

O índice Variação do Custo Médico-Hospitalar ([VCMH](#)) deve ter encerrado 2016 com alta entre 18% e 20% ao ano. O VCMH, já comentado [aqui no Blog](#), é o principal indicador usado pelo mercado de saúde como referência para mensurar os custos dos planos médico-hospitalares individuais e familiares. Na média, segundo informações de mercado, também acompanha as variações de custos dos planos coletivos empresariais, os quais compõem o conjunto de referências usadas pela ANS na definição do índice de reajuste das mensalidades dos planos individuais, que deve ser anunciado nos próximos meses.

Desde 2013, o VCMH/IESS registra fechamento anual superior a 15% ao ano. Nos seis primeiros meses de 2016, o indicador oscilou no patamar de 18% a 19,7% e não foi registrado nenhum sinal do mercado que aponte para a queda desses porcentuais. O que, em nossa opinião, é extremamente preocupante e coloca em risco o sistema de saúde suplementar.

Basicamente, há três causas principais para o VCMH permanecer tão elevado por tanto tempo. A primeira delas é o sistema de pagamento das operadoras aos prestadores de serviços de saúde no Brasil, que se assemelha a um ‘cheque em branco’. A chamada ‘conta aberta’, ou [fee-for-service](#), que absorve todos os custos, inclusive desperdícios e falhas assistenciais, como reinternações, por exemplo. Todos os insumos são adicionados à conta hospitalar e, dessa forma, os prestadores buscam o máximo consumo possível com o objetivo de obter a máxima remuneração. Um desincentivo total à eficiência.

Outra causa a potencializar os custos da saúde é a [falta de transparência do setor](#). Não há transparência sobre indicadores de qualidade assistencial nos serviços de saúde, na formação de preços ou nas relações entre os atores da cadeia. Logo, não é possível saber se a precificação por um serviço é justa porque não há como comparar os diferentes prestadores. É o caso, por exemplo, dos hospitais. A precificação se baseia em uma percepção de qualidade, no poder de mercado em determinada localidade, mas não há certeza de que um prestador é melhor do que outro porque simplesmente não se conhecem os indicadores de desempenho e qualidade assistencial.

Da mesma forma, as falhas de mercado impossibilitam a comparação entre distintos fornecedores para um mesmo insumo de saúde e que a falta de legislação específica desobriga que consumidores e operadoras saibam se há relacionamentos comerciais entre prestadores de serviços e fornecedores, por exemplo. O que abre espaço para práticas de corrupção, como temos visto nos últimos anos em diversas denúncias, especialmente na área de materiais e medicamentos.

Por esses motivos, defendemos que o Brasil precisa, urgentemente, promover uma reforma do sistema de saúde suplementar. O que deve envolver prestadores de serviço de saúde, distribuidores e fornecedores de materiais, equipamentos e medicamentos. Nem consumidores e nem empresas contratantes de plano de saúde têm condições de absorver reajustes de dois dígitos por longos períodos e nem as operadoras são capazes de arcar com essa escalada de custos. Ou o País avança na modernização dos modelos de pagamento por serviços de saúde e em uma agenda de transparência nessa área, ou o sistema corre o sério risco de se desmantelar em poucos anos.

Fonte: IESS, em 20.03.2017.