

Desafios da saúde suplementar no Brasil

Por Maílson da Nóbrega (*)

O jornalista norte-americano Henry Louis Mencken cunhou uma frase que se aplica com perfeição ao setor de saúde no Brasil: “Para todo problema complexo sempre há uma solução clara, simples, e errada”. Em diversos países, os custos da saúde têm aumentado sistematicamente acima dos demais custos da economia. Esse fenômeno tem diversas causas e representa um desafio para a sustentabilidade desse importante e complexo setor, decisivo para o bem-estar e a longevidade da população.

Conforme previsto na máxima enunciada acima, medidas simplistas têm sido usadas para atacar o problema e algumas já se mostram contraproducentes. A que mais chama a atenção é o controle de preços em alguns segmentos da indústria de planos de saúde. No de planos individuais, há controle dos reajustes anuais pelo órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde 1999. Diante da persistência do aumento do custo de prover o serviço, essa medida teve como consequência inexorável uma redução dramática na oferta dos planos, em prejuízo de quem não tem acesso a seguros em grupo (como trabalhadores autônomos). Tal prática intervencionista foi estendida aos planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários, em 2012, com consequências similares: planos coletivos por adesão, que na grande maioria não sofrem a mesma intervenção, pois normalmente têm mais de 30 beneficiários, absorveram parte do mercado, em detrimento dos planos empresariais para pequenas e médias empresas, tornando o controle de preços novamente instrumento de redução da oferta.

Medidas dessa natureza, ao não atacarem as causas fundamentais da inflação da saúde, não geram efeitos positivos sustentáveis. Criam distorções. Uma vez que o fenômeno tem origem em fatores diversos, são necessárias ações estruturais para sua correção. Dentre as causas temos o aumento da expectativa de vida da população, decorrente da maior prosperidade material e do avanço da medicina. Doenças associadas a pacientes mais idosos, assim, tornam-se mais comuns e os tratamentos, mais complexos e caros.

Parte do avanço na medicina decorre da introdução de novas tecnologias em equipamentos e remédios, algumas decisivas para o sucesso de tratamentos. Outras, no entanto, apesar do alto custo, apresentam pequeno incremento em relação a alternativas existentes. A adoção indiscriminada de novas tecnologias pelos provedores e sua inclusão na lista de tratamentos do SUS ou no rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde – outra intervenção do governo no setor – constituem uma das causas da inflação na saúde. Faz-se necessária, para preservar a modicidade de preço e a efetividade dos tratamentos, a criação de metodologias rigorosas para mensurar a relação custo/benefício da introdução de novas tecnologias nos procedimentos cobertos.

Outro fenômeno subjacente é a judicialização de questões relacionadas à saúde. Os tribunais têm sido favoráveis a pleitos de beneficiários para que os planos de saúde cubram condições não previstas nas listas de procedimentos. Em muitos casos, trata-se de procedimentos caros, para os quais há tratamentos alternativos com grau de efetividade semelhante. Tal prática necessariamente encarece o valor dos planos, cujo princípio é o do mutualismo: despesas são cobertas pela contribuição dos segurados e gastos extraordinários resultarão necessariamente em prestações maiores para todos os participantes.

Também pode ser observado algum desalinhamento de incentivos entre os participantes da cadeia (planos, hospitais, médicos e segurados), uma vez que na maioria dos planos disponíveis no mercado não há nenhum tipo de coparticipação do beneficiário. Por perceber que não há custo nos procedimentos, há uma tendência à sua sobreutilização, encarecendo os planos. A adoção de franquias ou copagamento, usuais em outros tipos de seguro, poderia atenuar essa distorção.

Nessa mesma linha, o modelo de “conta aberta”, pelo qual hospitais e médicos são remunerados pelos serviços prestados aos beneficiários dos planos, também enseja distorções. Uma vez que os prestadores recebem segundo os procedimentos realizados, quanto mais procedimentos e materiais consumidos, maior é a sua remuneração. Desse modo há um claro estímulo à realização do maior número possível de procedimentos, mesmo que o benefício para o paciente seja reduzido. A alternativa defendida por especialistas, e já adotada com sucesso em outros países, prevê uma remuneração fixa ao prestador segundo grupos de diagnósticos. A remuneração, neste caso, não aumentaria de acordo com o número de procedimentos, dependendo somente da enfermidade a ser tratada. Esse arranjo, quando complementado por outros estímulos – por exemplo, premiação por outros indicadores de desempenho do prestador, como a não reincidência da enfermidade –, pode ser decisivo para tornar o sistema mais econômico e acessível para a população.

Por fim, existem desafios ligados à maneira como a informação no setor de saúde é disseminada. Há pouco compartilhamento de dados sobre o sistema, dificultando avaliações acerca da qualidade de médicos e prestadores de serviço. Mesmo quando há informações sobre um paciente, barreiras impedem o acesso e seu uso, se isso vier a ser necessário. A adoção de rankings de hospitais, o monitoramento de remuneração de médicos por fornecedores de dispositivos e materiais e a adoção do prontuário eletrônico contribuiriam para reduzir essas assimetrias de informações.

Este momento de crise é propício à discussão de ideias para aperfeiçoar o funcionamento dos mercados como o de saúde suplementar. Só o combate efetivo às causas dos problemas resultará em soluções sustentáveis e permanentes. Saídas simples, que miram os efeitos, tendem apenas a aprofundar desequilíbrios e a tornar o sistema insustentável.

(*) **Mailson da Nóbrega** é economista e foi Ministro da Fazenda

Fonte: [O Estado de São Paulo](#), em 13.01.2016.
