



---

# Por que os planos de saúde são caros e os reajustes, altos?

---

JOSÉ CECHIN

**A**dão e Eva começaram a envelhecer assim que, cometido o pecado original, foram expulsos do paraíso. Envelhecer passou a ser um fato da vida. Durante milênios, vivia-se pouco. Por algum tempo, a expectativa de vida ao nascer era abaixo de 40 anos, assim curta porque a alta mortalidade infantil reduzia a média do tempo de vida.<sup>1</sup>

A população vivia em quase equilíbrio numérico (baixo crescimento), com altas taxas de natalidade e mortalidade.

As mortes infantis começaram a cair e a expectativa de vida passou a aumentar no final do século 19, na Grã-Bretanha, em virtude do progresso material daquela sociedade. Hoje, no mundo desenvolvido, está entre 80 e 85 anos.<sup>2</sup> Note-se, no entanto, que baixa expectativa de vida não se confunde com chance nula de se atingir idade elevada. Sócrates morreu há 2.500 anos na idade de 70 anos porque foi condenado a tomar cicuta. Ordenações do Reino de Portugal de 1603 reconheciam o direito à aposentadoria para pessoas que “aparentassem” ter 70 ou mais anos de idade. Isso, note-se, em 1603, quando a expectativa de vida era de menos de 40 anos.<sup>3</sup>

A novidade não é, portanto, o fato de os indivíduos envelhecerem, mas sim de a sociedade envelhecer, algo expressado no aumento continuado da proporção de pessoas maiores de 65 anos na população. Isso vem da menor fecundidade e do aumento da longevidade ou da maior chance de se alcançar idades altas. Por exemplo, no Brasil de hoje, os idosos (60 ou mais anos de idade) são 26 milhões ou 12,5% da população; em 2050, serão 66,5 milhões, ou 29,4%. Caminhamos rapidamente para sermos uma sociedade de idosos.<sup>4</sup>

O envelhecimento subsequente à expulsão do paraíso trouxe consigo outra consequência – a perda

progressiva do vigor físico e mental. Em suma, da saúde. Mais um fato da vida. Os dados estatísticos são claros. Enquanto a incidência de doenças crônicas é baixa na infância, ela pode ser muito alta na idade avançada. Hipertensão, por exemplo, aflige três em cada 100 jovens de 18 a 29 anos, mas esse número sobe para 55 entre os maiores de 75. Há um adulto jovem com diabetes ou artrites em 100, e em torno de 20 indivíduos entre os maiores de 75 anos.<sup>5</sup> Pensando-se nos problemas de coluna e neoplasias, o quadro é semelhante. Resume esse fato da vida a prevalência de doenças crônicas em dez de cada 100 menores de 20 anos. Entre maiores de 65 anos, chega-se a 79 indivíduos, sendo que mais de um terço destes têm três ou mais enfermidades crônicas.<sup>6</sup>

É crônica porque não é curável, mas requer tratamento e cuidados permanentes e bem dispendiosos. O diabético, por exemplo, precisa de visitas regulares ao seu médico; uso contínuo de medicamentos; exames rotineiros de controle; internações recorrentes; e sofre efeitos em outros órgãos do corpo, como rins, olhos, coração. A sociedade norte-americana gastou, em 2016, US\$ 220 bilhões, ou 6,8% de suas despesas anuais com saúde, para o tratamento de 26 milhões de diabéticos (11,5% de sua população adulta).<sup>7</sup> Podemos ainda mencionar tratamentos de neoplasias, que podem custar até mais de meio milhão de reais por pessoa tratada.

Destaque-se que apontar para custos dos tratamentos não equivale a designar culpados. A humanidade necessita de mais avanços tecnológicos para que as pessoas acometidas por enfermidades possam ser diagnosticadas com precisão e curadas com maior rapidez e menor sofrimento. No caso do câncer, porém, como em muitos outros, o progresso da tecnologia médica, que nos faz bem, acaba convertendo doenças antes agudas e fatais em “crônicas”, a exigir tratamentos continuados e acompanhamento periódico.

<sup>1</sup> ROSER, Max. Life Expectancy. Our world in data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/life-expectancy/>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Collecção da Legislação antiga e moderna do Reino de Portugal. Por Resolução de S. Majestade de 2 de setembro de 1786. 2ª Livro das Ordenações TIT 54 p.146.

<sup>4</sup> IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2013. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

<sup>5</sup> Elaboração do IESS com dados do IBGE.

<sup>6</sup> IBGE, 2008. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

<sup>7</sup> GALLUP SHARECARE WELL-BEING INDEX. *The Cost of Diabetes in the US: Economic and Well-being Impact*. Nov 2017. Disponível em: <<https://www.well-beingindex.com/diabetes-community-and-cost-analysis>>. Acesso em: 27 nov. 2017.



**O plano de saúde para os idosos tende a um preço maior, espelhando seu mais alto custo médio per capita.** *Essa duplicação do custo médio indicaria também um alto percentual de reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos.*

O sucesso da tecnologia que salva vidas acaba por gerar mais gastos para a saúde. Esta, na medida em que amadurece, também barateia os procedimentos de saúde. O que pode parecer paradoxal – a tecnologia como propulsora dos gastos – é facilmente entendível, pois ela identifica mais casos a requerer tratamento e torna elegíveis procedimentos antes não recomendados.

No passado, por exemplo, a vesícula era extraída por procedimento a céu aberto, se apresentasse sintomas. Atualmente, a tecnologia permite identificar a presença de cálculos assintomáticos e o procedimento de retirada é feito por videolaparoscopia, menos invasivo, sendo capaz de estimular prevenção, mesmo em casos que nunca evoluiriam para doença. Também possibilita a realização desse procedimento em pessoas mais idosas e com diversas comorbidades, casos de elevado risco no procedimento tradicional.

O aumento da incidência de enfermidades crônicas com a idade, um simples fato cotidiano, faz com que o gasto médio *per capita* com saúde cresça, e muito, especialmente depois dos 50 anos. A décima faixa etária (59 e mais), das dez definidas pela ANS para efeitos de formação dos preços dos planos, gasta mais do dobro da nona faixa etária (54 a 59). Observe-se, no entanto que, ao completar 59 anos, a pessoa não se tornou mais “sinistrável” do que era aos 58. É que ela ingressou na faixa etária que in-

clui desde sexagenários até milhares de centenários. Esse grupo etário, muito heterogêneo, é que tem o gasto médio em mais do dobro da faixa anterior, e quanto mais idosa a faixa, maior o gasto médio.

Para ilustrar, o diabético americano de menos de 45 anos custa, em média, US\$ 4.394, mas o de mais de 65 anos custa em dobro: US\$ 11.825.<sup>8</sup> No Brasil, o grupo dos octogenários custa, em média, *per capita*, mais que o triplo dos indivíduos da faixa 59 a 64 anos.

Decorrência desse fato, o plano de saúde para os idosos tende a um preço maior, espelhando seu mais alto custo médio *per capita*. Essa duplicação do custo médio indicaria também um alto percentual de reajuste na passagem dos 58 para os 59 anos. Lembremo-nos, o custo médio *per capita* dobra nessa mudança de faixa etária, e a atuária recomenda que os preços (prêmios do plano) sejam o mais aderentes possível ao custo médio. Portanto, as mensalidades dos planos deveriam dobrar nessa mudança de faixa etária. Essa é a razão do crescimento das taxas percentuais de reajuste nessa passagem de idade, decorrente, reafirme-se, dos fatos da vida mencionados.

<sup>8</sup> AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic Costs of Diabetes in the US in 2012. *Diabetes Care*. Apr. 2013. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/36/4/1033.full-text.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

Há outra questão que precisamos considerar: a queda na renda das pessoas quando deixam o mercado de trabalho e ficam dependentes da aposentadoria do INSS.

A junção desses dois motivos explicita um grande conflito: a etapa da vida em que a pessoa mais precisa dos serviços de assistência à saúde é também aquela em que se configuram rendas mais baixas. Como solucionar tal problema é o desafio que a sociedade precisa enfrentar. O idoso, presume-se, deseja manter plano de saúde, e as pesquisas de opinião confirmam isso. Ademais, mostram que está satisfeito com seu plano, não deseja mudar e que recomendaria seu plano para outros.<sup>9</sup> As pesquisas também explicitam que os idosos com plano têm mais acesso aos serviços de saúde e, por conta disso, avaliam seu estado de saúde mais positivamente do que os sem plano.

O legislador, ciente desses fatos da vida, determinou uma regra de formação do preço de tal forma que os idosos pudessem manter seus planos. A escolha, feita há mais de década e meia, foi um esquema de solidariedade implícita entre gerações, com os beneficiários mais jovens arcando com mensalidade um pouco superior ao custo de suas respectivas faixas para que os idosos possam ter uma mensalidade menor do que o custo de seu grupo etário.

Assim, reconhece-se que as mensalidades dos planos dos idosos são altas frente a suas rendas de aposentadoria. Todavia, não são excessivas em relação aos seus custos médios *per capita*. Na verdade, são inferiores. Pode-se ainda considerar se são caros diante do custo de até mais de R\$ 500 mil para tratamento de câncer. Uma pessoa com plano cujo custo médio ao longo da vida fosse de R\$ 400 mensais precisaria contribuir continuamente durante 104 anos para somar esse valor.

Há um clamor da sociedade, bem vocalizado pelos defensores dos consumidores, quanto aos dois aspectos acima mencionados: altas mensalidades dos planos dos idosos e altas taxas de reajuste, tanto as

---

<sup>9</sup> Pesquisa Datafolha para a Federação Nacional de Saúde Suplementar, agosto de 2017.



anuais quanto as da passagem para os 59 anos. Todavia, como mostrado, os valores e taxas de reajuste superiores encontram adequados fundamentos técnicos, embora não consigam superar o conflito com as baixas rendas. Aliás, este parece ser um ponto irreconciliável. Mensalidades menores para idosos importam mensalidades maiores para os outros; importa convidar esses outros a um exercício ainda mais intenso de solidariedade entre gerações, porque os recursos das operadoras têm somente uma origem – as mensalidades pagas pelos contratantes (indivíduos e empresas). Se um grupo precisa ser socialmente protegido, e cabe ao legislador como representante da sociedade fazer essa escolha, é preciso definir quais grupos vão arcar com a diferença. Mais ainda, como não há obrigação de possuir plano de saúde, essas outras pessoas talvez optassem por



---

## **As pessoas poderiam formar um plano de previdência voltado para custear parte das mensalidades do plano de saúde quando deixarem o mercado de trabalho.**

*O indivíduo pode planejar seu futuro, antever o tipo de plano que deseja para essa época que virá e por quanto tempo vai precisar dele.*

não tê-lo. Nesse caso, poderia não haver indivíduos suficientes para exercer a solidariedade aumentada, de forma a compensar o pagamento a menor dos idosos – que crescem em número.

Está em revisão a Lei 9.656/98, dos planos de saúde. O legislador busca equacionar esse tormentoso problema das altas mensalidades dos idosos. A solução proposta é dividir o último reajuste (na passagem dos 58 para os 59 anos) em parcelas de 20% de seu valor a serem aplicadas em cinco quinquênios. Trata-se de importante alívio aos beneficiários, que nesses 20 anos pagariam, a título de reajuste, metade do valor original sem o parcelamento. Um inequívoco benefício aos consumidores. Faltou, no entanto, especificar entre quem seria repartida essa diferença.

O conflito pode ser completamente insolúvel se pensado “dentro da caixa”, já que simplesmente espelha os citados fatos da vida. No entanto, vislumbra-se uma saída, que requer visão de futuro e planejamento individual de longo prazo. As pessoas poderiam formar um plano de previdência voltado para custear parte das mensalidades do plano de saúde quando deixarem o mercado de trabalho. O indivíduo pode planejar seu futuro, antever o tipo de plano que deseja para essa época que virá e por quanto tempo vai precisar dele. O resultado é a definição do montante de recursos que deverá acumular em um plano de previdência para custear a fração almejada da mensalidade para a importante etapa de fruição da aposentadoria. A formação desse montante definirá também o valor dos aportes mensais ao plano de previdência, que dependem do tempo que a pessoa ainda tiver para acumular o volume desejado de recursos financeiros.

Por esquema desse tipo, os indivíduos são convidados a assumirem maiores responsabilidades para consigo mesmos e para com a coletividade, além de planejarem suas trajetórias financeiras e de saúde. Cabe ao setor público e ao legislador prover os meios para que as pessoas possam materializar tal planejamento financeiro da vida. ●

**JOSÉ CECHIN**

*Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).*

*[jose.cechin@fenasaude.org.br](mailto:jose.cechin@fenasaude.org.br)*