



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 71 - 2018  
A Variação de Custos Médicos Hospitalares  
(VCMH): um compêndio dos estudos do  
IESS e uma atualização do tema

*Autores: Natalia Lara, Amanda Reis, e Bruno Minami*  
*Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro*

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o plano de saúde tem sido percebido como essencial para o brasileiro. Além dele ser bem avaliado e recomendado pela maioria dos seus beneficiários, o plano de saúde é o terceiro item de desejo da população brasileira, logo depois da educação e da casa própria (Pesquisa IESS/Ibope 2017). Apesar de o nível de satisfação dos beneficiários de planos de saúde ter se mantido elevado, o setor de Saúde Suplementar enfrenta alguns desafios que ameaçam sua sustentabilidade a longo prazo, como por exemplo, a alta variação dos custos médico-hospitalares, que tem se revelado um dos problemas mais persistentes e que impacta diretamente o beneficiário e as empresas contratantes de plano de saúde.

Sabendo disso, nos últimos anos o IESS estudou de forma mais aprofundada os vetores que mais impactaram no aumento dos custos médico-hospitalares. Este compêndio tem como objetivo de agregar os principais vetores

que impactam o aumento da VCMH por meio da síntese de todos os estudos realizados pelo IESS sobre o tema; e identificar outros vetores da VCMH que ainda podem ser objeto de futuros estudos. O estudo é dividido em quatro partes: Introdução, Contextualização, Vetores de aumento da VCMH e Conclusão. Há também um anexo com as referências de todos os Textos para Discussão (TD) e Estudos Especiais citados ao decorrer dessa publicação que falam sobre as teorias e experiências da VCMH.

Os principais vetores de aumento da VCMH abordados no texto são: a) judicialização; b) modelo de remuneração; c) ausência de transparência por parte dos prestadores de serviço de saúde sobre qualidade e segurança do paciente; d) incorporação de tecnologias em saúde; e) assimetria nos preços dos insumos; f) envelhecimento da população; g) modelo assistencial da saúde suplementar; h) fraudes e desperdícios; e i) regulação. A Tabela 1 apresenta uma relação de estudos do IESS que foram utilizados para realizar o presente estudo.

**TABELA 1 - REFERÊNCIAS DE TEXTOS PARA DISCUSSÃO (TD) E ESTUDOS ESPECIAIS CITADOS AO DECORRER DESSA PUBLICAÇÃO QUE FALAM SOBRE AS TEORIAS E EXPERIÊNCIAS DA VCMH.**

TEMA	TD N°	NOME
VCMH	2	Inflação conceitos e metodologia e os limites a sua aplicabilidade nos reajustes de plano de saúde
	25	VCMH - Variação dos Custos Médico-Hospitalares
	52	Variação dos custos médicos hospitalares e inflação geral - Por que esses índices não são comparáveis no Brasil e no mundo?
	69	Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional
ASSIMETRIA DE PREÇOS	46	Materiais e Medicamentos: vetores de custo no setor de saúde suplementar
	48	Por que os custos com internação dos planos de saúde são os que mais crescem?
	50	A importância de Materiais e Medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012
	55	Distorções nos gastos com OPME
FRAUDES E DESPERDÍCIOS	49	Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano
	62	Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil
MODELO DE PAGAMENTO	54	Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares
	64	Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar

CONTINUAÇÃO: TABELA 1

TEMA	TD Nº	NOME
AUSÊNCIA DE TRANSPARÊNCIA	61	Utilização de Indicadores de Qualidade Hospitalar – apresentação de três exemplos internacionais
REGULAÇÃO	67	Regulação da saúde suplementar: teoria e experiências nos países
ASSIMETRIA DE PREÇOS	Especial	A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas no Mercado e Propostas de Políticas
AUSÊNCIA DE TRANSPARÊNCIA	Especial	Erros acontecem: A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados
FRAUDES DE DESPÉDICIOS	Especial	Impacto das fraudes e desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar
MODELO ASSISTENCIAL	Especial	Promoção da Saúde nas Empresas: Casos de Sucesso
REGULAÇÃO	Apresentação	Private Insurance in the Brazilian Universal Care System
	Estudos Especiais	Estudo Econômico sobre os desafios do setor de saúde suplementar no Brasil
DADOS DO SETOR	Especial	Pesquisa IESS/Ibope 2017

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

### a. Definição da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH):

Define-se como custo médico-hospitalar como sendo o total das despesas assistenciais por exposto<sup>1</sup> incorridas pelas operadoras de planos e seguros de saúde em determinado período. As despesas assistenciais são aquelas despesas com eventos assistenciais cobertos pelo plano de saúde, como internações, exames, terapias, consultas e outros.

Para se medir o custo médico-hospitalar num período, divide-se despesas assistenciais pelo total de expostos de um plano de saúde<sup>2</sup>. Normalmente, o custo médico-hospitalar é calculado para o período de um ano, pois as despesas assistenciais têm sazonalidade anual. A variação do custo médico-hospitalar é então obtida ao se comparar as despesas assistenciais por exposto entre dois períodos consecutivos, normalmente de doze meses cada um.

No caso da VCMH do IESS, essa variação considera a despesa assistencial por exposto em um período de 12 meses (média móvel) em relação à dos doze meses anteriores<sup>3, 4</sup>.

No Brasil, o índice VCMH do IESS é o único índice desse tipo de domínio público a ser calculado de forma consistente há mais de dez anos, com base numa amostra de aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais e familiares de todas as regiões do país. Além disso, o índice VCMH/IESS segue uma metodologia reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo em saúde como o “S&P Healthcare Economic Composite” e o “Milliman Medical Index” (TD 25/IESS).

### b. VCMH ou Inflação Médica vs. Inflação Geral

Internacionalmente, o termo variação do custo médico hospitalar é pouco utilizado e, ao invés dele, é utilizado de forma heurística o termo “inflação médica” (“medical inflation”).

<sup>1</sup> O conceito de exposto é essencial para o correto cálculo do custo médico-hospitalar, pois considera o período de exposição do beneficiário para cada tipo de evento coberto durante o período de análise utilizado.

<sup>2</sup> Incluindo aqueles que não utilizaram qualquer serviço no período analisado.

<sup>3</sup> Por exemplo, a VCMH de dezembro de 2017 refere-se à variação do custo médico-hospitalar de janeiro a dezembro de 2017 comparado com o custo médico-hospitalar de janeiro a dezembro de 2016. Assim, cada vez que se acrescenta um mês retira-se o mês mais antigo do período e com isso o indicador expurga efeitos de sazonalidade. No entanto, eventos que tenham acontecido em determinado mês acompanham o indicador durante 24 meses.

<sup>4</sup> Para maior aprofundamento sobre o tema o TD 25 – “Variação dos Custos Médico-Hospitalares” traz mais detalhes sobre a metodologia de cálculo da VCMH.

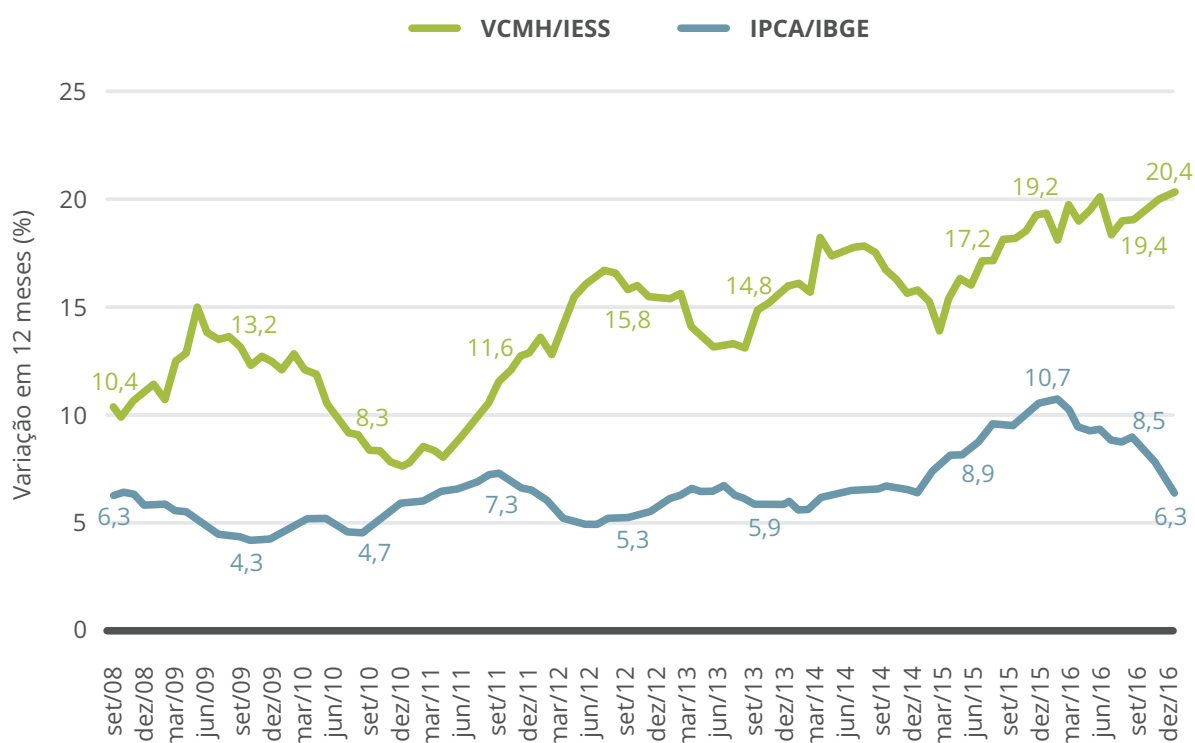
Porém, é preciso ter-se em mente que a variação do custo médico-hospitalar não é tecnicamente considerada inflação. Inflação é a variação de apenas preços de uma cesta de bens e serviços num período. A variação do custo médico-hospitalar, por outro lado, capta não apenas a variação de preço (de consultas, exames, etc.), mas também a variação de frequência de utilização (de consultas, exames, etc.)<sup>5</sup>.

Logo, a VCMH é um conceito mais amplo, pois capta a combinação da variação dos preços unitários com a variação das quantidades de serviços consumidas pelos beneficiários, que no caso da assistência à saúde, denomina-se frequência de utilização. Ou seja, mesmo

que num período os preços dos eventos de saúde tenham se mantido inalterados, haverá variação no custo médico-hospitalar se houver aumento da frequência de utilização desses serviços. Isso revela uma nuance a ser considerada quando da comparação entre a VCMH/IESS e os tradicionais índices de inflação (TD 25/IESS).

O Gráfico 1 demonstra essa diferença - a VCMH/IESS superou a inflação geral medida pelo IPCA do IBGE, em todos os anos. No entanto, nos últimos anos essa diferença tem sido cada vez maior. Em dezembro de 2016, a variação em 12 meses da inflação (IPCA/IBGE) foi de 6,3% e a VCMH/IESS atingiu 20,4% (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1: VARIAÇÃO PERCENTUAL EM 12 MESES DOS CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES E DO IPCA/IBGE. BRASIL, SETEMBRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2016.**



Fonte: IESS e IBGE.

### c. Os custos médico-hospitalares no Brasil e no Mundo:

Além do Brasil, constata-se que nos demais países que utilizam indicadores com metodologia semelhante a VCMH é sempre superior ao índice de inflação geral. Essa comparação é realizada em dois dos textos de discussão do IESS (TD 52 - “VCMH e inflação geral - Por que esses índices não são comparáveis no Brasil e no mundo”, e TD 69 - “Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional”).

<sup>5</sup> Referência do TD 02 - “Inflação conceitos e metodologia e os limites a sua aplicabilidade nos reajustes de plano de saúde”) o TD é baseado apenas em conceitos metodológicos e não apresenta atualização recente no nosso site.

A VCMH no Brasil tem seguido um padrão de comportamento bastante similar ao encontrado em diversos países do mundo, inclusive nas economias mais desenvolvidas e estáveis. Esse fenômeno impõe desafios à sustentabilidade econômica, financeira e assistencial do sistema de saúde, público e privado. No TD 69 é argumentado que, a depender do critério avaliado por cada fonte de informação, a proporcionalidade da VCMH em relação aos índices gerais de inflação está em linha ou, a depender do caso, em patamar inferior ao de outras nações.

No TD 69 foram analisados relatórios que são divulgados anualmente por três grandes consultorias internacionais que são Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson. O estudo do IESS mostra em quantas vezes, em média, a VCMH supera a inflação geral em cada país. O indicador de proporcionalidade da VCMH em relação à inflação geral está demonstrado na Tabela 1 para os três relatórios analisados e os países estão listados por ordem da média do indicador, do maior para o menor. A análise dessa tabela, permite inferir alguns resultados importantes. O principal deles é que, para todos os países analisados, a VCMH é superior à

inflação geral da economia. A magnitude da diferença varia em média de 1,4 na Argentina a 6,3 na Grécia. No Brasil, a VCMH é, em média, 3,4 vezes maior do que a inflação da economia no ano de 2017.

Outro resultado importante extraído da Tabela 2 é que o fenômeno da VCMH ser superior à inflação da economia é observado em países que estão em diversos estágios no espectro do desenvolvimento. Por exemplo, foi observado tanto em países emergentes como no Brasil (VCMH em média 3,4 vezes superior à inflação geral), México (média de 3,2 vezes) e na África do Sul (média de 1,6 vezes), quanto em países desenvolvidos e de economias estáveis como Dinamarca (média de 3,0), Reino Unido (média de 2,9) e França (média de 2,5).

Observa-se que o índice VCMH é sistematicamente acima da inflação geral em todos os países observados, ratificando um fenômeno mundial. Esse descolamento é justificado, principalmente, em função de vários vetores que pressionam o custo médico-hospitalar, os quais foram estudados pelo IESS ao longo dos anos e que serão expostos ao longo deste estudo.

**TABELA 2: INDICADOR DE QUANTAS VEZES A VCMH É SUPERIOR À INFLAÇÃO GERAL DA ECONOMIA, 2017; PAÍSES LISTADOS EM ORDEM DECRESCENTE DA MÉDIA DO INDICADOR.**

PAÍSES	AON	MERCER	TOWERS	MÉDIA
GRÉCIA	6,7	3,8	8,3	6,3
CANADÁ	4,2	5,5	4,5	4,7
COREIA DO SUL	5,9	3,3	4,7	4,6
CHINA	2,5	4,6	4,5	3,9
ESTADOS UNIDOS	4	n.d.	3,3	3,7
HOLANDA	5,1	2,1	3,3	3,5
<b>BRASIL</b>	<b>2,8</b>	<b>4,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>
MÉXICO	3,4	2,5	3,7	3,2
AUSTRÁLIA	2,9	3,4	3,1	3,1

CONTINUAÇÃO: TABELA 2

PAÍSES	AON	MERCER	TOWERS	MÉDIA
DINAMARCA	1,1	6,1	1,8	3
CHILE	2	4,3	2,5	2,9
REINO UNIDO	4,2	2,4	2	2,9
FRANÇA	4,1	1,5	1,8	2,5
RÚSSIA	2,3	2,1	1,8	2,1
PORTUGAL	3,3	1,3	1,3	2
ÁFRICA DO SUL	1,6	n.d.	1,6	1,6
EGITO	1,8	1,7	1,4	1,6
ARGENTINA	1,5	1,5	1,3	1,4

Fonte: Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson.  
n.d. - dado não disponível.

### 3. VETORES DE AUMENTO DA VCMH

Nos estudos já realizados pelo IESS sobre VCMH foram citadas referências nacionais e internacionais para os principais vetores de custos em saúde. Nesta seção, são abordados cada um desses vetores, que são: a) judicialização; b) modelo de remuneração; c) ausência de transparência por parte dos prestadores de serviço de saúde sobre qualidade e segurança do paciente; d) incorporação de tecnologias em saúde; e) assimetria nos preços dos insumos; f) envelhecimento da população; g) modelo assistencial da saúde suplementar; h) fraudes e desperdícios; e i) regulação.

#### a. Judicialização

Segundo o autor Mathias (2012) o fenômeno chamado judicialização da saúde ocorre quando há algumas decisões judiciais, criadoras de direitos novos, que nem sempre são amparados no ordenamento jurídico e, por isso, são capazes de alterar significativamente o mercado específico. No setor de saúde suplementar,

esse fenômeno traz custos adicionais à toda a coletividade dos beneficiários, enquanto traz benefícios apenas para uma parcela pequena dos beneficiários.

O autor Mathias (2012) também cita que por meio das decisões judiciais, cláusulas previstas em contrato são anuladas e/ou modificadas e novas interpretações são dadas ao contrato; e isso, algumas vezes, em absoluta desconsideração à Lei 9656/98 que regulamenta os planos de saúde, das resoluções da ANS, ou mesmo do Código de defesa do consumidor.

Assim são comuns decisões determinando cobertura: de medicamentos sem registro na ANVISA; de tratamentos experimentais; de procedimentos ainda não incluídos no Rol da ANS (no caso de contratos novos); e de procedimentos expressamente excluídos de contratos ou não previstos quando da assinatura de contratos (no caso de contratos antigos) (Souza, 2012).

Quando a judicialização ocorre então, há um impacto nocivo sobre os custos da assistência à saúde, com riscos para a coletividade de



beneficiários e para o setor como um todo. De fato, Souza (2012) argumenta que, embora a judicialização ocorra também no setor público, vale destacar que na área suplementar tem um agravante. Enquanto na área pública os custos são repartidos com a sociedade como um todo, no caso das operadoras os efeitos econômicos recaem sobre uma parcela reduzida da população, dado que estimula o rápido crescimento dos custos com a saúde.

Por isso, a segurança jurídica é essencial para a sustentabilidade do setor de saúde. De acordo com Mello (2012), cabe ao Poder Judiciário zelar pela aplicação das normas sobre direitos do consumidor, mas tomando-se cuidados que não se crie paternalismo jurídico ou a equiparação entre o Sistema Único de Saúde e o setor de saúde suplementar, segmentos que, embora atuantes na mesma seara, submetem-se a regimes jurídicos próprios.

### **b. Modelo de remuneração**

Atualmente, há dois modelos de pagamento bastante utilizados por prestadores internacionalmente: o modelo de pagamento *fee-for-service* (FFS), que implica que os pagamentos estão relacionados ao volume e a intensidade de serviços médicos prestados e os modelos de pagamento prospectivos, como por exemplo modelos de pagamento baseados em grupos relacionados por diagnóstico (ou "Diagnosis Related Groups - DRG"), cujos pagamentos por paciente são fixados prospectivamente independentemente da intensidade ou do custo dos serviços prestados (TD 54/IESS).

No Brasil, é predominante o pagamento de serviços prestados em saúde chamado de "conta aberta", ou FFS. No FFS, o nível de reembolso do hospital aumenta com a quantidade de realização de procedimentos, exames, internações e reinternações, quer sejam para contribuir ou não para melhores resultados para os pacientes. Corre-se o risco, dessa forma, de

recompensar erros, complicações e resultados ruins, porque cria-se uma demanda por mais serviços que possam ser faturáveis.

Ainda assim, é relevante citar que o FFS é um modelo que pode ser adequado em alguns casos específicos, como os que apresentam baixa previsibilidade em relação aos desfechos (por exemplo: internação de neonato em UTI).

Há indícios de que, quando os incentivos fornecidos pelo modelo de pagamento são mudados, há alteração na tendência de crescimento dos gastos com saúde. Por exemplo, em estudo do IESS de 2015 (TD 54/IESS), uma revisão bibliográfica internacional demonstrou que há experiências internacionais que mostram o efeito do DRG na redução da inflação médica. A Alemanha apresentou uma redução de 25% do orçamento hospitalar entre o período de 2005 a 2009. Já a África do Sul apresentou uma desaceleração do ritmo de crescimento dos prêmios das operadoras. Em 2000 era de 10,5% passando para 8,9% em 2013. Pesquisadores norte-americanos verificaram que, em um período de 3 anos, a remuneração baseada em DRG pode reduzir o custo médio das internações em até 50%, assim como, pode reduzir o custo médio de internações agudas de longa duração em 24%.

Outro estudo do IESS (TD 64/IESS) verificou qual o impacto do modelo de pagamento hospitalar sobre o crescimento do gasto com saúde *per capita* para um grupo de 40 países acompanhados por 14 anos. Como pode ser observado na Tabela 3, dentre os 10 países com maior inflação médica em 2016, 7 deles não adotam majoritariamente o modelo de pagamento hospitalar prospectivo, usando na maioria das vezes o *fee-for-service* no lugar. É possível que isso seja um indicativo de que os países que adotam majoritariamente o *fee-for-service* têm gerado incentivos perversos para o setor hospitalar, gerando assim maior crescimento dos custos médico-hospitalares.

**TABELA 3: INFLAÇÃO MÉDICA EM 2016 E TIPO ATUAL DE MODELO DE PAGAMENTO HOSPITALAR.**

PAÍS	INFLAÇÃO MÉDICA 2016	INFLAÇÃO GERAL	DIFERENÇA ENTRE INFLAÇÃO GERAL E INFLAÇÃO MÉDICA	MODELO DE PAGAMENTO MAJORITARIAMENTE PROSPECTIVO
BRASIL	18,1	5,6	12,5	Não
ÍNDIA	13	7,5	5,5	Não
URUGUAI	12	8	4	Não
CHINA	7	3	4	Não
GRÉCIA	4	0,3	3,7	Não
CHILE	6	2,9	3,1	Não
JAPÃO	4,7	1,7	3	Não
MÉXICO	9,3	3,5	5,8	Sim
AUSTRÁLIA	7,5	2,4	5,1	Sim
FRANÇA	6	1,2	4,8	Sim
ALEMANHA	5	1,3	3,7	Sim
ESPANHA	4,5	0,8	3,7	Sim
REPÚBLICA TCHECA	5	1,9	3,1	Sim
PORTUGAL	4	1,2	2,8	Sim
CANADÁ	4	1,9	2,1	Sim
BÉLGICA	3	1,1	1,9	Sim
HOLANDA	2,3	1	1,3	Sim
HUNGRIA	4	3	1	Sim
DINAMARCA	1,5	1,8	-0,3	Sim

Fonte: TD 64, Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar. IESS, 2017.

O TD 64/IESS apresenta um levantamento bibliográfico da eficácia das reformas de modelos de pagamento de prestadores para evitar as falhas de mercado e de governo nos sistemas de saúde e evidências empíricas, principalmente

em países desenvolvidos, que associam o pagamento prospectivo com uma taxa mais lenta de crescimento dos gastos em serviços de saúde. Os serviços que apresentaram melhor desempenho com a mudança para o modelo



prospectivo são os que eram mais rentáveis sob o modelo de pagamento *fee-for-service*, especialmente aqueles relacionados a medicamentos caros e procedimentos de alta tecnologia (TD 64/IESS). Portanto, a sustentabilidade do sistema de saúde privado brasileiro está relacionando intrinsecamente com a necessidade de uma mudança do modelo de pagamento.

### **c. Ausência de transparência por parte dos prestadores de serviço de saúde sobre qualidade e segurança do paciente**

Um fator que contribui para o crescimento dos custos em saúde é a falta de mensuração da qualidade dos serviços de saúde, fazendo com que não seja possível diferenciar prestadores eficientes dos ineficientes. Assegurar a qualidade e a segurança do paciente tem resultados positivos para o sistema de saúde como um todo. Uma “boa” assistência prestada promove, por exemplo, a proteção do paciente, permitindo acesso aos recursos e métodos apropriados, com menores chances de se produzir complicações evitáveis (TD 61/IESS).

O desenvolvimento de um sistema de saúde baseado na transparência de indicadores de qualidade e segurança do paciente é essencial para a sustentabilidade do sistema como um todo. As medidas necessárias para isso vão desde o atendimento ao paciente utilizando prontuários eletrônicos até a divulgação de dados do setor para o público em geral (dados epidemiológicos, indicadores de qualidade hospitalar, das operadoras e dos médicos e dados da estrutura física). Com a divulgação dessas informações é possível analisar se o setor está apresentando eficiência e qualidade na prestação de serviços ao paciente.

O estudo do IESS realizado em 2016 (TD 61/IESS), discutiu a importância da mensuração de indicadores de qualidade da prestação dos serviços hospitalares e a divulgação, pelos prestadores, dos seus resultados. Esse estudo também abordou conceitos e exemplos de

indicadores de qualidade utilizados na avaliação da qualidade da assistência hospitalar em alguns países. O governo norte-americano, por exemplo, criou a lei *Physician Payment Sunshine Act*<sup>6</sup>, que permite aos pacientes decidirem qual médico escolher por meio de indicadores que estão disponibilizados online no site do governo *Center for Medicare & Medicaid Services*<sup>7</sup>. Outra iniciativa nos EUA é o *Hospital Quality Alliance* (HQA), que é um programa com colaboração público-privada nacional para incentivar hospitais a coletarem e reportarem dados sobre a qualidade do cuidado (TD 61/IESS). Recentemente, o estado de Minas Gerais regulamentou um decreto com os princípios do *Sunshine Act*, o Decreto nº47334 de 29/12/2017<sup>8</sup> dispõe sobre a obrigatoriedade de as indústrias de medicamentos, órteses e próteses, equipamentos e implantes declarem as relações com profissionais da saúde, de qualquer natureza, que configurem potenciais conflitos de interesses<sup>9</sup>. Em âmbito federal ainda não existe uma lei que alcance todos os estados, mas com certeza a iniciativa pontual do estado mineiro incentiva a criação de uma lei federal.

O incentivo à criação e divulgação dos indicadores de qualidade estimulam que profissionais e estabelecimentos de saúde sigam padrões universais de competência (TD 61/IESS). Isso é importante pois as consequências de uma prestação de saúde “ruim”, normalmente, recaem sobre os próprios pacientes. No Estudo Especial do IESS elaborado em conjunto com o Dr. Renato Couto e seus colaboradores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2016 “*Erros acontecem: A Força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados*”, foi estimado o impacto dos eventos adversos que ocorrem no Brasil, tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar. O estudo relata que durante a assistência podem ocorrer erros que levam a eventos adversos, afetando diretamente a saúde do paciente e sua experiência no cuidado hospitalar. Estas condições adquiridas, não

<sup>6</sup> Outorgada pelo Congresso Norte-Americano. Fonte: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/senate-bill/301>

<sup>7</sup> <https://www.cms.gov/>

<sup>8</sup> <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=354951>

<sup>9</sup> As declarações realizadas estão disponíveis ao público pelo site: <http://declarasus.saude.mg.gov.br/>

determinadas pelas condições clínicas de base do paciente, podem causar mortes, sequelas definitivas e transitórias, sofrimento psíquico, além de elevar o custo assistencial.

No Brasil, na saúde suplementar, Couto e colaboradores estimam que os eventos adversos assistenciais hospitalares consomem de R\$ 5,19 bilhões a R\$ 15,57 bilhões de reais

(Tabela 4). Não há dados para a estimativa de valores no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os valores das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) são fixados nas contratualizações. Investir em processos seguros nos cuidados ao paciente se constitui em uma grande oportunidade econômica para a garantia da sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

**TABELA 4: ESTIMATIVA DE CUSTOS POR ERROS ASSISTENCIAIS HOSPITALARES NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL, 2015.**

POPULAÇÃO BRASILEIRA	DADOS
<b>Nº INTERNAÇÕES HOSPITALARES DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2015</b>	7.924.127
<b>VALOR PAGO PELAS OPERADORAS PELA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM 2015</b>	R\$ 51,9 bilhões
<b>CUSTOS ATRIBUÍVEIS A INSEGURANÇA HOSPITALAR</b>	R\$ 15,57 bilhões
<b>CUSTOS PREVENÍVEIS</b>	R\$ 10,9 bilhões

Fonte: TD 64, Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar. IESS, 2017.

Na Tabela 5 são apresentados os valores das estimativas de eventos adversos hospitalares no SUS. A incidência de eventos adversos hospitalares foi de 7,6% e o número estimado de óbitos foi de 255.819. O índice de eventos adversos no SUS superou o valor de óbitos nos Estados Unidos em 24 vezes.

**TABELA 5: ESTIMATIVA DE EVENTOS ADVERSOS E ÓBITOS POR ERROS ASSISTENCIAIS HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL, ENTRE 2009 E 2011.**

PERÍODO	PAÍS	NÚMERO DE PACIENTES ESTUDADOS (ALTAS HOSPITALARES)	INCIDÊNCIA DE EVENTO ADVERSO (%)	INCIDÊNCIA DE ÓBITO ATRIBUÍVEL A EVENTO ADVERSO LETAL (%)	PACIENTES COM EVENTOS ADVERSES: EXTRAPOLAÇÃO Nº DE ALTAS NO SUS, 2015	ÓBITOS: EXTRAPOLAÇÃO Nº DE ALTAS NO SUS, 2015
<b>2009/2011</b>	Brasil	27.350	7,6	2,26	864.101	255.819
<b>1991</b>	EUA	30.121	3,7	0,54	420.681	61.397

Fonte: Couto et al., 2016.

#### **d. Incorporação de tecnologias em saúde**

A adoção de novas tecnologias é um dos principais fatores que impulsionam os custos de saúde no mundo. A incorporação de novas tecnologias é positiva, pois possibilita que a sociedade se beneficie dos avanços na medicina. Porém, a escolha de quais novas tecnologias devem ser incorporadas em sistemas de saúde públicos ou em sistemas suplementares deve ser feita com critérios técnicos de custo-efetividade. Caso isso não seja feito, corre-se o risco de se introduzir

novos tratamentos, equipamentos, materiais e medicamentos que trazem pouco benefício para o paciente e ao mesmo tempo sejam demasiadamente onerosos ao sistema.

Em 2016 o IESS realizou uma pesquisa bibliográfica dos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de como são realizadas as suas incorporações nos seguintes países: Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Argentina e Brasil (TD 56/IESS). Neste estudo, observou-se que, seja no setor público ou no privado, num cenário de aumento dos custos em saúde e de recursos escassos, desigualdades sociais e regionais e mudança no perfil da população, é essencial a tomada de decisão consciente na incorporação de novas tecnologias para otimizar o orçamento em saúde de forma a alcançar o melhor resultado em saúde para os pacientes.

Nesse estudo, uma das evidências do impacto das novas tecnologias sobre os custos de saúde encontrada foi dos Estados Unidos, onde estima-se que entre 27% e 48% do crescimento dos gastos com saúde desde 1960 foi devido às novas tecnologias. Além disso, estudos mostram que a incorporação de novas tecnologias é impulsionada pelo aumento de renda da população e também pela maior taxa de cobertura de seguros saúde (TD 56/IESS).

Com o intuito de avaliar os custos, as políticas de seguro de saúde para o controle do aumento de preços de novas tecnologias na África do Sul utilizam como principal ferramenta políticas clínicas<sup>10</sup> com análise de Medicina Baseada em Evidências, além de análise de relação de custo e benefícios e acessibilidade econômica, para controlar os preços do sistema de saúde<sup>11</sup>.

Ao observar o cenário da incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em relação a saúde suplementar, verifica-se que ainda há muito em que avançar. Apesar de haver algumas discussões envolvendo estudos de efetividade e impacto econômico, a utilização da

Avaliação das Tecnologias em Saúde na saúde suplementar ainda é incipiente quando comparada às práticas já adotadas em outros países.

### e. Assimetria nos preços dos insumos

Um dos principais fatores que impulsionam o crescimento dos custos em saúde é a ausência de transparência dos preços dos insumos médico-hospitalares. Alguns estudos do IESS identificaram o impacto que insumos como materiais e medicamentos especiais têm sobre a variação de custos médico-hospitalares. Esses estudos também apontaram soluções para que esse problema possa ser minimizado de forma a contribuir para que o setor se torne mais eficiente com reflexos numa melhor assistência aos beneficiários.

Uma forma de entender como a falta de transparência e a assimetria de informação nos valores dos insumos impactam na VCMH é analisar o impacto direto desses insumos nas internações, as quais constituem o procedimento de saúde que mais usa materiais e medicamentos especiais. Dessa forma, um estudo do IESS de 2013 (TD 46/IESS) analisou a evolução do gasto com internações entre os anos de 2005 e 2010 para um plano de saúde da modalidade de autogestão com abrangência no estado de São Paulo. Observou-se que, apesar da redução de 13,5% no número de beneficiários entre 2005 e 2010, o gasto com internações cresceu 54,4%, enquanto a inflação no mesmo período, medida pelo IPCA-IBGE, foi de 26,0%. A pesquisa revelou que os materiais responderam pelas parcelas mais expressivas do gasto hospitalar durante todo o período analisado (22,3% em 2005 e 33,0% em 2010), seguidos pelos medicamentos (22,1% em 2005 e 20,1% em 2010).

Outro estudo (TD 48/IESS) analisou a evolução do custo da internação no período de 2008 a 2012, a partir da variação de custos de seus componentes utilizando informações de prêmio de risco de uma amostra de 1 milhão de beneficiários de planos individuais. Nesse estudo,

<sup>10</sup> Políticas clínicas: regras de práticas profissionais que são usadas para decidir sobre o gerenciamento de um caso quando não há resultados de pesquisa nos quais basear decisões, como protocolos clínicos. São políticas originadas pelos membros seniores da profissão, especialmente aqueles em cargos acadêmicos.

Fonte: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/clinical+polices>

<sup>11</sup> (Apresentação Sam Rossolimos <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/6h0jfv901s5wapo1.pdf>)

foi encontrado que o grupo das “Internações” apresentou maior variação de custo no período, crescimento de 54,9% entre 2008 (R\$ 7.595 por internação) e 2012 (R\$ 11.764 por internação). Nesse mesmo período, a variação do IPCA foi de 24,3%. Ressalta-se que, em 2012, 23,0% do gasto total com internação foi com materiais, seguido pelos honorários médicos (17,2%) e medicamentos (16,2%), que juntos correspondem a mais de 50% do custo total de uma internação.

Em 2014, o TD 50 investigou as causas do aumento no valor médio por internação, utilizando dados de uma operadora da modalidade de autogestão, entre os anos de 2007 e 2012. Os resultados demonstraram que o gasto hospitalar passou de 59,1% do gasto assistencial total em 2007 para 67,1% em 2012. Nesse mesmo estudo, observou-se que materiais e medicamentos foram responsáveis por 57,7% dos gastos hospitalares em 2012. Houve elevação do gasto médio com esses insumos por internação de 2007 a 2012: de 48,3% para os medicamentos e de 104,3% para os materiais.

O alto peso de materiais e medicamentos no aumento dos custos médico-hospitalares pode ser explicado por uma série de problemas estruturais encontrados ao longo da cadeia produtiva do sistema de saúde privado brasileiro.

De fato, foi destacado no estudo “A cadeia da saúde suplementar”, produzido pelo Insper, a pedido do IESS, que o modelo de remuneração baseado em *fee-for-service*, competição imperfeita, oligopólio diferenciado, assimetria de informação, fraudes e desperdício são fatores alavancam os custos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) e demais custos assistenciais. Apenas para citar um exemplo, um mesmo tipo de prótese de quadril pode custar de R\$ 2.282 a R\$ 16.718, sendo que na formação deste preço entram: comissões de comercialização, sobre-preço aplicado por hospitais, lucro de distribuidores, tributos e até prêmios para médicos (Insper e IESS, 2016). O estudo cita também que a existência de incentivo financeiro para a adoção de procedimentos mais complexos é um caso grave, mas comum no mercado brasileiro de saúde.

Outros fatores que causam os altos e discrepantes valores pagos por OPMEs, apontados pelo TD 55 produzido pelo IESS, são: (i) a falta de padronização da nomenclatura e da classificação das OPME; (ii) a falta de critérios para a inserção do produto para a saúde no mercado; (iii) as estruturas de custos dos produtos para a saúde; (iv) os aspectos do setor de saúde brasileiro relacionados ao alto custo dos produtos para a saúde; e (v) algumas das falhas de mercado no setor de produtos de saúde (oligopólio diferenciado, assimetria de informação e corrupção). Para combater esses fatores, a análise feita no TD 55 ressalta que são necessárias algumas medidas, como: padronização da nomenclatura e da classificação dos produtos para a saúde; aperfeiçoamento dos critérios para a inserção do produto para a saúde no mercado; alteração do modelo de pagamentos de hospitais e utilização de protocolos clínicos; redução do efeito cascata lucratividade + impostos; implantação de regras que disciplinem as relações entre fornecedores e médicos e; regras que disciplinem a relação entre distribuidores e médicos.

#### f. Envelhecimento da população

No Brasil, a população passa por um rápido processo de envelhecimento, devido à significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros. Em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2013). A saúde suplementar, que já possui uma estrutura etária mais envelhecida do que a população, será mais afetada por essa transição demográfica.

Com o esperado envelhecimento populacional esse sistema pode se tornar insustentável dentro de um prazo não muito longo. O pagamento do custo dos idosos pelos mais jovens induzirá cada vez menos a adesão de pessoas saudáveis em planos, inviabilizando o sistema, que tem sua precificação calculada a partir do custo de saúde per capita de cada faixa etária.

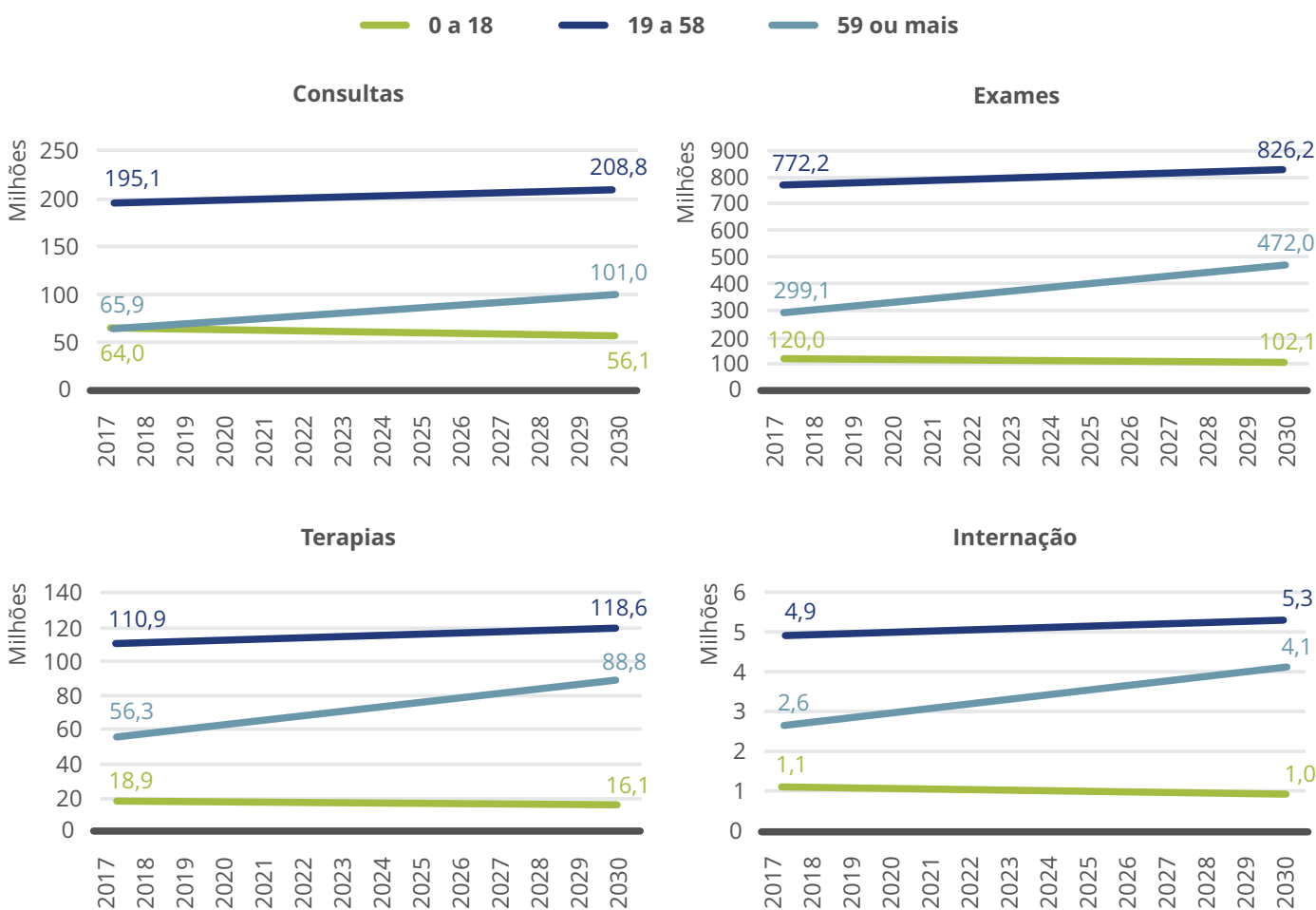
Diante da tendência de aumento dos custos médico-hospitalares, tanto no Brasil como no mundo, o IESS atualizou em 2018 a projeção do

impacto do envelhecimento sobre os gastos da saúde suplementar. Nesse estudo, estimou-se que até 2030 o número total de beneficiários crescerá 9,0% até 2030, totalizando 51,6 milhões. Porém, o crescimento do grupo dos idosos será maior, de 57,8% até 2030. Considerando apenas a mudança na estrutura demográfica dos beneficiários, com aumento da proporção de idosos, haverá um aumento de 27,9% nas despesas assistenciais da saúde suplementar até 2030. Dada a importância relativa das internações na composição dos gastos assistenciais

e da alta frequência de utilização pelas faixas etárias mais idosas, esse item de despesa assistencial é o que mais terá impacto sobre o crescimento das despesas assistenciais.

Nesse estudo também se projetou o crescimento da utilização de procedimentos de saúde, baseado na transição etária dos beneficiários de planos de saúde até 2030 (Gráfico 2). Nota-se que o número de procedimentos de saúde utilizados cresce mais acentuadamente na faixa etária de 59 anos ou mais, quando comparada às demais faixas etárias.

**GRÁFICO 2: PROJEÇÃO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FAIXA ETÁRIA, 2017 A 2030.**



Elaboração: IESS.

As projeções realizadas nesse estudo indicam que o setor de saúde suplementar terá que ter grande atenção para o equilíbrio atuarial das operadoras, dado que o envelhecimento da população é um processo que já está ocorrendo e irá se aprofundar nos próximos anos e o crescimento dos custos médico-hospitalares tem sido continuamente acima da inflação.

### g. Modelo assistencial da saúde suplementar

Segundo a ANS (2005 e 2009), atualmente, o modelo assistencial predominantemente adotado na saúde suplementar tem seus serviços focados no atendimento pontual em consultórios



de especialistas e em hospitais, cuja demanda é espontânea, ou seja, o beneficiário vai a uma unidade de saúde inesperadamente, movido pela presença de doenças ou sintomas. Além disso, é um modelo com ênfase em prescrição de procedimentos, pautado quase que exclusivamente em ações curativas e com uma crescente atenção especializada, na qual cada profissional da saúde tem se tornado responsável por uma parte da intervenção e, em geral, não há um encarregado competente em articular e cuidar do tratamento como um todo deste beneficiário. Isso implica em cada vez mais especialistas envolvidos no tratamento da doença, que por consequência da falta de comunicação e integração entre os serviços, demanda por mais terapias, interações, cirurgias e exames diagnósticos - que muitas vezes podem ser repetidos desnecessariamente. No fim, além dessas ações nem sempre se traduzirem em maior resolutividade e recuperação da saúde, por consequência, também resultam em maior custo e complexidade para o beneficiário (ANS, 2005; ANS, 2009).

Pensando nesse contexto, além dos órgãos governamentais, as empresas contratantes de planos de saúde para seus colaboradores podem ter um papel ativo na coordenação do cuidado e na expansão dos programas de saúde de promoção e prevenção. Sobre a importância da promoção da saúde nas empresas, o IESS realizou um seminário<sup>12</sup> e uma publicação<sup>13</sup> com Alberto Ogata e Michael O'Donnell, dois dos maiores especialistas em saúde corporativa, e publicou um estudo especial: "[Promoção da Saúde nas Empresas: Casos de Sucesso](#)"<sup>14</sup> - que apresentou algumas empresas que obtiveram resultados muito favoráveis em seus programas de promoção da saúde a fim de estimular e inspirar o desenvolvimento desse tipo de ação nas empresas brasileiras. Iniciativas como essas, com o objetivo principal de capacitar indivíduos e comunidades, tornando-os aptos a

melhorar e manter sua própria saúde, têm ganhado destaque com o crescimento de hábitos de vida inadequados e da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's). Nas empresas, a implementação de programas de promoção da saúde visa estimular e dar oportunidades para que os trabalhadores façam escolhas mais saudáveis. Atitudes nesse sentido são boas para os colaboradores e também para a saúde econômico-financeira das organizações, já que empresas com investimentos em políticas de bem-estar e de promoção de saúde apresentam crescimento superior quando comparada a outras (IESS, 2013).

Outro fator que se observou num estudo que o IESS elaborou sobre as fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano<sup>15</sup> foi que nas regiões norte-americanas onde se observou uma melhor integração entre o atendimento primário e o atendimento em regime de internação, o tempo médio de internação hospitalar entre pacientes crônicos foi de 13,9 dias e quem estava internado recebeu, em média, 20,4 visitas de médicos em 2006, enquanto que nas regiões de menor nível de ordenação do sistema de saúde, a média foi de 28,5 dias e 64,7 visitas (Wennberg et al, 2007). Isso indica que o grande emprego de recursos sem a devida coordenação e comunicação dos envolvidos no cuidado de saúde gera ineficiências sem gerar nenhum benefício para a saúde do paciente.

Na medida em que se entende melhor a população, identificando perfis de risco por meio de ferramentas analíticas, se desenvolve melhores formas de atendê-la ou mesmo que se evite que ela tenha necessidade de tantos tratamentos médicos. Novas alternativas, modelos e características garantem não só a qualidade e integralidade assistencial aos pacientes, mas também a sustentabilidade financeira de todo o sistema de saúde.

12 Participaram do III Seminário "Promoção de Saúde nas Empresas" os doutores Michael O'Donnell, presidente do American Journal of Health Promotion, e Alberto Ogata, presidente da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV). Apresentações e palestras disponíveis em: <http://www.iess.org.br/?p=eventos&evento=22>

13 Estudo "Promoção da saúde nas empresas". Disponível em: [http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=680&id\\_tipo=15](http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=680&id_tipo=15)

14 Estudo especial. Disponível em: [http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=679&id\\_tipo=15](http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=679&id_tipo=15)

15 Estudo disponível em: [https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=442&id\\_tipo=3](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=442&id_tipo=3)

## h. Fraudes e desperdícios

Outro fator para combater o aumento dos custos médico-hospitalares no Brasil e no mundo, são as fraudes, desperdícios e excessos no setor da saúde que, além de diminuir a qualidade assistencial, também são responsáveis por onerar quem contrata um plano de saúde.

Na busca por dimensionar o impacto das fraudes no sistema de saúde suplementar do Brasil e apontar experiências bem-sucedidas no combate às práticas inadequadas nesse setor, o IESS produziu o TD 62 (“Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil”) e o Estudo Especial “Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar - estimativa 2016”.

Um estudo da Funenseg<sup>16</sup> estimou que de 10% a 15% dos reembolsos pedidos pelos segurados são indevidos, de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Com base nessa publicação, o Estudo Especial do IESS calculou que aproximadamente R\$ 25,5 bilhões (19% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no país) foram consumidos por desperdícios e fraudes em 2016. Embora a corrupção e a fraude sejam difíceis de serem detectadas na área da saúde, o TD 62 aponta que as principais formas de abuso no setor privado se concentram em tratamentos excessivos e desnecessários ou baixa qualidade no atendimento; comercialização inadequada de medicamentos e de dispositivos médicos; e sonegação de tributos.

Em resumo, para combater a fraude na saúde, estudos internacionais analisados no TD 62 apontam três práticas mais utilizadas, que são: (i) criação de leis antifraude e anticorrupção na saúde (que implicam em multas e sentença penal para os envolvidos); (ii) transparência dos setores da saúde por meio da inserção de tecnologias (por exemplo: prontuário eletrônico e inserção de softwares na área financeira de operadoras, hospitais, distribuidores, etc) e;

(iii) implementação de novos modelos de pagamento prospectivos (por exemplo: baseado no *Diagnosis Related Group* – DRG).

Um outro requisito para combater tais práticas nocivas ao setor seria modernizar os sistemas de pagamento, por meio da premiação à eficiência e o melhor desfecho clínico ao paciente, e punindo o desperdício e a contratação de exames desnecessários, assim como reinternações ou agravamento dos quadros clínicos causados por falhas assistenciais.

Também há exemplos como os da chamada “Máfia das Órteses”, com diversas denúncias que geraram a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para investigação. Há um sério problema no mercado brasileiro de saúde relativo às falhas de mercado e assimetria de informações. Como destacamos no estudo “A cadeia da saúde suplementar”, produzido pelo Insper a pedido do IESS, competição imperfeita, oligopólio diferenciado, assimetria de informação e corrupção (que alavancam os custos de OPMEs, como mostra o TD 55: “Distorções nos gastos com OPME”), combinadas ao atual modelo de remuneração, geram as condições atuais para potencializar o aumento dos custos de saúde no País. Apenas para citar um exemplo, retirado do TD 55, um único modelo de prótese de quadril pode custar de R\$ 2.282 a R\$ 16.718, sendo que na formação deste preço entram: comissões de comercialização, sobrepreço aplicado por hospitais, lucro de distribuidores, tributos e até prêmios para médicos.

Essas práticas inadequadas geram tanto problemas aos pacientes – de ordem física, psicológica ou financeira – quanto ameaçam a sustentabilidade dos setores de saúde. A agenda de providências ainda é extensa e deve vir acompanhada por maior conscientização de diversos segmentos da sociedade, sejam pacientes, médicos, magistrados e gestores, além de punições mais rigorosas para profissionais e instituições fraudulentas.

<sup>16</sup> [www.ens.edu.br/arquivos/estudos\\_funenseg\\_10\\_2.pdf](http://www.ens.edu.br/arquivos/estudos_funenseg_10_2.pdf)



## i. Regulação

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o objetivo de fazer cumprir a Lei n° 9.656 de junho de 1998, que regulamentava os planos privados de assistência à saúde do Brasil (TD 67/IESS).

A regulação no setor de saúde suplementar foi elaborada com o objetivo de corrigir falhas de mercado, ou, pelo menos aliviar os seus efeitos. As falhas de mercado, presentes não apenas na saúde suplementar, mas também em diversos setores da economia, ocorrem quando os interesses de mercado não conduzem, necessariamente, ao bem-estar social. A análise do bem-estar, em termos gerais, busca definir sob quais condições as atividades econômicas levam ao bem comum e sob quais condições ela não o faz (FIANI, 1998).

A ANS deve fiscalizar o mercado para evitar as falhas características desse setor. A principal falha de mercado do setor de saúde suplementar é a assimetria de informação, como foi mencionado acima. Com o advento da agência reguladora foi possível criar normas e leis para estabelecer padrões de contratos para as coberturas contratadas - módulo hospitalar e módulo ambulatorial (TD 67/IESS).

A fiscalização da ANS busca minimizar a seleção de risco por parte das operadoras de planos de saúde, ao mesmo tempo que minimiza a seleção adversa de risco quando um beneficiário adquire um plano em razão de já apresentar alguma doença pré-existente (MALTA, et al., 2004 e BAHIA e VIANA, 2003).

A ANS regula a segmentação da cobertura dos planos de saúde que podem ser comercializados que são ao todo 12 tipos. Para cada segmentação, há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e revisado a cada dois anos. Essas

determinações valem para todos os contratos celebrados após 1° de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei n° 9656/98 - planos novos (TD 67/IESS). Atualmente, o Rol de procedimentos contempla 3.287 procedimentos um número elevado de procedimentos que os planos de saúde precisam cobrir, o que vai de encontro, com a definição de saúde suplementar que deve apenas servir como forma suplementar dos serviços de saúde público. Além disso, está previsto por lei a ANS estabelecer prazos máximos de atendimento para serviços emergenciais (sem espera), consulta à médicos (7 dias), exames e terapias (10 dias) e para serviços de saúde de alta complexidade ou eletivos (21 dias)<sup>17</sup>. Estes prazos são, no geral, muito curtos em relação aos sistemas de saúde internacionais, um exemplo, é o sistema público do Reino Unido que tem como prazo máximo para qualquer consulta médica de 18 semanas. Para casos urgentes, como tratamento de câncer, o período máximo de espera é de duas semanas<sup>18</sup>.

Casos as operadoras não cumpram os prazos estabelecidos de atendimento, a ANS aplica a sanção da RN n°388/15 que dispõe sobre os procedimentos adotados pela agência reguladora para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Na Seção I da RN no artigo 22 apresenta os critérios para realizar o auto de infração caso seja identificado indícios de infração a dispositivos legais ou infra disciplinadora do mercado de saúde suplementar<sup>19</sup>.

Segundo Gesner et al (2017), esse tipo de intervenção acaba onerando demasiadamente o setor de saúde suplementar, pois os critérios estabelecidos de regulamentação do setor estão sujeitos à arbitrariedade da interpretação do fiscal de saúde, o que acaba gerando uma jurisprudência sendo pouco transparente o que leva a uma insegurança jurídica para as operadoras. Na visão do mercado, segundo Gesner et al (2017), a RN n° 388/15 fez o processo ficar muito imprudente, pois a agência reguladora oferece um prazo curto para apresentação da

<sup>17</sup> [https://www.iess.org.br/cms/rep/Presentation\\_LuizCarneiro\\_BrazilianPrivateHealthInsuranceSector.pdf](https://www.iess.org.br/cms/rep/Presentation_LuizCarneiro_BrazilianPrivateHealthInsuranceSector.pdf)

<sup>18</sup> <https://www.nhs.uk/nhsengland/appointment-booking/pages/nhs-waiting-times.aspx>

<sup>19</sup> <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEzNg==>

defesa e o processo de apuração do ocorrido muitas vezes não é baseado em evidências de pesquisas.

Os autores mencionam que a operadora tem o seu direito de defesa, mas levando em conta o elevado custo do processo as operadoras acabam escolhendo a opção que a RN nº388/15 concede que é a negociação da dívida, mesmo sabendo, da sua razão e mérito no processo. A multa estabelecida pela ANS não leva em consideração o risco do paciente e ao custo do tratamento, o autor cita o exemplo, que uma operadora pode sofrer uma penalidade de R\$ 520 mil reais porque o paciente não conseguiu marcar uma consulta, um valor da multa é bem superior ao custo da consulta médica. Os autores apontam algumas soluções de como pode ser realizado a dosimetria das multas aplicadas pela ANS nas operadoras comparando com outros órgãos reguladores como Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL). As sugestões são:

1. Detalhar e descrever na Resolução os quesitos para quantificar a multa;
2. Detalhar os critérios utilizados para decidir quais foram os quesitos para quantificar a multa;
3. A dosimetria de penalidade também deve considerar o princípio da proporcionalidade em relação ao custo do evento que gerou a infração

Por fim, ainda que se evolua na dosimetria das multas, é fundamental o estabelecimento de procedimento regular pelo qual a ANS avalie de forma abrangente a aplicação de sanções, refletindo sobre questões como: (i) eficácia do processo sancionatório; (ii) valor agregado das multas e número de processos; e (iii) até quando o processo sancionatório, se generalizado, transforma-se em custo repassado pelas operadoras aos beneficiários e perde sua efetividade (Gesner et al, 2017).

## Reajuste dos preços dos planos de saúde

Como abordado anteriores os planos de saúde coletivos são reajustados de acordo com cláusula contratual entre a operadora e a pessoa jurídica. No entanto, para planos de saúde individuais foi criada uma medida provisória nº 2.177-44 de 2001, que modificou a Lei 9.656/9812 e passou a definir que os contratos da modalidade individual/familiar fossem reajustados segundo a aplicação da cláusula de reajuste previamente aprovada pela ANS. Ou seja, os reajustes anuais para os planos desta categoria seriam definidos pela agência reguladora.

Segundo um estudo especial do IESS em parceria com a consultoria Tendências (“Estudo Econômico sobre os desafios do setor de saúde suplementar no Brasil”) de agosto de 2015 existem consequências de se controlar o reajuste dos preços.

De acordo com os autores, as principais consequências da adoção de restrições ao funcionamento desse sistema são a escassez e a piora da qualidade dos produtos e serviços disponíveis aos consumidores. As principais consequências da adoção de restrições ao funcionamento desse sistema são a escassez e a piora da qualidade dos produtos e serviços disponíveis aos consumidores.

Como já mencionado anteriormente, a ANS determina através do “Rol de Procedimentos” uma lista com enfermidades e procedimentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a tratar independentemente do tipo de plano contratado. Deste arranjo resulta que o percentual de reajuste determinado pela ANS para os planos individuais geralmente não é suficiente para cobrir as variações nos custos a cada ano (IESS. Estudo Especial. Maílson et al, 2015). Como foi apresentado anteriormente o índice de VCMH/IESS é superior ao e ao índice de reajuste da ANS. Em 2017 o reajuste da ANS foi de 13,57%<sup>20</sup> e a VCMH/IESS foi de 20,4%.

<sup>20</sup> <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>

Portanto, as operadoras são desestimuladas a vender esse tipo de plano, pois a manutenção ou aumento da participação deste (em relação ao número total de planos detidos por determinada operadora) pode gerar crescentes prejuízos.

#### 4. CONCLUSÃO

Com relevante papel no sistema de saúde nacional, ofertando serviços essenciais para aproximadamente um quarto dos brasileiros, a saúde suplementar tem indiscutível papel social e econômico no país. Sua manutenção e aperfeiçoamento é, portanto, ordem do dia na agenda de pautas e discussões em benefício da população nacional, já que sua sustentabilidade tem sido ameaçada pelas diferentes nuances aqui apresentadas.

Como explicitado nesse estudo, a elevação dos custos médico-hospitalares é um fenômeno global, mas há características particulares do caso brasileiro, decorrentes de fatores como a regulação (falta de critérios claros de avaliação para incorporação de novas tecnologias); perfil dos prestadores (modelo de remuneração, falta de transparência, fraudes e desperdícios); perfil demográfico (envelhecimento populacional) e de comportamento (excesso de judicialização).

Esse trabalho reúne uma extensa gama de informações a respeito de cada um desses vetores da VCMH pesquisados ao longo dos mais de 10 anos de atuação do Instituto no anseio de fomentar o debate de temas caros ao setor de saúde suplementar no país e produzir conhecimento e ferramentas para a melhor tomada de decisão em prol do aperfeiçoamento de toda a cadeia.

Se, de um lado, é importante que haja disseminação de informações sobre os pontos críticos do setor para que haja uma agenda efetiva de mudança, por outro, o conhecimento das diferentes áreas da sociedade acerca do tema também é de fundamental importância, impulsionando a transformação entre os variados agentes na busca pela eficiência dos setores de saúde do país, tanto público quanto privado.

É indispensável, por exemplo, a maior participação do Judiciário no que tange a propagação de correta instrução sobre os impactos das ações judiciais em todo o sistema de saúde, garantindo o correto embasamento técnico-científico no julgamento de diferentes casos.

Mais do que elencar e conhecer os vetores que influenciam os custos médico-hospitalares, é necessário compreender que cada um deles é consequência do modelo atual do sistema no país, com latentes deficiências estruturais, que continuará a impactar no equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do setor e, consequentemente, na vida de milhões de brasileiros.

Tanto consumidores quanto as empresas contratantes de planos de saúde têm sentido os efeitos de seguidos reajustes de dois dígitos. É um momento de aprofundamento do debate no que se refere à escalada dos custos e, portanto, cenário ideal para a criação de condições que auxiliem no crescimento sustentável de toda a cadeia produtiva da saúde suplementar nacional.

## BIBLIOGRAFIA

---

Agência Nacional da Saúde Suplementar. (2017). Acesso em Outubro de 2017, disponível em ANS: <http://www.ans.gov.br/aans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobre-planos-coletivos>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2009). Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da Saúde Suplementar. ANS, Diretoria de Normas e Habilitação de produtos - DIPRO, Rio de Janeiro. Acesso em outubro de 2017, disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Planos\\_odontologicos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Planos_odontologicos.pdf)

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2011). RN N° 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n° 23, de 1° de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. 116. Diário Oficial da União.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Outubro de 2012). Resolução Normativa n° 309, de 25 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. 207. Diário Oficial da União.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2015). Instrução Normativa n° 48 de 10 de setembro de 2015, Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde,. Diário Oficial da União.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2017). Acesso em 20 de Outubro de 2017, disponível em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2017). Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos odontológicos: evolução, desafio as e perspectivas para a regulação da Saúde Suplementar. ANS, Diretoria de Normas e Habilitação de produtos - DIPRO, Rio de Janeiro. Acesso em outubro de 2017, disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Planos\\_odontologicos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Planos_odontologicos.pdf)

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acesso em 20 de Outubro de 2017, disponível em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. 270 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

Bahia, L. Os planos de saúde empresariais no Brasil: Notas para a Regulação. 2013. Acesso em Outubro de 2017, disponível em ANS: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

Barnum, e. a. Incentives and provider payment methods. Health Planning Management. Volume 10. Pages 23-45. January 1995.

Brasil. Lei 9.656, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, 105. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos)). Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar.

Bumgarner, J. China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition. A World Bank Country Study, Washington, DC. 1992

C. Lee Ventola, M. Challenges in Evaluating and Standardizing Medical Devices in Health Care Facilities, Vol. 33 No. 6. Junho, 2008

Couto, R. e. Erros Acontecem: A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. 2016.

Hurst, J. The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries. OECD Health Policy Studies. 1992.

IESS. Pesquisa IESS/Ibope 2017 (Onda IV). Avaliação de Planos de Saúde.

IESS. Estudo Especial. Erros acontecem: A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados.

IESS. Estudo Especial. Estudo Econômico sobre os desafios do setor de saúde suplementar no Brasil. (Maílson et al, 2015).

IESS. Estudo Especial. Impacto das fraudes e desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar.

IESS. Estudo Especial. Promoção da Saúde nas Empresas: Casos de Sucesso.

IESS. Textos para Discussão nº 02. Inflação conceitos e metodologia e os limites a sua aplicabilidade nos reajustes de plano de saúde.

IESS. Textos para Discussão nº 25. VCMH - Variação dos Custos Médico-Hospitalares.

IESS. Textos para Discussão nº 46. Materiais e Medicamentos: vetores de custo no setor de saúde suplementar.

IESS. Textos para Discussão nº 48. Por que os custos com internação dos planos de saúde são os que mais crescem?

IESS. Textos para Discussão nº 49. Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano.

IESS. Textos para Discussão nº 50. A importância de Materiais e Medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012.

IESS. Textos para Discussão nº 52. Variação dos custos médicos hospitalares e inflação geral - Por que esses índices não são comparáveis no Brasil e no mundo?

IESS. Textos para Discussão nº 54. Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares.

IESS. Textos para Discussão nº 55. Distorções nos gastos com OPME.

IESS. Textos para Discussão nº 61. Utilização de Indicadores de Qualidade Hospitalar – apresentação de três exemplos internacionais.

IESS. Textos para Discussão nº 62. Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil.

IESS. Textos para Discussão nº 64. Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar.

IESS. Textos para Discussão nº 67. Regulação da saúde suplementar: teoria e experiências nos países.

IESS. Textos para Discussão nº 69. Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional.

Gesner et al. Análise da Qualidade Regulatória da Saúde Suplementar no Brasil. Abril de 2017. Disponível em: [https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio\\_GrupoFGV.pdf](https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio_GrupoFGV.pdf)

Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial. Lucratividade das empresas em 2016: recuperação parcial. Carta IEDI nº 754. Acesso em 19 de Outubro de 2017, disponível em [http://www.iedi.org.br/cartas/carta\\_iedi\\_n\\_754.html](http://www.iedi.org.br/cartas/carta_iedi_n_754.html)

Kupresa, V. Discovery Health Clinical Policy Unit. 2015.

Moreno-Serra R, W. A. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. 2010.

Porter, M. &. How Should We Pay for Healthcare? Harvard Business School Working Papers, 15 (041). 2015.

Wennberg JE, Bronner K, Skinner JS, Fisher ES, Goodman DC. (Health Aff (Millwood). 2009 Jan-Feb;28(1):103-12. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.103). Inpatient care intensity and patients' ratings of their hospital experiences. 2009.

Willis Towers Watson. 2017 Global Medical Trends Survey Report. 2017



**IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)