

Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão

Longevity and cost of care:
the challenge of a self-managed health plan

José Antonio Diniz de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-6214-4195>)¹

José Mendes Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0003-0182-395X>)²

Isabel Cristina Martins Emmerick (<https://orcid.org/0000-0002-0383-2465>)³

Vera Lucia Luiza (<https://orcid.org/0000-0001-6245-7522>)³

Abstract *This paper aims to analyze the relationship between the cost of health care and the aging of the population assisted by a self-managed plan, reflecting on the ways to address the challenge arising from this conjunction of population demographic changes. This is a descriptive study of the 1997-2016 period based on secondary data from the management operator of the health plan under study and from another administrative database of a self-managing provider with broad nationwide coverage. Older adults (over 60 years) increased 55% during the study period. On the other hand, the so-called “very old” (over 80 years) grew 332.8%. The population above 60 years corresponds to 25.7% of the total, and accounts for 68.8% of expenses. Most of the population covered (84,6%) is located in the State of Rio de Janeiro, which has the highest per capita health care cost in Brazil. We found a relationship between aging of the beneficiary population and increased expenditure. It is imperative to invest in health promotion and disease prevention initiatives as a way of improving the quality of life and financial sustainability of the plan, and define a subsystem that delimits and regulates access to the network and is accepted by the beneficiaries.*

Key words *Prepaid health plans, Health expenditure, Demographic aging*

Resumo *O objetivo deste artigo é analisar a relação entre o custo da assistência e o envelhecimento da população assistida por um plano de autogestão, refletindo sobre possibilidades de enfrentamento do desafio advindo dessa conjunção de fatores. Trata-se de um estudo descritivo do período 1997 a 2016, efetivado a partir de dados secundários provenientes da operadora do plano de saúde em estudo, e outro banco administrativo de operadora de autogestão de grande abrangência nacional. Os idosos (mais de 60 anos) aumentaram no período do estudo 55,5%. Já os chamados “muito idosos” (acima de 80 anos) cresceram em quantidade 332,8%. A população acima de 60 anos corresponde a 25,7% do total sendo responsável por 68,8% das despesas. A grande maioria da população atendida (84,6%) está localizada no Estado no Rio de Janeiro, o qual tem o mais alto custo per capita em saúde no País. Foi encontrada relação entre o envelhecimento da população beneficiária e o aumento das despesas. É imperioso investir em iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças como forma de melhora da qualidade de vida e viabilidade financeira do plano, além de definir um sub-sistema que delimite e discipline o acesso à rede e seja aceito pelos beneficiários.*

Palavras-chave *Plano de saúde, Gastos em saúde, Envelhecimento populacional*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil.
diniz@fiosaude.org.br

² Departamento de Ciências Sociais, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de abrangência universal, é a única alternativa de assistência a mais de 75% da população^{1,2}. Apesar do epíteto “Único”, coexiste com ele o Setor de Saúde Suplementar, de caráter privado, que dá assistência a uma parte da população que pode adquirir planos ou que por força de vínculo profissional tem acesso a esse subsistema de assistência à saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela normatização e fiscalização do referido setor, classifica as operadoras, no que concerne a seu estatuto jurídico, em: Autogestão; Cooperativa médica; Filantropia; Medicina de grupo; e Seguradora especializada em saúde³.

As operadoras de Autogestão apresentam algumas características que as diferenciam das operadoras dos demais segmentos. O controle social, com a possibilidade de os beneficiários participarem da gestão, é uma delas. Outro diferencial importante é que são associações sem fins econômicos. Por não almejarem lucro, não pagarem comissões a corretores e nem despendem recursos em marketing de venda e estrutura comercial, as autogestões acabam se notabilizando também por oferecer a melhor relação custo/cobertura³.

Destaque-se que essa definição revela um modelo de organização de assistência privada muito própria e característica do Brasil, o que dificulta a comparação internacional.

Por força de resoluções da agência fiscalizadora, as operadoras de autogestão são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários. As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora podem influenciar o perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde⁴.

Esse cerceamento da possibilidade de atuação, aliado à impossibilidade de se associarem entre si, acaba resultando em um grande número de Autogestões de pequeno porte, oferecendo assistência a pequenas populações. Levantamento disponibilizado pela ANS com dados de 2009⁵ sinaliza que 80,2% das Autogestões ativas na época eram consideradas de pequeno porte (menos de 20.000 vidas cobertas). Isso aumenta de forma bastante significativa a chance de um único tratamento médico desequilibrar as contas e até mes-

mo inviabilizar o financiamento da assistência de toda uma coletividade, porque na área da saúde o risco de ocorrer um evento é inversamente proporcional ao número de vidas.

Além do pequeno porte, as autogestões apresentam populações mais envelhecidas do que a média do setor suplementar, pois via de regra continuam a oferecer assistência aos seus beneficiários quando eles se aposentam, característica observada especialmente nas autogestões ligadas ao setor público, inclusive nas empresas de economia mista⁶.

A principal consequência da combinação de uma população que não cresce, que se renova lentamente (poucos ingressos nas primeiras faixas etárias) e que preserva (não expulsa) seus aposentados é o aumento da idade média, o envelhecimento da população. Com o envelhecimento, o que prevalece são as doenças crônico-degenerativas, a demandar – por períodos mais longos da vida – tratamentos (principalmente internações hospitalares) e tecnologias cada vez mais onerosos, uma combinação que pressiona de forma significativa os custos assistenciais^{7,8}.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar a relação entre o custo da assistência e o envelhecimento da população assistida por um plano de autogestão no Brasil, visando suscitar reflexões sobre como enfrentar o desafio advindo dessa conjunção de fatores.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo a partir de dados secundários provenientes de uma operadora que atua na modalidade de Autogestão e que atende profissionais de uma instituição pública de pesquisa em saúde, seus dependentes e agregados.

Foi utilizada também a base de dados de custo assistencial de uma outra operadora da modalidade de autogestão, a maior do país, e que atua em todas as unidades da federação. Considera-se que esta operadora, pelo expressivo número de vidas, 705.775 beneficiários à época do estudo, confere informações consistentes para mensuração do custo assistencial no país. Assim, foram utilizados dados do custo per capita por Unidade da Federação da referida operadora. Foi estudado período de 20 anos, de 1997 a 2016 (posição em 31/12 de cada ano), em que a população do plano de interesse esteve relativa e numericamente estável.

A caracterização da população de beneficiários é apresentada segundo três grupos: titulares, dependentes e agregados, além da distribuição

por gênero e faixa etária, apresentando-se a distribuição percentual em anos selecionados. Tendo em vista o foco nos efeitos do envelhecimento das despesas, os idosos foram estratificados em idosos jovens (60-70), medianamente idosos (70-80) e muito idosos (80 anos e mais)⁹.

A fim de demonstrar o impacto percentual sobre o custo da assistência provocado pelo envelhecimento foi apurado o custo per capita da população em estudo segundo a faixa etária, usando 2016 como ano base. Os valores apurados foram multiplicados pela composição etária dos anos 2012, 2007 e 1997 (5, 10 e 20 anos anteriores ao ano base), Foram assumidas como constantes as demais variáveis, para evidenciar apenas o efeito do envelhecimento sobre o custo, resultante da mudança ocorrida nas referidas composições etárias dos anos observados. Para o cálculo da variação percentual, foi considerado o perfil etário do ano comparado, calculado com base no custo de 2016, aplicou-se a fórmula [(((custo do ano estimado) – (custo total do ano de base – 2016))/Custo do ano estimado) x100].

Finalmente, foi calculado, segundo estado da federação, o custo médio per capita da despesa assistencial total da operadora de referência.

Com base na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista o uso de dados administrativos sem identificação individual e de bases de acesso aberto, o estudo não foi submetido à apreciação ética por ter-se entendido estarem preservados todos os critérios de proteção dos indivíduos.

Resultados

O aumento de 7,8% no total de vidas cobertas no período de 1997-2016 foi heterogeneamente distribuído entre as categorias de beneficiários. Enquanto se observa crescimento de 26,0% e 31,4% entre titulares e agregados, respectivamente, houve redução de 17,3% entre os dependentes. Há grande concentração da população do estudo no Estado do Rio de Janeiro (84,6%) sendo 78,4% no Grande Rio, sede da operadora de autogestão. As mulheres são a maioria em todas as categorias, mas sobretudo entre titulares e agregados. Ao longo do período estudado houve envelhecimento tanto dos titulares quanto dos agregados (Tabela 1).

Enquanto se observa entre os titulares uma elevação da proporção de idosos jovens em detrimento dos muito idosos, há um aumento mais expressivo na proporção dos medianamente idosos e muito idosos entre os agregados. Em 20 anos, houve uma variação negativa de 30,9% na população

Tabela 1. Caracterização da população de beneficiários da operadora de Autogestão em estudo. 1997 a 2016.

Variáveis	1997	2002	2007	2012	2016
Titulares					
Total	4.333	4.450	4.811	4.827	5.461
Mulheres (%)	52,8	54,5	57,4	58,4	59,8
Idade (%)					
0-18	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2
19-59	86,1	82,2	77,8	71,7	67,6
60-69	9,7	10,5	12,7	16,7	19,2
70-79	3,5	6,2	7,1	8,0	8,7
80-120	0,5	1,0	2,3	3,6	4,4
Estado RJ (%)	88,3	87,7	87,9	88,1	86,2
Dependentes					
Total	6.495	6.698	6.017	5.669	5.373
Mulheres (%)	54,0	53,1	52,6	52,1	51,5
Idade (%)					
0-18	55,8	49,2	42,7	39,4	39,7
19-59	40,1	45,5	49,4	49,6	46,7
60-69	3,0	3,5	5,3	7,3	8,9
70-79	1,1	1,6	2,1	2,8	3,5
80-120	0,1	0,2	0,5	0,9	1,2
Estado RJ (%)	88,8	87,9	87,9	88,1	84,1
Agregados					
Total	3.560	3.808	3.643	3.484	4.677
Mulheres (%)	65,6	62,2	62,1	62,0	59,6
Idade (%)					
0-18	10,1	21,1	16,1	11,8	13,0
19-59	42,2	38,0	44,1	49,7	55,0
60-69	24,4	14,9	10,0	7,1	6,6
70-79	17,1	18,7	19,7	16,4	10,7
80-120	6,2	7,3	10,2	15,0	14,7
Estado RJ (%)	89,0	88,4	88,6	88,5	83,5
Geral					
Total	14.388	14.956	14.471	13.980	15.511
Mulheres (%)	56,5	55,9	56,6	56,7	56,8
Idade (%)					
0 - 18	27,7	27,4	21,8	18,8	17,7
19 - 59	54,5	54,5	57,5	57,4	56,5
60 - 69	10,3	8,5	8,9	10,6	11,8
70 - 79	5,8	7,3	8,2	8,0	7,5
80 - 120	1,7	2,2	3,6	5,3	6,4
Estado RJ (%)	88,7	88,0	88,1	88,2	84,6

Fonte: Base de dados da autogestão em estudo, 2017.

geral de 0 a 18 anos. Os idosos (acima de 60 anos) variaram positivamente 55,5% e os beneficiários da faixa classificada como mais idosos (maior do que 80 anos) variaram 332,8% (Tabela 1). A Figura 1 permite visualizar a evolução da participação da parcela mais idosa (17,8% em 1997 para 26,1% em 2016) e a redução (27,7% para 17,4%) da faixa

mais jovem (0 a 18). No final de 2016, a média de idade dos assistidos pela operadora estudada era de 43 anos.

O custo anual por faixa etária dos beneficiários em 2016 é apresentado na Tabela 2. É possível verificar que os idosos (com 60 anos e mais) correspondem a 25,7% dos beneficiários, sendo responsáveis por 68,8% dos custos totais. As crianças e jovens até 18 anos, todos dependentes ou agregados, respondem por apenas 4,6% dos custos.

Assumidas como constantes as demais condições estruturais e conjunturais da oferta de serviços privados de assistência à saúde (características dos planos, rede de prestadores, nível do uso de tecnologias) e considerando apenas a mudança do perfil etário (envelhecimento da população assistida) nos cinco, dez e vinte anos anteriores, os custos da assistência seriam, respectivamente, 15,8%; 28,4%; e 53,4 % menores em relação a 2016 (Tabela 3).

Dada a concentração da população assistida no estado do Rio de Janeiro, analisou-se a distribuição de custos do maior plano nacional de autogestão segundo a unidade federativa. Constatou-se que o Rio de Janeiro apresenta o maior custo per capita do país, 80,4% acima da média nacional (Tabela 4).

Discussão

Doenças crônicas e envelhecimento populacional são questões que se relacionam e que por isso ocupam de forma cada vez mais constante a pauta prioritária da Organização Mundial da Saúde¹⁰. Tais temas passam a ser estudados intensamente por seus reflexos sobre o desenho dos sistemas de saúde, a economia dos países e o bem-estar das pessoas.

No prefácio da publicação *Informe Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde*, a Dra. Margaret Chan, diretora geral da OMS à época asseverava que alguns fatores, como mudanças no clima e o surgimento de nova enfermidades, são imprevisíveis enquanto tendências que impactem na saúde, mas que uma tendência é certa: a aceleração do envelhecimento da população, que vai influenciar de forma importante a saúde das pessoas e os sistemas de saúde. O documento conclui que o enfoque recomendado na construção de um mundo favorável para as pessoas idosas pede a transformação dos sistemas de saúde – ainda predominantemente definidos para prestar atendimento curativo e oferecer cuidado intensivo – de forma a focarem num modelo que dê respostas às necessidades da população envelhecida¹⁰.

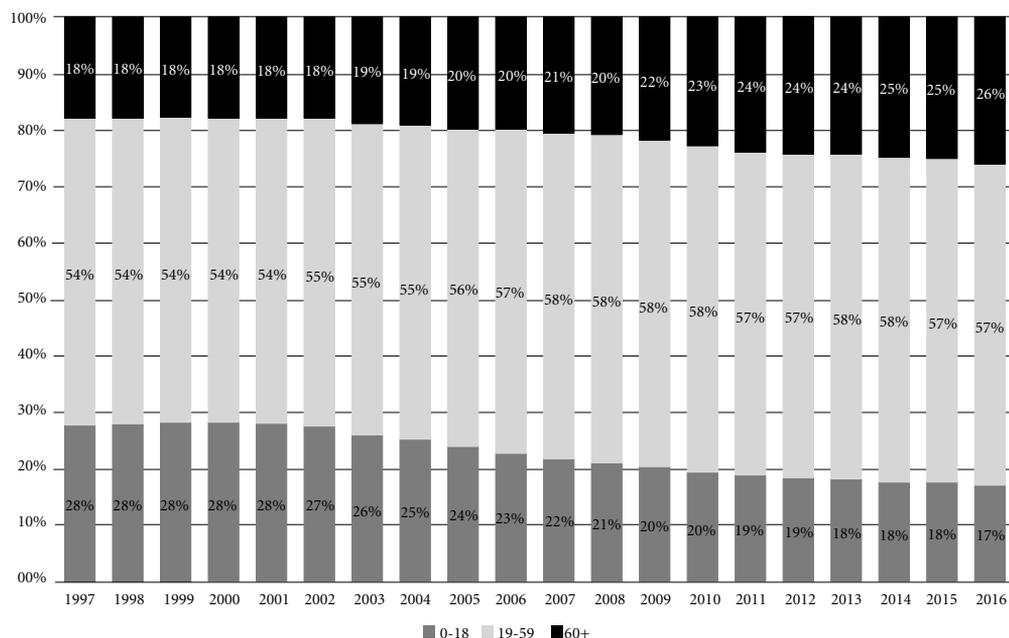


Figura 1. Distribuição dos beneficiários por faixa etária. Operadora de autogestão em estudo. 1997-2016.

Fonte: Base de dados da autogestão do estudo, 2017.

Tabela 2. Distribuição total, percentual e percentual acumulado da população de beneficiários e do custo assistencial, segundo faixa etária. Operadora de autogestão em estudo. 2016.

Faixa Etária	População 2016	% População	% Acumulado da população	Custo 2016 (milhões Reais)	% Custo	% Custo acumulado
80+	989	6,4	6,4	42,59	34,7	34,7
70-79	1.159	7,5	13,8	20,52	16,7	51,5
60-69	1.835	11,8	25,7	21,21	17,3	68,8
19-59	8.775	56,6	82,3	32,63	26,6	95,4
0-18	2.753	17,7	100,0	5,65	4,6	100,0
Total	15.511	100,0	-	122,60	100,0	-

Fonte: Base de dados da autogestão em estudo, 2017.

Tabela 3. Custo mensal por faixa etária da população de beneficiários da autogestão do estudo com base no exercício de 2016, aplicada à composição etária em 2012, 2007 e 1997, respectivamente correspondendo aos últimos 5, 10 e 20 anos. Operadora de autogestão em estudo.

Faixa Etária	2016		2012		2007		1997	
	População	Custo (milhões de reais)	População	Custo estimado para 2016 (milhões de reais)	População	Custo estimado para 2016 (milhões de reais)	População	Custo estimado para 2016 (milhões de reais)
0-18	2.753	5,65	2.593	5,32	3.156	6,47	3.989	8,18
19-59	8.775	32,63	7.989	29,70	8.322	30,95	7.835	29,13
60-69	1.835	21,21	1.537	17,76	1.292	14,93	1.481	17,12
70-79	1.159	20,52	1.066	18,87	1.187	21,02	834	14,77
80+	989	42,59	795	34,24	514	22,14	249	10,72
Total	15.511	122,60	13.980	105,90	14.471	95,51	14.388	79,93
Varição*				-15,8%		-28,4%		-53,4%

*Variação percentual considerado perfil etário do ano comparado, calculado com base no custo de 2016 (ano base).

Fonte: Base de dados da autogestão em estudo, 2017.

No final de 2017, a média de idade dos assistidos pela operadora estudada era de 43,2 anos, enquanto que para todo o setor de saúde suplementar brasileiro era de 35,1¹¹. A população idosa (acima de 60 anos) representava 26,1% da população total do estudo em dezembro de 2016, mais do que o dobro da média do setor suplementar (12,9%)¹¹. Analisado por outro indicador, o índice de envelhecimento (relação percentual entre os idosos – maiores do que 60 anos – e indivíduos até 14 anos) é de 66,1% no setor de saúde suplementar e de 198,6% na autogestão em estudo¹¹.

Como os titulares, em sua maioria, são força de trabalho em atividade (trata-se de empresa pública em que o ingresso se dá por concurso e em que a idade limite laboral é de 75 anos), a elevação de idosos jovens pode ser relacionada ao reduzido número de concursos havidos no período do estudo (9 concursos de 1998 a 2016, segundo a diretoria de recursos humanos da Instituição a que estão ligados os beneficiários).

Diversos aspectos influenciam os custos em saúde, e variam em função da categoria de renda dos países, de estratos mais ou menos pobres das populações, de estilo de vida, comportamento de uso em saúde e acesso aos recursos assistenciais. No entanto, mesmo que tenha menos influência sobre os custos da assistência do que outros fatores¹², o processo de envelhecimento, em que as pessoas passam a conviver por longo tempo com as doenças crônicas, tem grande relevância para o financiamento do cuidado em saúde, tanto o público¹³ quanto o privado⁶.

A OMS afirma que o envelhecimento por si só não tem grande influência no aumento do custo em saúde, inclusive porque as camadas mais pobres da população têm dificuldade de acesso aos tratamentos de saúde, especialmente nos países de baixa renda¹⁰. Alguns estudos concluem que a influência do envelhecimento se deve mais à tecnologia aplicada aos idosos em internações hospitalares, que se mostra determinante para

Tabela 4. Despesa assistencial total, população de vidas assistidas e custo médio per capita, Plano de Autogestão de abrangência nacional, 2016.

Unidade da Federação	Custo Assistencial Total (Reais)	População Dez/2016	Custo médio per capita Mês
Rio de Janeiro	503.593.176,20	74.723	561,62
Distrito Federal	480.247.796,85	74.079	540,24
Maranhão	179.465.330,78	27.712	539,67
São Paulo	714.586.547,15	116.761	510,01
Pernambuco	179.810.677,44	32.584	459,86
Bahia	368.379.489,68	69.171	443,80
Rio Grande do Sul	210.209.865,83	39.903	439,00
Ceará	90.772.048,88	19.532	387,28
Sergipe	63.636.066,31	13.963	379,79
Rio Grande do Norte	51.398.197,60	12.130	353,11
Alagoas	40.868.318,56	10.287	331,07
Espírito Santo	43.777.471,11	11.210	325,43
Minas Gerais	232.374.309,69	63.369	305,58
Amazonas	13.701.182,28	3.958	288,47
Paraíba	41.088.251,58	11.957	286,36
Piauí	25.063.965,98	7.728	270,27
Mato Grosso do Sul	27.750.778,08	8.619	268,31
Goias	54.755.841,44	17.748	257,10
Santa Catarina	65.258.384,90	21.348	254,74
Tocantins	9.038.829,36	3.042	247,61
Paraná	110.893.842,06	38.779	238,30
Mato Grosso	22.162.297,49	8.579	215,28
Pará	28.680.018,51	11.364	210,31
Rondônia	6.010.055,15	3.029	165,35
Amapá	2.716.556,71	1.402	161,47
Acre	2.673.602,80	1.809	123,16
Roraima	1.134.289,18	989	95,58
Brasil	2.636.292.883,93	705.775	311,28

Fonte: Base de dados da maior operadora de autogestão do País, 2016.

o custo elevado do tratamento das populações mais idosas¹².

De maneira geral, sobretudo nos países de média renda e mesmo em alguns de alta renda, os sistemas de saúde são desenhados para atender episódios agudos, com os hospitais buscando acumular o máximo de tecnologia para dar resposta a esses atendimentos, que demandam expressivos desembolsos financeiros¹⁴. Ainda que os pacientes idosos signifiquem parcela menor da população total, são os principais ocupantes dos leitos de UTI, sendo destinatários do uso de alta tecnologia no período que lhes antecede a morte, evidenciando a influência do sistema médico sobre os custos do sistema¹⁵.

Num mundo que envelhece, os sistemas de saúde deverão ser desenhados para suprir os cuidados necessários às pessoas idosas, com serviços

que ofereçam um cuidado contínuo sobre a trajetória de saúde de uma pessoa (prevenção, tratamento, reabilitação, controle, palição). Alcançar esse objetivo é um desafio para todos os países, em especial para os países em desenvolvimento, que vivem rapidamente o processo de envelhecimento e convivem ao mesmo tempo tanto com doenças infecciosas quanto com as doenças crônicas¹⁶.

O vínculo entre idade e custos está muito influenciado pelo próprio sistema de saúde. Um estudo dos países da OCDE revela que os aumentos do custo com saúde relacionados com a idade são muito maiores no Canadá e Estados Unidos do que na Espanha e Suécia. É provável que essa constatação se deva às diferenças nos sistemas, nos incentivos e nos enfoques de intervenção dos prestadores de serviço com relação ao cuidado da

pessoa idosa, assim como pelas questões culturais, sobretudo aquelas relacionadas com cuidados no final da vida⁷.

Os beneficiários do plano de saúde em estudo têm acesso privilegiado aos recursos médicos, tendo à disposição um grande número de hospitais, laboratórios e serviços de diagnose por imagem e terapias. A liberdade de acesso a esses recursos, em especial aos recursos hospitalares, permite concluir que, de fato, não é apenas a idade, mas a facilidade de acesso à tecnologia disponível a razão do alto custo da assistência prestada, em especial nas faixas etárias mais idosas, que por conta das doenças crônicas mais demandam esses serviços.

Ainda que não se atribua exclusivamente ao fenômeno do envelhecimento a responsabilidade pelo aumento dos custos da assistência, o fato dessa população buscar atendimento em um sistema que privilegia a atenção curativa, centrada nos hospitais, onde há muita concentração de tecnologia, faz com que esses dois fatores associados (população envelhecida em localidade de custo per capita elevado) pressionem de forma substancial os custos.

A busca de um modelo preventivo que aborde toda a linha de cuidado, eliminando ao máximo a atenção episódica e fragmentada, passa a ser determinante para a garantia da perenidade da assistência prestada.

Os idosos são particularmente os que mais sofrem com as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são de longa duração e progressão geralmente lenta. Os quatro principais tipos de doenças não transmissíveis são as doenças cardiovasculares (como ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais), câncer, doenças respiratórias (como doença pulmonar obstrutiva crônica e asma) e diabetes¹⁷. As DCNT são de longe a principal causa de morte no mundo, representando 63% de todas as mortes anuais, matando mais de 36 milhões de pessoas por ano. Cerca de 80% de todas as mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda¹⁸.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, as DCNT são responsáveis por 72% das mortes, sendo que 43% dos óbitos ocorrem por doenças cardiovasculares, 22,6% por câncer, 8% por problemas respiratórios crônicos e 6,9% por diabetes¹⁹.

Tendo em vista seu longo curso, tais doenças costumam evoluir com acúmulo de comorbidades, depauperação do estado físico, resultando em maior requerimento de tecnologias e, consequentemente, de recursos financeiros.

A questão da multimorbidade (a existência concomitante de várias condições crônicas) é es-

pecialmente relevante, pois apresenta uma relação diretamente proporcional: quanto maior a idade, maior a probabilidade de múltiplas doenças crônicas^{20,21} e, por consequência, maior a busca de serviços médicos pela população assim caracterizada²².

O problema do financiamento da assistência à saúde não é apenas brasileiro, mas um dilema mundial. Uma análise sobre o gasto total em saúde como proporção percentual do PIB²³ aponta que a grande maioria dos países, de todos os grupos de renda, apresentou aumento significativo nesse indicador no período de 2000 e 2010. No caso do Brasil, essa proporção variou de 7,2% em 2000 para 9,0% em 2010 (crescimento de 25%). No levantamento verificou-se que dos 194 países membros da OMS, quase todos eles tiveram, no mesmo período observado, aumento no gasto per capita total em saúde (pelo critério de paridade do poder de compra). As exceções são Cabo Verde, Eritreia, Guiné-Bissau, Nauru, San Marino, Santo Tomé e Príncipe e Seychelles, que não apresentaram crescimento nas despesas com saúde de suas populações e que se caracterizam por serem países pouco populosos e de baixa renda.

Se o gasto em saúde é problema importante para a macroeconomia dos países, também preocupa sobremaneira os subsistemas, como é o caso das operadoras de planos de saúde, em especial as autogestões que são financiadas com recursos financeiros dos próprios trabalhadores, como é o caso da autogestão em estudo.

Um indicador criado e divulgado periodicamente pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), revelou o crescimento desproporcional dos custos médico-hospitalares quando comparados com a taxa da inflação geral da economia²⁴. O Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) calculado pelo referido Instituto apontou alta de 20,4% no período de doze meses encerrado em dezembro de 2016 enquanto a variação do IPCA do mesmo período alcançou 6,3%. Esta constatação que vem sendo observada ao longo dos anos revela que os gastos com saúde crescem numa proporção insuportável de ser assumida pelo Estado, pelas empresas e pelos trabalhadores.

O uso irracional e acrítico de novas tecnologias²⁵, o envelhecimento da população²⁶ e a transição epidemiológica²⁷ em que passaram a ser prevalentes não mais as doenças infectocontagiosas e sim as doenças crônicas, são fatores que ocorrem de forma concomitante e que recomendam mudanças na formulação de políticas e apontam para a necessidade de revisão da forma de assistência prestada pelos sistemas de saúde e, também, pelos planos de saúde. Isso passa necessariamente por

priorizar as doenças crônicas, pois é com elas que as pessoas vão conviver por muito tempo²⁸ e serão elas as principais causas de suas mortes¹⁸.

De uma maneira geral, as operadoras de assistência médica se estruturaram para dar resposta a episódios de doença, pois os serviços quase sempre só são buscados pelos beneficiários quando se deparam com um problema de saúde, não havendo na prática, de uma maneira geral, demanda por ações preventivas. O modelo de atuação e desenho dos produtos (planos de saúde) oferecidos são baseados em preço, rede de prestadores, cobertura e regras de utilização. Normalmente, as operadoras agem apenas reativamente à utilização dos serviços de saúde pelos seus beneficiários. Ainda que haja um intenso incentivo da Agência reguladora, os programas de saúde ainda ocupam uma posição secundária na forma de atuação das Operadoras²⁹.

Alguns autores chamam de plano de doença e não de plano de saúde as operadoras atuais por pagarem “pela amputação de um membro gangrenado por causa do diabetes, mas não desembolsarem um centavo pela conscientização do paciente quanto à importância de observar o tratamento a fim de reduzir a probabilidade de precisar de um remédio assim tão trágico e dispendioso”³⁰.

Os problemas de sustentabilidade das diferentes modalidades de planos privados pré-pagos no Brasil foram analisados ainda nos primórdios dos efeitos da nova regulação que se formalizou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Autores como Ribeiro *et al.*³¹ e Costa e Castro³² propõe alternativas políticas para os planos de autogestão como o analisado neste artigo: (a) diluir sua população em outras maiores, o que pode implicar a perda do controle político da instituição patrocinadora sobre o plano; ou (b) promover o aumento de prêmios, co-participações, moderadores de consumo e similares; ou (c) adotar amplos programas de redução de demanda orientados ao controle de riscos e acompanhados dos problemas de sustentabilidade de tais tipos de estratégia.

Esse modelo essencialmente curativo – que negligencia a prevenção – apresenta sinal de esgotamento, pois não resulta em melhoria na condição de saúde das pessoas e nem dá resposta ao dilema do financiamento do sistema de saúde. Os custos são crescentes em uma proporção muito maior do que a inflação normal da economia³³ e o gasto excessivo não se reflete na melhoria dos indicadores de saúde e nem na satisfação da população assistida. Na verdade, no que se refere à satisfação, existem evidências do contrário, pois

os planos de saúde ocupam as primeiras posições no ranking de reclamações dos consumidores de serviços no Brasil. De acordo com o Instituto de Defesa do Consumidor³⁴, os planos de saúde aparecem como campeão de insatisfação dos consumidores, pelo terceiro ano consecutivo (período 2015 a 2017).

Os achados registrados neste trabalho não podem ser generalizados, em especial por conta de os custos da assistência estarem diretamente associados, de forma importante, aos hospitais que compõem a rede credenciada e às condições de contratação que variam conforme o porte da Operadora. Além disso, embora o custo per capita calculado por Unidade da Federação tenha se dado com base em um número significativo de beneficiários, pode ser que varie se considerados outros fatores (composição etária e localização geográfica da população; maior ou menor oferta de serviços médicos; regulação da demanda e composição da rede credenciada, em especial a hospitalar). Adicionalmente, é possível que os beneficiários se utilizem de outros serviços como o SUS ou outros planos dos quais sejam beneficiários como dependentes. No entanto, os dados apresentam alta validade interna, uma vez que se trabalhou com a população total de beneficiários.

Considerações finais

Em levantamento em que foram comparados os custos da assistência à saúde em 10 países da OCDE os autores já chamavam a atenção para o fato de o referido custo crescer numa proporção maior do que o PIB dos países, o que tornaria insuportável o custo da assistência, especialmente nos EUA⁷.

Embora os custos com cuidados de longa duração com certeza aumentem com o envelhecimento da população, os efeitos sobre os custos de cuidados de saúde não podem ser imputados apenas ao processo de envelhecimento. Se medidas adequadas forem implementadas a tempo, o impacto do envelhecimento da população nos custos de saúde pode ser amenizado. É preciso coordenar a linha de cuidados, evitar os tratamentos hospitalares desnecessários, reduzir o risco e investir na autonomia das pessoas, enfim, é preciso investir em programas que comecem na meia idade e que sejam contínuos³⁵.

A conjunção dos seguintes fatores: população pequena (pouco mais de 15.000 vidas), com 26,1% acima de 60 anos e com 84,7% residentes no Estado do Rio de Janeiro (que apresenta o maior custo per capita do País) torna impera-

tiva a adoção de uma nova forma de assistência, apoiada em programas de gestão do risco em saúde, executados por equipe multidisciplinar³⁶, sob pena de a assistência prestada não se sustentar financeiramente.

Destaque-se que há outros entraves sistêmicos a serem superados, como a busca de centros de cuidados intensivos (hospitais) para solução de doenças crônicas; o elevado custo das internações caracterizado por altas margens nos materiais e medicamentos cobrados (que compõem mais do que 50% do custo hospitalar), a obstinação terapêutica (distanásia)³⁷ em detrimento da opção por cuidados paliativos, sem contar outros desperdícios e ineficiências que pouco são mensurados.

Para uma operadora que cuida de uma população adstrita, com destacado e expressivo percentual de idosos, cujos beneficiários tem acesso livre à rede de prestadores de serviços de saúde, o desafio é o de construir um subsistema que ganhe a confiança e a adesão da população assistida, garantindo que os recursos necessários sejam alocados o mais próximo possível da necessidade (e não do desejo ou em função do excesso de oferta) de cada beneficiário.

Componente fundamental dessa nova forma de assistência, mais preventiva do que curativa, que possa contribuir na superação do desafio do

financiamento será uma gestão diligente e tempestiva da saúde da população de maiores utilizadores, no curto prazo, e na população de alto risco/alto custo, no curto e médio prazo. Estruturalmente, esforços deverão ser direcionados para a construção de um modelo assistencial³⁸ que seja resolutivo na atenção primária, hierarquize e oriente o acesso à rede de especialistas e adote práticas que substituam o atual quadro de cuidado fragmentado, que não promove saúde e mal dá resposta a episódios de doenças.

No entanto, este trabalho evidencia a magnitude deste desafio na medida que num plano de autogestão, onde, portanto, os beneficiários participam ativamente das decisões estratégicas, encontrou-se forte impacto do envelhecimento da população de beneficiários no aumento dos gastos.

Em que pese o registro dessas reflexões sobre como responder a esse desafio, novos estudos deverão ser levados a termo para que outras estratégias sejam desenhadas e outros aspectos sejam modificados, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema e a perenidade da assistência. E para que esta não fique reduzida a um número pequeno de privilegiados que possam bancar os custos, que estão se tornando proibitivos para a maioria da população.

Colaboradores

JAD Oliveira e VL Luiza participaram de todas as etapas: concepção, delineamento, redação e revisão final do artigo. JM Ribeiro e ICM Emmerick participaram das etapas de concepção e revisão.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
2. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Demografia Médica 2015: População que depende do SUS tem três vezes menos médicos que usuários de planos de saúde* [Internet]. Portal CFM; 2015 [acessado 2018 Abr 12]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25875
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
4. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Soc* 2015; 123:407-427.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2009
6. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H, Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev Bras Geriatr E Gerontol* 2017; 20(5):624-633.

7. Hagiist C, Kotlikoff LI. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. *NBER* 2005; 11833:1-41.
8. Keehan SP, Poisal JA, Cuckler GA, Sisko AM, Smith SD, Madison AJ, Stone DA, Wolfe CJ, Lizonitz JM. National Health Expenditure Projections, 2015–25: Economy, Prices, And Aging Expected To Shape Spending And Enrollment. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35(8):1522-1531.
9. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob-Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(5):405-410.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Genebra: OMS; 2015.
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Sala de Situação* [Internet]. 2017 [acessado 2018 Abr 12]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>
12. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy* 2015; 7(1):3-21.
13. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Rev Kairós Gerontol* 2013; 16(2):161-178.
14. Ribeiro MG, Sancho LG, Lago RF. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. *Cad Saúde Colet* 2015; 23(4):394-401.
15. Marik PE. The Cost of Inappropriate Care at the End of life: Implications for an Aging Population. *Am J Hosp Palliat Med* 2015; 32(7):703-708.
16. Plouffe L, Pereira R, Sivaramakrishnan K, Voelcker I. *The future of health and health care in an ageing world: a focus on Brazil, the Dominican Republic and the United States of America*. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil; 2013.
17. World Health Organization (WHO). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Genebra: WHO; 2011.
18. World Health Organization (WHO). *WHO | 10 facts on noncommunicable diseases*. Genebra: WHO; 2013.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022*. Brasília: MS; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).
20. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10(4):430-439.
21. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Onder G, Gimeno-Feliu LA, Coscollar-Santaliestra C, Carfi A, Pisciotta MS, Angleman S, Melis RJE, Santoni G, Mangialasche F, Rizzuto D, Welmer AK, Bernabei R, Prados-Torres A, Marengoni A, Fratiglioni L. Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017; 72(10):1417-1423.
22. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011; 61(582):e12-e21.
23. Organizzazione Mondiale della Sanità. *World health statistics 2013*. Genebra: WHO; 2013.
24. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). *Varição de Custos Médicos Hospitalares - VCMH* [Internet]. IESS; 2016 [acessado 2017 Ago 25]. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13
25. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Rev Bioét* 2009; 8(1):55-67.
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento* [Internet]. 2015 [acessado 2016 Out 2]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
27. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Científica FAEMA* 2015; 6(1):99-108.
28. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. *N Engl J Med* 2016; 375(10):909-911.
29. Rodrigues AT. *Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?* [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2013.
30. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *Inovação na Gestão da Saúde*. Porto Alegre: Bookman; 2009.
31. Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J, Farias LO, Vasconcellos M, Hollanda E, Teixeira CP. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Cien Saúde Colet* 2008; 13(5):1477-1487.
32. Costa NR, Castro AJW. O Regime Regulatório e a Estrutura do mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: MS, ANS; 2004. p. 49-64.
33. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). *Varição de Custos Médicos Hospitalares - VCMH* [Internet]. IESS; 2016 [acessado 2017 Ago 25]. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13
34. Agência Brasil. *Planos de saúde lideram ranking de reclamação de consumidores* [Internet]. [acessado 2018 Mar 26]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/planos-de-saude-lideram-ranking-de-reclamacao-de-consumidores>
35. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen: WHO; 2009.
36. Saad PM. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Sér Demográficas* 2016; 3:153-166.
37. Marik PE. The Cost of Inappropriate Care at the End of life: Implications for an Aging Population. *Am J Hosp Palliat Med* 2015; 32(7):703-708.
38. Silva KL, Rodrigues AT. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saúde Soc* 2015; 24(Supl. 1):193-204.

Artigo apresentado em 11/09/2017

Aprovado em 11/02/2019

Versão final apresentada em 13/02/2019

