

Site da Associação Brasileira de Planos de Saúde  
de Minas Gerais



**LINK**

[http://bit.ly/abramge\\_0210\\_abramgemg](http://bit.ly/abramge_0210_abramgemg)

### **Inflação médica: a grande vilã da saúde suplementar**

*"Embora a inflação médica seja um problema mundial, o Brasil é um dos países que têm as maiores variações de custos de saúde"*

Embora a "inflação médica" seja um problema mundial, o Brasil é um dos países que têm as maiores variações de custos de saúde. Um estudo recente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostrou que, aqui, a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), indicador conhecido pelo mercado como "inflação médica", foi 3,4 vezes o valor da inflação geral. Na Argentina, país vizinho, esse número foi de 1,4. Países desenvolvidos, como a Dinamarca ou França, também apresentam uma variação excessiva nesse indicador: no primeiro, o VCMH foi de três vezes o valor da inflação-base; no segundo, de 2,5 vezes. No Brasil, os custos relativos à internação são os mais expressivos, representando quase metade dos valores pagos pelas operadoras de planos de saúde. O gasto com materiais é o segundo na lista.

Além de mostrar que se trata de um fenômeno mundial, o estudo apontou as principais causas: envelhecimento populacional e aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis; avanços tecnológicos e alto custo de medicamentos; o modelo de pagamento utilizado na saúde; e a tendência de se estimular excesso de serviços. No Brasil, pode-se adicionar ainda alguns fatores que fazem com que o problema seja ainda mais grave, como os diferentes surtos de doenças transmissíveis e a determinação do governo de aumentar a cobertura mínima para novos procedimentos e medicamentos.

Se o governo não aprovar um rol mais enxuto, a viabilidade econômica de muitos planos de saúde estará cada vez mais comprometida

Além destes fatores, o rol de cobertura mínima em nosso país tem mais de 5 mil itens. A título de comparação, na Austrália esse número é de 500; na África do Sul, em torno de 300. Dentre esses 5 mil itens, aproximadamente 600 são exames. Algumas doenças admitem mais de 30 exames. É preciso que sejam feitos estudos analisando a real necessidade de todos esses procedimentos para verificar os efetivos e os que apenas aumentam o custo da saúde. Na prática, essa extensão do rol de cobertura se revela inviável. Se o governo não aprovar um rol mais enxuto, a viabilidade econômica de muitos planos de saúde estará cada vez mais comprometida.

Apesar desse extraordinário número de itens do rol, aprovado pela ANS e pela sociedade constituída, o sistema judiciário continua a considerá-lo como uma lista mínima de cobertura, o que tem ocasionado frequentes liminares judiciais para realização de exames ou procedimentos não inclusos. Essas atitudes de judicialização têm trazido grande desconforto entre usuário e operadora, com encarecimento entre 2% a 3% do custo per capita no produto comercializado.

O envelhecimento da população também tem um impacto muito grande nos custos de saúde – e, com o aumento da expectativa de vida, esse número tende a continuar subindo. Até 2030, os planos de saúde contarão com um maior número de beneficiários idosos – estima-se que chegue a 51,6%. Com isso, aumentará também o número de consultas, exames, terapias e internações. Será outro aumento de custo que inchará as contas já bastante comprometidas das operadoras.

Mudanças no modelo de pagamento, uma maior transparência em relação ao custo e qualidade dos materiais (que poderia causar um aumento da competição entre os distribuidores e uma consequente baixa de preços) e o uso de critérios bem definidos para incorporação de novos itens no rol mínimo de cobertura dos planos de saúde, tendo como critérios de custo-benefício-efetividade, são algumas das medidas que poderiam conter o aumento exponencial da inflação médica. Além disso, faz-se necessária também uma urgente mudança na mentalidade. É preciso abandonar o modelo vigente, centrado no hospital e com foco na doença, para um modelo com foco em promoção à saúde, atenção primária e, na medida do possível, desospitalização.

Nessa lógica, especialmente da atenção primária, cabe, por exemplo, estimular uma prática que ainda é vista com ressalva pelos beneficiários: o médico de família ou médico gestor. Esse profissional seria o responsável pelo atendimento e encaminhamento dos pacientes, somente quando necessário. Isso evitaria consultas, exames e até tratamentos desnecessários.

Caso não existam mudanças para tentar barrar o aumento nos custos, todos tendem a perder: usuários, operadoras e governo. Perdem os beneficiários, que não conseguirão arcar com os custos; muitas operadoras não resistirão ao novo cenário e o governo precisará absorver ainda mais pacientes no seu já bastante frágil sistema de saúde. Por isso, a única saída é unir esforços para garantir que a saúde suplementar possa ter vida longa e cada vez mais próspera no país.