

Por Alexandre Cordeiro Macedo e Marcelo Nunes de Oliveira

A inflação da saúde é tema recorrente em discussões no mercado de saúde suplementar, e apontada como a vilã pela perda de mais de 3 milhões de beneficiários pelas operadoras de planos de saúde (OPS) nos últimos 3 anos no Brasil. Entre 2013 e 2018, enquanto o IPCA acumulou alta de 39%, nos planos de saúde foi de 82%. Endereçar os problemas da saúde suplementar é contribuir para a melhoria da saúde pública, evitando a sobrecarga no SUS.

Algumas ideias para estancar a escalada dos custos dos planos de saúde têm circulado no mercado como, por exemplo, a mudança da cobrança pelos prestadores de serviços do “fee for service” para cobranças atreladas a resultados e metas. Além disso, a discussão sobre escalada dos preços deve ser separada entre (i) elementos de custo das OPS e (ii) competição na oferta de planos. Tratar custos sem atentar para competição apenas elevará as margens das OPS, e tratar competição sem endereçar a pressão sobre custos é enxugar gelo.

Quanto aos custos, requer-se reconhecer que há falhas significativas no mercado de saúde, como “risco moral” e “problema agente principal”. Quem promove a demanda pelos serviços — especialmente os médicos — não paga a conta final, recaindo tal ônus sobre as OPS e, em última instância, sobre o consumidor final. Este, por sua vez, não possui incentivos e capacidade de contestar prescrições indevidas ou dispensáveis, seja porque não possui o conhecimento técnico necessário, seja porque, para ele, o plano é quem vai pagar. Nessa linha, é premente discutir as relações heterodoxas entre médicos, hospitais, laboratórios, empresas farmacêuticas e fornecedores de OPME (órteses e próteses). É inadmissível a continuidade de práticas como remuneração atrelada a metas de procedimentos solicitados, rebates, prêmios ou qualquer tipo de benefícios, pecuniário ou não, que visem a obter do médico a preferência sobre determinado serviço, produto ou fornecedor. É preciso resguardar o ato médico de incentivos externos que não tenham como escopo o melhor interesse do paciente-consumidor. Segundo dados da OCDE, a saúde suplementar no Brasil realizou 147 exames de ressonância magnética para cada 1000 habitantes em 2015, enquanto nos países membros essa taxa é de 67 exames.

Pelo lado da oferta de planos de saúde, é preciso avaliar medidas que promovam maior competição entre as OPS. Uma delas seria a revogação do art. 14 da RN 195 - ANS, que proíbe a cobrança dos planos por adesão diretamente pelas OPS aos beneficiários, impondo a necessidade de um intermediário — a Administradora de Benefícios. Tal proibição constitui amarra à livre atuação das OPS, além de criar uma reserva de mercado para intermediação dos planos de saúde. À guisa de informação, a receita das administradoras passou de R\$ 665 milhões, em 2011, para R\$ 1,6 bilhão, em 2017, segundo dados da ANS, obtendo crescimento mesmo com a perda de beneficiários pelas operadoras nos anos mais recentes.

Ao fim, a falta de regulação para alguns serviços e o excesso — ou equívoco — na regulação para outros impõem à estrutura do mercado de saúde suplementar uma série de obstáculos à correta formação dos preços. Há muitos desafios pela frente, mas há espaço para a adoção de medidas que ataquem o problema dos custos, tratando dos incentivos ao desperdício, ao sobreuso e ao sobrepreço de produtos e serviços. Por outro lado, ao reduzir as amarras que impedem maior competição, cria-se um ambiente favorável à eficiência por parte das OPS, de modo que essas trabalhem mais arduamente no controle dos custos e tenham menor capacidade de repassar aumentos de preços aos cidadãos.

**Fonte:** [O Globo](#), em 17.01.2019.