

Por Pedro Ramos (\*)



Em 2015, pela primeira vez

desde o início da série histórica, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares decresceu 1,5%, conforme número divulgado recentemente pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Esse resultado indica um novo momento e impõe diferentes desafios para o setor de saúde suplementar no país.

Essa nova realidade dá-se, sobretudo, pelo aumento do desemprego. No ano passado, 1,5 milhão perderam seus empregos, e algumas, forçosamente, tiveram que abrir mão de seus planos de saúde. Com o aumento na contenção de despesas das famílias, é de se esperar que aquele indivíduo que possui boas condições de saúde tenha maior probabilidade de cancelar o plano em relação àquele beneficiário que necessita de mais cuidados. Essa situação, obviamente, gera desequilíbrio financeiro às operadoras.

A questão é: não conseguiríamos vender planos de saúde a mensalidades mais suaves ao consumidor, já que a saúde suplementar incrementa suas receitas justamente pela quantidade de pessoas a quem disponibiliza seus serviços?

Há diversas variáveis que influenciam no preço dos produtos das operadoras, como a judicialização, fenômeno que desde drenou R\$ 2,1 bilhões somente na saúde pública entre 2010 e 2015. O grande motor dessas ações é a ausência de medicamentos de ponta na rede do SUS, principalmente os destinados a tratamentos oncológicos. Além disso, há fraudes, desperdícios, introdução massiva de tecnologia e o envelhecimento da população, fatores que pressionam os custos.

Mas, em um momento de crise econômica, pesa muito a defasagem nos preços causada por distorções financeiras que merecem atenção das iniciativas pública e privada.

O ticket médio, ou mensalidade média, de plano de saúde avançou, em termos nominais, 89% desde 2008, passando de R\$ 124 para R\$ 235. No mesmo período, a inflação acumulada medida pelo IPCA foi de 52% e a inflação médico-hospitalar, medida pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), foi de 148%.

Esses números retratam situação amplamente difundida no setor: a mensalidade dos planos de saúde avança mais do que o índice geral de preços, mas bem menos do que o aumento dos custos médico-hospitalares, criando o desequilíbrio econômico-financeiro.

Se a mensalidade dos planos tivesse acompanhado o aumento de custos, medido pela Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS), o valor em 2015 seria de R\$ 301, ao invés de R\$ 235. Ou

seja, há uma defasagem de pelo menos 28%, que somente poderia ser corrigida via reajuste. Para evitar onerar excessivamente os beneficiários, além de diluir este "gap" as operadoras procuram trabalhar na redução de desperdícios e aumento de eficiência, de modo a controlar o aumento futuro de custos.

### **Ações corretivas**

Sob essa perspectiva, as ações das operadoras para contenção do custo administrativo têm surtido efeito positivo e contínuo nos últimos anos. As despesas administrativas e operacionais, que já foram responsáveis por quase 30% do valor arrecadado em 2007, foram reduzidas para algo em torno de 20% em 2015.

Se as operadoras foram capazes de enxugar a operação e reduzir em 33% a fatia destinada às despesas administrativas, o próximo passo é a busca por redução de desperdício também na prestação de serviços de saúde, com adoção de boas práticas, segunda opinião médica, compartilhamento de risco com prestadores e análise prévia de custo e efetividade para a incorporação de tecnologia. A diferença é que esta última tarefa não depende apenas das operadoras.

Mas, além disso, é preciso rever o modelo de remuneração do setor. Atualmente, as operadoras trabalham com o sistema "fee for service", no qual hospitais, laboratórios e clínicas são remunerados por procedimentos executados. Com o VCMH batendo índices que estão acima da inflação, está claro que este sistema prejudica a sustentabilidade dos planos de saúde.

Há como alternativa o DRG (Grupo de Diagnósticos Relacionados), uma metodologia de comercialização de serviços que permite a elaboração de pacotes ou produtos para a venda de serviços hospitalares tendo como base informações coletadas a partir da internação de pacientes. Os principais ganhos com essa alteração são a comparação entre a assistência realizada por diferentes prestadores, facilitando as medições de desempenho e a gestão, e a padronização do tratamento, o que aumentaria a qualidade assistencial e reduziria as intercorrências hospitalares.

Há mais de três décadas todos os países desenvolvidos da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) já adotam o DRG ou outro modelo similar. Os resultados apurados pelo IESS indicam que a aplicação do novo modelo possibilitou a redução de 25% do orçamento hospitalar da Alemanha, entre 2005 e 2009. Nos Estados Unidos, onde o DRG foi adotado há mais de 30 anos, pesquisadores verificaram que, em um período de três anos, a remuneração baseada no sistema pode reduzir custo médio das internações em até 50% e pode reduzir o custo médio de internações agudas de longa duração em 24%.

Ao estabelecer a remuneração pelos custos médios, promove-se a busca pela eficiência. O modelo prevê padrões de qualidade de atendimento e de resolução dos problemas para a remuneração dos prestadores. Trata-se de uma agenda positiva para preservar a sustentabilidade do setor, o que interessa a toda sua cadeia de valor, principalmente os beneficiários.

(\*) **Pedro Ramos** é diretor da Abramge - Associação Brasileira Medicina Grupo.

**Fonte:** [UOL](#), em 07.05.2016.