

***Leia o artigo do diretor executivo da FenaSaúde publicado no Jornal O Estado de S. Paulo***

Durante milênios se viviam poucos anos em média, com expectativa de vida ao nascer abaixo de 40 anos. A longevidade começou a aumentar na Grã-Bretanha no final do século 19, em virtude do progresso material daquela sociedade. Mas não se confunda baixa expectativa de vida com chance nula de atingir idade elevada. Sócrates, há 25 séculos, condenado a tomar cicuta, morreu anos aos 70 anos de idade.

A novidade não é o fato de os indivíduos ficarem mais longevos, mas, sim, de a sociedade envelhecer, resultado de menores índices de fecundidade e mortalidade. Hoje, no Brasil, os idosos (60 ou mais anos) são 26 milhões; em 2050 serão 66,5 milhões, ou 29,4% da população. Caminhamos velocemente para uma sociedade de idosos um simples fato da vida.

O envelhecimento traz consigo outro fato da vida, o aumento da incidência de doenças crônicas, baixa na infância, mas muito alta na idade avançada. A hipertensão alige três em cada cem jovens de 18 a 29 anos e mais de 55 entre os maiores de 75 anos. Nos problemas de coluna, diabetes e neoplasias, o quadro é semelhante. Resume esse fato da vida a prevalência de doença crônica em dez de cada cem menores de 20 anos e 79 entre maiores de 65. Crônica porque não curável, mas que requer tratamento e cuidados permanentes e dispendiosos.

Vive-se mais, em parte, pelos avanços da tecnologia, que prolonga vidas. Mas essa mesma tecnologia aumenta as despesas com saúde. Todavia apontar despesas crescentes não equivale a designar culpados. A humanidade necessita de mais avanços tecnológicos para que as pessoas acometidas por enfermidades sejam diagnosticadas com precisão e curadas com maior rapidez e menor sofrimento. Mas tenhamos presente que o avanço da tecnologia médica, que nos faz bem, converte doenças antes fatais em "crônicas", a exigirem tratamentos continuados. É o sucesso da tecnologia que prolonga vidas que causa, de forma aparentemente paradoxal, mais gastos com saúde. Fácil de entender: de um lado, barateia procedimentos, mas, de outro, permite identificar mais casos para tratar e torna elegíveis procedimentos antes não recomendados. O barateamento dos computadores levou a sociedade a gastar mais com essas máquinas.

O aumento da incidência de doenças crônicas com a idade faz o gasto médio per capita com saúde crescer, e muito. A décima faixa etária (59 anos e mais) - das dez definidas pela ANS para a formação das mensalidades - gasta mais que o dobro da anterior. Ao completar 59 anos o beneficiário não se torna mais "sinistrável" do que era aos 58. É que ele ingressa na faixa que inclui desde sexagenários até os milhares de centenários. Esse grupo etário, muito heterogêneo, é que gasta em média mais que o dobro da faixa anterior. E quanto mais idosa a faixa, maior o gasto médio, que duplica e triplica na passagem dos 60 para os 70 e 80 anos. Ilustra-se com o gasto médio do diabético americano, de US\$ 4.393 para menores de 45 anos, mas de US\$ 11.825 para maiores de 65.

Essa é a razão das altas taxas de reajuste nessa passagem de idade, decorrentes dos fatos da vida citados. O plano de saúde para os idosos tem preço elevado porque é alto o seu custo médio per capita. A duplicação do custo médio exige alto porcentual de reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos. Além disso, a atuária recomenda que a mensalidade seja aderente ao custo médio. Portanto, as mensalidades dos planos deveriam dobrar nessa mudança de faixa etária, o que não ocorre.

Há outro ponto que precisamos considerar: a menor renda das pessoas ao deixarem o mercado de trabalho e ficarem dependentes da aposentadoria. Como solucionar esse conflito entre custos altos e rendas baixas é o desafio que a sociedade precisa enfrentar. O legislador, ciente disso e para possibilitar a permanência dos idosos nos planos, determinou uma regra de formação do preço em

que eles não precisassem pagar pelo custo médio. A escolha, feita há mais de 15 anos, foi um esquema de solidariedade implícita entre gerações: beneficiários mais jovens arcaram com pagamentos superiores ao seu custo para que os idosos tenham mensalidade inferior ao custo de seu grupo etário.

Assim, reconhece-se que as mensalidades dos planos dos idosos são elevadas relativamente à renda de aposentadoria. Porém não cobrem os custos médios per capita - na verdade, são inferiores. Os altos valores e taxas de reajuste são adequados do ponto de vista técnico, embora não consigam resolver o conflito diante das baixas rendas da população.

Parece uma questão irreconciliável. Se um grupo precisa ser socialmente protegido, é preciso definir quais grupos arcariam com a diferença. Mais ainda, como não há obrigação de ter plano de saúde, esses grupos podem optar por não tê-lo. E assim, além cair o número de jovens, uma fração menor deles estaria disposta a exercer a solidariedade no montante a compensar o pagamento menor dos idosos.

Está em revisão a lei dos planos de saúde. Nela se propõe parcelar o valor do reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos em um quinto a ser aplicado em cinco quinquênios. Trata-se de importante alívio para os beneficiários, que nesses 25 anos pagariam, a título de reajuste, a metade do valor que seria pago sem o parcelamento. Um inequívoco benefício para os consumidores. Falta, no entanto, especificar entre quem seria repartida a diferença.

A saída requer visão de futuro e planejamento individual de longo prazo. As pessoas poderiam formar um plano de previdência voltado para custear parte das mensalidades quando deixarem o mercado de trabalho. Nele o indivíduo poderá planejar o futuro e vislumbrar o tipo de plano que deseja na etapa pós-mercado de trabalho. Cabe ao setor público e ao legislador prover os meios para que as pessoas possam materializar o desejado planejamento financeiro para uma etapa da vida sensível e cada vez mais longa.

**José Cechin é diretor Executivo da FenaSaúde**

**Fonte:** CNseg, em 29.11.2017.