

Desafios de gestão

Recessão econômica pressiona sistema de saúde suplementar a enfrentar seus próprios obstáculos à sustentabilidade

Solange Monteiro, *Rio de Janeiro*

A retração da economia brasileira já se refletiu – ainda que lentamente – no mercado de saúde suplementar. No acumulado de 12 meses até setembro de 2015, o setor registrou queda de 0,3%, puxada pelos beneficiários individuais (-0,9%). Para as operadoras de planos de saúde privados, essa expectativa de deterioração do emprego e da renda das famílias é ingrediente adicional em um quadro que já se via complexo. Mesmo colhendo o impacto positivo do aumento da base registrado até 2014 – de 38 milhões em 2007 para os atuais 50 milhões –, impulsionado pelo crescimento do emprego formal e o aumento de renda, esse segmento tem observado um forte aumento de custos que compromete sua sustentabilidade. “É algo sério, pois daqui para a frente a tendência é de que esses custos aumentem ainda mais, devido ao envelhecimento da população, podendo quase triplicar até 2020”, diz Luiz Augusto Carneiro, superintendente-executivo do Ins-



tituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS).

Levantamento feito pelo IESS aponta que a diferença da variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) em relação à inflação geral cresceu nos últimos anos. Nos 12 meses encerrados em junho de

2015, que é o dado mais recente divulgado pelo IESS, a VCMH foi 17,1% em relação ao período anterior, enquanto o IPCA registrou alta de 8,9%. O cálculo do IESS é feito a partir de uma amostra de 1,5 milhão de beneficiários de planos de saúde, da qual se mede a evo-



lução da despesa *per capita* anual com itens como consultas, exames, terapias e internações. Carneiro ressalta que o aumento desses custos não é um problema exclusivo do Brasil, mas é aqui onde se verifica a maior discrepância por um período mais longo. “Checamos que essa alta não se deu pelo aumento de internações, que nos cinco anos até 2014 girou em torno de 13,5% dos beneficiários, mas sim pelo valor médio das internações, que dobrou nesse período”, diz, lembrando que estas representam 59% do total das despesas assistenciais que compõem o índice.

Além do aumento do preço de materiais e medicamentos, esse resultado é fruto do modelo de remuneração adotado no Brasil – conhecido como *fee-for-service* –, em que hospitais e clínicas são pagos pela quantidade de serviços prestados e produtos utilizados nos tratamentos, sem considerar dados de *performance* do prestador. “É um



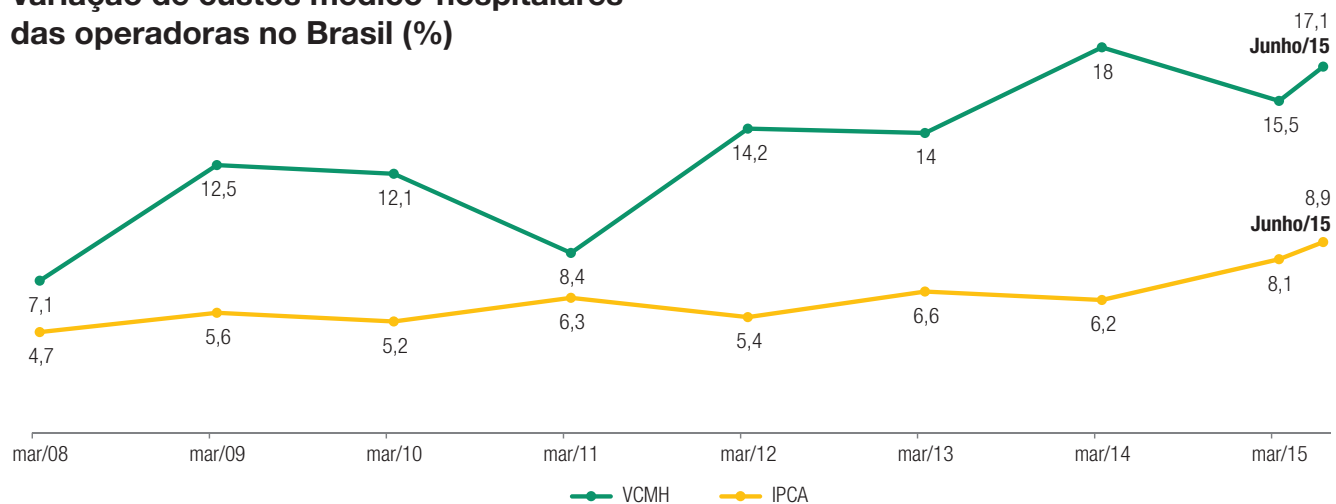
Revisão de modelo

No Brasil, sistema de remuneração estimula inflação de custos

modelo que não estimula a busca por eficiência”, diz Mauricio Ceschin, presidente da diretoria executiva da Qualicorp, observando que, dessa forma, criam-se incentivos para gastos desnecessários. Outros países, entre os quais Portugal, Austrália, Alemanha e África

do Sul, combateram essa fonte inflacionária com a adoção de um sistema em que os valores são definidos a partir de uma média de custos por grupos de diagnóstico – e não de casos isolados – conhecido como DRG (sigla em inglês para Grupos de Diagnósticos Relaciona-

Varição de custos médico-hospitalares das operadoras no Brasil (%)



Fonte: IESS.

dos). “Esse sistema foi iniciado nos Estados Unidos há mais de 30 anos, já foi mais do que testado, e pouco se houve falar dele aqui”, lamenta Carneiro, indicando que na Alemanha a aplicação do DRG resultou em redução de 25% do orçamento hospitalar entre 2005 e 2009.

O executivo da IESS admite que uma transição de modelo não é simples. “Em alguns lugares, foi um movimento que partiu das próprias operadoras, já que outros atores do mercado são mais resistentes por se beneficiar do formato focado na quantidade”, diz. “Na África do Sul, por exemplo, as empresas passaram a classificar suas bases por grupos de diagnóstico e direcionar seus clientes para hospitais com melhores resultados, incluindo menor tempo de internação. Fizeram isso por cinco anos, até que conseguiram negociar com os hospitais a mudança do sistema de pagamento. Foi um processo que durou dez anos, mas funcionou.” Ceschin, da

Na África do Sul, as empresas classificam suas bases por grupos de diagnóstico e direcionam seus clientes para hospitais com melhores resultados

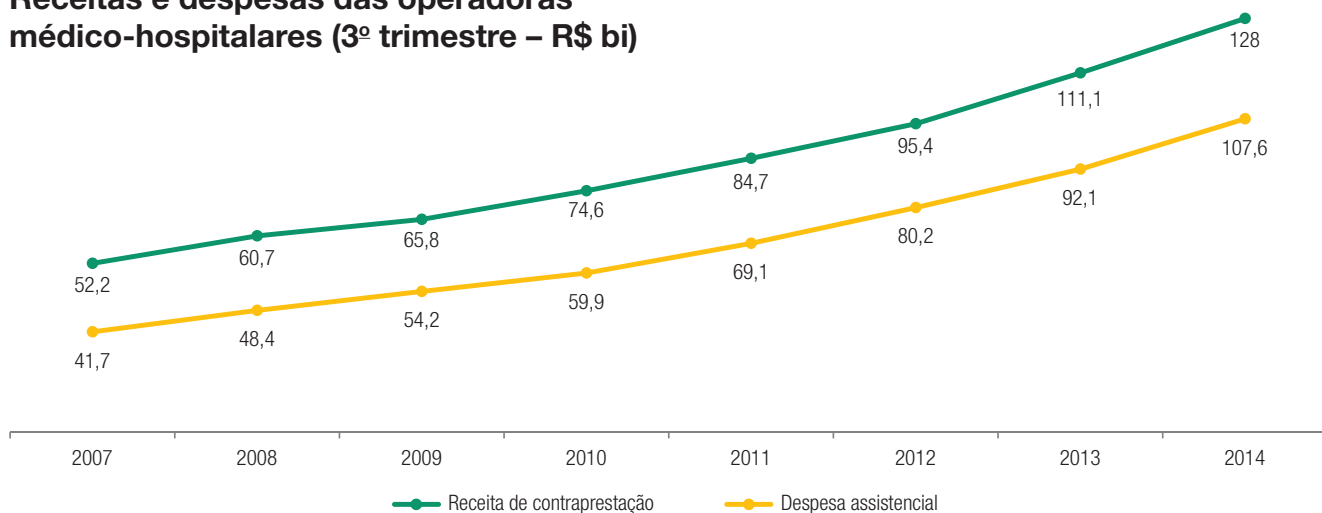
Luiz Augusto Carneiro

Qualicorp, acrescenta que a remuneração atrelada ao resultado também demanda o uso de protocolos, como acontece em países desenvolvidos, nos quais a divulgação de indicadores como taxas de infecção hospitalar, reinternação no período de 30 dias, ou mesmo ocorrências de eventos adversos é obrigatória, padronizando as informações so-

bre a qualidade do atendimento em hospitais e colaborando para a precificação dos serviços. “Sem isso, é difícil gerar incentivos para ganhos de eficiência”, afirma.

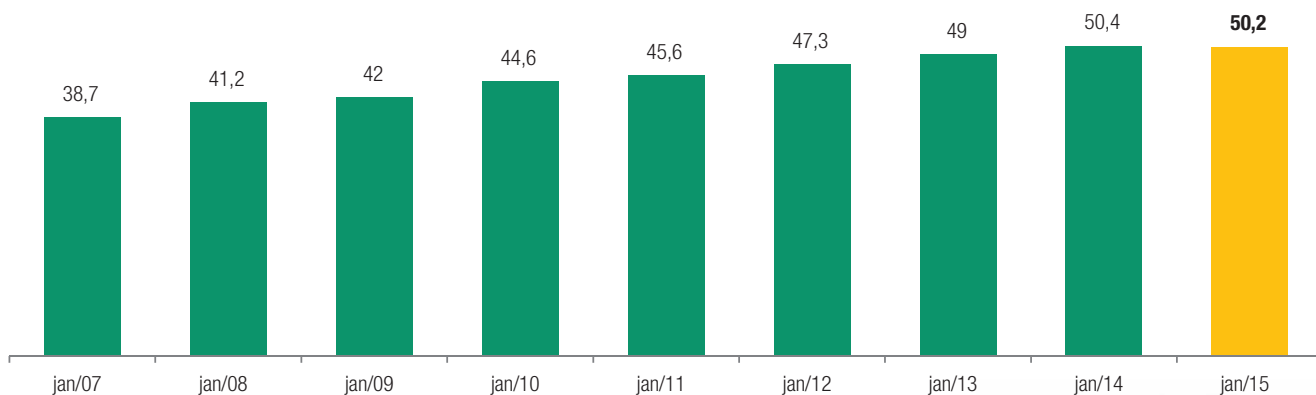
Dentro do atual sistema brasileiro, uma das alternativas das operadoras para ter mais controle sobre seus gastos é a verticalização. Essa foi a aposta da Hapvida, criada no Ceará em 1993, com atuação focada nas regiões Norte e Nordeste. Atualmente a empresa concentra 96% das internações e 76% das consultas e exames em unidades próprias. “Com isso, conseguimos oferecer planos até 15% mais baratos do que a média do mercado”, diz Jorge Pinheiro, presidente da operadora. Pinheiro conta que a ampliação da rede foi projetada conforme a evolução do negócio – que passou de menos de 200 mil beneficiários em 2000 para 3,2 milhões em 2015, divididos em 11 estados. Para ele, o diferencial é contar com sistemas integrados, com os quais a operadora

Receitas e despesas das operadoras médico-hospitalares (3º trimestre – R\$ bi)



Fontes: DIOPS/ANS/MS.

Beneficiários médico-hospitalares (milhões)



Desse total:

9,7 milhões são planos individuais
33,45 milhões são coletivo empresarial
6,7 milhões são coletivo por adesão

Queda de:

0,3% no número de beneficiários em 12 meses
 Aumento de **4,7%** no Centro-Oeste
 Queda de **1,3%** no Sudeste

Fontes: SIB/ANS/MS; assistência com ou sem odontologia.



consegue mensurar a demanda buscando ganhos de escala, além do investimento em tecnologia. “Não há solução de prateleira para o nosso setor. Foi um processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento que hoje nos permite personalizar o trabalho, com forte atuação na prevenção de fraudes e gestão do atendimento”, diz. Segundo Pinheiro, do ponto de vista de custo, a possibilidade de cruzar mais informações – reunidas em prontuários eletrônicos de todos os usuários – colabora para o aprimoramento da previsão de sinistros e o manejo de eventos específicos, como a época de viroses. “Isso nos permite criar um histórico e dimensionar as unidades de forma mais adequada. Em março, por exemplo, começaremos a dar cobertura de 11,5 mil vidas, graças ao contrato com uma companhia estabelecida em Manaus, e todo esse trabalho nos ajuda na projeção da estrutura

física e operacional necessária para iniciar essa prestação”, diz.

Consolidar e integrar

Pinheiro reconhece que a retração econômica pressionará o mercado de saúde suplementar, e poderá acelerar o processo de consolidação que já se verifica no setor. De acordo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de operadoras com beneficiários registradas passou de 1,45 mil no começo da década para 843 em setembro de 2015. “Em no máximo dez anos, teremos um mercado muito diferente do que é hoje”, afirma. Ceschin, da Qualicorp, aponta que parte desse movimento se dá por problemas de gestão, como no caso da Unimed Paulistana, que teve sua liquidação extrajudicial decretada no início de fevereiro, posteriormente derruba-

da por ação cautelar. “Com uma carteira de mais de 700 mil beneficiários, é uma empresa de porte muito acima da média do mercado”, diz. Fato que poderá se estender a outras operações da Unimed que, conforme noticiado na mídia, somam dívidas de mais de R\$ 1,2 bilhão em débitos tributários e previdenciários. Outra parte desse ajuste, diz, virá da consolidação de um mercado ainda muito pulverizado, em que mais de 70% das operadoras possui até 20 mil beneficiários. Carneiro, da IESS, destaca a dificuldade de diluição de risco em empresas com esse perfil. “Não há estudos recentes que indiquem estimativas para o mercado como um todo no Brasil, mas observamos que, em 2014, somente as operadoras com mais de 100 mil beneficiários tiveram receita maior que despesa”, afirma, apontando uma possível linha de corte.

Para o equilíbrio da saúde suplementar, os especialistas também apontam a necessidade de uma maior convergência com o sistema público. “É um desafio importante, pois tanto no Brasil quanto no restante da América Latina sofremos uma resistência ideológica. O ideal seria superar essa visão em busca de maior cooperação entre ambos”, afirma. “Em teoria, o sistema de saúde pública é bonito, mas é impossível sustentá-lo de forma integral e de qualidade”, reforça Pinheiro, da Hapvida, defendendo um estímulo para o redimensionamento de ambos os sistemas, para que o setor privado passe a cobrir 40% da população, 15% a mais do que hoje. “Entendo que, se a saúde privada respondesse por 40% da população brasileira, desafogariamos o SUS para que este pudesse atender aos 60% restantes com mais qualidade. Seria o reconhecimento de que um sistema não pode sobreviver sem o outro”, diz.

Carneiro cita o exemplo da Austrália, onde 50% da população contrata planos privados e há incentivo

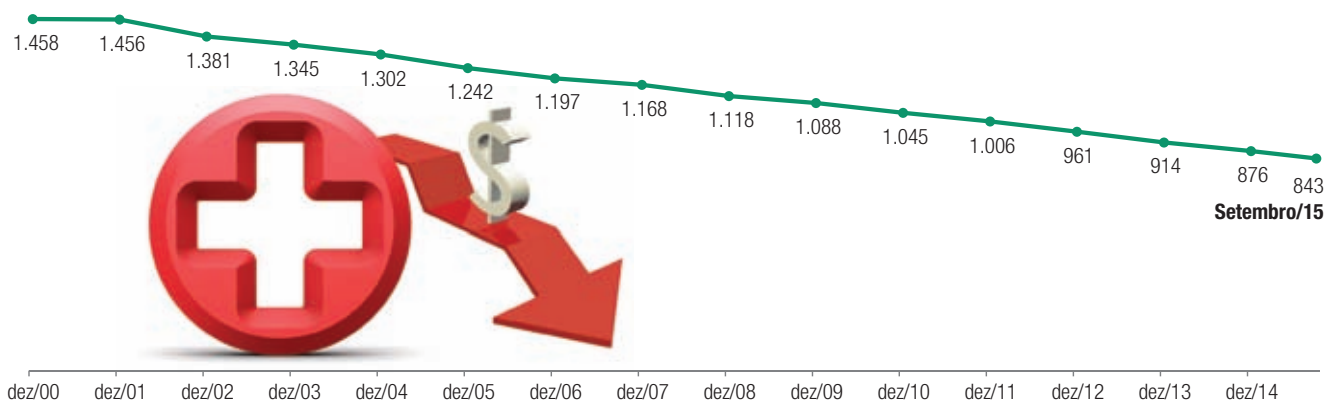
No Brasil, levantamento do IESS aponta que, considerando apenas aspectos monetários, em 2012 o sistema privado aliviou as despesas do SUS em cerca de R\$ 74,9 bilhões

para essa adesão, com restituição de 30% do valor desembolsado. “Eles também possuem saúde pública universal, mas raciocinam que saúde é algo caro, e essa migração para a saúde suplementar possibilita que o sistema público atenda às camadas de mais baixa renda”, explica. No Brasil, levantamento do IESS aponta que, considerando apenas aspectos monetários, em 2012 o sistema privado aliviou as despesas do SUS

em cerca de R\$ 74,9 bilhões. O valor foi calculado a partir da soma de despesas assistenciais, ressarcimentos ao SUS e tributos diretos – no total de R\$ 83,9 bi – das quais se restou as deduções do imposto de renda, de R\$ 9,1 bilhões.

Mas há divergências quanto à efetividade desse argumento. O economista Bernard Appy, diretor do Centro de Cidadania Fiscal, questiona a validade de uma política similar para o caso brasileiro. “Primeiramente, como política de estímulo, pode não ser tão eficiente, já que o percentual de pessoas das camadas de mais alta renda que contribuem ao imposto de renda como pessoa física é cada vez menor, então não seriam atingidas”, afirma. “Logo, seria preciso avaliar com critério se esse benefício não seria mais bem utilizado se fosse aplicado diretamente no SUS. Temos uma saúde pública universal, cuja qualidade do atendimento hoje pode ser questionada, mas isso não pode interferir na análise de se o custo do estímulo ao setor privado é maior que seu alcance adicional”, pondera. ■

Número de operadoras com beneficiários



Fontes: SIB/ANS/MS.