Necessidade de atualização da saúde suplementar

Rafaela Nogueira
Pesquisadora da FGV Direito Rio

Patrícia Sampaio
Professora da FGV Direito Rio

O novo cenário que se configura com o envelhecimento da população trará mudanças na demanda e no perfil dos beneficiários dos planos de saúde.

Comparando os censos de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é possível perceber a tendência de modificação do formato da pirâmide etária brasileira: sua base vem se estreitando, enquanto o meio se torna maior. Em breve, esse efeito atingirá o topo, compondo uma pirâmide invertida.

Fatores como queda da natalidade e aumento da expectativa de vida média brasileira estão tornando o topo da pirâmide cada vez mais largo: entre 2000 e 2015, a taxa de natalidade caiu de 20,86 para 14,16 por mil habitantes — uma queda de 32% em 15 anos, de acordo com o IBGE. Segundo o Banco Mundial, entre 2000 e 2015 a expectativa de vida do brasileiro passou de 70 para 75,2 anos. De acordo com as projeções de pirâmide etária do IBGE (2013), em 2030 a população brasileira com 60 anos ou mais já será equivalente, senão maior, que a população entre 0 e 14 anos.

Nesse contexto, faz-se necessário avaliar se a regulação da precificação do serviço de saúde suplementar no país está levando em conta o impacto das mudanças demográficas vislumbradas.

Um dos problemas já enfrentados pela sociedade brasileira reside em como absorver a demanda por recursos de uma população idosa crescente, de modo a atender às suas necessidades específicas, e diante de uma força de trabalho que será paulatinamente reduzida nas próximas décadas. O Brasil movimenta-se velozmente rumo a um perfil populacional cada vez mais envelhecido, fenômeno que indiscutivelmente exigirá adequações nas políticas sociais, particularmente naquelas voltadas a atender às crescentes demandas na área da saúde. A transição demográfica favorece o aumento do risco saúde, pois o envelhecimento populacional está intimamente relacionado ao apare-
cimento de doenças crônicas, que exigem um grande volume de recursos financeiros para tratamento.

Novo padrão

O envelhecimento populacional mudará o padrão da demanda por serviços de saúde, pois uma população idosa requer significativamente mais serviços médicos e hospitalares. Pesquisa realizada por Carneiro et al. (2013) projeta que, em 2050, no âmbito dos planos individuais, os gastos assistenciais terão crescido 79,6% em relação aos observados em 2010, sendo o grupo dos beneficiários com mais de 60 anos os maiores responsáveis por este aumento. Dessa forma, constata-se uma latente tensão entre a ampliação da faixa de consumidores idosos e a preservação do equilíbrio do sistema de saúde suplementar.

Verifica-se, ainda, que os custos de provisão dos serviços de saúde têm aumentado sistematicamente se comparados aos demais custos da economia. A Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH) atingiu 20,4% em 2016, enquanto o IPCA foi de apenas 6,28% no mesmo período. Este fenômeno tem diversas causas e representa um desafio para a sustentabilidade do setor, decisivo para um envelhecimento com bem-estar.

O que influencia a necessidade de reajuste dos planos é a VCMH somada à atualização decorrente da análise atuarial do mercado e à sinistralidade registrada por cada grupo de beneficiários. No entanto, o limite de reajuste definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para recompor as perdas do ano de 2016 foi de apenas 13,55% para os planos médico-hospitalares individuais/familiares. Estas restrições ao aumento do preço da mensalidade podem ter relevante papel explicativo da estagnação da oferta de planos individuais na última década.

Diante do descaso entre incremento dos custos setoriais e reajuste dos preços dos planos individuais, ocorreu uma estagnação (e mesmo algum decréscimo) na parcela de planos individuais comparativamente ao total de planos contratados, o que prejudica especialmente a parcela da população que não tem acesso a planos coletivos empresariais, como os trabalhadores autônomos. Esses se veem muitas vezes obrigados a ingressar em um plano coletivo por adesão – aqueles ofertados a entidades de classe, associações ou sindicato – ou a se reunirem em pessoas jurídicas empresariais, como forma de tentar lograr acesso ao mercado de saúde suplementar.

Enquanto os planos individuais têm suas mensalidades reguladas pela ANS, o mesmo não acontece com os coletivos, para os quais a agência optou pelo regime de concorrência para sua precificação. Tal medida, todavia, acabou por criar um desincentivo a que as operadoras oferecessem planos na modalidade individual. Enquanto a modalidade “plano coletivo empresarial” cresceu nas últimas duas décadas, os planos individuais e familiares, assim como os coletivos por adesão, experimentam redução na quantidade de beneficiários. O segmento dos planos empresariais passou de 59,3% dos beneficiários em 2009 para 66,7% em 2017, enquanto se observou uma estagnação (e mesmo redução) da oferta de planos individuais, que passou de 22,8% dos beneficiários em 2009 a apenas 19,6% em 2017.

Esta queda, ainda que pequena, sugere que medidas dessa natureza (controle dos reajustes de preço), embora bem-intencionadas, ao não atacarem as causas fundamentais da inflação da saúde, podem criar distorções que terminam por não gerar efeitos positivos sustentáveis. Com a intensificação do processo de envelhecimento, mostra-se imperioso revisitarmos a regulação do setor e iniciar um debate em torno de modelos alternativos de oferta da prestação do serviço e do atual sistema de reajuste de precificação, de modo a se buscar a eficiência do mercado, sem descuidar da equidade no acesso.