

CUSTOS DA SAÚDE

Fatos e interpretações

Uma iniciativa:



SUMÁRIO

Sumário executivo _____	5
Apresentação _____	6
Introdução: os custos, os preços e o valor da saúde privada no Brasil ____	7
Os custos e os elos da cadeia produtiva da saúde privada _____	8
Evolução dos preços pagos pelo consumidor final vs. evolução dos gastos com saúde _____	10
As despesas das operadoras de planos de saúde e o VCMH - Variação de Custos Médico-Hospitalares _____	17
As receitas e as despesas dos hospitais _____	21
A participação dos medicamentos na saúde privada _____	23
Qualidade, custos e tecnologia _____	24
Desafios e tendências do setor _____	25
Quais elementos, então, pressionam os custos na saúde privada? ____	28
É possível resolver a equação? _____	30
Resumo com perguntas e respostas _____	31

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os custos da saúde têm subido constantemente e ameaçam a sustentabilidade do sistema como um todo.

Os preços da saúde têm crescido de forma mais acelerada do que a inflação geral. De toda a cadeia, são os preços dos planos de saúde os que têm registrado a maior elevação.

Os aumentos de custos totais da saúde ocorrem, principalmente, por conta de um aumento da frequência de uso, que é decorrente de uma gestão inadequada da saúde populacional.

O atual modelo de remuneração predominante na saúde, o *fee-for-service*, também pode estimular o aumento de custos, tornando urgente a discussão sobre uma transição para uma forma de remuneração que passe a privilegiar qualidade, eficiência e os melhores desfechos clínicos para os pacientes.

Embora as novas tecnologias possam representar aumento de custos, elas têm importante papel na saúde da população e sua utilização racional, portanto deve ser estimulada.

Fatores como o envelhecimento da população e a mudança no perfil epidemiológico também pressionam fortemente os custos da saúde.

Há uma confusão entre inflação e custos no setor, que é provocada pela divulgação de índices pouco representativos, como a Variação de Custos Médico-Hospitalares – VCMH.

Fraudes e desperdícios são parcela importante dos custos da saúde e devem ser combatidos. Não há evidências, porém, que estejam aumentando ou que sejam responsáveis pelos aumentos de custos da saúde.

Todos os elos da cadeia têm responsabilidade de promover a eficiência e a melhor alocação de recursos no sistema e cada um deles pode tomar ações para melhorar a atenção prestada à população.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

O futuro da saúde no Brasil desperta preocupação, seja pela falta de recursos no setor público, seja pelas pressões crescentes de custo no segmento privado, que responde por 24,5% da população atendida e quase 60% dos gastos com saúde no País.

O setor privado tem um papel fundamental na assistência à saúde da população brasileira. A sua atuação diminui a demanda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), retirando quase ¼ da população de suas filas. Nos hospitais sem fins lucrativos, que respondem por quase metade dos atendimentos no SUS, são os recursos advindos da saúde privada que muitas vezes subsidiam a atividade filantrópica da entidade, permitindo que ela possa ser sustentável mesmo prestando serviços ao SUS. Assim, o problema dos custos crescentes – e, por consequência, a sustentabilidade da saúde privada no Brasil – são de vital interesse para todo o País.

A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), entendem que o enfrentamento do problema começa pelo método. Ou estamos todos juntos, entendendo que não haverá soluções apenas para alguns, ou ficaremos presos ao jogo da transferência de responsabilidades enquanto a crise se agrava, com aumento das dificuldades financeiras e de gestão do setor público, perda de eficiência e sustentabilidade no setor privado e, acima de tudo, o aumento do drama diário dos brasileiros decorrente da falta de acesso e qualidade da assistência à saúde.

Mas diálogo entre os setores não é apenas método. É também a única forma de reconhecermos que, apesar dos grandes avanços, o setor apresenta problemas estruturais e o envelhecimento da população é apenas um dos enormes desafios que o sistema de saúde brasileiro terá que enfrentar nos próximos anos.

O objetivo deste documento é, assim, estabelecer um diálogo, de forma construtiva, e debater temas sensíveis da saúde como acesso, qualidade, avanços tecnológicos, custos financeiros e sociais, apresentando os elos que compõem a cadeia da saúde privada no Brasil, explicando qual o papel e o peso de cada um desses atores na composição de custos da saúde no País.



INTRODUÇÃO: OS CUSTOS, OS PREÇOS E O VALOR DA SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

Apesar da alta carga tributária brasileira, a saúde não tem sido prioridade nos investimentos públicos.

Diante da importância da saúde para a qualidade de vida dos brasileiros, os serviços privados ganharam um papel central na organização do sistema de saúde do País.

O sistema privado, porém, é complexo, envolvendo operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos, entre outros.

Os seguidos aumentos de custos das operadoras e os elevados reajustes dos preços dos planos pagos pelos beneficiários vêm acirrando o debate em torno de quem seria o responsável pelo encarecimento da saúde privada, sendo que fornecedores e prestadores de serviço são frequentemente apontados pelas operadoras como os grandes responsáveis.

O objetivo deste trabalho é justamente fazer uma separação e um esclarecimento à sociedade sobre a origem dos custos. Sem esclarecer isso, bem como muitos conceitos utilizados de forma equivocada, não há como debater seriamente a questão nem buscar solução para a ampliação do acesso e a melhoria da saúde do brasileiro.

Termos como “custos de saúde” ou “inflação médica”, por exemplo, embora frequentes nas páginas dos jornais, nas apresentações e posicionamentos em seminários da área e nos discursos e propostas de políticos, não conseguem dar conta de toda a complexidade envolvida na prestação de serviços de saúde privada, levando, recorrentemente, a conclusões equivocadas a respeito dos verdadeiros desafios do setor.

O que são, afinal, custos de saúde? São as despesas das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviços? Os valores pagos pela população às operadoras de planos de saúde? As despesas dos hospitais com fornecedores? Ou os custos de

produção destes fornecedores?

Como na maioria das questões complexas, também não há respostas simples para o problema dos custos de saúde, que não é apenas brasileiro, mas um problema mundial.

Diversos indicadores, de fato, apontam que os preços da saúde têm crescido mais rapidamente do que nos outros setores, e que a despesa total tem crescido de forma ainda mais acelerada.

Por que isto ocorre? O que, afinal, está por trás destes aumentos? De onde vêm as tais pressões de custo na saúde? Para responder a estas e outras questões, antes de tudo, é

Como na maioria das questões complexas, também não há respostas simples para o problema dos custos de saúde, que não é apenas brasileiro, mas um problema mundial.

preciso compreender toda a cadeia envolvida na prestação de serviços privados de saúde no Brasil.

Em um mercado privado de bens ou serviços, o preço de venda é dado pela soma dos custos e de uma determinada margem de lucro. Em uma cadeia produtiva, o que é receita para um elo representa custo

para o elo seguinte.

Quando estamos falando de saúde, porém, não estamos falando de uma mercadoria qualquer. Não somente porque o setor de saúde envolve bens e serviços de primeira necessidade, quase sempre indispensáveis e inadiáveis, mas também pelo fato de que seus benefícios extrapolam a cadeia do setor. Afinal, a qualidade da prestação dos serviços de saúde está diretamente associada à qualidade de vida da população e à produtividade do trabalho, por exemplo – no caso particular da saúde, gastos privados também podem significar menor demanda por serviços públicos.

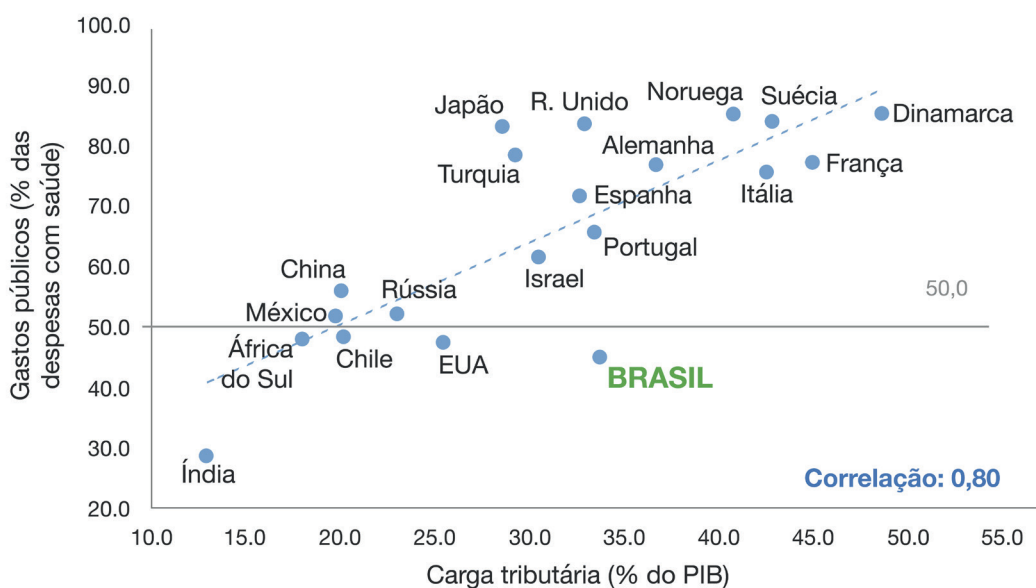
Não é à toa que, de acordo com a sabedoria popular, saúde não tem preço. Entretanto, adaptando para a saúde a máxima econômica de que não existe almoço grátis, também não existe atendimento grátis, uma vez que a prestação de serviços de saúde não somente envolve custos, como também precisa ser economicamente viável.

OS CUSTOS E OS ELOS DA CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE PRIVADA

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de países comparáveis, o Brasil é o País que apresenta a segunda menor proporção de gastos públicos no total

de despesas com saúde – superando apenas a Índia, cuja carga tributária, porém, é de apenas 13%, contra 34% da carga brasileira (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - Participação dos gastos públicos nas despesas com saúde x Carga tributária - 2013



Fonte: Elaboração Anahp com base em dados do Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT) e Estudo Tributário “Carga Tributária no Brasil - 2014 (Análise por Tributo e Bases de Incidência)” da Secretaria da Receita Federal.

Não somente os gastos privados respondem por cerca de 55% do total das despesas com saúde, como o Brasil representa, segundo dados da OMS de 2014, o terceiro maior mercado de saúde privada do mundo (US\$ 105 bilhões, ou 3,4% do mercado mundial), atrás apenas dos Estados Unidos (US\$ 1.550 bilhões) e da China (US\$ 253 bilhões). De acordo com estimativas da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados, os

gastos privados com saúde devem ter atingido cerca de R\$ 330 bilhões em 2016, sendo R\$ 160 bilhões na saúde suplementar e R\$ 170 bilhões referentes a gastos particulares com saúde e medicamentos.

A cadeia de bens e serviços no setor de saúde privada envolve, resumidamente, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços (hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios) e fornecedores de medicamentos,

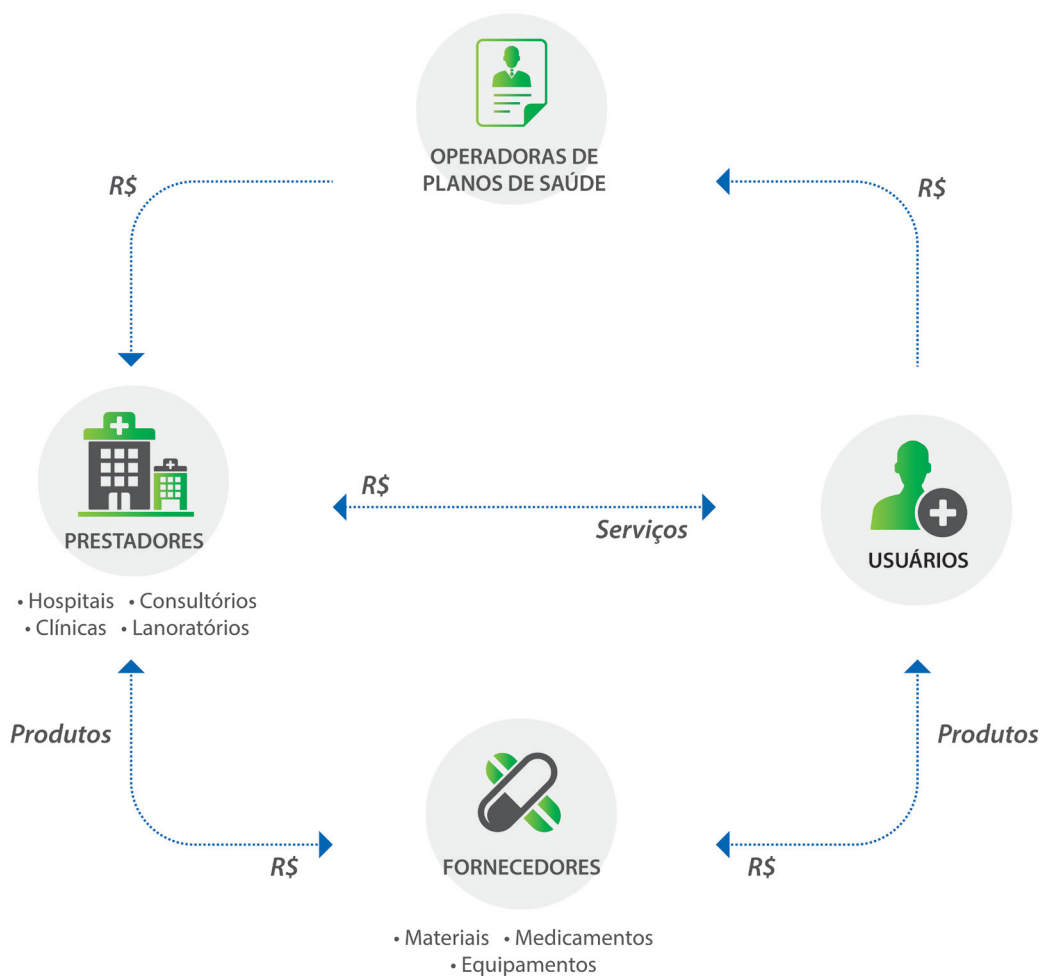
materiais e equipamentos médicos (FIGURA 1).

Os beneficiários contratam, juntos às operadoras, os planos de saúde – os quais podem envolver diferentes tipos de contratação (individual ou familiar, coletivo por adesão, coletivo empresarial). As operadoras, por sua vez, pagam os prestadores pelo atendimento aos beneficiários. Para realização do atendimento, por fim, os prestadores precisam ad-

quirir medicamentos, materiais e equipamentos médicos junto a fornecedores.

Cada um desses elos da cadeia lida com diferentes pressões de custos, de forma que, para compreender a evolução dos preços aos consumidores finais (beneficiários), é preciso compreender os fatores que afetam os custos em cada um dos elos da cadeia de saúde privada.

FIGURA 1 – Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde privada



Fonte: Elaboração Anahp

EVOLUÇÃO DOS PREÇOS PAGOS PELO CONSUMIDOR FINAL VS. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE

Os pacientes têm acesso ao sistema de saúde privada, principalmente, por meio das operadoras de planos de saúde, que podem ser contratados individualmente, mas, na maioria dos casos, são acessados por meio de entidades coletivas (empresas, sindicatos e conselhos profissionais, por exemplo). Em março de 2017, o número de beneficiários de planos de saúde era de 47,6 milhões (24,5%

da população brasileira), sendo 19,6% em planos do tipo individual ou familiar, 66,4% em planos do tipo coletivo empresarial e 13,6% em planos coletivos por adesão.

Os pacientes podem também contratar serviços de saúde privada diretamente dos prestadores, utilizando recursos próprios, além de arcar com despesas de materiais, medicamentos e equipamentos médicos.

Preços

Um dos indicadores que permitem o acompanhamento dos preços pagos pelo consumidor final é o IPCA (Índice de Preços do Consumidor Amplo), divulgado mensalmente pelo IBGE.

O IPCA é a medida oficial da inflação do Brasil, calculado a partir da média mensal de variação de preços de uma cesta de bens ponderada pelo peso desses bens no orçamento das famílias brasileiras com rendimentos mensais compreendidos entre 1 e 40 salários-mínimos.

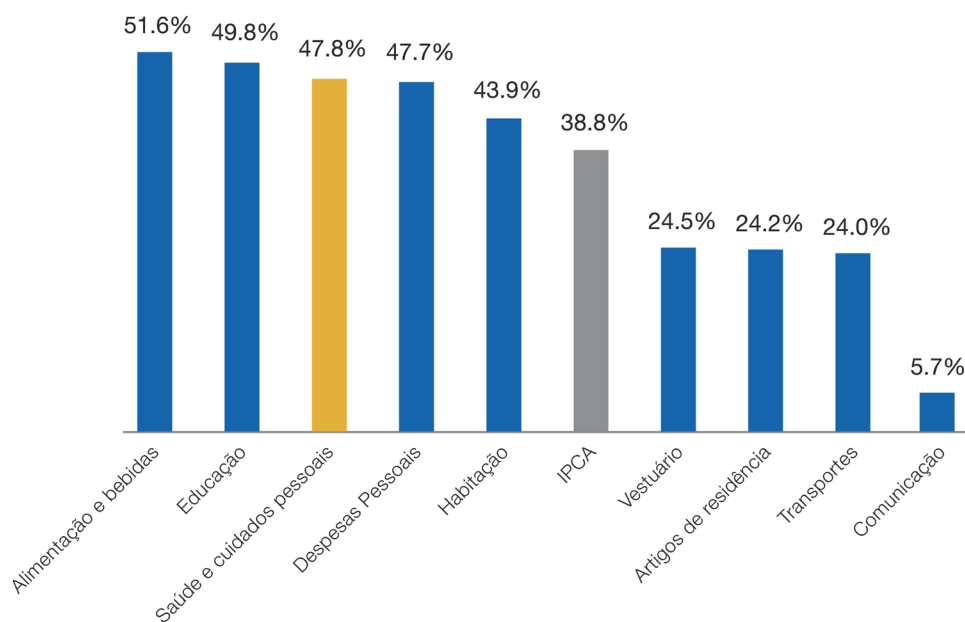
O IPCA é composto por 465 subitens distribuídos em 9 grandes grupos de bens e serviços, entre os quais “Saúde e cuidados pessoais”, no qual estão incluídos subitens como produtos farmacêuticos, serviços médicos, hospitalares e planos de saúde.

Entre julho de 2012 e junho de 2017, a inflação medida pelo IPCA acumulou 38,8%. No grupo Saúde e cuidados pessoais, por sua vez, a variação foi de 47,8% (GRÁFICO 2). Entre subitens selecionados do grupo Saúde e cuidados pessoais, Plano de saúde

de foi o que registrou a maior alta média de preços no período (67,9%). Em outras palavras, o consumidor paga atualmente, em média, 47,8% a mais do que pagava em julho de 2012 por bens e serviços de saúde e cuidados pessoais. No mesmo período, sua cesta média de consumo (IPCA) ficou 38,8% mais cara. Pelos planos de saúde, por fim, ele paga, em média, 67,9% mais caro do que pagava há cinco anos (GRÁFICO 3). Desconsiderando o subitem planos de saúde, a inflação do grupo Saúde e cuidados pessoais cai de 47,8% para 40,2%, muito próxima à variação do IPCA, portanto.

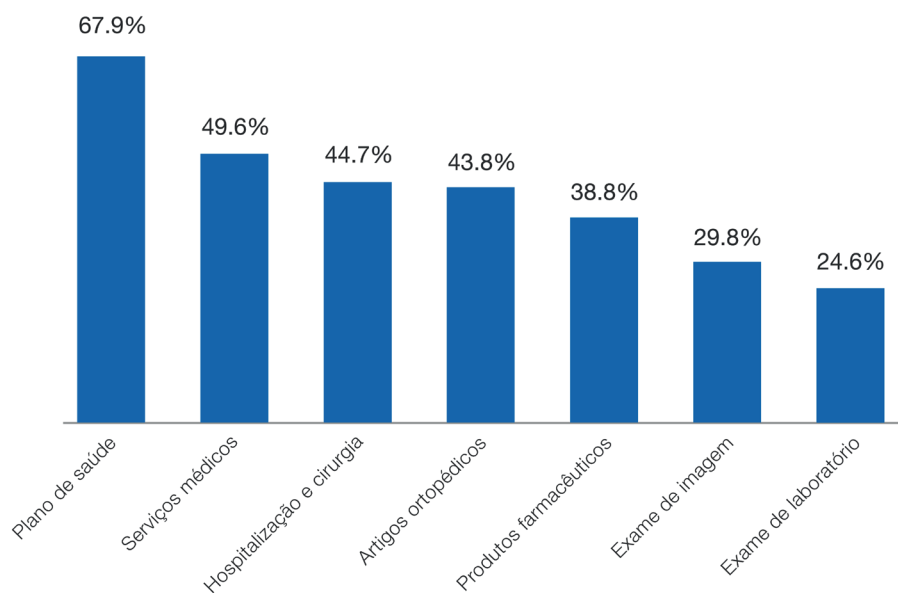
Considerando um período de 10 anos, o cenário não é muito diferente. Enquanto, entre julho de 2007 e junho de 2017, o IPCA acumulou 81%, no grupo Saúde e cuidados pessoais, a variação média de preços foi de 93,8%. Entre subitens selecionados do grupo Saúde e cuidados pessoais, Plano de saúde também foi o que registrou a maior alta média de preços no período (133,7%).

GRÁFICO 2 – Variação de preços acumulada nos últimos 5 anos – julho de 2012 a junho de 2017



Fonte: IPCA (IBGE)

GRÁFICO 3 – Variação de preços acumulada nos últimos 5 anos – julho de 2012 a junho de 2017 – Saúde e cuidados pessoais: itens selecionados



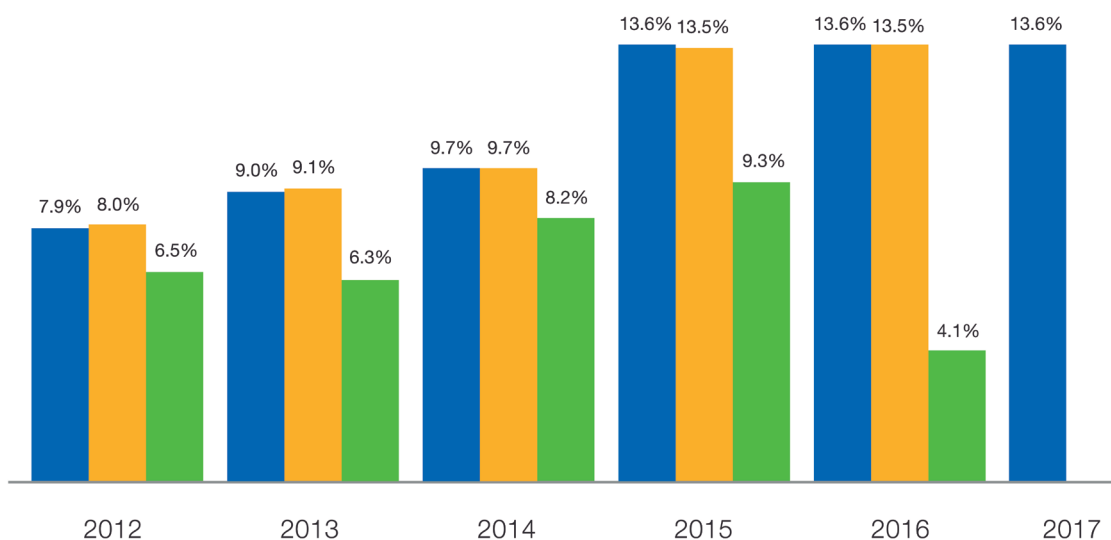
Fonte: IPCA (IBGE)

O reajuste máximo dos planos de saúde individuais é autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir de maio de cada ano. A variação de preços do subitem Plano de saúde do IPCA costuma ficar bem próxima ao teto do reajuste autorizado pela ANS, considerando os 12 meses seguintes ao reajuste – o qual tem ficado bem acima da inflação média do período (GRÁFICO 4).

A metodologia aplicada pela ANS para ob-

tenção do índice máximo do reajuste baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte. A lógica por trás da regra é a de que haverá equilíbrio de forças nas negociações entre operadoras e entidades coletivas, de forma que o nível de reajuste médio seria “justo”.

GRÁFICO 4 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e variação média de preços de planos de saúde



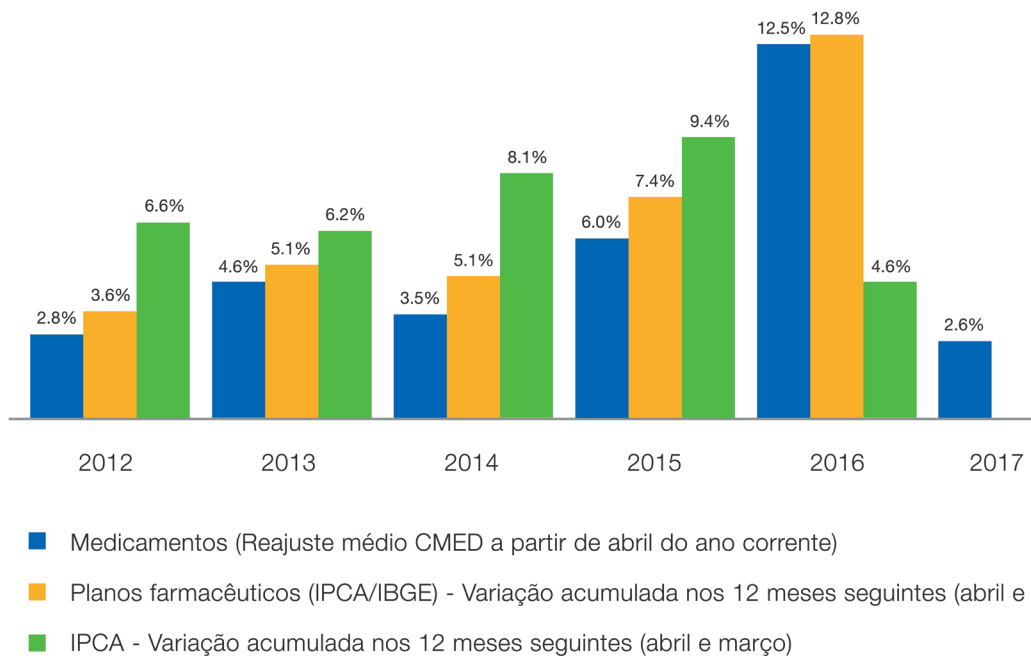
- Planos de saúde individuais (Reajuste máximo ANS a partir de maio do ano corrente)
- Planos de saúde (IPCA/IBGE) - Variação acumulada nos 12 meses seguintes (maio e abril)
- IPCA - Variação acumulada nos 12 meses seguintes (maio e abril)

Fonte: ANS, IPCA (IBGE)

Já os reajustes máximos dos preços dos medicamentos cobrados pelos fabricantes são definidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial responsável por regular o mercado e do qual a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ocupa a Secretaria Executiva (GRÁFICO 5).

O ajuste de preços de medicamentos, realizado em 31 de março de cada ano, tem por base um modelo de teto de preços calculado por meio do IPCA, um fator de produtividade (Fator X), uma parcela de fator de ajuste de preços relativos entre setores (Fator Y) e uma parcela de fator de ajuste de preços relativos intrasetor (Fator Z).

GRÁFICO 5 – Reajustes autorizados pela CMED e variação média de preços de produtos farmacêuticos



Fonte: CMED, IPCA (IBGE)

Vale ressaltar aqui que o mercado de medicamentos funciona com duas peculiaridades. Quando o comprador é público, o preço fixado pela CMED, base 100, sofre obrigatoriamente desconto de 19,25% por meio do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) e, depois, os descontos obtidos via concorrência em licitação ou negociação, que não costumam ficar abaixo de 20%

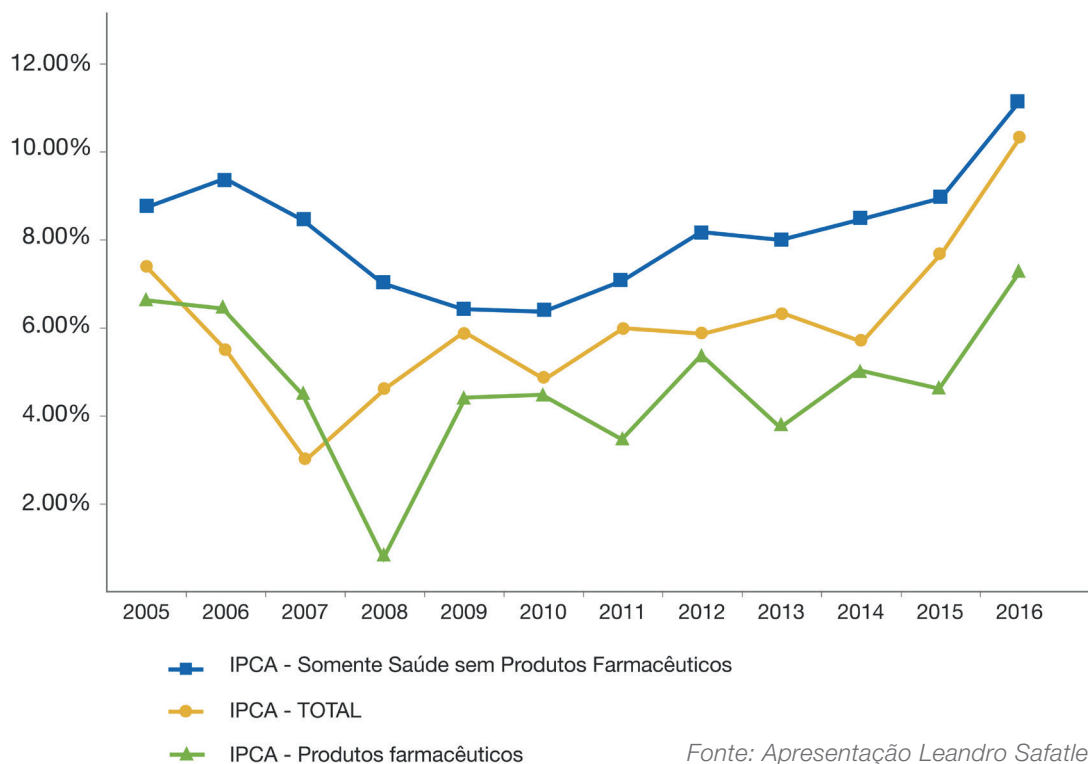
Já quando o comprador é privado, especialmente o cidadão nas farmácias, os descontos, segundo o governo, são, em média, de 18% para medicamentos inovadores e de mais de 70% em produtos genéricos.

Além disso, nem todos os preços dos

produtos farmacêuticos estão sujeitos à regulação, o que explica a alta registrada pelo IPCA ficar ligeiramente acima do reajuste máximo autorizado pelo CMED (GRÁFICO 6). De qualquer forma, o próprio governo reconhece que o aumento dos preços dos produtos farmacêuticos tem ficado sistematicamente abaixo do aumento médio dos preços da saúde e da inflação média (IPCA).

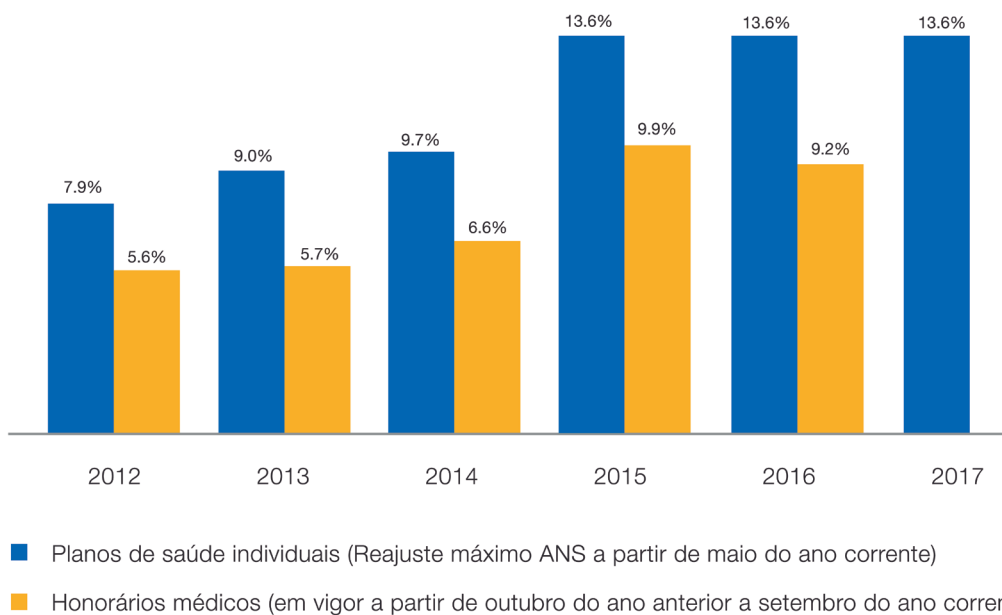
Por fim, os reajustes dos honorários médicos sugeridos pela AMB – Associação Médica Brasileira também têm ficado sistematicamente abaixo dos reajustes máximos dos planos de saúde autorizados pela ANS (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 6 – Variação média de preços de produtos farmacêuticos vs. saúde vs. IPCA



Fonte: Apresentação Leandro Safatle, Secretário executivo da CMED

GRÁFICO 7 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e reajustes sugeridos de honorários médicos



Fonte: ANS, AMB

Gastos

Afinal, se os preços do setor de saúde para o consumidor subiram, em média, 47,8% em cinco anos, quer dizer que as despesas ou gastos dos consumidores com saúde privada cresceram 47,8% no período?

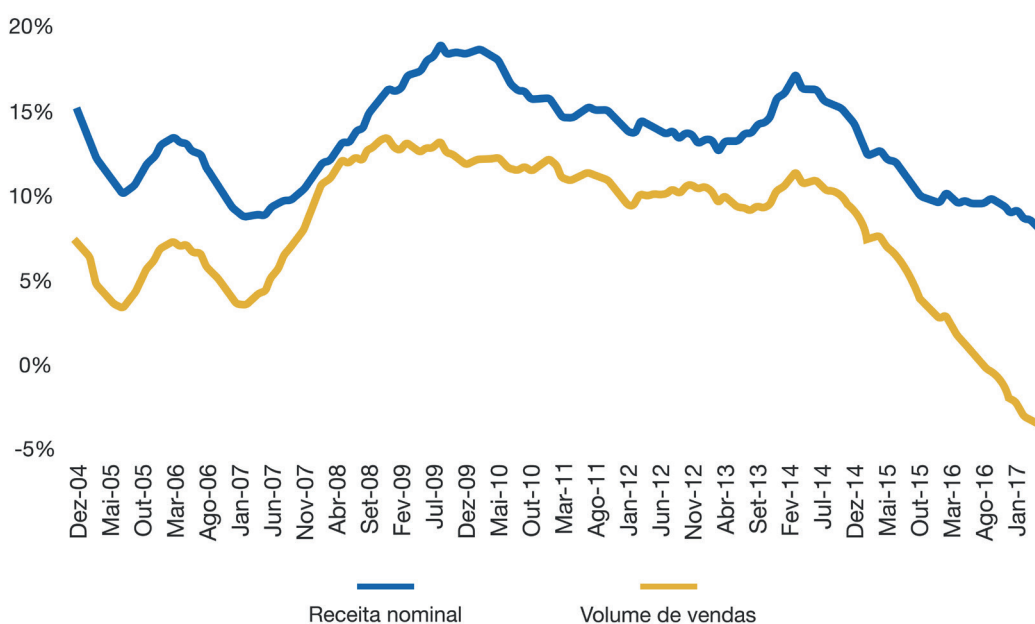
A resposta é não, uma vez que a variação das despesas é composta não apenas pela variação dos preços, mas também pela variação da quantidade consumida. Se, por exemplo, o preço de um bem ficou estável em determinado período, mas um indivíduo passou a consumir mais desse bem, suas despesas (ou custos) cresceram. Da mesma forma, se o consumo ficou estável, mas os preços subiram, aumentaram as despesas. Por fim, se o preço subiu, mas a quantidade consumida caiu na mesma proporção, as despesas ficaram estáveis.

No setor de saúde, por se tratarem de bens e serviços de primeira necessidade, normal-

mente aumentos de preços são acompanhados por quedas menos do que proporcionais das quantidades consumidas, o que significa, portanto, aumento das despesas. Afinal, os consumidores têm menos disposição para abrir mão desses bens, que têm menos substitutos e o consumo, quase sempre, é inadiável.

Para que a diferença fique clara, podemos analisar a evolução da receita nominal e do volume de vendas no varejo de artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos calculada mensalmente pela Pesquisa Mensal do Comércio (PMC) do IBGE. Na análise do GRÁFICO 8 é possível perceber que a diferença entre a variação da receita nominal dos varejistas (equivalente às despesas dos consumidores) e a variação do volume de vendas (quantidade vendida) se deve à variação dos preços (que foi baixa no início de 2008 e foi mais significativa ao longo de 2016).

GRÁFICO 8 – Variação em 12 meses das vendas do comércio varejista – Artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos – Receita nominal e volume de vendas



Fonte: PMC (IBGE)

A FIGURA 2 a seguir resume a diferença entre aumento de preço (inflação) e aumento de despesas (custos):

FIGURA 2 – Diferença entre aumento de preços (inflação) e aumento de despesas (custos)

Aumento de custos decorrente de inflação			
	Ano 1	Ano 2	Variação
Preço	R\$ 100	R\$ 200	100%
Quantidade	1	1	0%
Despesas	R\$ 100	R\$ 200	100%

Aumento de custos decorrente de frequência			
	Ano 1	Ano 2	Variação
Preço	R\$ 100	R\$ 100	0%
Quantidade	1	2	100%
Despesas	R\$ 100	R\$ 200	100%

Assim, a partir de agora, é preciso sempre ter em mente a diferença entre uma variação de preços, uma variação da quantidade consumida e a variação das despesas (ou custos) totais com um determinado bem ou serviço. Em outras palavras, sempre que se fala em aumento das despesas com saúde, é preciso levar em

consideração tanto um componente de preço como um componente de quantidade. Se os beneficiários utilizarem excessivamente os serviços disponibilizados pelos planos de saúde, por exemplo, as despesas ou custos assistenciais das operadoras vão subir mesmo que os preços dos serviços se mantenham constantes.

AS DESPESAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E O VCMH – VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Em 2016, as despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde, que podem ter sido influenciadas tanto pelo aumento dos preços dos prestadores de serviços quanto pela frequência de utilização (quantidade consumida), atingiram R\$ 137 bilhões, alta de 14,1% em relação a 2015. O número de beneficiários, por sua vez, caiu 3,1%, para 47,7 milhões.

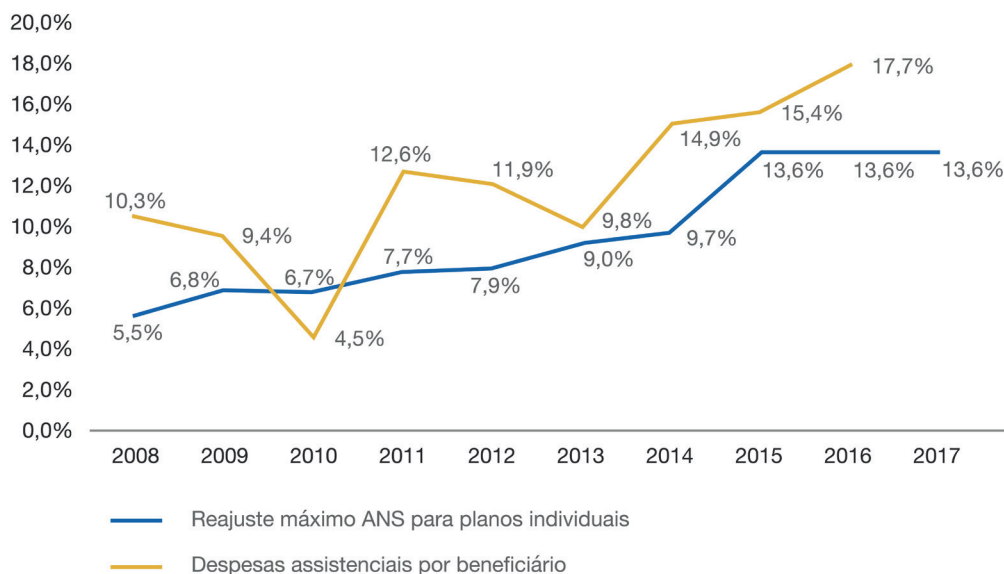
Além das despesas assistenciais, as operadoras registraram custos administrativos de R\$ 18,7 bilhões (alta de 8,5% em relação a 2016), de comercialização de R\$ 5,3 bilhões (alta de 10,7%) e outras despesas operacionais de R\$ 17,4 bilhões (alta de 10,6%).

Desde 2008 – com exceção de 2010 – as despesas assistenciais por beneficiário crescem consistentemente acima dos rea-

justes dos planos de saúde, o que pode estar ligado tanto ao aumento de preços dos prestadores como à frequência de utilização (GRÁFICO 9). O aumento de frequência, por sua vez, pode estar associado tanto a problemas estruturais do atual modelo assistencial – falta de investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivos à sobreutilização dos serviços (exames e consultas, por exemplo) – como à mudança do perfil epidemiológico – envelhecimento da população e maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis.

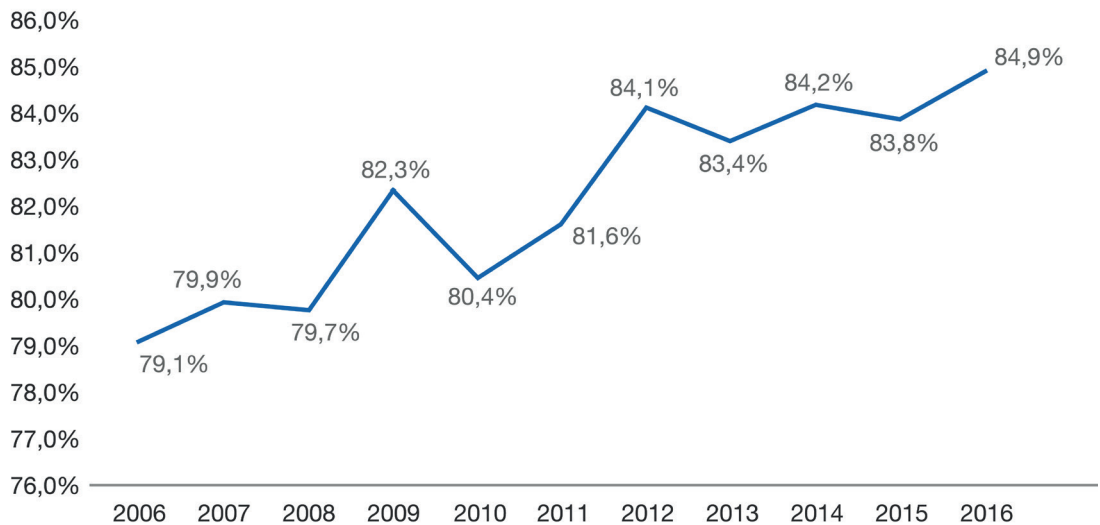
As despesas assistenciais também vêm crescendo a um ritmo mais rápido do que o das receitas de contraprestações, o que significa aumento da sinistralidade (GRÁFICO 10).

GRÁFICO 9 – Reajustes máximos autorizados pela ANS e variação das despesas assistenciais por beneficiário de plano de saúde



Fonte: ANS

GRÁFICO 10 – Taxa de sinistralidade das operadoras de plano de saúde

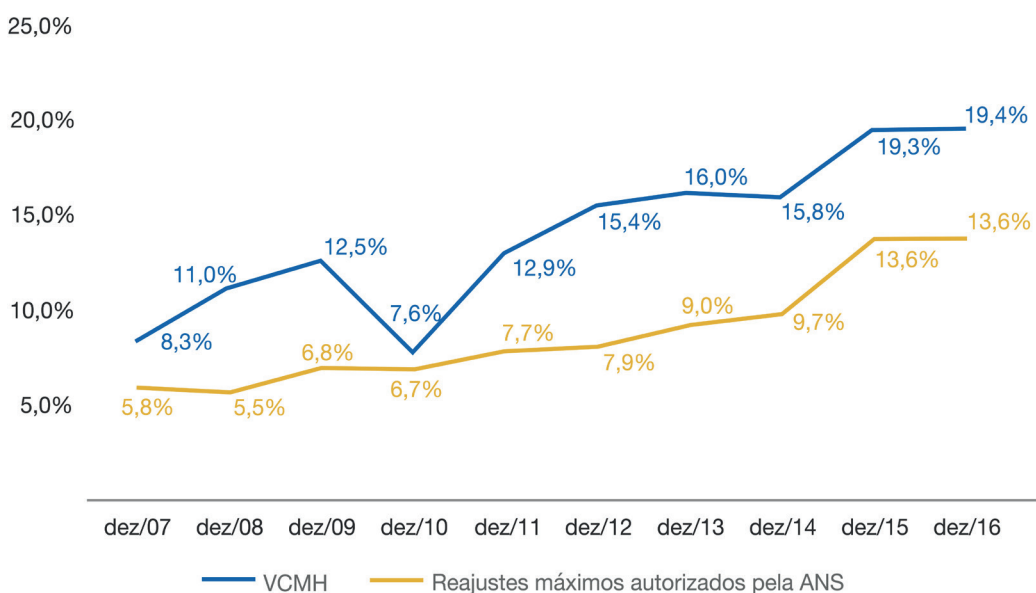


Fonte: ANS

O IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, ligado à Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa operadoras de planos de saúde, desenvolveu o VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares. O custo médico hospitalar (CMH) em planos de saúde, de acordo com o IESS, é definido como as despesas

médico-hospitalares per capita de um grupo de beneficiários de planos de saúde, durante um determinado período. Ou seja, o VCMH tenta mostrar como evoluem, em média, os custos de prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

GRÁFICO 11 – VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares) – Variação em 12 meses



Fonte: IESS

Ainda assim, observa-se recorrentemente uma confusão entre o conceito de “inflação médica” (variação dos preços na saúde) e “custos de saúde” (que, além dos preços, são influenciados pela frequência de utiliza-

ção). Por sinal, em 26/7/17 especial publicitário publicado recentemente no Jornal O Globo estimula a confusão entre “inflação médica” e “custos de saúde”.

‘Inflação médica’ sobe 19,3% e tem alta recorde em 2015

Aumento é o maior desde o início da série histórica, em 2007, e ficou acima do IPCA, que fechou o ano passado em 10,67%

Veja, 17/05/2016

Inflação médica deve atingir alta de 20% em 2016

Saúde Business, 06/01/2016

Tendência para a inflação médica no Brasil em 2017 é de aceleração

Estadão, 01/01/2017

ESPECIAL PUBLICITÁRIO

FenaSaúde: inflação médica supera reajuste dos planos

Alta nos preços de materiais e medicamentos, aumento na frequência dos atendimentos e custos com inovação tecnológica ameaçam a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar

O Globo (conteúdo patrocinado), 26/07/2017

Além disso, a amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa, aproximadamente, apenas 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos). Os planos individuais, porém, respondem por apenas 19,6% dos beneficiários de planos de saúde. Destes, apenas 12,4% possuem planos antigos. Ou seja, os planos individuais antigos respondem por apenas 2,4% do total de beneficiários de planos de saúde. Assim, ainda que os custos de saúde cresçam a um ritmo preocupante, o VCMH pode NÃO representar fidedignamente a evolução dos custos de saúde no Brasil, seja porque a amostra de beneficiários envolve planos antigos, sem renovação na carteira, composta por beneficiários que envelheceram e passaram a utilizar mais os planos, seja porque se tratam apenas de planos individuais, que representam uma parcela relativamente pequena da população de beneficiários e que tende a utilizar mais os serviços.

Assim, não parece aconselhável utilizarmos o índice VCMH para mostrar quanto custa, em média, prover à totalidade de beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

Se a inflação anual é de 2,71%, por que planos de saúde têm reajustes de 46%?

ANS não regula o reajuste de planos coletivos, que são maioria no mercado, e seguradoras e operadoras chegam a aplicar aumentos que vão desde 18% até mais de 100%

El País, 14/08/2017

Plano de saúde sobe três vezes mais que a inflação

Em apenas um escritório, número de ações contra situações abusivas dobra

O tempo, 26/05/2017

Seguro saúde empresarial sobe mais que a inflação

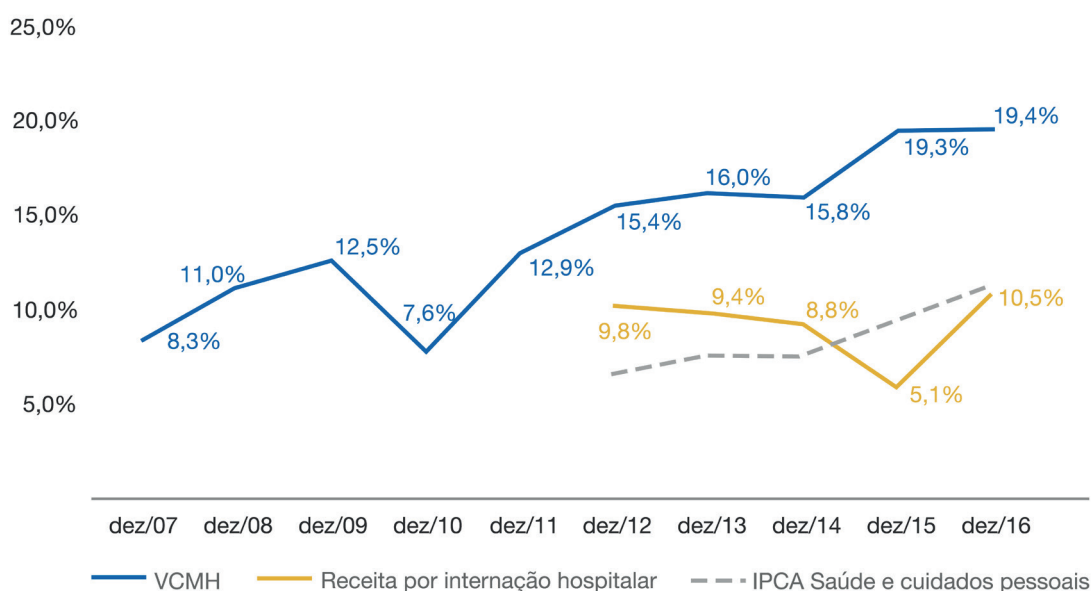
Folha, 03/07/17

AS RECEITAS E AS DESPESAS DOS HOSPITAIS

Na cadeia produtiva da saúde, parte das despesas assistenciais das operadoras representa receitas para os hospitais. De acordo com dados da Anahp, entre junho de 2016 e maio de 2017, as receitas advindas de operadoras de planos de saúde representaram 94% do total de receitas dos hospitais associados, contra 4% de gastos particulares e 2% do SUS. A receita bruta dos hospitais associados à Anahp representou 21% das despesas assistenciais das operadoras em 2016.

A partir dos dados da associação, foi possível constatar que as receitas totais por internação dos hospitais associados cresceram a taxas inferiores às do VCMH (GRÁFICO 12). Vale ressaltar que as despesas assistenciais não incluem apenas as despesas com prestação de serviços dos hospitais. De acordo com dados da ANS, as internações representam cerca de 40% das despesas assistenciais; os exames, cerca de 20% e as consultas, cerca de 15%.

GRÁFICO 12 – VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares) e Receita total dos hospitais Anahp por internação hospitalar – Variação em 12 meses



Fonte: Anahp. IESS

¹ Embora a Anahp não disponha de dados históricos que permitam a análise da evolução das receitas médias por tipo de serviço hospitalar, foi possível calcular, para o período de 2012 até 2016, a variação da receita total por internação do conjunto dos hospitais para os quais havia dados disponíveis. A variação entre 2015 e 2016, por exemplo, foi calculada a partir da soma das receitas de todos os hospitais para os quais havia dados disponíveis em 2015 e 2016, enquanto a variação entre 2014 e 2015 foi calculada a partir da soma das receitas dos hospitais para os quais havia dados disponíveis em 2014 e 2015 – sendo que não necessariamente os hospitais que disponibilizaram os dados em 2016 também tenham disponibilizado em 2014, seja porque passaram a integrar a base da Anahp posteriormente, sejam porque simplesmente não divulgaram as informações no período.

E o que afeta as despesas dos hospitais? Quase metade das despesas dos hospitais está relacionada a pessoal, cujo custo depende de reajustes salariais e da oferta de mão de obra que, no setor de saúde, é bastante especializada e cara. Outra grande parcela dos custos hospitalares (cerca de 30%) é composta por insumos, enquanto os outros 20% estão relacionados a fatores como logística, água, luz e despesas financeiras, os quais,

por sua vez, dependem de reajuste de contratos, tarifas e taxas de juros, por exemplo.

De fato, glosas e atrasos no pagamento têm grande impacto no item “despesas financeiras”, que tem crescido significativamente nos últimos anos. Com a incerteza do recebimento, muitos prestadores de serviço são obrigados a estabilizar os próprios fluxos de caixa com base em crédito bancário, o que acrescenta significativos custos para a cadeia como um todo.

Tabela 1 – Distribuição das despesas dos hospitais Anahp por tipo de despesa – média jun/16 a mai/17

Tipo de despesa	Participação
Pessoal, contratos técnicos e operacional	48%
Insumos	29%
Medicamentos	11%
OPME/Materiais especiais	9%
Materiais	6%
Gases medicinais	< 1%
Outros insumos	3%
Contratos de apoio e logística	5%
Outros (financeiras, depreciação, luz, água, manutenção)	18%
Total	100%

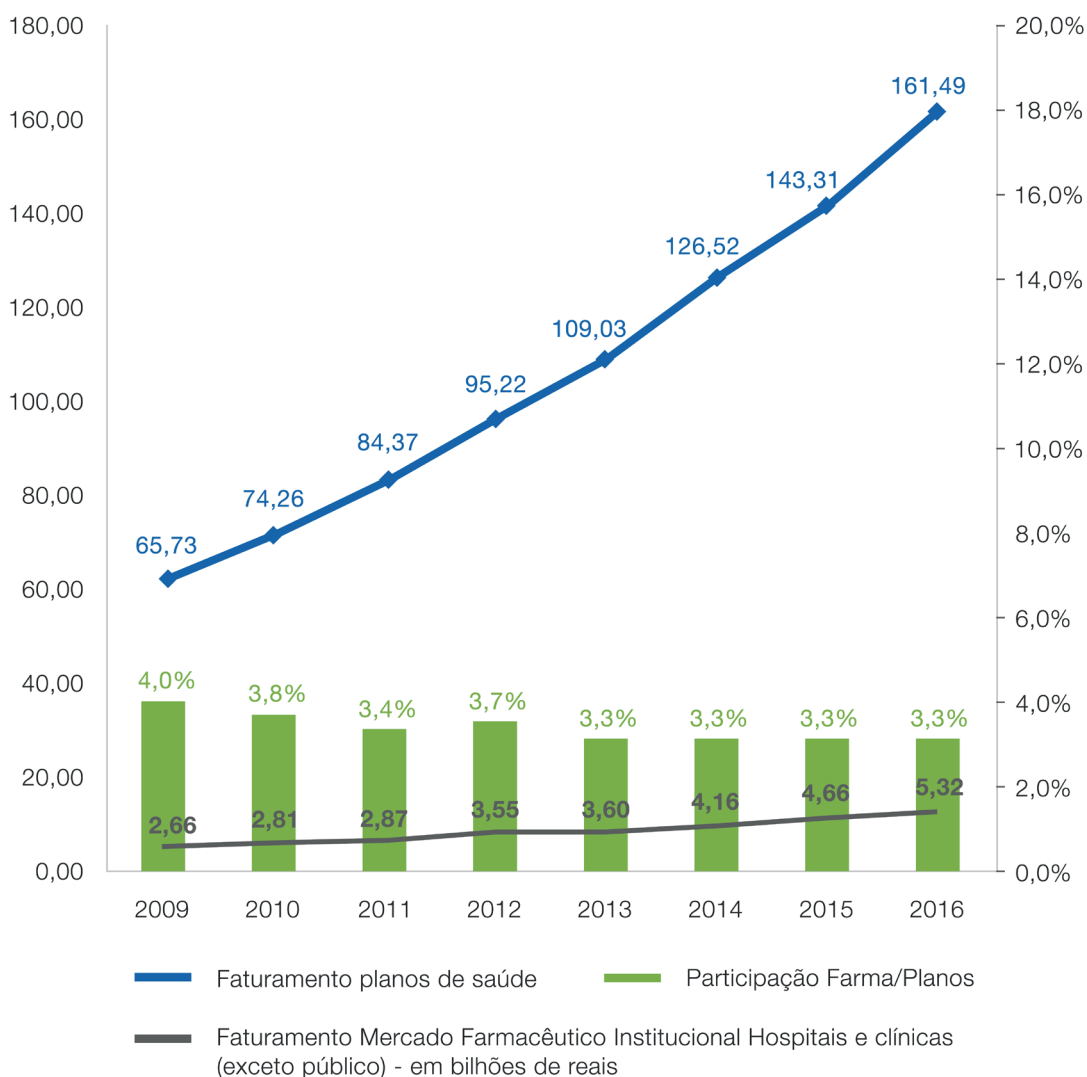
A PARTICIPAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA SAÚDE PRIVADA

Outro elo importante da cadeia da saúde é o dos medicamentos. De acordo com dados da Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, o mercado farmacêutico institucional (hospitais e clínicas privadas) movimentou R\$ 5,3 bilhões em 2016 – participação que vem caindo ao longo dos anos. Por sinal, os reajustes dos preços dos medi-

camentos têm ficado sistematicamente abaixo dos aumentos autorizados para os planos de saúde, conforme os GRÁFICOS 13 e 14.

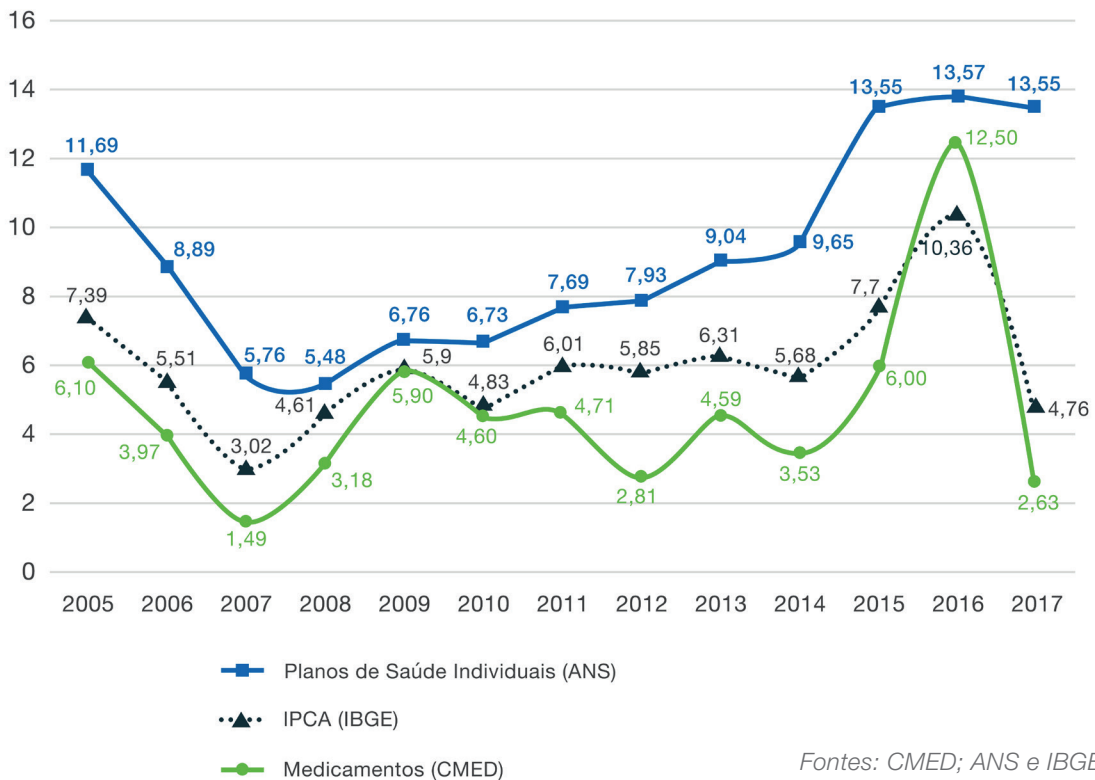
De 2009 a 2016, o faturamento dos planos de saúde cresceu 146%, contra 100% do mercado farmacêutico (canal institucional, exceto público). No mesmo período, a participação dos medicamentos no faturamento dos planos caiu 19%.

GRÁFICO 13 – Peso dos medicamentos no faturamento dos planos de saúde



Fontes: CMED; ANS e IMS Health

GRÁFICO 14 – Comparação entre índices de reajustes (%)



Assim, nem as despesas com serviços de assistência hospitalar nem as despesas com medicamentos parecem explicar o ritmo de crescimento do índice VCMH. Os indícios apontam que

também os reajustes dos honorários médicos ficam sistematicamente abaixo dos reajustes dos planos de saúde, não parecendo exercer grande pressão sobre o indicador das operadoras.

QUALIDADE, CUSTOS E TECNOLOGIA

Um dos temas mais polêmicos relacionados aos custos de saúde é a incorporação de novas tecnologias, que envolvem desde equipamentos de última geração até novos medicamentos.

O uso de tecnologias na saúde tem sido um dos principais responsáveis pelo prolongamento da vida e pelo aumento da qualidade de vida das pessoas. Muitas doenças antes consideradas sentenças de morte hoje podem ser controladas ou curadas graças ao avanço científico-tecnológico.

Antes de ser uma vilã do aumento de custos, portanto, a tecnologia é uma grande aliada na busca pela diminuição do sofrimento

humano. É natural, porém, que haja custos associados ao esforço de pesquisa e desenvolvimento. O tema não deve ser abordado com preconceitos, até porque investimentos em qualidade, de maneira geral, costumam resultar em redução de custos futuros (como internações e reinternações prevenidas, por exemplo) que podem mais do que compensar os investimentos realizados.

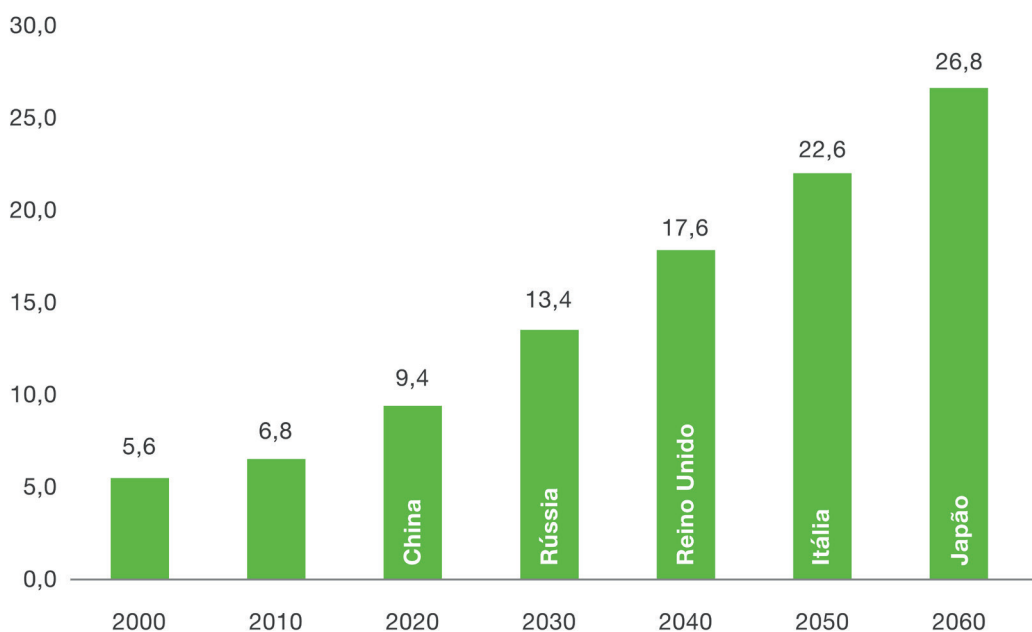
As novas tecnologias trazem benefícios ainda na eficiência do atendimento através de maior agilidade e precisão nos diagnósticos, por exemplo, além de baratear certos procedimentos.

DESAFIOS E TENDÊNCIA DO SETOR

A população brasileira ainda é relativamente jovem, mas passa por um rápido processo de envelhecimento. De acordo com projeções do IBGE, até 2040 a proporção de idosos (indivíduos com 65 anos ou mais) na população brasileira deve atingir o nível ob-

servado hoje no Reino Unido (17,6%). Até 2050 (GRÁFICO 15) o perfil populacional do Brasil será semelhante ao da Itália (22,6% de idosos) de hoje e, até 2060, deveremos alcançar o perfil observado no Japão atualmente (26,8% de idosos).

Gráfico 15 – População com 65 anos ou mais (% no total) – Projeções do IBGE para o Brasil comparadas aos dados mais recentes de países selecionados



Fontes: IBGE, OMS, Banco Mundial

O envelhecimento da população impõe desafios não somente ao sistema previdenciário, mas também ao sistema de saúde. Conforme é possível observar no GRÁFICO 16, há uma forte e positiva relação entre a parcela de idosos na população e os gastos com saúde (medidos como proporção do Produto Interno Bruto), ou seja, quanto maior a parcela de idosos na população, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda.

Tomemos como referência o caso de Portugal, onde 20,4% da população têm 65 anos ou mais, percentual que o Brasil deve atingir en-

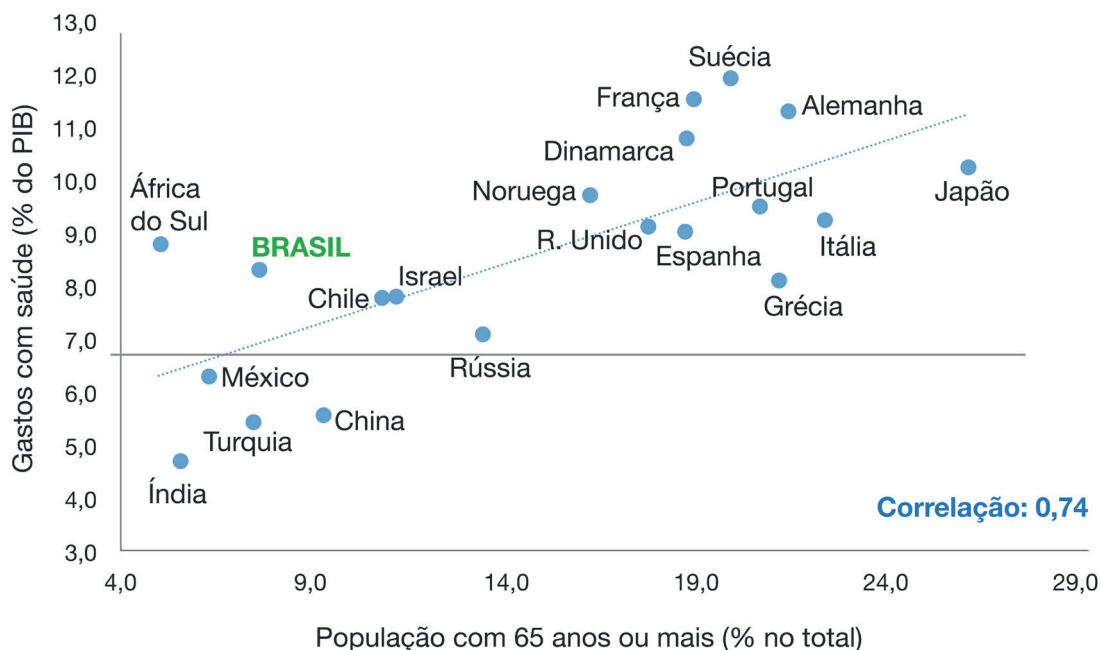
tre 2045 e 2046, segundo projeções do IBGE. A reprodução do padrão de gastos observado em Portugal (9,5% do PIB) elevaria as despesas com saúde no Brasil em 1,2 ponto percentual (base 2014; fonte: OMS), o que, a preços de 2016, representa um valor adicional de cerca de R\$ 75 bilhões. Apenas como base de comparação, o montante representa mais do que 2,5 vezes o orçamento do Bolsa Família (R\$ 28,8 bilhões) e cerca de metade do déficit primário (R\$ 154,3 bilhões) registrado pelo Governo Central em 2016.

Considerando os 176 países para os quais

há dados disponíveis na OMS, nota-se que, em média, a demanda por saúde, como proporção do PIB, cresce cerca de 1 ponto percentual para cada 5 pontos percentuais de crescimento da

participação dos idosos na população. De acordo com esse resultado, a demanda por saúde no Brasil atingiria 10% do PIB até 2050 e 11% até 2060.

GRÁFICO 16 – Gastos com saúde (% do PIB) x Pop. com 65 anos ou mais (% no total) - 2014



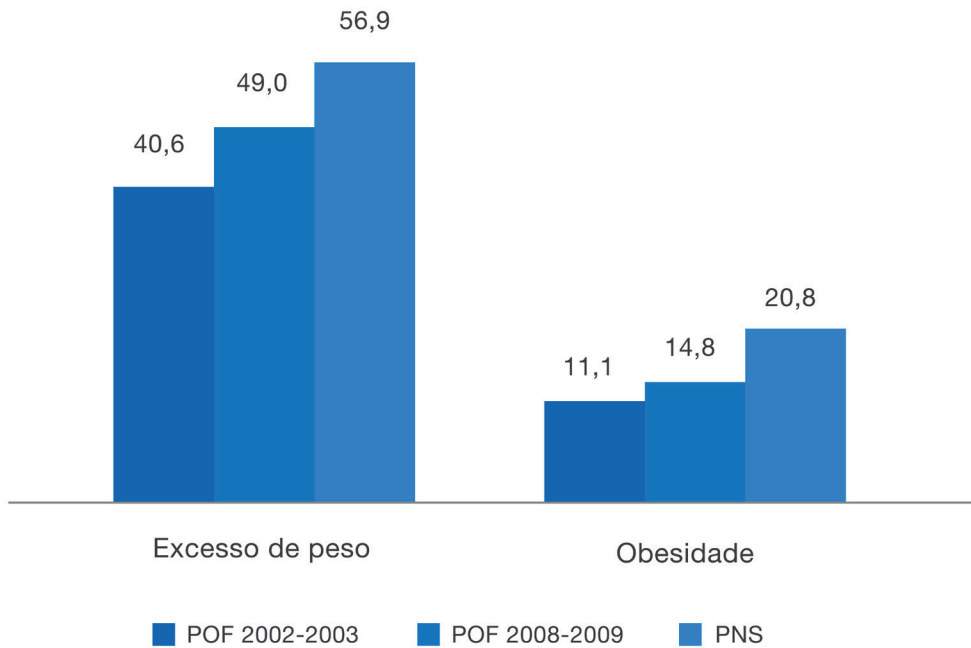
Fonte: OMS, Banco Mundial

Além disso, há desafios também relacionados à população em idade ativa, que atualmente corresponde à maior parte dos beneficiários dos planos de saúde. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco importantes para doenças como hipertensão, diabetes e câncer. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 realizou uma avaliação do estado nutricional da população adulta no Brasil, através do Índice de Massa Corporal (IMC) – peso em quilograma dividido pela altura em metro ao quadrado –, e constatou que houve um progressivo aumento de pessoas com excesso de peso (IMC maior ou igual a 25 kg/m²) no País na última década. A população adulta (com 20 anos ou mais) com excesso de peso passou de 40,6% em 2003

para 49,0% em 2008. Já em 2013, 56,9% da população adulta estava com excesso de peso. Além disso, 20,8% da população adulta é classificada como obesa (IMC maior ou igual a 30 kg/m²). Pessoas obesas representam quase um terço do total de homens com excesso de peso e mais de um terço no caso das mulheres com excesso de peso (GRÁFICO 17).

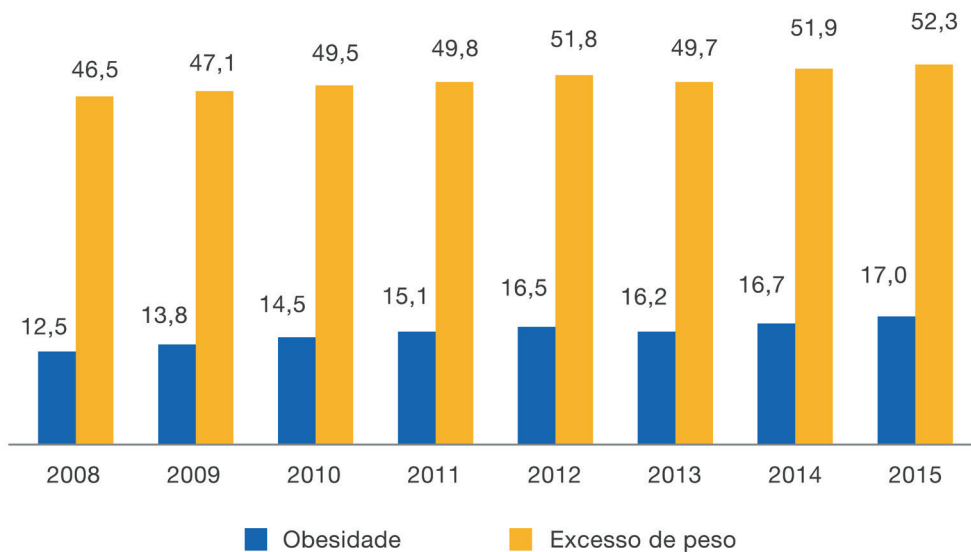
Pesquisa divulgada pela ANS com 30.549 segurados acima de 18 anos de todas as capitais mostrou que a proporção de obesos entre usuários de planos de saúde subiu 4,5 pontos percentuais em sete anos: de 12,5%, em 2008, para 17%, em 2015. Se forem considerados todos os usuários que estão acima do peso ideal, o índice chega a 52,3% (GRÁFICO 18).

GRÁFICO 17 – Prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de idade (%) – Brasil, 2002-2003, 2008-2009 e 2013



Fonte: Elaborado pela Anahp a partir de informações da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) 2002-2003/2008-2009 e PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) 2013 (IBGE).

GRÁFICO 18 – Prevalência de excesso de peso e obesidade entre beneficiários de planos de saúde no Brasil acima de 18 anos (% do total)



Fonte: ANS. Elaboração: Anahp

Embora algumas operadoras de planos de saúde estejam realizando há alguns anos programas de prevenção a determinadas doenças junto aos seus beneficiários, tais ações são extremamente tímidas em relação à massa total de beneficiários. Nesse sentido, o processo de transição epidemiológica demanda uma reestruturação dos serviços de saúde a fim de prover cuidados mais adequados à

população brasileira. Por fim, causas externas como violência e acidentes de trânsito ainda pressionam os custos de saúde no Brasil.

Certamente os demais elos da cadeia da saúde privada também devem ter um papel fundamental na construção de um novo modelo assistencial que contribua para a prevenção de doenças e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

QUAIS ELEMENTOS, ENTÃO, PRESSIONAM OS CUSTOS NA SAÚDE PRIVADA?

Operadoras de planos de saúde têm apontado como principais vilões dos custos da saúde questões como corrupção, desperdícios e a introdução constante de novas tecnologias.

Segundo as operadoras, beneficiários, que pagam pelos planos, utilizariam os serviços médicos e hospitalares muito mais do que o estritamente necessário, enquanto médicos e hospitais exagerariam nos procedimentos e exames solicitados, uma vez que são remunerados por isso. O sistema, assim, estimularia o desperdício e, no limite, as fraudes, visto que certos elos teriam incentivos para realizar exames e prescrever medicamentos e dispositivos desnecessários, por exemplo. As operadoras de planos de saúde, por sua vez, apenas repassariam os custos crescentes aos beneficiários.

De fato, de acordo com o relatório “O Financiamento da Cobertura Universal”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), algo como 20% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência. Ainda segundo a OMS, apenas nos países desenvolvidos, a fraude e outras formas de desperdícios podem representar um custo estimado entre US\$ 12 bilhões e US\$ 23 bilhões de dólares por ano para os governos. Já dados da Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde demonstram que dos US\$ 5,3 trilhões das despesas globais em saúde, aproximadamente US\$ 300 bilhões são perdidos para os erros e para a corrupção.

Entretanto, os dados levantados neste estudo sugerem que os preços dos planos de saúde sobem sistematicamente mais do que os preços nos demais elos da cadeia da saúde. Além disso, as despesas dos planos também aumentam a um ritmo maior do que o das receitas hospitalares e do faturamento dos medicamentos. Como explicar a aparente contradição? Seriam os gastos com desperdícios e fraudes crescentes?

A explicação pode estar na gestão falha da carteira de beneficiários dos planos de saúde. Hoje, são raríssimas as operadoras capazes de prover orientação adequada aos beneficiários no momento de buscar atendimento. Pacientes costumam procurar diretamente os prontos-socorros dos hospitais (cujo custo é mais elevado), por exemplo, onde sabem que terão acesso a uma ampla gama de serviços.

Em vez de efetivamente criarem mecanismos que favoreçam uma utilização adequada e racional dos recursos, as operadoras buscam, frequentemente, conter custos ao restringir o acesso do beneficiário ao serviço – dilatando prazos e criando entraves para o seu atendimento. Isto não só cria insatisfação com o sistema de saúde, como não resolve o problema fundamental dos custos da saúde: atender, no tempo certo, da forma certa, no local certo. Esta falta de resolutividade acaba acarretando, ainda, na judicialização da saúde, situação em que os beneficiários recorrem à Justiça para contestar o aumento do preço dos planos ou buscar um tratamento

negado pela operadora.

Operadoras de planos de saúde, afinal, têm um papel relevante a cumprir no sistema suplementar. Sem uma participação ativa na gestão da saúde populacional, que deve incluir ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, porém, têm dificuldade em cumprir este papel. Desta forma, por mais contraditório que possa ser, contribuem para o aumento dos custos da saúde.

Da mesma maneira, a relação com a rede credenciada também gera problemas. A utilização do custo do procedimento como elemento dominante na negociação com a rede credenciada acaba por favorecer a proliferação de prestadores de serviço que comprometem a qualidade para oferecer custos menores. Enquanto no curto prazo a contratação destes prestadores pode parecer um ganho para a operadora, rapidamente os efeitos na saúde dos beneficiários se fazem sentir, com uma menor resolutividade das demandas e mais desperdício. Instituições despreocupadas com a qualidade assistencial tampouco tendem a ter mecanismos de *compliance* bem desenvolvidos, gerando maiores perdas com fraudes e corrupção.

É necessário, sempre, continuar a combater fraudes, oferecer mais transparência

em relação à qualidade dos serviços prestados e buscar constantemente por eficiência, especialmente diante de um cenário de demanda crescente por bens e serviços de saúde. A sustentabilidade do sistema, porém, depende fundamentalmente de uma utilização racional dos recursos da saúde, e nenhum dos elos da cadeia pode se eximir da responsabilidade de promovê-la.

Afinal, como afirmado no início do documento, não se trata de transferir responsabilidades ou de buscar culpados individuais para problemas coletivos. O sistema de saúde deveria, sempre, colocar o cidadão como o centro de suas ações. A resistência do sistema em fazê-lo é uma falha de cada um dos atores que compõem esse sistema. Prestadores, indústria e operadoras têm, cada um, o dever de agir em prol da preservação da saúde do cidadão e devem garantir que, no momento em que a assistência seja necessária, ela ocorra da maneira mais segura e eficaz, com a relação custo-benefício mais adequada e com a melhor experiência de cuidado para o paciente. O setor de saúde é complexo e interdependente e, assim como a falha do sistema é uma falha de todos os atores, o cumprimento destes deveres só pode ocorrer de forma conjunta.

Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS

Fonte: ANS. Elaboração: Anahp.

Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes

Em 2016, lucro saltou 66% com reajustes ao consumidor bem acima da inflação

O Globo, 02/07/2017

É POSSÍVEL RESOLVER A EQUAÇÃO?

Equacionar a pressão crescente de custos da saúde e, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade do sistema e um atendimento adequado à população são os grandes desafios do setor nos próximos anos. É com diálogo e transparência, porém, que o problema deve ser enfrentado e superado.

Afinal, não haverá solução para nenhum dos elos se prevalecer a ideia de transferir responsabilidades ou buscar zonas de conforto. Há, sim, um problema grave, complexo e sistêmico que somente será enfrentado e resolvido se, a partir do diálogo e da transparência, a cadeia produtiva da saúde discutir e busca soluções para todos, especialmente para os pacientes.

Simplesmente apontar supostos culpados e se eximir das eventuais responsabilidades pouco ajuda na busca de soluções para o problema. Nos difíceis tempos atuais no País, a busca de diálogo e mediação de conflitos tornam-se ainda mais importantes para enfrentar os desafios da saúde, que vai precisar equacionar a escassez de recursos tanto públicos quanto privados com uma demanda crescente por serviços médicos e hospitalares.

Sem ter a pretensão de esgotar o assunto, este documento levantou algumas medidas que seriam importantes para diminuir as pressões de custo na cadeia da saúde privada brasileira, se implementadas:

- Operadoras devem investir em prevenção e gerir melhor a sua carteira de beneficiários, orientando-os quanto à utilização adequada do plano;
- Prestadores de serviços de saúde devem investir em qualidade, otimizando a utilização de seus recursos, melhorando processos, adotando protocolos e melhores práticas e submetendo-se a processos de acreditação;
- A Indústria da Saúde deve, cada vez mais, oferecer tecnologias que ofereçam os melhores resultados clínicos para os pacientes, dentro de uma relação custo-benefício adequada;
- Transição gradual do modelo de pagamento por serviços (*fee-for-service*) para modelos de remuneração que levem em consideração a eficiência e a qualidade;
- Redução de impostos para baratear bens e serviços;
- Maior transparência quanto à qualidade de operadoras e prestadores.
- Combate incessante às fraudes com implantação de modelos de compliance e estrito seguimento de protocolos de atenção.
- Incentivo ao aparelho formador de recursos humanos para a saúde, buscando formar lideranças comprometidas com a governança, a eficiência operacional, a efetividade de resultados e a sustentabilidade do setor.

Resumo com perguntas e respostas

1- Inflação médica” e “custos de saúde” são a mesma coisa?

Não, uma vez que a “inflação médica”, ou inflação da saúde, refere-se à variação média de preços de uma cesta de bens e serviços de saúde, enquanto “custos de saúde”, além da variação de preços, também leva em conta a variação da quantidade consumida. Assim, é possível ter um aumento dos custos mesmo com preços constantes, aumento este decorrente do crescimento da utilização de produtos e serviços de saúde.

2- O que está por trás da “inflação médica”?

A cadeia de bens e serviços no setor de saúde privada envolve principalmente operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços (hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios) e fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos médicos.

Cada um desses elos da cadeia lida com diferentes pressões de custos, de forma que, para compreender a evolução dos preços aos consumidores finais (beneficiários), é preciso compreender os fatores que afetam os custos em cada um dos elos da cadeia de saúde privada.

3- É verdade que a “inflação médica” supera sistematicamente o aumento do custo de vida das famílias brasileiras (IPCA)?

Sim. Nos últimos 5 anos, enquanto o IPCA, medida oficial de inflação do País, subiu 38,8%, os preços dos bens e serviços do grupo Saúde e cuidados pessoais subiram, em média, 47,8%. Entre os subitens que compõem o grupo, Plano de saúde foi um dos que registraram a maior alta de preços (67,9%).

Entretanto, o aumento médio dos preços do setor é inferior ao reajuste máximo dos planos de saúde, autorizado pela ANS, e ao crescimento das despesas assistenciais das operadoras por beneficiário de planos de saúde.

4- Como é calculado o reajuste máximo dos planos de saúde individuais?

A metodologia aplicada pela ANS para obtenção do índice máximo do reajuste baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte.

5- O VCMH mede a “inflação médica”?

Não. O VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares, publicado pelas operadoras de planos de saúde, acompanha a variação das despesas médico hospitalares per capita de um grupo de beneficiários de planos de saúde, durante um determinado período. Ou seja, o VCMH tenta mostrar como evoluem, em média, os custos de prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

6- O VCMH é um bom indicador para medir a evolução dos “custos de saúde” no Brasil?

A amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa, aproximadamente, apenas 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos). Os planos individuais, porém, respondem por apenas 19,6% dos beneficiários de planos de saúde. Destes, apenas 12,4% possuem planos antigos. Ou seja, os planos individuais antigos respondem por apenas 2,4% do total de beneficiários de planos de saúde.

Assim, ainda que os custos de saúde cresçam a um ritmo preocupante, o VCMH pode não representar fidedignamente a evolução dos custos de saúde no Brasil, seja porque a amostra de beneficiários envolve planos antigos, de beneficiários que envelheceram e passaram a utilizar mais os planos, seja porque se tratam apenas de planos individuais, que representam uma parcela relativamente pequena da população de beneficiários e que tende a utilizar mais os serviços.

Assim, não parece aconselhável utilizarmos o índice VCMH para mostrar quanto custa, em média, e como vêm evoluindo os custos de prover à totalidade de beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano naquele período.

7- Por que crescem as despesas assistenciais das operadoras?

Desde 2008 – com exceção de 2010 – as despesas assistenciais por beneficiário crescem consistentemente acima dos reajustes dos planos de saúde, o que está ligado diretamente ao aumento da frequência de utilização. O aumento de frequência, por sua vez, pode estar associado tanto a problemas estruturais do atual modelo assistencial – falta de investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivos à sobreutilização dos serviços (exames e consultas, por exemplo) – como à mudança do perfil epidemiológico – envelhecimento da população e maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. O aumento de preços de prestadores, embora ligeiramente acima da inflação, fica muito abaixo da elevação de custos das operadoras.

8- Seriam as fraudes e os desperdícios os grandes vilões dos custos de saúde?

Fraudes e desperdícios são grandes problemas no Brasil, inclusive na saúde, e afetam todos os elos da cadeia. Em um recente estudo do *Centre for Counter Fraud Studies*, realizado em 7 países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), uma média de 6% dos custos da saúde são perdidos por conta de fraude e de erros. Isto é uma enorme quantidade de recursos, e todos os que atuam na saúde deveriam trabalhar para reduzir estes valores.

Processos rigorosos de qualidade, segurança e *compliance* deveriam ser adotados em todos os elos da cadeia. Compradores de produtos e serviços em saúde devem começar a exigir o cumprimento de padrões mínimos de *compliance* e certificações de qualidade por parte dos seus fornecedores que reduzam as possibilidades de ocorrência de fraudes e desperdícios.

Como parcela total das despesas em saúde, porém, questões como epidemiologia e envelhecimento da população representam uma parte maior do aumento de gastos do que a ocorrência de corrupção ou de desperdícios.

9- Como a introdução de novas tecnologias afeta os custos de saúde?

Não faz sentido falar genericamente dos custos da tecnologia. É necessário fazer uma análise racional da incorporação tecnológica e, com base nas melhores evidências científicas, fazer uma análise de custo-benefício da tecnologia específica.

Como regra geral, porém, o avanço da tecnologia permite maior qualidade de vida aos pacientes e procedimentos mais seguros e eficazes.

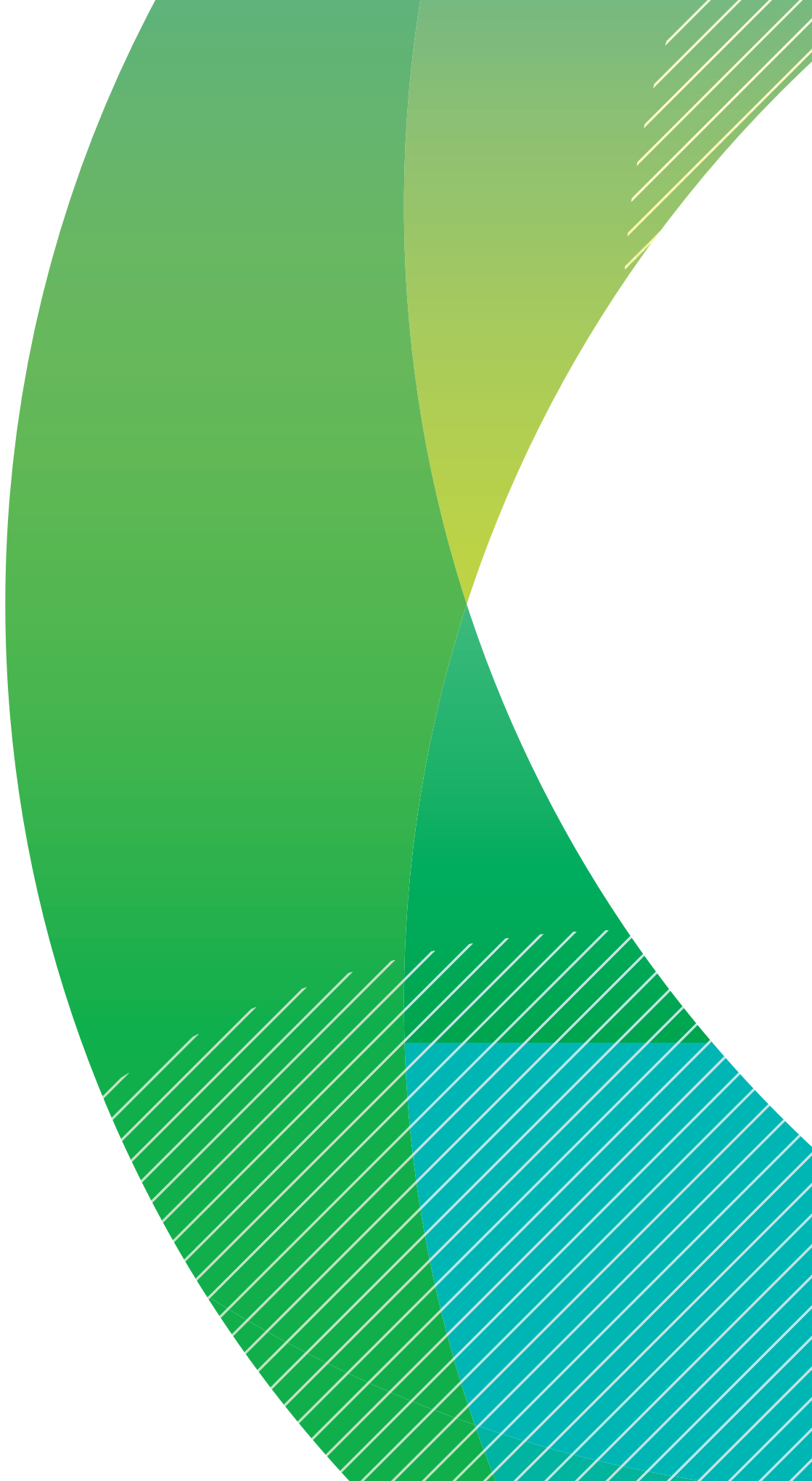
10- Os preços dos medicamentos pressionam os custos de saúde?

De acordo com dados publicados, o mercado farmacêutico institucional (hospitais e clínicas privadas) movimentou R\$ 5,3 bilhões em 2016, o que representou apenas 3,3% do total das receitas de contraprestações dos planos de saúde – participação que vem caindo ao longo dos anos. Por sinal, os reajustes dos preços dos medicamentos têm ficado frequentemente abaixo dos aumentos autorizados para os planos de saúde.

11- O que afeta as despesas dos hospitais?

Quase **metade das despesas** dos hospitais está relacionada a pessoal, cujo custo depende de reajustes salariais e da oferta de **mão de obra**, que, no setor de saúde, é bastante especializada e cara. Outra grande parcela dos custos hospitalares (cerca de 30%) é composta por insumos, enquanto os outros 20% estão relacionados a fatores como logística, água, luz e despesas financeiras, os quais, por sua vez, dependem de reajuste de contratos, tarifas e taxas de juros, por exemplo. Tanto as receitas como as despesas dos hospitais vêm crescendo em linha com a inflação da saúde.

Glosas e atrasos das operadoras no pagamento têm grande impacto nas despesas financeiras, que tem crescido significativamente nos últimos anos. Com a incerteza do recebimento, muitos prestadores de serviço são obrigados a estabilizar os próprios fluxos de caixa com base em crédito bancário, o que acrescenta significativos custos para a cadeia como um todo.



EXPEDIENTE

Conselho de administração

Presidente - Francisco Balestrin | H. Vita Curitiba - PR. Vice-Presidente - Eduardo Amaro | H. e Maternidade Santa Joana - SP. Ary Ribeiro | H. do Coração (HCor) - SP. Fernando Torelly | H. Sírio-Libanês - SP. Francisco Estácio Vieira | H. Santa Joana - PE. Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein - SP. José Ricardo de Mello | H. Santa Rosa - MT. José Roberto Guersola | H. Barra D'Or - RJ. Maria Norma Salvador Ligório | H. Mater Dei - MG.

Elaboração de conteúdo - Vitor França | vitor.franca@anahp.com.br e Keila Amaral | keila.amaral@anahp.com.br. **Produção gráfica** - Otávio Henrique de Azevedo Esteves Neves. **Impressão** - Power Graphics.

Informações: www.anahp.com.br



INTERFARMA
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa