Os valores pagos pela população às operadoras de planos de saúde? As despesas dos hospitais com fornecedores? Ou os custos de

produção destes fornecedores?

Como na maioria das questões complexas, também não há respostas simples para o problema dos custos da saúde, que não é apenas brasileiro, mas um problema mundial.

Diversos indicadores, de fato, apontam que os preços da saúde têm crescido mais rapidamente do que nos outros setores, e que a despesa total tem crescido de forma ainda mais acelerada.

Por que isto ocorre? O que, afinal, está por trás destes aumentos? De onde vêm as tais pressões de custo na saúde? Para responder a estas e outras questões, antes de tudo, é

Como na maioria das questões complexas, também não há respostas simples para o problema dos custos da saúde, que não é apenas brasileiro, mas um problema mundial

preciso compreender toda a cadeia envolvida na prestação de serviços privados de saúde no Brasil.

Em um mercado privado de bens ou serviços, o preço de venda é dado pela soma dos custos e de uma determinada margem de lucro. Em uma cadeia produtiva, o que é receita para um elo representa custo

para o elo seguinte.

Quando estamos falando de saúde, porém, não estamos falando de uma mercadoria qualquer. Não somente porque o setor de saúde envolve bens e serviços de primeira necessidade, quase sempre indispensáveis e inadiáveis, mas também pelo fato de que seus benefícios extrapolam a cadeia do setor. Afinal, a qualidade da prestação dos serviços de saúde está diretamente associada à qualidade de vida da população e à produtividade do trabalho, por exemplo – no caso particular da saúde, gastos privados também podem significar menor demanda por serviços públicos.

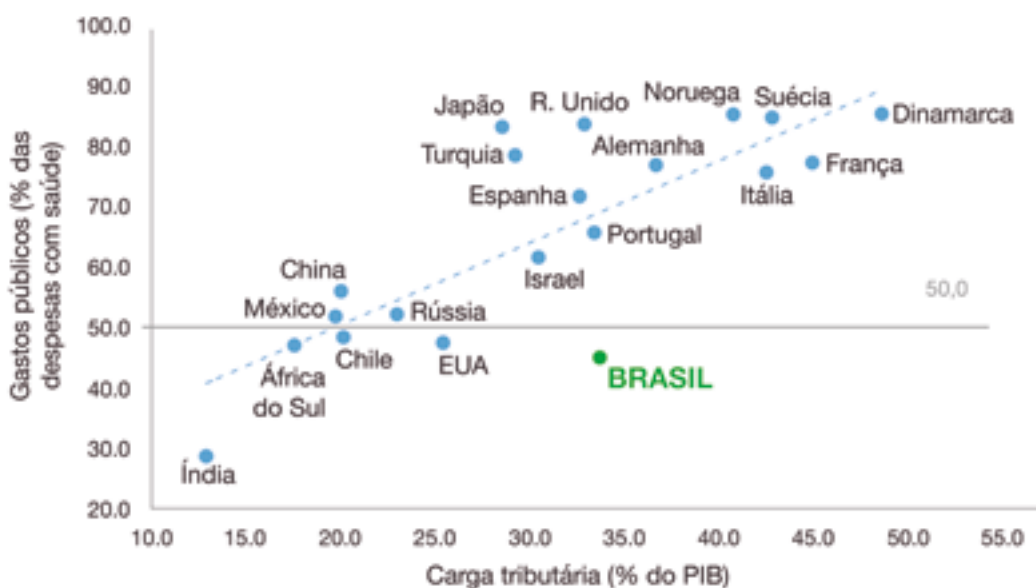
Não é à toa que, de acordo com a sabedoria popular, saúde não tem preço. Entretanto, adaptando para a saúde a máxima econômica de que não existe almoço grátis, também não existe atendimento grátis, uma vez que a prestação de serviços de saúde não somente envolve custos, como também precisa ser economicamente viável.

OS CUSTOS E OS ELOS DA CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE PRIVADA

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de países comparáveis, o Brasil é o País que apresenta a segunda menor proporção de gastos públicos no total

de despesas com saúde – superando apenas a Índia, cuja carga tributária, porém, é de apenas 13%, contra 34% da carga brasileira (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - Participação dos gastos públicos nas despesas com saúde x Carga tributária - 2013



Fonte: Elaboração Anahp com base em dados do Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT) e Estudo Tributário “Carga Tributária no Brasil - 2014 (Análise por Tributo e Bases de Incidência)” da Secretaria da Receita Federal.

Não somente os gastos privados respondem por cerca de 55% do total das despesas com saúde, como o Brasil representa, segundo dados da OMS de 2014, o terceiro maior mercado de saúde privada do mundo (US\$ 105 bilhões, ou 3,4% do mercado mundial), atrás apenas dos Estados Unidos (US\$ 1.550 bilhões) e da China (US\$ 253 bilhões). De acordo com estimativas da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados, os

gastos privados com saúde devem ter atingido cerca de R\$ 330 bilhões em 2016, sendo R\$ 160 bilhões na saúde suplementar e R\$ 170 bilhões referentes a gastos particulares com saúde e medicamentos.

A cadeia de bens e serviços no setor de saúde privada envolve, resumidamente, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços (hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios) e fornecedores de medicamentos,

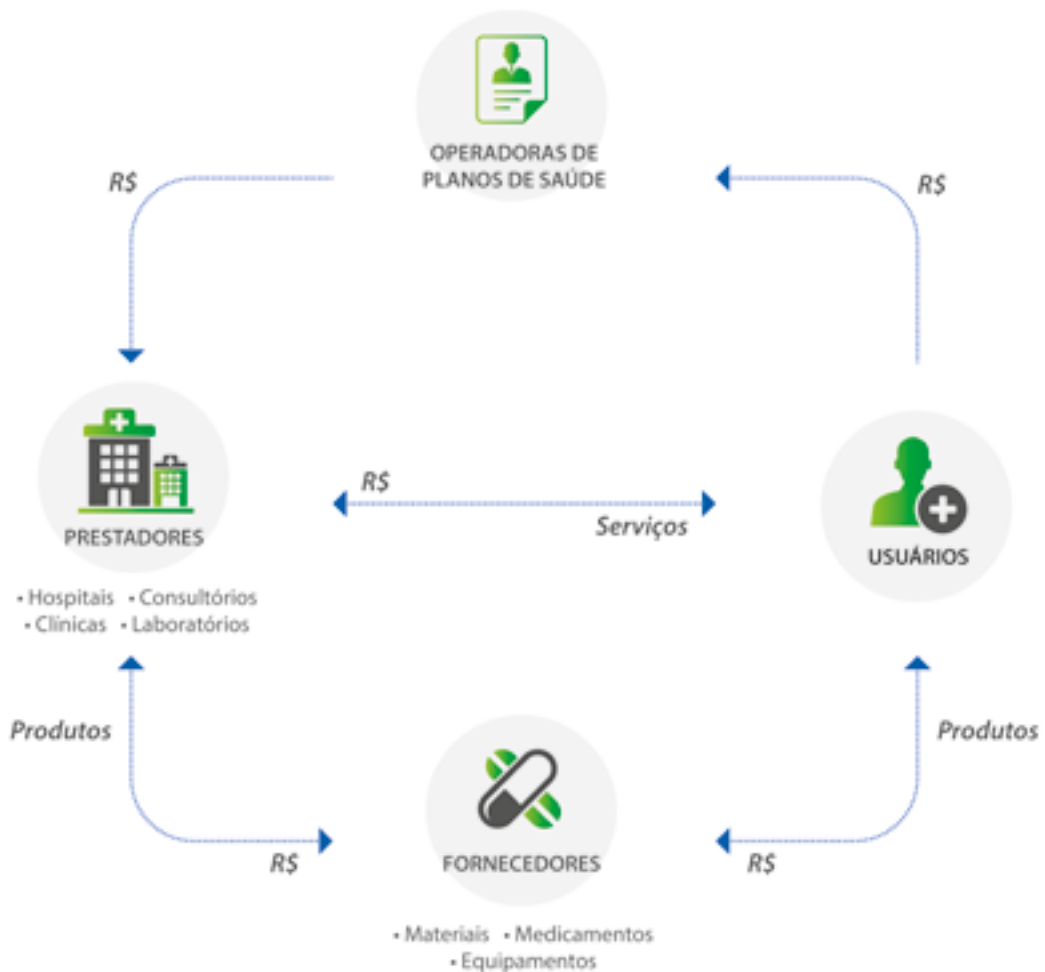
materiais e equipamentos médicos (FIGURA 1).

Os beneficiários contratam, juntos às operadoras, os planos de saúde – os quais podem envolver diferentes tipos de contratação (individual ou familiar, coletivo por adesão, coletivo empresarial). As operadoras, por sua vez, pagam os prestadores pelo atendimento aos beneficiários. Para realização do atendimento, por fim, os prestadores precisam ad-

quirir medicamentos, materiais e equipamentos médicos junto a fornecedores.

Cada um desses elos da cadeia lida com diferentes pressões de custos, de forma que, para compreender a evolução dos preços aos consumidores finais (beneficiários), é preciso compreender os fatores que afetam os custos em cada um dos elos da cadeia de saúde privada.

FIGURA 1 – Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde privada



Fonte: Elaboração Anahp

EVOLUÇÃO DOS PREÇOS PAGOS PELO CONSUMIDOR FINAL VS. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE

Os pacientes têm acesso ao sistema de saúde privada, principalmente, por meio das operadoras de planos de saúde, que podem ser contratados individualmente, mas, na maioria dos casos, são acessados por meio de entidades coletivas (empresas, sindicatos e conselhos profissionais, por exemplo). Em março de 2017, o número de beneficiários de planos de saúde era de 47,6 milhões (24,5%

da população brasileira), sendo 19,6% em planos do tipo individual ou familiar, 66,4% em planos do tipo coletivo empresarial e 13,6% em planos coletivos por adesão.

Os pacientes podem também contratar serviços de saúde privada diretamente dos prestadores, utilizando recursos próprios, além de arcar com despesas de materiais, medicamentos e equipamentos médicos.

Preços

Um dos indicadores que permitem o acompanhamento dos preços pagos pelo consumidor final é o IPCA (Índice de Preços do Consumidor Amplo), divulgado mensalmente pelo IBGE.

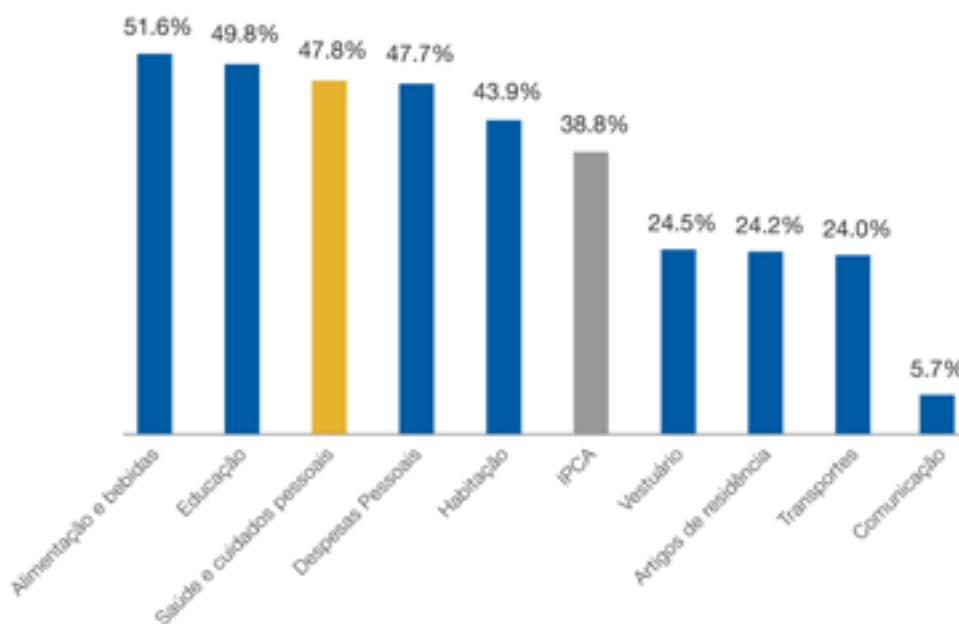
O IPCA é a medida oficial da inflação do Brasil, calculado a partir da média mensal de variação de preços de uma cesta de bens ponderada pelo peso desses bens no orçamento das famílias brasileiras com rendimentos mensais compreendidos entre 1 e 40 salários-mínimos.

O IPCA é composto por 465 subitens distribuídos em 9 grandes grupos de bens e serviços, entre os quais “Saúde e cuidados pessoais”, no qual estão incluídos subitens como

produtos farmacêuticos, serviços médicos, hospitalares e planos de saúde.

Entre julho de 2012 e junho de 2017, a inflação medida pelo IPCA acumulou 38,8%. No grupo Saúde e cuidados pessoais, por sua vez, a variação foi de 47,8% (GRÁFICO 2). Entre subitens selecionados do grupo Saúde e cuidados pessoais, Plano de saúde foi o que registrou a maior alta média de preços no período (67,9%). Em outras palavras, o consumidor paga atualmente, em média, 47,8% a mais do que pagava em julho de 2012 por bens e serviços de saúde e cuidados pessoais. No mesmo período, sua cesta média de consumo (IPCA) ficou 38,8% mais cara. Pelos planos de saúde, por fim, ele paga, em média, 67,9%

GRÁFICO 2 – Variação de preços acumulada nos últimos 5 anos – julho de 2012 a junho de 2017



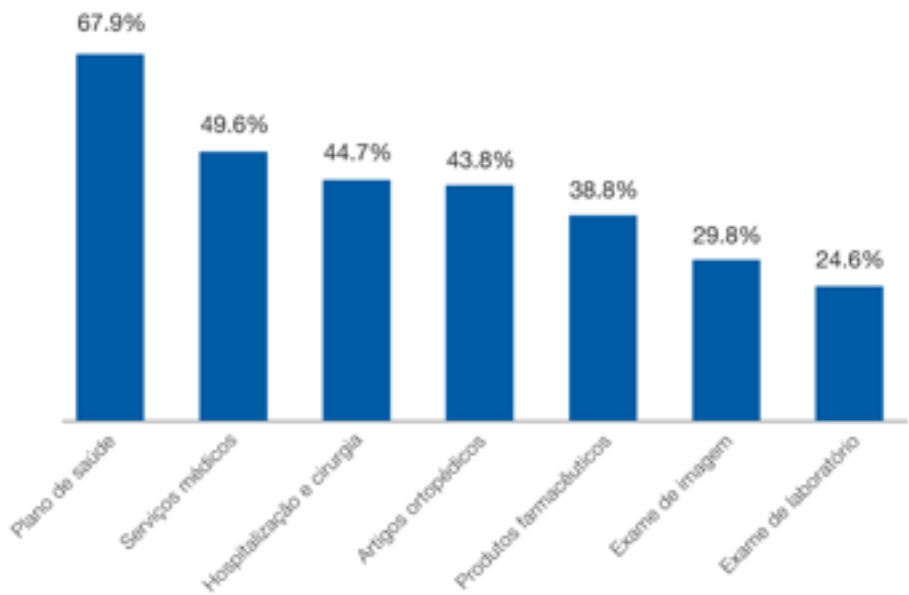
Fonte: IPCA (IBGE)

mais caro do que pagava há cinco anos (GRÁFICO 3). Desconsiderando o subitem planos de saúde, a inflação do grupo Saúde e cuidados pessoais cai de 47,8% para 40,2%, muito próxima à variação do IPCA, portanto.

Considerando um período de 10 anos, o cenário não é muito diferente. Enquanto, en-

tre julho de 2007 e junho de 2017, o IPCA acumulou 81%, no grupo Saúde e cuidados pessoais, a variação média de preços foi de 93,8%. Entre subitens selecionados do grupo Saúde e cuidados pessoais, Plano de saúde também foi o que registrou a maior alta média de preços no período (133,7%).

GRÁFICO 3 – Variação de preços acumulada nos últimos 5 anos – julho de 2012 a junho de 2017 – Saúde e cuidados pessoais: itens selecionados



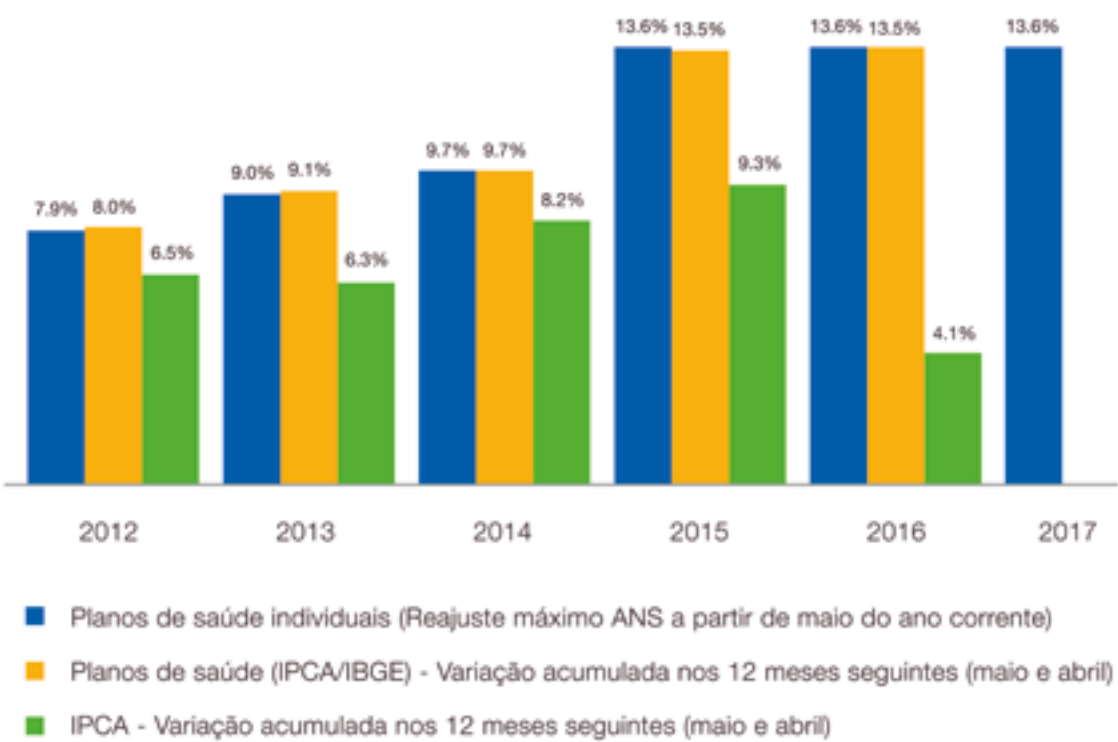
Fonte: IPCA (IBGE)

O reajuste máximo dos planos de saúde individuais é autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir de maio de cada ano. A variação de preços do subitem Plano de saúde do IPCA costuma ficar bem próxima ao teto do reajuste autorizado pela ANS, considerando os 12 meses seguintes ao reajuste – o qual tem ficado bem acima da inflação média do período (GRÁFICO 4).

A metodologia aplicada pela ANS para obtenção do índice máximo do reajuste ba-

seia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte. A lógica por trás da regra é a de que há equilíbrio de forças nas negociações entre operadoras e entidades coletivas, de forma que o nível de reajuste médio seria o resultado de equilíbrio de mercado competitivo.

GRÁFICO 4 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e variação média de preços de planos de saúde

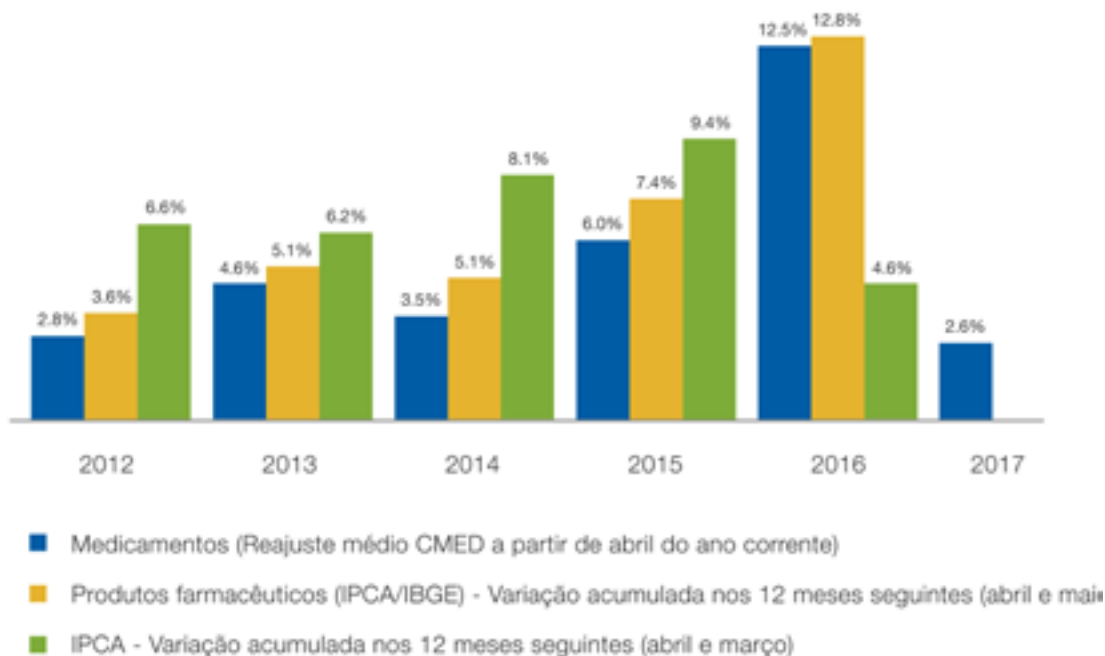


Fonte: ANS, IPCA (IBGE)

Já os reajustes máximos dos preços dos medicamentos cobrados pelos fabricantes são definidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial responsável por regular o mercado e do qual a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ocupa a Secretaria Executiva (GRÁFICO 5).

O ajuste de preços de medicamentos, realizado em 31 de março de cada ano, tem por base um modelo de teto de preços calculado por meio do IPCA, um fator de produtividade (Fator X), uma parcela de fator de ajuste de preços relativos entre setores (Fator Y) e uma parcela de fator de ajuste de preços relativos intrassetor (Fator Z).

GRÁFICO 5 – Reajustes autorizados pela CMED e variação média de preços de produtos farmacêuticos



Fonte: CMED, IPCA (IBGE)

Vale ressaltar aqui que o mercado de medicamentos funciona com duas peculiaridades. Quando o comprador é público, o preço fixado pela CMED, base 100, sofre obrigatoriamente desconto de 19,25% por meio do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) e, depois, os descontos obtidos via concorrência em licitação ou negociação, que não costumam ficar abaixo de 20%

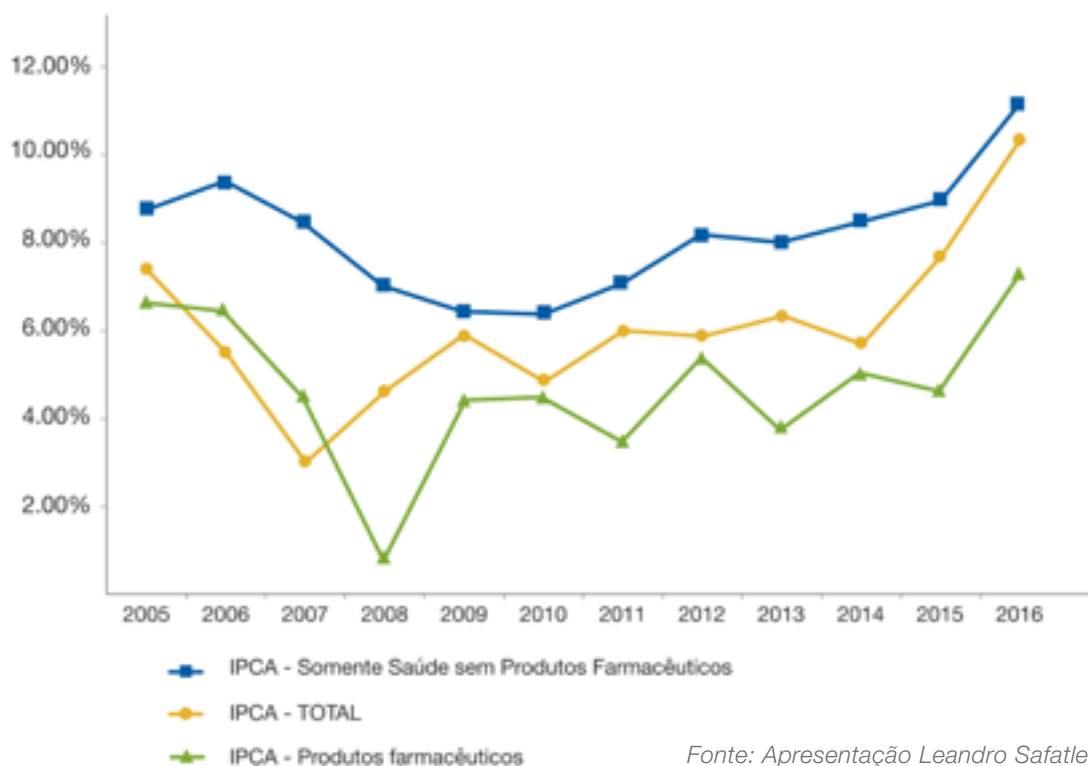
Já quando o comprador é privado, especialmente o cidadão nas farmácias, os descontos, segundo o governo, são, em média, de 18% para medicamentos inovadores e de mais de 70% em produtos genéricos.

Além disso, nem todos os preços dos

produtos farmacêuticos estão sujeitos à regulação, o que explica a alta registrada pelo IPCA ficar ligeiramente acima do reajuste máximo autorizado pelo CMED (GRÁFICO 6). De qualquer forma, o próprio governo reconhece que o aumento dos preços dos produtos farmacêuticos tem ficado sistematicamente abaixo do aumento médio dos preços da saúde e da inflação média (IPCA).

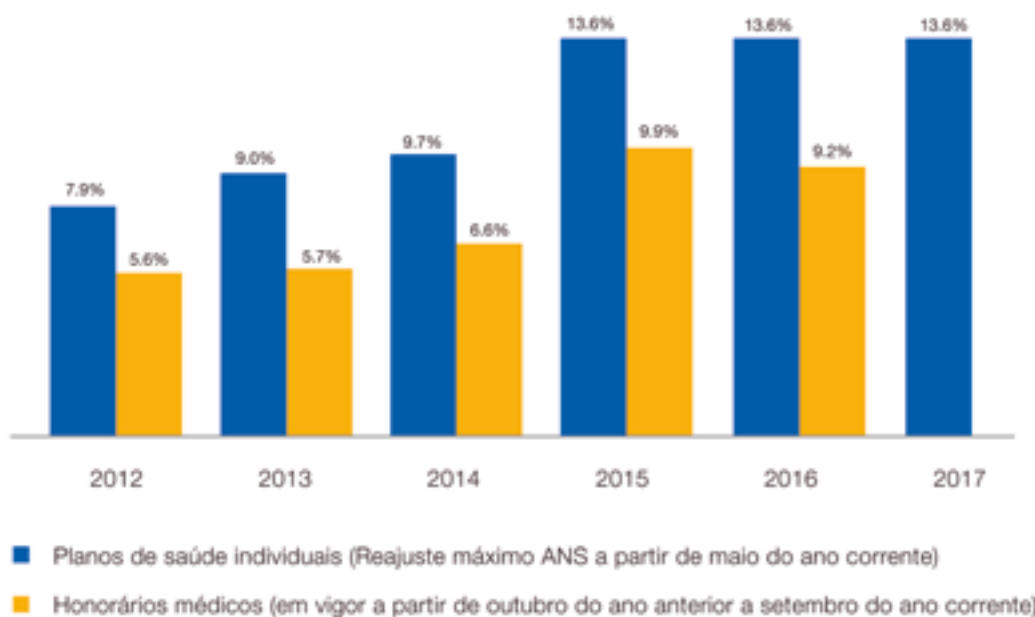
Por fim, os reajustes dos honorários médicos sugeridos pela AMB – Associação Médica Brasileira também têm ficado sistematicamente abaixo dos reajustes máximos dos planos de saúde autorizados pela ANS (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 6 – Variação média de preços de produtos farmacêuticos vs. saúde vs. IPCA



Fonte: Apresentação Leandro Safatle, Secretário executivo da CMED

GRÁFICO 7 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e reajustes sugeridos de honorários médicos



Fonte: ANS, AMB

Gastos

Afinal, se os preços do setor de saúde para o consumidor subiram, em média, 47,8% em cinco anos, quer dizer que as despesas ou gastos dos consumidores com saúde privada cresceram 47,8% no período?

A resposta é não, uma vez que a variação das despesas é composta não apenas pela variação dos preços, mas também pela variação da quantidade consumida. Se, por exemplo, o preço de um bem ficou estável em determinado período, mas um indivíduo passou a consumir mais desse bem, suas despesas (ou custos) cresceram. Da mesma forma, se o consumo ficou estável, mas os preços subiram, aumentaram as despesas. Por fim, se o preço subiu, mas a quantidade consumida caiu na mesma proporção, as despesas ficaram estáveis.

No setor de saúde, por se tratarem de bens e serviços de primeira necessidade, normalmente aumentos de preços são acompanhados por quedas menos do que proporcionais das quantidades consumidas, o que significa, portanto, aumento das despesas. Afinal, os consumidores têm menos disposição para abrir mão desses bens, que têm menos substitutos e o consumo, quase sempre, é inadiável.

Para que a diferença fique clara, podemos analisar a evolução da receita nominal e do volume de vendas no varejo de artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos calculada mensalmente pela Pesquisa Mensal do Comércio (PMC) do IBGE. Na análise do GRÁFICO 8 é possível perceber que a diferença entre a variação da receita nominal dos varejistas (equivalente às despesas dos consumidores) e a variação do volume de vendas (quantidade vendida) se deve à variação dos preços (que foi baixa no início de 2008 e foi mais significativa ao longo de 2016).

Tabela resumo de conceitos relacionados a inflação e custos da saúde privada

VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES – VCMH DO IESS

Equivocadamente chamado de “inflação médica”, tenta mostrar como evoluem, em média, os custos de prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde.

Entretanto, utiliza uma amostra enviesada de planos individuais, não contabilizando os reajustes dos coletivos (mais de 80% da carteira), além de não levar em conta o reajuste por faixa etária.

TAXA DE SINISTRALIDADE

Despesas assistenciais em relação à Receita de contraprestações das operadoras.

REAJUSTE MÁXIMO DOS PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

Regulado: autorizado pela ANS a partir de maio de cada ano.

Baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários.

REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

Não regulado: definido na livre negociação entre operadoras e entidades coletivas.

GRÁFICO 8 – Variação em 12 meses das vendas do comércio varejista – Artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos – Receita nominal e volume de vendas



Fonte: PMC (IBGE)

A FIGURA 2 a seguir resume a diferença entre aumento de preço (inflação) e aumento de despesas (custos):

FIGURA 2 – Diferença entre aumento de preços (inflação) e aumento de despesas (custos)

Aumento de custos decorrente de inflação			
	Ano 1	Ano 2	Variação
Preço	R\$ 100	R\$ 200	100%
Quantidade	1	1	0%
Despesas	R\$ 100	R\$ 200	100%

Aumento de custos decorrente de frequência			
	Ano 1	Ano 2	Variação
Preço	R\$ 100	R\$ 100	0%
Quantidade	1	2	100%
Despesas	R\$ 100	R\$ 200	100%

Fonte: Elaboração Anahp

Assim, a partir de agora, é preciso sempre ter em mente a diferença entre uma variação de preços, uma variação da quantidade consumida e a variação das despesas (ou custos) totais com um determinado bem ou serviço. Em outras palavras, sempre que se fala em aumento das despesas com saúde, é preciso levar em consideração tanto um componente de preço como um componente de quantidade.

Se os beneficiários utilizarem excessivamente os serviços disponibilizados pelos planos de saúde, por exemplo, as despesas ou custos assistenciais das operadoras vão subir mesmo que os preços dos serviços se mantenham constantes. Vale ressaltar também que, conforme apontado por estudo da AON, o problema de aumento dos custos da saúde é mundial, e não apenas brasileiro (TABELA 1).

TABELA 1 – Tendência Média de Custos da Saúde

Região e País	2016		
	Taxa de Inflação Geral Anual (%)	Tendência de Custos de Saúde Anuais	
		Bruto (%)	Líquido (%)*
Mundo	2,9	8,1	5,2
América do Norte	1,5	6,0	4,4
América Latina & Caribe	6,4	13,6	7,2
Brasil	5,9	16,7	10,8
Europa	1,6	5,9	4,2
Oriente Médio & África	6,3	11,6	5,3
Ásia	3,2	9,4	6,3

*exclui o efeito da inflação

Fonte: AON. Elaboração: Anahp

AS DESPESAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E A VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES – VCMH DO IESS

Em 2016, as despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde, que podem ter sido influenciadas tanto pelo aumento dos preços dos prestadores de serviços quanto pela frequência de utilização (quantidade consumida), atingiram R\$ 135,6 bilhões, alta de 14,2% em relação a 2015. O número de beneficiários, por sua vez, caiu 3,1%, para 47,7 milhões.

Além das despesas assistenciais, as operadoras registraram custos administrativos de R\$ 17,9 bilhões (alta de 9,2% em relação a 2016), de comercialização de R\$ 5 bilhões (alta de 11,2%) e outras despesas operacio-

nais de R\$ 17,2 bilhões (alta de 10,5%).

Desde 2008 – com exceção de 2009 e 2015 – as despesas assistenciais por beneficiário crescem consistentemente acima dos reajustes dos planos de saúde, o que pode estar ligado tanto ao aumento de preços dos prestadores como à frequência de utilização (GRÁFICO 9). O aumento de frequência, por sua vez, pode estar associado tanto a problemas estruturais do atual modelo assistencial – falta de investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivos à sobreutilização dos serviços (exames e consultas, por exemplo) – como à mudança do

perfil epidemiológico – envelhecimento da população e maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis.

As despesas assistenciais também vêm crescendo a um ritmo mais rápido do que o das receitas de contraprestações, o que significa aumento da sinistralidade (GRÁFICO 10).

GRÁFICO 9 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares)

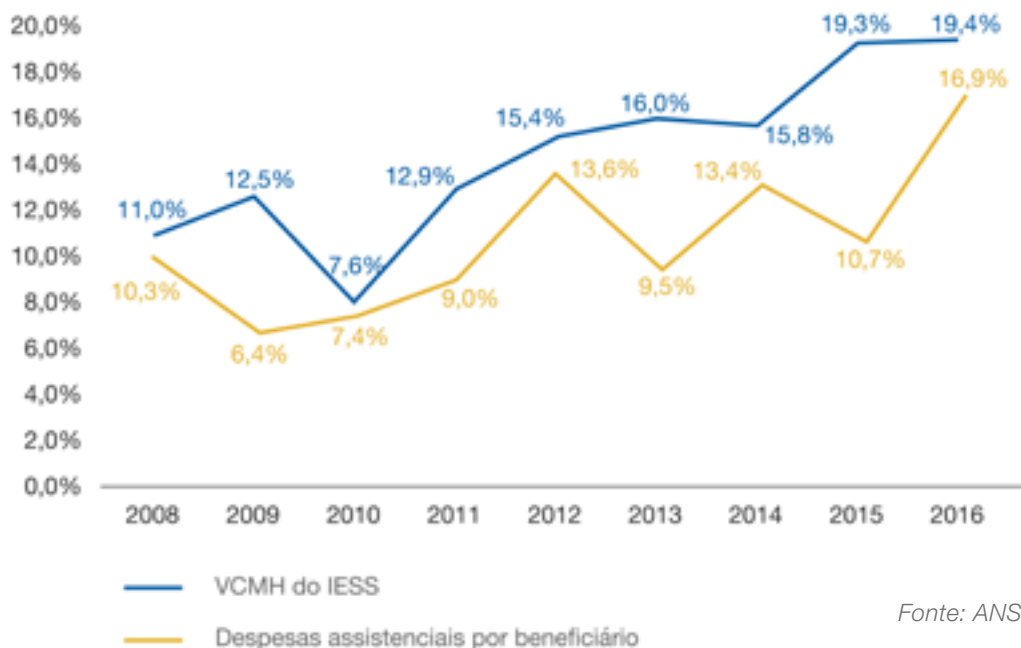
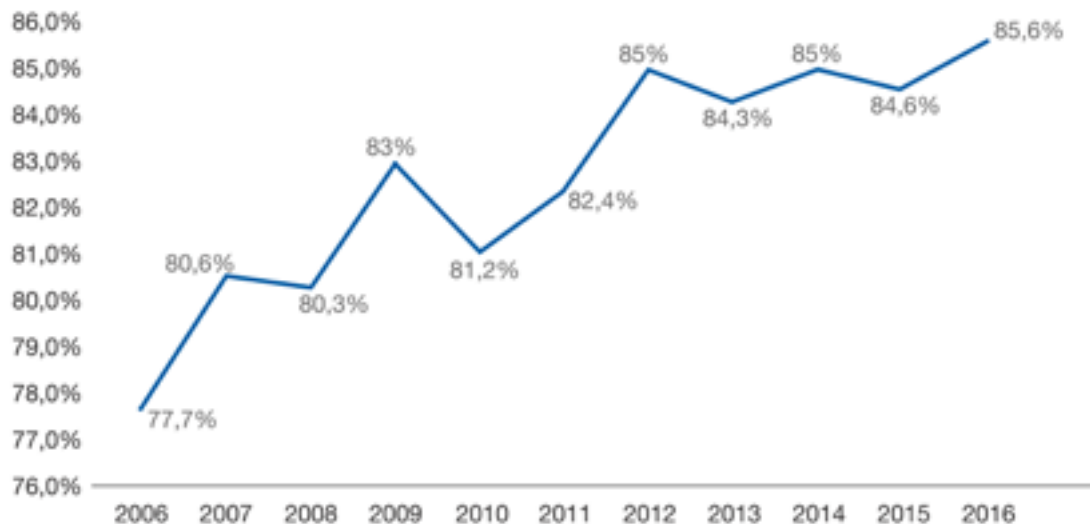


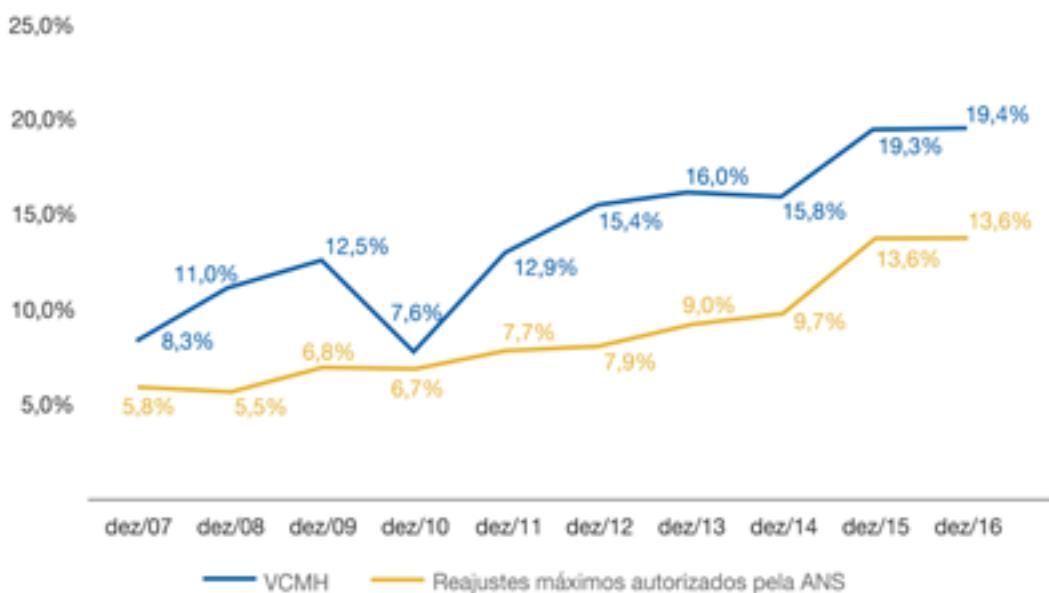
GRÁFICO 10 – Taxa de sinistralidade das operadoras de plano de saúde



O IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, que estuda temas relativos aos custos da saúde desenvolveu para a saúde suplementar brasileira o VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares. O custo médico hospitalar (CMH) em planos de saúde, de acordo com o IESS, é definido como “as des-

pesas médico-hospitalares per capita de um grupo de beneficiários de planos de saúde, durante um determinado período”. Ou seja, o VCMH tenta mostrar a “variação do custo médico-hospitalar dos planos de saúde para um grupo de beneficiários entre dois períodos determinados e consecutivos”.

GRÁFICO 11 – VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares) – Variação em 12 meses



Fonte: IESS

Como se pode observar, ocorre frequentemente uma contradição semântica entre o conceito de “inflação médica” (variação dos preços na saúde) e “custos da saúde” (que, além dos preços, são influenciados

pela frequência de utilização). Por sinal, especial publicitário publicado recentemente no Jornal O Globo estimula a imprecisão de conceitos entre “inflação médica” e “custos da saúde”.

'Inflação médica' sobe 19,3% e tem alta recorde em 2015

Aumento é o maior desde o início da série histórica, em 2007, e ficou acima do IPCA, que fechou o ano passado em 10,67%

Veja, 17/05/2016

Inflação médica deve atingir alta de 20% em 2016

Saúde Business, 06/01/2016

Tendência para a inflação médica no Brasil em 2017 é de aceleração

Estadão, 01/01/2017

ESPECIAL PUBLICITÁRIO

FenaSaúde: inflação médica supera reajuste dos planos

Alta nos preços de materiais e medicamentos, aumento na frequência dos atendimentos e custos com inovação tecnológica ameaçam a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar

O Globo (conteúdo patrocinado), 26/07/2017

Segundo o IESS¹, a amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa, aproximadamente, apenas 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos).

Os planos individuais, porém, respondem por apenas 19,6% dos beneficiários de planos de saúde. Destes, apenas 12,4% possuem planos antigos. Ou seja, os planos individuais antigos respondem por apenas 2,4% do total de beneficiários de planos de saúde. Assim, ainda que os custos da saúde cresçam a um ritmo preocupante, o VCMH pode NÃO representar fidedignamente a evolução dos custos da saúde no Brasil, seja porque a amostra de beneficiários envolve planos antigos, sem renovação na carteira, composta por beneficiários que envelheceram e passaram a utilizar mais os planos, seja porque se tratam apenas de planos individuais, que representam uma parcela relativamente pequena da população de beneficiários e que tende a utilizar mais os serviços.

Assim, não parece aconselhável utilizarmos o índice VCMH para mostrar quanto custa, em média, prover à totalidade de beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

¹ Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5u00531ds03ogln0.pdf>

Assim, o VCMH do IESS é uma métrica pouco informativa por usar dados de poucos clientes, de pouquíssimas operadoras. Ainda assim, ele acaba dominando a narrativa de que a inflação médico-hospitalar pode ser sinônimo de custos da saúde.

O VCMH do IESS, portanto, não expressa a variação de custos real das operadoras, pois a amostra é pouco representativa. Além disso, o reajuste dos planos individuais não representa o reajuste da receita de contraprestações, pois

não se contabiliza os reajustes dos coletivos (mais de 80% da carteira), que são livres, além de não levar em conta o reajuste por faixa etária.

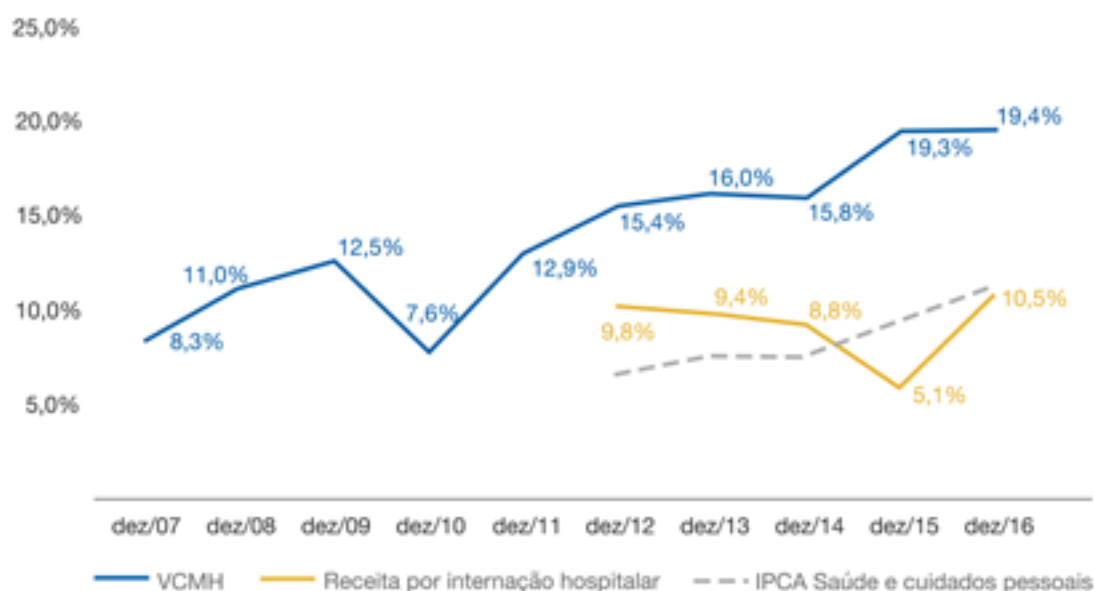
Por fim, as operadoras desconsideram as receitas financeiras, que são muito relevantes, visto que as operadoras tem mais de R\$15 bilhões em ativos garantidores, dinheiro este de tratamentos já em curso nos pacientes, mas que as operadoras guardam em reservas financeiras suas e ficam com os ganhos de rendimentos

AS RECEITAS E AS DESPESAS DOS HOSPITAIS

Na cadeia produtiva da saúde, parte das despesas assistenciais das operadoras representa receitas para os hospitais. De acordo com dados da Anahp, entre junho de 2016 e maio de 2017, as receitas advindas de operadoras de planos de saúde representaram 94% do total de receitas dos hospitais associados, contra 4% de gastos particulares e 2% do SUS. A receita bruta dos hospitais associados à Anahp representou 21% das despesas assistenciais das operadoras em 2016.

A partir dos dados da associação, foi possível constatar que as receitas totais por internação dos hospitais associados cresceram a taxas inferiores às do VCMH do IESS (GRÁFICO 12). Vale ressaltar que as despesas assistenciais não incluem apenas as despesas com prestação de serviços dos hospitais. De acordo com dados da ANS, as internações representam cerca de 40% das despesas assistenciais; os exames, cerca de 20% e as consultas, cerca de 15%.

GRÁFICO 12 – VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares) e Receita total dos hospitais Anahp por internação hospitalar – Variação em 12 meses



Fonte: Anahp. IESS

¹ Embora a Anahp não disponha de dados históricos que permitam a análise da evolução das receitas médias por tipo de serviço hospitalar, foi possível calcular, para o período de 2012 até 2016, a variação da receita total por internação do conjunto dos hospitais para os quais havia dados disponíveis. A variação entre 2015 e 2016, por exemplo, foi calculada a partir da soma das receitas de todos os hospitais para os quais havia dados disponíveis em 2015 e 2016, enquanto a variação entre 2014 e 2015 foi calculada a partir da soma das receitas dos hospitais para os quais havia dados disponíveis em 2014 e 2015 – sendo que não necessariamente os hospitais que disponibilizaram os dados em 2016 também tenham disponibilizado em 2014, seja porque passaram a integrar a base da Anahp posteriormente, sejam porque simplesmente não divulgaram as informações no período.

Este efeito pode estar relacionado a alguns fatores-chave de melhoria de desempenho dos hospitais:

- “Desospitalização” — procedimentos cirúrgicos que eram realizados com internações são hoje realizados em hospital-dia;
- Redução do tempo de permanência por melhoria de processos, automação e uso de tecnologias não invasivas;
- Resultados de exames disponíveis on line para os médicos, agilizando a alta do paciente;
- Prescrição e prontuário eletrônico;
- Controle do fluxo do paciente no período de internação, minimizando tempos ociosos de uso de ativos críticos como centro cirúrgico, leitos de internação e UTI;
- Ampliação de procedimentos cirúrgicos por robótica e artroscopia; e
- Redução do índice de infecção hospitalar.

Estas melhorias estão refletidas nos indicadores de desempenho da Anahp:

GRÁFICO 13 – Média de permanência nos hospitais Anahp 2014 a 2016 - Todos os Hospitais

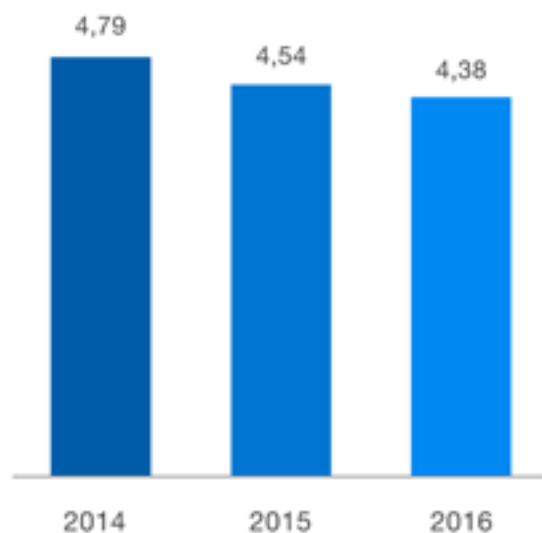
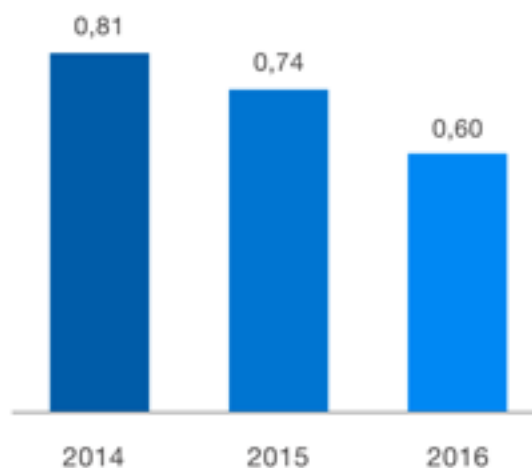


GRÁFICO 14 – Taxa de pacientes residentes no hospital (acima de 90 dias) 2014 a 2016 - Todos os hospitais Anahp



O paciente passa menos tempo no hospital e têm menos complicações por internação.

É importante observar que hospitais menores e clínicas de internação costumam obter índices ainda menores que os grandes hospitais, ou, em alguns casos, sequer conseguem obter reajustes dos planos de saúde. Sua margem de negociação juntos às operadoras é mínima ou, ao menos, muito inferior à dos hospitais que compõem a Anahp.

Desta forma, o índice médio de crescimento de receita por saída hospitalar do país tende a ser ainda menor que o obtido pelos hospitais da Anahp, as maiores e mais prestigiadas instituições médicas do país.

De qualquer forma, a conclusão em relação aos dados é que os custos hospitalares suportados pelas operadoras, em razão da tecnologia crescente, da redução dos períodos de internação, etc., têm sido cada vez menores ao longo dos últimos anos. Em suma, há uma otimização dos serviços prestados e, com isso, custos unitários relativamente menores.

E o que afeta as despesas dos hospitais? Quase metade das despesas dos hospitais está relacionada a pessoal, cujo custo depende de reajustes salariais e da oferta de mão de obra que, no setor de saúde, é bastante especializada e cara (TABELA 2). Outra grande parcela dos custos hospitalares (cerca de 30%) é composta por insumos, enquanto os outros 20% estão relacionados a fatores como logística, água, luz e despesas finan-

ceiras, os quais, por sua vez, dependem de reajuste de contratos, tarifas e taxas de juros, por exemplo.

De fato, glosas e atrasos no pagamento têm grande impacto no item “despesas financeiras”, que cresceu significativamente nos últimos anos. Com a incerteza do recebimento, muitos prestadores de serviço são obrigados a estabilizar os próprios fluxos de caixa com base em crédito bancário, o que acrescenta significativos custos para a cadeia como um todo.

Tabela 2 – Distribuição das despesas dos hospitais Anahp por tipo de despesa – média jun/16 a mai/17

Tipo de despesa	Participação
Pessoal, contratos técnicos e operacional	48%
Insumos	29%
Medicamentos	11%
OPME/Materiais especiais	9%
Materiais	6%
Gases medicinais	< 1%
Outros insumos	3%
Contratos de apoio e logística	5%
Outros (financeiras, depreciação, luz, água, manutenção)	18%
Total	100%

Além disso, os intermediários financeiros recebem antecipadamente e pagam, em média, mais de 70 dias após o evento.

Vale destacar ainda o papel de fomentador dos prestadores na inovação tecnológica, que aumen-

ta a sobrevivência da população e diminui sofrimento.

Por fim, para além das questões relacionadas estritamente à saúde, um hospital de 120 leitos emprega mais pessoas que qualquer grande operadora de plano de saúde .

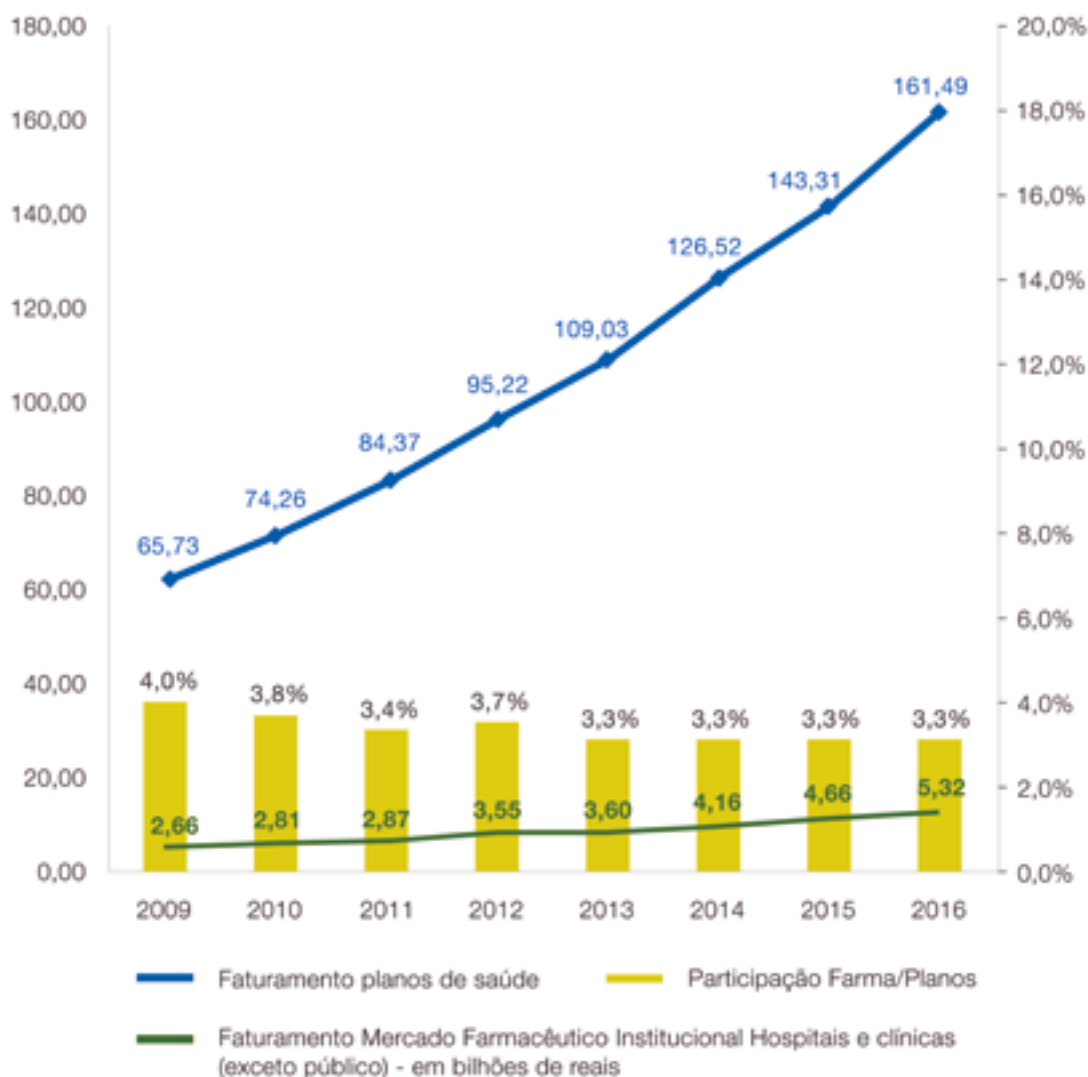
A PARTICIPAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA SAÚDE PRIVADA

Outro elo importante da cadeia da saúde é o dos medicamentos. De acordo com dados da Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, o mercado farmacêutico institucional (hospitais e clínicas privadas) movimentou R\$ 5,3 bilhões em 2016 – participação que vem caindo ao longo dos anos. Por sinal, os reajustes dos preços dos medi-

camentos têm ficado sistematicamente abaixo dos aumentos autorizados para os planos de saúde, conforme os GRÁFICOS 15 e 16.

De 2009 a 2016, o faturamento dos planos de saúde cresceu 146%, contra 100% do mercado farmacêutico (canal institucional, exceto público), No mesmo período, a participação dos medicamentos no faturamento dos planos caiu 19%.

GRÁFICO 15 – Peso dos medicamentos no faturamento dos planos de saúde



Fontes: CMED; ANS e IMS Health

GRÁFICO 16 – Comparação entre índices de reajustes (%)



Fontes: CMED; ANS e IBGE

Assim, nem as despesas com serviços de assistência hospitalar nem as despesas com medicamentos parecem explicar o ritmo de crescimento do índice VCMH do IESS. Os indícios apontam

que também os reajustes dos honorários médicos ficam sistematicamente abaixo dos reajustes dos planos de saúde, não parecendo exercer grande pressão sobre o indicador das operadoras.

QUALIDADE, CUSTOS E TECNOLOGIA

Um dos temas mais polêmicos relacionados aos custos da saúde é a incorporação de novas tecnologias, que envolvem desde equipamentos de última geração até novos medicamentos.

O uso de tecnologias na saúde tem sido um dos principais responsáveis pelo prolongamento da vida e pelo aumento da qualidade de vida das pessoas. Muitas doenças antes consideradas sentenças de morte hoje podem ser controladas ou curadas graças ao avanço científico-tecnológico.

Antes de ser uma vilã do aumento de custos, portanto, a tecnologia é uma grande aliada na busca pela diminuição do sofrimento

humano. É natural, porém, que haja custos associados ao esforço de pesquisa e desenvolvimento. O tema não deve ser abordado com preconceitos, até porque investimentos em qualidade, de maneira geral, costumam resultar em redução de custos futuros (como internações e reinternações prevenidas, por exemplo) que podem mais do que compensar os investimentos realizados.

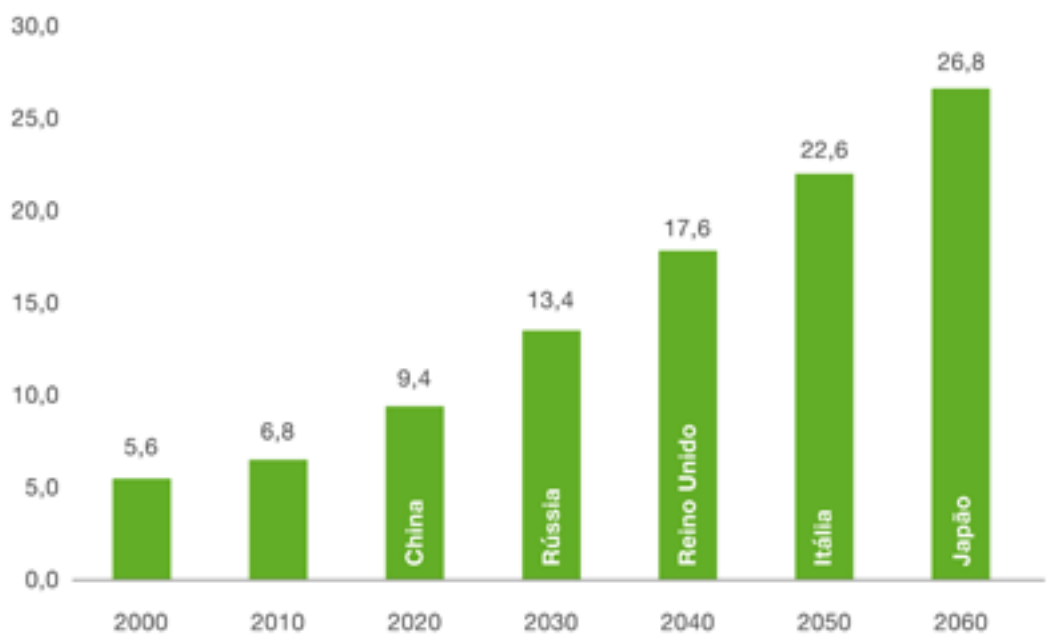
As novas tecnologias trazem benefícios ainda na eficiência do atendimento através de maior agilidade e precisão nos diagnósticos, por exemplo, além de baratear certos procedimentos.

DESAFIOS E TENDÊNCIA DO SETOR

A população brasileira ainda é relativamente jovem, mas passa por um rápido processo de envelhecimento. De acordo com projeções do IBGE, até 2040 a proporção de idosos (indivíduos com 65 anos ou mais) na população brasileira deve atingir o nível ob-

servado hoje no Reino Unido (17,6%). Até 2050 (GRÁFICO 17) o perfil populacional do Brasil será semelhante ao da Itália (22,6% de idosos) de hoje e, até 2060, deveremos alcançar o perfil observado no Japão atualmente (26,8% de idosos).

Gráfico 17 – População com 65 anos ou mais (% no total) – Projeções do IBGE para o Brasil comparadas aos dados mais recentes de países selecionados



Fontes: IBGE, OMS, Banco Mundial

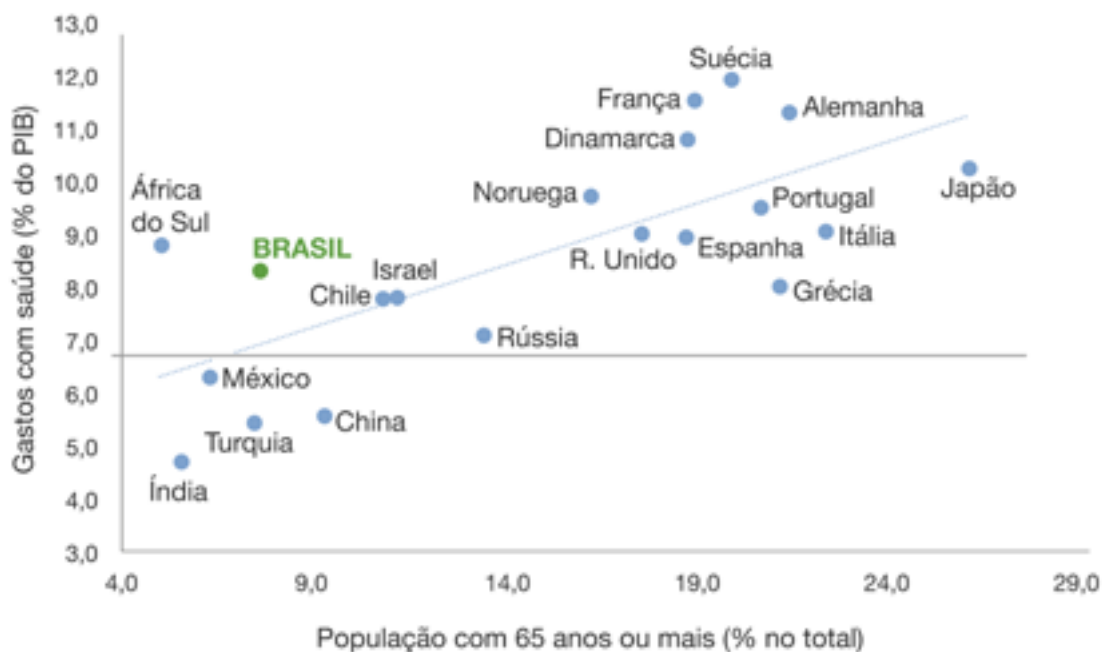
O envelhecimento da população impõe desafios não somente ao sistema previdenciário, mas também ao sistema de saúde. Conforme é possível observar no GRÁFICO 18, há uma forte e positiva relação entre a parcela de idosos na população e os gastos com saúde (medidos como proporção do Produto Interno Bruto), ou seja, quanto maior a parcela de idosos na população, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda.

Tomemos como referência o caso de Portugal, onde 20,4% da população têm 65 anos ou mais, percentual que o Brasil deve atingir entre 2045 e 2046, segundo projeções do IBGE. A reprodução do padrão de gastos observado em Portugal (9,5% do PIB) elevaria as despesas com saúde no Brasil em 1,2 ponto percentual

(base 2014; fonte: OMS), o que, a preços de 2016, representa um valor adicional de cerca de R\$ 75 bilhões. Apenas como base de comparação, o montante representa mais do que 2,5 vezes o orçamento do Bolsa Família (R\$ 28,8 bilhões) e cerca de metade do déficit primário (R\$ 154,3 bilhões) registrado pelo Governo Central em 2016.

Considerando os 176 países para os quais há dados disponíveis na OMS, nota-se que, em média, a demanda por saúde, como proporção do PIB, cresce cerca de 1 ponto percentual para cada 5 pontos percentuais de crescimento da participação dos idosos na população. De acordo com esse resultado, a demanda por saúde no Brasil atingiria 10% do PIB até 2050 e 11% até 2060.

GRÁFICO 18 – Gastos com saúde (% do PIB) x Pop. com 65 anos ou mais (% no total) - 2014



Fonte: OMS, Banco Mundial

Além disso, há desafios também relacionados à população em idade ativa, que atualmente corresponde à maior parte dos beneficiários dos planos de saúde. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco importantes para doenças como hipertensão, diabetes e câncer. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 realizou uma avaliação do estado nutricional da população adulta no Brasil, através do Índice de Massa Corporal (IMC) – peso em quilograma dividido pela altura em metro ao quadrado –, e constatou que houve um progressivo aumento de pessoas com excesso de peso (IMC maior ou igual a 25 kg/m²) no País na última década. A população adulta (com 20 anos ou mais) com excesso de peso passou de 40,6% em 2003

para 49,0% em 2008. Já em 2013, 56,9% da população adulta estava com excesso de peso. Além disso, 20,8% da população adulta é classificada como obesa (IMC maior ou igual a 30 kg/m²). Pessoas obesas representam quase um terço do total de homens com excesso de peso e mais de um terço no caso das mulheres com excesso de peso (GRÁFICO 19).

Pesquisa divulgada pela ANS com 30.549 segurados acima de 18 anos de todas as capitais mostrou que a proporção de obesos entre usuários de planos de saúde subiu 4,5 pontos percentuais em sete anos: de 12,5%, em 2008, para 17%, em 2015. Se forem considerados todos os usuários que estão acima do peso ideal, o índice chega a 52,3% (GRÁFICO 20).

GRÁFICO 19 – Prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de idade (%) – Brasil, 2002-2003, 2008-2009 e 2013

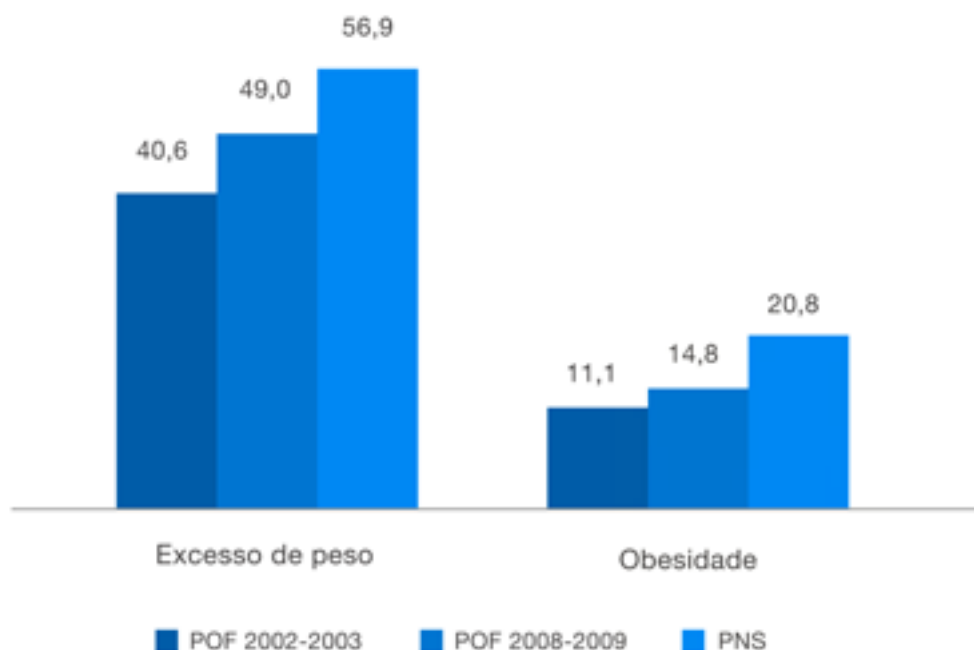
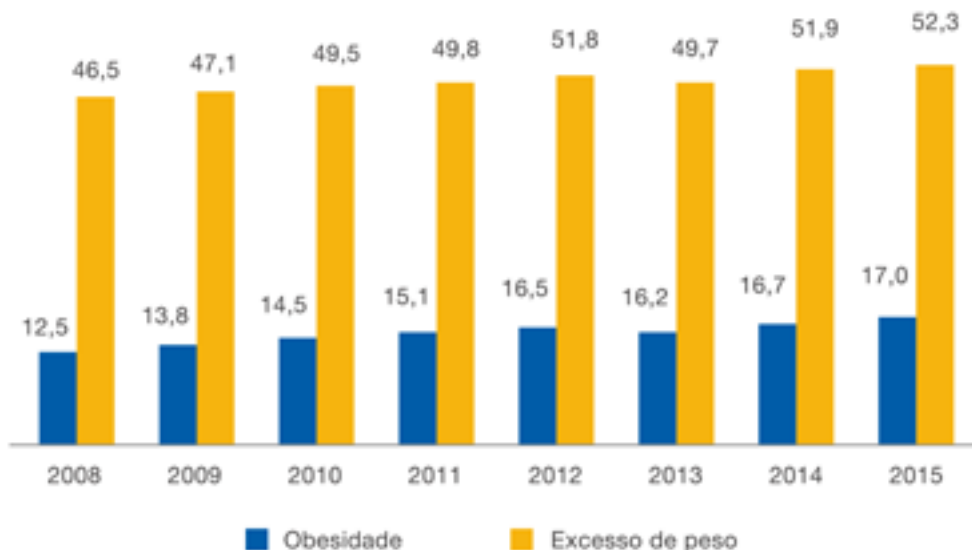


GRÁFICO 20 – Prevalência de excesso de peso e obesidade entre beneficiários de planos de saúde no Brasil acima de 18 anos (% do total)



Fonte: ANS. Elaboração: Anahp

Embora algumas operadoras de planos de saúde estejam realizando há alguns anos programas de prevenção a determinadas doenças junto aos seus beneficiários, tais ações são extremamente tímidas em relação à massa total de beneficiários. Nesse sentido, o processo de transição epidemiológica demanda uma reestruturação dos serviços de saúde a fim de prover cuidados mais adequados à

população brasileira. Por fim, causas externas como violência e acidentes de trânsito ainda pressionam os custos da saúde no Brasil.

Certamente os demais elos da cadeia da saúde privada também devem ter um papel fundamental na construção de um novo modelo assistencial que contribua para a prevenção de doenças e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

QUAIS ELEMENTOS, ENTÃO, PRESSIONAM OS CUSTOS NA SAÚDE PRIVADA?

Operadoras de planos de saúde têm apontado como principais vilões dos custos da saúde questões como corrupção, desperdícios e a introdução constante de novas tecnologias.

Segundo as operadoras, beneficiários, que pagam pelos planos, utilizariam os serviços médicos e hospitalares muito mais do que o estritamente necessário, enquanto médicos e hospitais exagerariam nos procedimentos e exames solicitados, uma vez que são remunerados por isso. O sistema, assim, estimularia o desperdício e, no limite, as fraudes, visto que certos elos teriam incentivos para realizar exames e prescrever medicamentos e dispositivos desnecessários, por exemplo. As operadoras de planos de saúde, por sua vez, apenas repassariam os custos crescentes aos beneficiários.

De fato, de acordo com o relatório “O Financiamento da Cobertura Universal”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), algo como 20% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência. Ainda segundo a OMS, apenas nos países desenvolvidos, a fraude e outras formas de desperdícios podem representar um custo estimado entre US\$ 12 bilhões e US\$ 23 bilhões de dólares por ano para os governos. Já dados da Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde demonstram que dos US\$ 5,3 trilhões das despesas globais em saúde, aproximadamente US\$ 300 bilhões são perdidos para os erros e para a corrupção.

Contudo, não há levantamento nacional sobre fraudes e desperdício. Eles devem ser combatidos porque ofendem os fundamentos da boa prática médica, mas assumir que os dados internacionais possam ou devam ser aplicados aqui é um equívoco.

Entretanto, os dados levantados neste estudo sugerem que os preços dos planos de saúde sobem sistematicamente mais do que os preços nos demais elos da cadeia da saúde. Além disso, as despesas dos planos também aumentam a um ritmo maior do que o das receitas hospitalares e do faturamento dos medicamentos. Como explicar a aparente contradição? Seriam os gastos com desperdícios e fraudes crescentes?

A explicação pode estar na gestão falha da carteira de beneficiários dos planos de saúde. Hoje, são raríssimas as operadoras capazes de prover orientação adequada aos beneficiários no momento de buscar atendimento. Pacientes costumam procurar diretamente os prontos-socorros dos hospitais (cujo custo é mais elevado), por exemplo, onde sabem que terão acesso a uma ampla gama de serviços.

Em vez de efetivamente criarem mecanismos que favoreçam uma utilização adequada e racional dos recursos, as operadoras buscam, frequentemente, conter custos ao restringir o acesso do beneficiário ao serviço – dilatando prazos e criando entraves para o seu atendimento. Isto não só cria insatisfação com o sistema de saúde, como não resolve o problema fundamental dos custos da saúde:

atender, no tempo certo, da forma certa, no local certo. Esta falta de resolutividade acaba acarretando, ainda, na judicialização da saúde, situação em que os beneficiários recorrem à Justiça para contestar o aumento do preço dos planos ou buscar um tratamento negado pela operadora.

Operadoras de planos de saúde, afinal, têm um papel relevante a cumprir no sistema suplementar. Sem uma participação ativa na gestão da saúde populacional, que deve incluir ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, porém, têm dificuldade em cumprir este papel. Desta forma, por mais contraditório que possa ser, contribuem para o aumento dos custos da saúde.

Da mesma maneira, a relação com a rede credenciada também gera problemas. A utilização do custo do procedimento como elemento dominante na negociação com a rede credenciada acaba por favorecer a proliferação de prestadores de serviço que comprometem a qualidade para oferecer custos menores. Enquanto no curto prazo a contratação destes prestadores pode parecer um ganho para a operadora, rapidamente os efeitos na saúde dos beneficiários se fazem sentir, com uma menor resolutividade das demandas e mais desperdício. Instituições despreocupadas com a qualidade assistencial tampouco tendem a ter mecanismos de *compliance* bem desenvolvidos, gerando

maiores perdas com fraudes e corrupção.

É necessário, sempre, continuar a combater fraudes, oferecer mais transparência em relação à qualidade dos serviços prestados e buscar constantemente por eficiência, especialmente diante de um cenário de demanda crescente por bens e serviços de saúde. A sustentabilidade do sistema, porém, depende fundamentalmente de uma utilização racional dos recursos da saúde, e nenhum dos elos da cadeia pode se eximir da responsabilidade de promovê-la.

Afinal, como afirmado no início do documento, não se trata de transferir responsabilidades ou de buscar culpados individuais para problemas coletivos. O sistema de saúde deveria, sempre, colocar o cidadão como o centro de suas ações. A resistência do sistema em fazê-lo é uma falha de cada um dos atores que compõem esse sistema. Prestadores, indústria e operadoras têm, cada um, o dever de agir em prol da preservação da saúde do cidadão e devem garantir que, no momento em que a assistência seja necessária, ela ocorra da maneira mais segura e eficaz, com a relação custo-benefício mais adequada e com a melhor experiência de cuidado para o paciente. O setor de saúde é complexo e interdependente e, assim como a falha do sistema é uma falha de todos os atores, o cumprimento destes deveres só pode ocorrer de forma conjunta.

É POSSÍVEL RESOLVER A EQUAÇÃO?

Equacionar a pressão crescente de custos da saúde e, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade do sistema e um atendimento adequado à população são os grandes desafios do setor nos próximos anos. É com diálogo e transparência, porém, que o problema deve ser enfrentado e superado.

Afinal, não haverá solução para nenhum dos elos se prevalecer a ideia de transferir responsabilidades ou buscar zonas de conforto. Há, sim, um problema grave, complexo e sistêmico que somente será enfrentado e resolvido se, a partir do diálogo e da transparência, a cadeia produtiva da saúde discutir e buscar soluções para todos, especialmente para os pacientes.

Simplesmente apontar supostos culpados

pouco ajuda na busca de soluções para o problema. Nos difíceis tempos atuais no País, a busca de diálogo e mediação de conflitos tornam-se ainda mais importantes para enfrentar os desafios da saúde, que vai precisar equacionar a escassez de recursos tanto públicos quanto privados com uma demanda crescente por serviços de saúde.

Como podemos perceber, as soluções para as questões dos custos da saúde envolvem toda a cadeia e devem ser trabalhadas em conjunto. Sem ter a pretensão de esgotar o assunto, este documento apresenta agora algumas medidas que poderiam mitigar a elevação dos custos na cadeia da saúde privada brasileira, se implementadas:

- Prestadores de serviços de saúde deveriam investir em qualidade, otimizando a utilização de seus recursos, melhorando processos, adotando protocolos e melhores práticas e submetendo-se a processos de acreditação;

- A Indústria da Saúde deveria, cada vez mais, oferecer tecnologias que ofereçam os melhores resultados clínicos para os pacientes, dentro de uma relação custo-benefício adequada;

- Operadoras deveriam investir em prevenção e gerir melhor a sua carteira de beneficiários, orientando-os quanto à gestão adequada da saúde;

- Transição gradual do modelo de pagamento por serviços (*fee-for-service*) para modelos de remuneração que levem em consideração a eficiência e a qualidade;

- Redução de impostos para baratear bens e serviços;

- Maior transparência quanto à qualidade de operadoras e prestadores.

- Combate incessante às fraudes com punição dos envolvidos, implantação de modelos de *compliance* e estrita observação de protocolos de atenção desenvolvidos de acordo com as melhores práticas científicas.

- Incentivo ao aparelho formador de recursos humanos para a saúde, buscando formar profissionais com uma visão sistêmica da saúde e capacitados para tomar decisões que visem os melhores desfechos para seus pacientes com a melhor custo-efetividade.

- Incentivo ao desenvolvimento de lideranças para formar profissionais comprometidos com a governança, a eficiência operacional, a efetividade de resultados e a sustentabilidade do setor.

Resumo com perguntas e respostas

1- “Inflação da saúde” e “custos da saúde” são a mesma coisa?

Não, uma vez que a “inflação médica”, ou inflação da saúde, refere-se à variação média de preços de uma cesta de bens e serviços de saúde, enquanto “custos da saúde”, além da variação de preços, também leva em conta a variação da quantidade consumida. Assim, é possível ter um aumento dos custos mesmo com preços constantes, aumento este decorrente do crescimento da utilização de produtos e serviços de saúde.

2- Quais são os principais elos envolvidos nos custos da saúde?

A cadeia de bens e serviços no setor de saúde privada envolve principalmente operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços (hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios) e fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos médicos.

Cada um desses elos da cadeia lida com diferentes pressões de custos, de forma que, para compreender a evolução dos preços aos consumidores finais (beneficiários), é preciso compreender os fatores que afetam os custos em cada um dos elos da cadeia de saúde privada.

3- É verdade que a inflação média da saúde supera sistematicamente o aumento do custo de vida das famílias brasileiras (IPCA)?

Sim. Nos últimos 5 anos, enquanto o IPCA, medida oficial de inflação do País, subiu 38,8%, os preços dos bens e serviços do grupo Saúde e cuidados pessoais subiram, em média, 47,8%. O setor, porém, apresenta grandes variações em termos de elevação do preço, com vários subitens tendo reajustes abaixo da inflação. Entre os subitens que compõem o grupo, plano de saúde foi um dos que registraram a maior alta de preços (67,9%).

Entretanto, o aumento médio dos preços do setor de saúde é inferior ao reajuste máximo dos planos de saúde, autorizado pela ANS.

4- Como é calculado o reajuste máximo dos planos de saúde individuais?

A metodologia aplicada pela ANS para obtenção do índice máximo do reajuste baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte. Os reajustes dos planos coletivos, por sua vez, são definidos na livre negociação entre operadoras e entidades coletivas.

5- O VCMH mede a “inflação da saúde”?

Não. Inflação é uma medida de variação de preços, enquanto o VCMH é uma medida de variação de custos, ou seja, além de preços, o VCMH leva em consideração a variação da frequência do uso do plano de saúde.

6- O VCMH é um bom indicador para medir a evolução dos “custos da saúde” no Brasil?

A amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa, aproximadamente, apenas 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos). Os planos individuais, porém, respondem por apenas 19,6% dos beneficiários de planos de saúde. Destes, apenas 12,4% possuem planos antigos. Ou seja, os planos individuais antigos respondem por apenas 2,4% do total de beneficiários de planos de saúde.

Assim, ainda que os custos da saúde cresçam a um ritmo preocupante, o VCMH pode não representar fidedignamente a evolução dos custos da saúde no Brasil, seja porque a amostra de beneficiários envolve planos antigos, de beneficiários que envelheceram e passaram a utilizar mais os planos, seja porque se tratam apenas de planos individuais, que representam uma parcela relativamente pequena da população de beneficiários e que tende a utilizar mais os serviços.

Assim, não parece aconselhável utilizarmos o índice VCMH para mostrar quanto custa, em média, e como vêm evoluindo os custos de prover à totalidade de beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

7- Por que crescem as despesas assistenciais das operadoras?

As despesas assistenciais por beneficiário têm crescido consistentemente acima da inflação, o que está ligado diretamente ao aumento da frequência de utilização e à epidemiologia da população. O aumento de frequência, por sua vez, pode estar associado tanto a problemas estruturais do atual modelo assistencial – falta de investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças e incentivos à sobreutilização dos serviços (exames e consultas, por exemplo). Já a mudança do perfil epidemiológico – envelhecimento da população e maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis – além dela própria propiciar um aumento de frequência de uso, também gera um acréscimo de complexidade nos procedimentos realizados. O aumento de preços de prestadores fica substancialmente abaixo da elevação de custos das operadoras.

8- Seriam as fraudes e os desperdícios os grandes vilões dos custos da saúde?

Fraudes e desperdícios são grandes problemas no Brasil, inclusive na saúde, e afetam todos os elos da cadeia. Em um recente estudo do *Centre for Counter Fraud Studies*, realizado em 7 países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), uma média de 6% dos custos da saúde são perdidos por conta de fraude e de erros. Isto é uma enorme quantidade de recursos, e todos os que atuam na saúde deveriam trabalhar para reduzir estes valores.

Processos rigorosos de qualidade, segurança e *compliance* deveriam ser adotados em todos os elos da cadeia. Compradores de produtos e serviços em saúde devem começar a exigir o cumprimento de padrões mínimos de *compliance* e certificações de qualidade por parte dos seus fornecedores que reduzam as possibilidades de ocorrência de fraudes e desperdícios. Contudo, não há levantamento nacional sobre o assunto.

Como parcela total das despesas em saúde, porém, questões como epidemiologia e envelhecimento da população representam uma parte maior do aumento de gastos do que a ocorrência de corrupção ou de desperdícios.

Apenas a título de exemplo, segundo dados da ANS, a população com 59 anos ou mais é internada com uma frequência 2,5 vezes maior que a população com menos de 28 anos, e o seu gasto médio de internação é 2,6 vezes maior.

9- Como a introdução de novas tecnologias afeta os custos da saúde?

Não faz sentido falar genericamente dos custos da tecnologia. É necessário fazer uma análise racional da incorporação tecnológica e, com base nas melhores evidências científicas, fazer uma análise de custo-benefício da tecnologia específica.

Como regra geral, porém, o avanço da tecnologia permite maior qualidade de vida aos pacientes e procedimentos mais seguros e eficazes.

10- Os preços dos medicamentos pressionam os custos da saúde?

De acordo com dados publicados, o mercado farmacêutico institucional (hospitais e clínicas privadas) movimentou R\$ 5,3 bilhões em 2016, o que representou apenas 3,3% do total das receitas de contraprestações dos planos de saúde – participação que vem caindo ao longo dos anos. Por sinal, os reajustes dos preços dos medicamentos têm ficado frequentemente abaixo da inflação média e dos aumentos autorizados para os planos de saúde.

11- O que afeta as despesas dos hospitais?

Quase **metade das despesas** dos hospitais está relacionada a pessoal, cujo custo depende de reajustes salariais e da oferta de **mão de obra**, que, no setor de saúde, é bastante especializada e cara. Outra grande parcela dos custos hospitalares (cerca de 30%) é composta por insumos, enquanto os outros 20% estão relacionados a fatores como logística, água, luz e despesas financeiras, os quais, por sua vez, dependem de reajuste de contratos, tarifas e taxas de juros, por exemplo. Tanto as receitas como as despesas dos hospitais vêm crescendo em linha com a inflação da saúde.

Glosas e atrasos das operadoras no pagamento têm grande impacto nas despesas financeiras, que tem crescido significativamente nos últimos anos. Com a incerteza do recebimento, muitos prestadores de serviço são obrigados a estabilizar os próprios fluxos de caixa com base em crédito bancário, o que acrescenta significativos custos para a cadeia como um todo.







INTERFARMA
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa