

Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil

Débora Cristina Roberto de ALMEIDA⁽¹⁾Lúcia Dias da Silva GUERRA⁽¹⁾⁽¹⁾Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Determina a Constituição Federal do Brasil que a saúde é direito de todos e dever do Estado, também prevendo a atuação da iniciativa privada na assistência, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde – SUS. As ações e serviços privados de saúde são prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras. O desenvolvimento do mercado de saúde suplementar brasileiro ocorreu a partir dos anos 1960. Sua expansão foi acompanhada por um aumento de sua complexidade, em função da convivência das várias modalidades de planos privados de saúde (individuais ou coletivos, autogestões vinculadas especialmente aos pacotes de benefícios das empresas estatais nos anos 1970, medicina de grupo, entidades filantrópicas, cooperativas médicas e seguradoras propriamente ditas), na ausência de um modelo de regulação articulado e estruturado. Atualmente, existem aproximadamente 58 milhões de vínculos de beneficiários junto a planos de assistência médica e/ou odontológica vinculados a 1.560 operadoras. Em 1998, dez anos após a aprovação da Carta Constitucional e dos debates que se seguiram sobre a necessidade de regulação do setor da saúde suplementar, foi aprovada a Lei nº 9656. A atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada complementar quando for desenvolvida nos termos do artigo 199 da Constituição Federal, que prevê participação de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Ocorre que esta atuação complementar no setor é marcada por diferentes falhas que dificultam os mecanismos de livre mercado. O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre consumo de recursos e usuários finais porém a principal característica no setor saúde é a incerteza por parte do tomador de serviços que procura assistência com necessidade absoluta e conhecimento relativo do real estado de saúde, da necessidade futura, do tipo de tratamento, medicamento, intervenção e principalmente custos envolvidos. Este cenário piora quando estes serviços têm um agenciamento através de uma operadora de planos, pois neste caso nem quem compra e nem quem vende sabe o que será consumido e o custo deste consumo. Com a mercantilização da saúde, opções privadas ganham cada dia mais espaço. Planos e seguros de saúde disparam com soluções suplementares que intermediam o financiamento vendendo serviços através de planos pré-pagos que oferecem a diluição de altos

Recebido: 28 jan 2019**Aceito:** 10 fev 2019**Autor de****correspondência:**

w.cdwdc@hotmail.com

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



desembolsos para usuário em uma situação de doença e consumo de recursos de altos custos. Temos ainda que considerar um volume importante de usuários que têm sua relação com o ofertante mais distante, pois o agente pagador é a empresa que oferece assistência como benefício aos seus funcionários e, ainda que exista coparticipação, este acaba comprando um pacote de serviços que não lhe permite estabelecer nenhuma relação direta entre o valor do pagamento e o serviço que utiliza. Do ponto de vista do indivíduo, a demanda por assistência à saúde é, conseqüentemente, irregular e os indivíduos geralmente desconhecem os resultados esperados dos vários tratamentos, a menos que explicados pelos médicos e, em muitos casos, nem os médicos podem prever os resultados com absoluta certeza. Este é um dos setores que mais se afasta do modelo concorrencial devido a deficiência de informação, de forma que há uma assimetria entre a demanda e a oferta. Numa concorrência perfeita é necessário que haja esse equilíbrio e para que isso ocorra é essencial que haja transparência e domínio das informações por parte do provedor e do tomador de serviços. A falta de simetria favorece o comportamento oportunista por parte dos agentes que atuam neste setor, tais como seleção adversa, risco moral e fraudes que tendem ser repassadas no preço. Objetivo: evidenciar como as operadoras de planos de saúde contabilizam seus custos e formam seus preços. Método: trata-se de uma revisão integrativa que buscará conhecer os critérios, custos e demais fatores considerados na formação dos preços passados ao consumidor do serviço de seguro saúde. Inicialmente foi feita pesquisa na Instituto de Estudos da Saúde Suplementar – IESS e na sequência foi realizada busca bibliográfica na base de dados Lilacs e por Descritores em Ciências da Saúde – DeCS que melhor definiam a temática proposta. Assim, os descritores utilizados foram operadoras de planos de saúde, administradora de planos de saúde, plano de saúde, contrato de seguro de saúde, contratos de plano de saúde (população); custos, preços dos serviços de saúde (fenômeno); saúde suplementar, saúde suplementar, setor de saúde suplementar (contexto). A sintaxe de busca final foi (tw:(administradora de planos de saúde *OR* plano de saúde *OR* contrato de seguro de saúde *OR* contratos de plano de saúde)) *AND* (tw:(saúde suplementar *OR* setor de saúde suplementar)). Considerações finais: pôde-se observar que a literatura internacional apresenta maior diversidade de temáticas relacionadas ao assunto sendo pouco abordado pela literatura brasileira. Este estudo buscará analisar os 132 artigos encontrados e o IESS para identificar os critérios considerados na formação do preço final ao consumidor.

Descritores: Gastos em Saúde; Saúde Suplementar; Sistema Único de Saúde.