

Uma percepção é bastante comum para diversos grupos de pessoas: uma hora ou outra você acaba ouvindo reclamações sobre o reajuste dos planos de saúde, sejam os individuais ou coletivos. Muitos chegam até a recorrer à justiça com relação ao aumento. No ano passado, o reajuste nas mensalidades liderou o ranking de reclamações no Idec (Instituto Nacional de Defesa do Consumidor).

Mas afinal, de onde vem o reajuste dos planos de saúde e porque ele é acima da inflação geral? Um dos objetivos do TD 69 é justamente responder essa pergunta mostrando que o fenômeno não é exclusividade do nosso modelo de saúde suplementar. Como temos mostrado, a VCMH (Variação de custos médico-hospitalares) acima da inflação acontece em âmbito mundial, tanto em países emergentes como no Brasil (média de 3,4 vezes acima da inflação da economia) e México (média de 3,2) quanto em países com economias estáveis, como Reino Unido e Canadá, em que a média da variação é de 2,9 e 4,7 vezes a inflação geral, respectivamente.

Para quem acompanhou, esta semana apresentamos uma série de publicações a respeito das especificidades dos custos em saúde com base no [TD 69 – "Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional"](#). Explicamos as [diferenças entre VCMH e IPCA; fatores propulsores dos custos; características do caso brasileiro e mundial](#).

Os fatores que levam ao aumento dos custos e consequente reajuste são antigos conhecidos. Envelhecimento populacional, aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, avanços tecnológicos e sua incorporação sem a correta análise de custo-efetividade, modelo de pagamento, excessos por parte dos profissionais e dos pacientes e outros fatores.

Não é novidade afirmar que o reajuste também não é positivo para as empresas do setor, a perda de capacidade de pagamento por parte do beneficiário pode representar a migração para outras operadoras, mudança para planos com cobertura inferior ou até mesmo abdicar da saúde suplementar.

É necessário, portanto, um esforço em conjunto dos órgãos governamentais, como Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento aliado à cadeia de saúde suplementar – agência reguladora, operadoras e prestadores de serviço – bem como dos profissionais de saúde e beneficiários de planos.

A mudança no modelo assistencial é ordem do dia para garantir a sustentabilidade do setor para se repensar a respeito e garantir o melhor gerenciamento dos recursos disponíveis, privilegiando a qualidade e o desfecho clínico ao invés de promover excesso de exames e procedimentos.

Vale lembrar, por exemplo, o modelo da África do Sul, que possui um mercado de saúde suplementar semelhante ao brasileiro e efetuou mudanças no seu modelo de pagamento e apresenta uma variação do custo muito próxima da inflação geral – média de 1,6 acima. Entre os dez países com maior diferença entre a variação de custo médico-hospitalar e inflação, seis utilizam o fee-for-service.

Outro ponto importante nesta agenda é a informação e a correta comunicação sobre as necessidades do setor, seja proporcionando maior transparência e previsibilidade sobre os reajustes para os agentes e o beneficiário ou ainda na melhoria do conhecimento do [judiciário sobre o setor](#), já que excessos em recorrer à Justiça também representa um fator propulsor dos custos no caso brasileiro.

Fonte: IESS, em 27.04.2018.