

Ontem, aqui no [Blog](#), explicamos a diferença básica entre o cálculo da VCMH e da inflação geral medida pelo IPCA. De acordo com o [TD 69 – Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional](#) –, há uma série de fatores impulsionando a VCMH não só no Brasil, mas no mundo. As principais são a incorporação de novas tecnologias e o processo de envelhecimento.

No Brasil, como já apontamos aqui no [Blog](#) e em diversos documentos disponíveis na [área temática](#), a saúde suplementar não dispõe de uma agência específica para avaliação de tecnologias em saúde e só agora caminha para o estabelecimento de regras claras para o processo de atualização do Rol, definindo as etapas, os requisitos documentais entre outras coisas (Cosaúde discute proposta de regulamentação do processo de atualização do [Rol](#)).

É importante observar que mesmo em países como Canadá, Austrália, Holanda e Reino Unido, que contam com sistemas robustos de análise de custo e efetividade para a incorporação de novas tecnologias, este ainda um fator de aumento da VCMH. Não é de se estranhar, portanto, que a falta de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) seja um dos principais motivos propulsores da VCMH. Afinal, não há recurso para ofertar tudo, o tempo todo, para todos.

Na mesma linha, o envelhecimento populacional (sem dúvidas, um enorme mérito da medicina moderna) tem um peso significativo no aumento da utilização dos serviços de saúde. Especialmente de internações. Dados do IBGE indicam que, em 2030, o Brasil contará com mais de 223 milhões de brasileiros, sendo 18,62% com 60 anos ou mais. Publicado em 2016, o [TD 57 – Atualização das projeções para a saúde suplementar de gastos com saúde: envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro](#) – estima que frente a esse avanço da população com mais de 60 anos, os gastos assistenciais podem chegar a R\$ 396,4 bilhões em 2030, o que representaria um avanço 268,4% em comparação a 2014. Já o estudo especial [“Caracterização dos beneficiários de alto custo assistencial – um estudo de caso”](#) indica que 66,5% dos gastos assistenciais são consumidos por apenas 5% dos beneficiários, principalmente devido a internações de pessoas com idade avançada.

Algumas falhas de mercado também são apontadas pelo TD 69 como motores da VCMH. Especialmente a ausência de indicadores de qualidade que possibilitem identificar os melhores prestadores de serviços e realizar uma especificação mais justa dos serviços de saúde; e a falta de transparência nas relações entre os agentes de mercado. Práticas que encontram amparo no modelo de pagamento de serviços de saúde chamado fee-for-service, ou “conta aberta”, atualmente empregado no Brasil. Outro dos temas recorrentes aqui no Blog, não por falta de [alternativas](#) – Para saber mais, consulte nossa [área temática](#).

Ainda pesa nessa conta, ao menos no caso brasileiro, o período de recessão econômica e aumento do desemprego que resultou na queda do total de beneficiários, sem uma correspondente redução de custos assistenciais; a judicialização da saúde; e os elevados custos de OPMEs, uma questão que esbarra em problemas como assimetria de informação e até mesmo fraudes.

Por conta desses problemas, embora as estimativas variem um pouco entre os relatórios das três consultorias analisadas no TD 69 (Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson), a VCMH para planos empresariais médico-hospitalares do Brasil é de aproximadamente 17%, o que nos coloca entre os 10 países de maior VCMH do mundo.

Para entender melhor essa comparação, não deixe de ler o Blog de amanhã!

**Fonte:** IESS, em 24.04.2018.