



Controle de preços e reajustes não reduzirá **variação dos custos médicos-hospitalares**

JOSÉ CECHIN, SANDRO LEAL ALVES E ÁLVARO ALMEIDA

Desde tempos muito antigos, antes até da organização que conhecemos hoje como governo, já existiam tentativas de controlar a economia, especialmente preços e salários. A noção de que se deva chegar a um preço “justo” para determinadas mercadorias sempre esteve presente em nossa civilização. Historiadores econômicos relatam tentativas neste sentido há mais de 40 séculos. A mesma intenção permanece viva nos dias atuais, inclusive no setor de saúde suplementar, que já tem regulados os reajustes dos planos individuais e não raramente surgem “novas” propostas de controle também dos planos coletivos.¹

A HISTÓRIA ECONÔMICA ENSINA. SERÁ?

Os argumentos contrários ao controle de preços não são meramente acadêmicos, mas também históricos. A ineficiência e escassez inerentes à adoção dessa política econômica estão presentes há milhares de anos. Por exemplo, há quatro mil anos, no Egito Antigo, todos os preços foram congelados por decreto em todos os níveis. Havia burocratas que diariamente fiscalizavam a aplicação desses decretos. Nesse contexto, os agricultores egípcios se revoltaram e simplesmente abandonaram suas fazendas, culminando em um colapso econômico. Também há quatro mil anos, na Babilônia, o

Código de Hamurabi realizou diversas formas de controle e regulações de preços. Os dados históricos mostram que assim que essas leis foram implantadas ocorreu grande retrocesso econômico.

Para entender a ineficácia da administração de preços nem é preciso ir tão longe, na história e geograficamente. Basta começar por uma política bem atual – a contenção das tarifas de eletricidade praticada nos dois anos anteriores às últimas eleições presidenciais. O resultado é bem conhecido: descapitalização das empresas do setor, atrasos em obras que deixam parques eólicos sem linhas de transmissão, aumento de consumo que exigiu geração mais cara e, agora, as acentuadas tarifas, para desespero e irritação dos consumidores.

Outra experiência malsucedida foi o Plano Cruzado, de 1986: o congelamento dos preços e salários eliminaria a inflação e forçaria a estabilidade da moeda. O povo aprovou e se promoveu a fiscal, elevando a popularidade do presidente a níveis sem precedentes. Tal sucesso foi fugaz. A estabilidade monetária aumentou o poder aquisitivo, em especial das camadas de menor renda – indefesas contra a inflação –, e o consumo se acelerou. Em menos de seis meses vieram o desabastecimento e o mercado negro, cultivado pelos que antes agiam como fiscais do plano. A inflação voltou a galope e a insatisfação derrubou a aprovação do presidente. A fracassada experiência não foi assimilada, pois se seguiram outros congelamentos, com resultados cada vez mais pífios e fugazes, deixando herança nefasta para a sociedade.

**Os
argumentos
contrários
ao controle
de preços
não são
meramente
acadêmicos,
mas também
históricos.
A ineficiência e
escassez inerentes
à adoção dessa
política econômica
estão presentes há
milhares de anos.**

¹ SCHUETTINGER, Robert L.; BUDER, Eamonn F. Forty centuries of wage and price controls: how not to fight inflation. Washington, D.C.: The Heritage Foundation, 1978.

Exemplos atuais da ineficiência de políticas dessa natureza são abundantes. Basta ver o que ocorre nos dias de hoje com os cidadãos venezuelanos, que sofrem com a ausência de alimentos e medicamentos e com o surgimento de mercados negros.

Vale citar ainda a prática de controle dos reajustes nos financiamentos do Sistema Financeiro da Habitação (SFH), nos anos 80, com consequências que se estenderão por mais algumas décadas. O SFH contava com o seguro estatal do Fundo de Compensação de Variações Salariais para garantir o prazo de amortização contratado pela assunção do saldo residual ao final do contrato. Sucessivas crises a partir de 1980, altas dos juros e da inflação, além de baixo crescimento, faziam com que as prestações aumentassem mais que salários. Para conter essa divergência, o governo fixou o reajuste das mensalidades em uma fração do INPC, prefixou-o em menos da metade do índice contratual e o vinculou ao aumento salarial da categoria profissional do mutuário.

Resultado: estrangulamento do financiamento habitacional, deterioração financeira dos agentes do sistema e acumulação de gigantescos passivos de responsabilidade última do Tesouro Nacional – estimados em quase 100% da receita corrente líquida da União, em 1995. Em torno de quatro mi-

lhões de mutuários, sobretudo das classes média e alta, herdaram habitações a baixíssimo custo. As contas? Serão quitadas em até 30 anos, por todos os contribuintes, inclusive os das classes de menor renda, que sequer tiveram acesso a esses financiamentos.²

Exemplos atuais da ineficiência de políticas dessa natureza são abundantes. Basta ver o que ocorre nos dias de hoje com os cidadãos venezuelanos, que sofrem com a ausência de alimentos e medicamentos e com o surgimento de mercados negros. Em 2014, o presidente da Venezuela, Nicolás Maduro, decretou a proibição de vender nas ruas café, ovos, xampu e mais outros 50 itens regulamentados, cujos preços são controlados pelo governo. Ele ordenou que a Guarda Nacional fiscalizasse os mercados e ameaçou processar os infratores reincidentes.

Aqueles comerciantes que tentavam vender produtos básicos como detergentes e óleo de cozinha eram taxados como fraudadores para burlar a fiscalização. Segundo o presidente, a culpa da escassez de produtos e da inflação que não para de subir seria da “guerra econômica” travada com empresários, lojistas e outras pessoas que supostamente estariam tentando minar o governo socialista, manipulando os preços. O governo passou a exigir que os cidadãos deem seus números de identidade no ato da compra, e ordenou a instalação de scanners para tirar as impressões digitais dos consumidores. Tudo isso para evitar que venezuelanos comprem acima do limite determinado. Adquirir itens que não tenham os preços controlados pelo governo venezuelano é quase uma missão impossível, e a situação econômica, social e política daquele país piora a cada dia.³

² CECHIN, J. A ilusão do controle de preços. Jornal O Globo. Opinião, 23 de junho de 2016.

³ MIROFF, N. Mercado negro a céu aberto na Venezuela. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/mundo/mercado-negro-ceu-aberto-na-venezuela-14577507#ixzz4BkorfSgw>>.

POR QUE NÃO SE DEVE CONTROLAR OS PREÇOS E REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE?

A resposta é simples e está abundantemente relatada nos parágrafos anteriores. Com intuito de proteger os consumidores de planos de saúde individuais e coletivos do efeito dos reajustes das mensalidades aplicadas pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde sempre surgem propostas, algumas delas transformadas em Projetos de Lei, que sugerem o controle governamental. No caso dos planos individuais, como os reajustes dos contratos regulamentados são controlados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as propostas buscam conectá-los a um índice de preços ao consumidor, tais como IPCA e INPC. Já para os planos coletivos empresariais ou de adesão, as propostas intervencionistas se dão no sentido de controle de preços e reajustes.

Tais iniciativas possuem dois equívocos de origem e exatamente em razão disso o resultado de sua adoção inevitavelmente não alcançará o objetivo desejado, qual seja, o de proteger o consumidor. A primeira falha é desconsiderar a experiência e a história, não apenas brasileira como mundial, dos efeitos perversos que esse tipo de política ocasiona no mercado, resultando em escassez, redução de investimentos, piora na qualidade dos serviços prestados, surgimento de mercados negros, dentre outros efeitos colaterais indesejáveis, porém presentes, sempre que esse expediente foi adotado.

O segundo equívoco é ignorar que a dinâmica do crescimento de parcela importante dos custos na saúde é um fato alheio à própria atuação das operadoras e também da regulação da ANS, pois estes decorrem da incorporação de novas tecnologias, de indicações que se coadunam com as melhorias nas evidências científicas, além de fatores demográficos e epidemiológicos que implicam maior utilização dos serviços de saúde.

A limitação dos reajustes das mensalidades abaixo do crescimento das despesas médicas funciona como um verdadeiro efeito-tampão. A remuneração da operadora é freada enquanto todos os fatores de crescimento de custos que estão nas outras etapas da cadeia produtiva e de valor da saúde seguem crescendo em ritmo superior à inflação de preços.

Em junho deste ano, a ANS fixou em 13,57% o índice máximo de reajuste a ser aplicado aos planos individuais ou familiares contra-

tados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Cabe ressaltar que este não é um índice de preços, mas um índice de valor, composto pela variação de preços dos serviços de assistência à saúde, pela variação da frequência de utilização desses serviços e, ainda, pelos efeitos combinados dessas duas variações. Para diversas operadoras, esse índice pode ser insuficiente para cobrir os expressivos aumentos das despesas assistenciais *per capita*. A variação da despesa assistencial *per capita*, inadequadamente chamada de inflação médica, é, em média, duas vezes superior à inflação que mede os demais preços da economia.

Nos últimos dez anos, os gastos com saúde cresceram em um ritmo mais acelerado que o da inflação de preços ao consumidor. A série, a partir do ano de 2007, assinala um acúmulo de 158,7% nas despesas assistenciais *per capita* no mercado de saúde suplementar, enquanto a variação do



A atual política de controle de reajustes dos planos individuais deveria ser revista para fornecer estímulos corretos ao desenvolvimento dessa atividade, incentivando a concorrência e a eficiência.

IPCA foi de 74,7% no mesmo período (tabela 1). Há muitas distorções e falhas no mercado que pressionam os custos da saúde. A regulação dos reajustes sem intervenção nesses fatores que influenciam o crescimento acelerado de custos provoca descasamento entre receitas e despesas. Nenhuma empresa deve continuar suas atividades em um cenário de desequilíbrio por longo período de tempo, pois, se assim o fizer, acabará por afetar sua situação de solvência e a bancarrota será inevitável.

Tabela 1. Variação anual da despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar, reajuste autorizado pela ANS, IPCA e VCMH (IESS) (2007/2016)⁴

Ano	Reajustes ANS	IPCA ¹	Despesa assistencial <i>per capita</i> ²	VCMH ³
2007	5,76	3,00	17,01	8,30
2008	5,48	5,04	9,60	10,25
2009	6,76	5,53	8,89	12,50
2010	6,73	5,26	4,95	8,05
2011	7,69	6,51	10,89	12,35
2012	7,93	5,10	13,03	15,75
2013	9,04	6,49	10,16	15,35
2014	9,65	6,28	13,94	16,00
2015	13,55	8,17	12,30	18,80
2016	13,57	9,28	16,92	18,56
Δ (%) Acumulado 2007-2016	13,57	74,74	158,74	228,46

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em 6/6/16. IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Extraído em 6/6/16. ANS - Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999. Extraído em 6/6/16.⁵

⁴ Variação dos Custos Médicos Hospitalares calculada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. O índice de Variação VCMH/IESS expressa a variação do custo médico hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos, de 12 meses cada. A amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país. Fonte: Iess.org.br

⁵ Notas: 1) IPCA - últimos doze meses terminados em abr/16. 2) Para o cálculo da variação acumulada da despesa assistencial *per capita* não foram consideradas as despesas assistenciais e o número de beneficiários das modalidades: cooperativa odontológica e odontologia de grupo. Considera a média de beneficiários nos quatro trimestres de cada ano. Despesa assistencial – considera o valor projetado para o ano de 2016. 3) VCMH (IESS) média da variação medida nos meses de outubro e novembro de cada ano. ANS – reajuste ANS considera o período de maio a abril de cada ano.

As operadoras de planos e seguros privados de saúde vêm enfrentando escalada de crescimento da despesa assistencial de seus beneficiários, que, além de comprometer a renda e o orçamento das famílias e das empresas nessa área de cuidados, comprime as margens e os investimentos das operadoras. Ressalta-se que a variação da despesa assistencial muito acima dos índices de inflação não vem sendo integralmente compensada nos reajustes das mensalidades dos planos individuais ou familiares (gráfico 1).

Dados para um período mais longo (2001-2016) revelam uma tendência alarmante. Enquanto o IPCA variou 170,1% de 2001 a 2016, a despesa assistencial dos beneficiários da saúde suplementar cresceu 393,6%. Com isso, a

despesa médico-hospitalar aumentou à taxa média anual de 4,1% em termos reais.

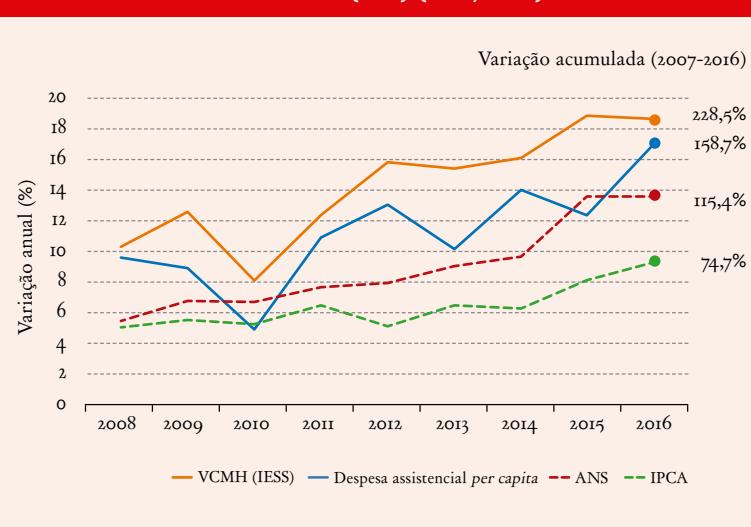
CONCLUINDO

A atual política de controle de reajustes dos planos individuais deveria ser revista para fornecer estímulos corretos ao desenvolvimento dessa atividade, incentivando a concorrência e a eficiência. Uma atividade econômica, qualquer que seja, deve ter um fluxo de recebimentos compatível com suas despesas para que consiga operar no mercado. Na saúde privada não é diferente. Além de se rever a metodologia dos contratos individuais de plano de saúde, não devem prosperar as propostas que buscam ampliar tal política para os planos coletivos, sob o risco de tornar a atividade

econometricamente inviável, o que consistiria em desabastecimento desses produtos no mercado, como demonstram a teoria e a história econômica. Não parece ser este o desejo dos consumidores, especialmente aqueles do futuro, que poderão não contar com tal produto disponível.

Atuar nos mecanismos de incentivos que levam ao crescimento exponencial dos custos é o que se deve fazer, a fim de conter as elevações das despesas e, por consequente, das mensalidades. Atuar na causa, e não na consequência. Muito há que se trabalhar nesse sentido, a começar pelo estímulo à concorrência e transparência nos mercados de insumos e produtos de saúde, como as denominadas Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). ●

Gráfico 1. Variação anual da despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar, reajuste autorizado pela ANS, IPCA e VCMH (IESS) (2007/2016)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em 6/6/16. IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Extraído em 6/6/16. ANS - Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999. Extraído em 6/6/16.

JOSÉ CECHIN

Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).
jose.cechin@fenasauder.org.br

SANDRO LEAL ALVES

Economista e Superintendente de Regulação da FenaSaúde.
sandroleal@fenasauder.org.br

ÁLVARO ALMEIDA

Especialista em Regulação de Saúde da FenaSaúde.
alvaro.almeida@fenasauder.org.br