

FenaSaúde detalha motivos do reajuste dos planos individuais autorizado pela ANS

Os custos da área de saúde não param de crescer, por isso os reajustes dos planos de saúde continuam, ano após ano, bem maiores que a inflação geral, mesmo em um cenário de crise econômica que assola o país. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou, nesta sexta-feira (19), o índice autorizado para o reajuste de planos de saúde individual e familiar, fixado em 13,55%, que atingirá cerca de 8 milhões do total de 47,5 milhões de beneficiários da Saúde Suplementar. De acordo com levantamento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a despesa assistencial per capita, em 2016, foi de 19,17%. Por sua vez, o VCMH (Variação de Custo Médico Hospitalar) estimado foi de, aproximadamente, 20%, calculado em um conjunto de planos individuais, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar em 2016.

Para a FenaSaúde, a situação é prejudicial tanto para consumidores, que pagam mais caro por seus planos de saúde para terem acesso a assistência privada à saúde; quanto para as empresas de planos de saúde, que são obrigados a custear a escalada de custo do serviço de saúde – com os atendimentos hospitalares e médicos –, a partir das mensalidades desembolsadas pelos consumidores. Mesmo em um cenário de queda do número de beneficiários (perda de 1,5 milhão em 2016), constatou-se o aumento do número de procedimentos médicos (exames, consultas, internações etc.) no mesmo período. Em 2015, foram realizados 759 milhões de exames e 267 milhões de consultas, em 2016, esses números saltam para 917 milhões e 301 milhões respectivamente.

“Para comprovar a pressão de custo que atinge o setor, um exemplo é o teste Ergométrico Computadorizado, precificado em média de R\$ 241,26. Em 2016, foram realizados mais de 3,8 milhões deste tipo de exame, aumento de 8% na comparação com 2015. Somente este crescimento (268 mil exames) representa um custo estimado de R\$ 65 milhões nas despesas das operadoras”, explica Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

A executiva também ressalta que a cada dois anos há uma atualização do Rol de Procedimentos da ANS com novas inclusões de coberturas. Em 2016, por exemplo, foi incorporado a Enzalutamida, medicamento oral para o tratamento de câncer de próstata. O custo de um mês de tratamento com esse medicamento é de, aproximadamente, R\$ 14 mil.

Outro fator que favorece o aumento dos custos no setor de saúde são as demandas de liminares judiciais. Exemplos: o medicamento Spinraza, sem registro na ANVISA, demandado para tratamento de distrofia muscular, com custo anual estimado de US 1 milhão para o primeiro ano de tratamento, mais US 300 mil anuais a partir do segundo ano de tratamento. Outro medicamento, Sovaldi (Sofosbuvir), com registro na ANVISA, destinado ao tratamento de hepatite tipo C, com custo de R\$ 55 mil a R\$ 80 mil a caixa com 28 comprimidos, sendo que o tratamento se estende por três meses. Ou seja, o custo apenas do medicamento para todo o tratamento fica entre R\$ 165 mil e R\$ 240 mil.

No ano passado, o aumento de preços de materiais, novas tecnologias, serviços hospitalares, medicamentos, honorários médicos, exames, entre outros, impactam a inflação do setor de saúde, em média, o dobro da inflação de preços. Para cada R\$ 100 recebidos pelos planos de saúde, as empresas do setor gastam R\$ 99,9 em despesas assistenciais, comerciais, administrativas e com impostos.

“As operadoras administram os recursos dos beneficiários para pagar todos os fornecedores da cadeia de saúde: médicos, hospitais, laboratórios, tecnologias, medicamentos obrigatórios, órteses etc. Estes agentes da saúde exercem pressão sobre os preços e não se submetem à avaliação e às regras estipuladas pela ANS. Toda essa complexa cadeia pressiona a alta dos custos, sendo uma das causas dos reajustes dos planos de saúde”, pondera a presidente da FenaSaúde.

Cinco fatores cruciais que impulsionam o reajuste:

- Aumento do uso dos procedimentos e recursos médicos, muitas vezes estimulado pelos próprios prestadores de serviço. Cabe examinar se há necessidade para tal ação que impõe ao paciente a realização de inúmeros exames.
- Modelo de remuneração dos prestadores de serviços médicos baseado na quantidade de procedimentos realizados. Ou seja, quanto mais pedidos de exames, consultas e diversos outros procedimentos maior será o retorno financeiro de médicos, hospitais, laboratórios etc.
- Desperdícios e fraudes dos recursos no sistema de saúde – por exemplo, na realização de cirurgias com uso de órteses e próteses sem a real necessidade clínica comprovada (Máfia das Próteses).
- Incorporação acrítica de novas tecnologias à lista obrigatória de procedimentos a serem cobertos pelos planos. Nesse caso, o avanço da tecnologia é positivo para o cuidado com a vida, mas é preciso analisar se a indicação tem um equilíbrio entre seu custo e sua efetividade, ou seja, se tal procedimento traz, de fato, um melhor resultado efetivo à coletividade em comparação aos já presentes na lista. Toda inclusão traz impacto – a longo prazo – ao valor das mensalidades dos planos, já que a inserção de procedimentos não decorre da substituição dos existentes anteriormente.
- Impacto da carteira de clientes no reajuste dos planos de saúde: ou seja, perfis dos participantes; recorte etário desses beneficiários; distribuição geográfica dos planos; redes de prestadores de serviços médicos, se próprias ou credenciadas; entre outros aspectos.

A despesa assistencial per capita, pelos cálculos da FenaSaúde, cresceu 138,3% de 2008 a 2016. Neste mesmo período, a inflação medida pelo IPCA foi de 65,8% e o reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais foi de 104,2% acumulados no período.

Não é de hoje que a FenaSaúde alerta para a necessidade de combate às causas que impactam o reajuste dos planos de saúde, em busca de oferecer o serviço para uma quantidade maior de pessoas. Governo e a ANS precisam avançar nas medidas para conter a expansão dos custos assistenciais.

Fonte: [CNSeg](#), em 22.05.2017.