

Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (2017/2018)

Family expenditures on healthcare plans in Brazil and household budget commitment: an analysis of the *Brazilian Household Budgets Survey* (2017/2018)

Gastos de las familias con planes de salud en Brasil y comprometimiento de la renta domiciliar: un análisis de la *Encuesta de Presupuestos Familiares* (2017/2018)

Ricardo Montes de Moraes ^{1,2}
Maria Angelica Borges dos Santos ³
Heitor Franco Werneck ⁴
Márcio Nunes De Paula ⁴
Rosimary Terezinha de Almeida ¹

doi: 10.1590/0102-311X00354320

Resumo

Estudos com edições anteriores da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) indicam que, no Brasil, pagar um plano de saúde aumenta o percentual da renda gasto com saúde e não reduz a probabilidade de ter gastos excessivos com saúde. Descrevem-se relações entre gastos com planos de saúde, renda e faixas etárias, destacando o efeito de ter plano sobre a probabilidade de comprometer mais de 40% da renda com despesas relacionadas à saúde. Análise de microdados da POF 2017/2018 para determinar o comprometimento da renda domiciliar per capita dos pagantes de planos por faixa etária e por tipo de plano, e regressão logística para fatores associados a comprometer mais de 40% da renda com despesas de saúde. Em 12 meses, R\$ 78,1 bilhões foram gastos com planos médicos por 22,1 milhões de pessoas. O comprometimento da renda com planos individuais aumenta consistentemente com a idade, passando de 4,5% da renda domiciliar per capita (< 19 anos) para 10,6% dessa renda (79 anos ou mais). A probabilidade de comprometer mais de 40% da renda com despesas de saúde diminui com a renda, cresce com a idade e é maior para quem paga plano de saúde. A despesa apenas com os planos supera 40% da renda domiciliar per capita para 5,6% das pessoas com 60 anos ou mais que pagam planos individuais e para 4% das que pagam planos empresariais. As pessoas nas faixas de idade mais altas e faixas de renda mais baixas são as com maior probabilidade de comprometer mais de 40% da renda com despesas de saúde. Rever as regras de reajuste por idade dos planos é uma alternativa para tentar mitigar esse problema.

Planos de Saúde; Gasto Catastrófico; Financiamento; Idoso

Correspondência

R. M. Moraes
Programa de Engenharia Biomédica, Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Av. Horácio Macedo 2030, Centro de Tecnologia, Bloco H, Rio de Janeiro RJ 21941-914, Brasil.
ricardomdemoraes@gmail.com

¹ Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Os gastos diretos (*out-of-pocket*) com saúde podem consumir uma parcela relevante da renda das famílias ¹. Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui entre os objetivos dos sistemas de saúde não apenas a garantia do acesso a serviços de saúde, mas a proteção financeira em relação a esses gastos ². Gastos diretos do bolso com saúde podem gerar empobrecimento das famílias e até mesmo ter um efeito catastrófico em relação a sua capacidade de consumo ³. Ocorre gasto catastrófico com saúde quando “o domicílio precisa reduzir seus gastos básicos por um período de tempo para lidar com os gastos com saúde” ⁴ (p. 111-2). Os pontos de corte definidos na literatura e por organismos internacionais variam. O Banco Mundial e a OMS estabelecem indicadores de gastos excessivos com saúde que variam de 10% a 25% da renda domiciliar ⁵.

Uma hipótese compartilhada na literatura ⁶ – e adotada por organismos internacionais – é a de que planos e seguros de saúde contribuem para aumentar a proteção financeira contra desembolsos diretos significativos com saúde. Essa suposta característica dos planos faz a literatura internacional não considerar o pagamento de prêmios de planos como gasto do bolso, pelo seu alegado caráter de “asseguramento”. Essa mesma expectativa de proteção à saúde e proteção financeira fica subentendida quando alguém adere a um plano de saúde.

Estados Unidos e Brasil são os dois países com maior participação de planos e seguros de saúde privados no financiamento da assistência à saúde ⁵. Nos Estados Unidos, os custos médios de seguros de saúde ligados a emprego (empresariais) – que cobriam 55% da população – equivaliam, em 2018, a 25% da renda média dos beneficiários. A contribuição dos empregados para o custeio de prêmios desses seguros era de 6,8% da renda média nacional, enquanto as coparticipações (*deductibles*) consumiam 4,6% adicionais dessa renda ⁷. Isso indica um comprometimento médio de 11,4% da renda em gastos diretos com planos e seguros de saúde empresariais. Planos individuais, que cobriam 11% da população, tendem a comprometer uma parcela ainda maior da renda.

No caso brasileiro, o gasto com saúde tem crescido como proporção do consumo das famílias ao longo das décadas. No *Estudo Nacional de Despesa Familiar* (ENDEF 1974/1975), ele representava 4,2% do consumo. Na *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF 2002/2003) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação do gasto com saúde no consumo total foi de 6,5%. Na POF 2008/2009, ela foi de 7,2% e, na POF 2017/2018, de 8%: um aumento de 90,5% na participação desde os anos 1970 ¹. Esse aumento das despesas coincide com a crescente adesão a planos de saúde privados pela população. A POF 2017/2018 mostrava planos e seguros de saúde como responsáveis por R\$ 78,1 bilhões em despesas, o equivalente a 58% das despesas totais das famílias com serviços de saúde ¹. Dada a percepção de que podem precisar recorrer aos serviços segurados, os beneficiários de planos relutam em cortar despesas com o pagamento de suas mensalidades. Por isso, neste estudo, tratamos os gastos com planos como um componente da despesa das famílias com serviços de saúde.

Em nosso país, pelo menos um estudo ³, baseado em dados da POF 2002/2003, indicou que ter plano de saúde não reduz o risco de ter gastos catastróficos. Ao lado da presença de idosos no domicílio e de viver em um domicílio de menor renda, ter plano de saúde teve correlação positiva com gastos catastróficos em todas as faixas de renda, exceto na mais baixa (em que a proporção de pagantes de planos é pequena).

O aumento das mensalidades por faixa etária, que se acresce aos reajustes anuais autorizado aos planos de saúde ^{8,9}, e a queda de renda domiciliar média dos beneficiários depois dos 60 anos ⁶ criam um potencial para que as faixas etárias mais altas sejam mais oneradas pelas mensalidades dos planos, exatamente no período em que terão mais necessidade de acesso ao atendimento.

As regras de reajuste por faixa etária variam de acordo com o tipo e com o tempo de contrato. Para contratos individuais antigos e não adaptados (de antes da *Lei nº 9.656/1998* ¹⁰), vale o que estiver no contrato. Para os contratos assinados a partir de 1º de janeiro de 2004, foram definidas dez faixas etárias, a última com reajuste aos 59 anos. Nesse caso, a diferença entre as mensalidades da primeira e da última faixa não pode ser de mais de seis vezes. A diferença entre as mensalidades da sétima e da décima faixa não pode ser maior que a diferença entre as da primeira e a sétima faixa ⁸. Em qualquer caso, consumidores com mais de 60 anos que estejam no plano há mais de dez anos não podem ter aumento por mudança de faixa etária.

O impacto dos gastos com planos e seguros de saúde como proporção da renda da população brasileira foi pouco estudado até o momento. Também a análise de despesas com saúde por faixa etária é pouco explorada na literatura nacional, onde habitualmente os estudos se concentram nas diferenças entre faixas de renda ¹¹. Na literatura internacional, despesas por faixa etária foram bastante exploradas nas décadas de 1980 e 1990 ^{12,13} e, mais recentemente, no âmbito da Parte D do Medicare, relacionada a gastos com medicamentos para idosos ¹⁴. O interesse no impacto das mensalidades pagas a planos no gasto total com saúde é mais recente ¹⁵.

O objetivo deste estudo é descrever como ter gastos com planos de saúde se relaciona com a renda e com a faixa etária dos pagantes (com destaque para o grupo com 60 anos ou mais de idade). As análises apresentadas pretendem tanto quantificar o impacto isolado de ter gastos com planos quanto descrever a relação entre pagar plano e ter gastos totais com saúde acima de 40% da renda domiciliar *per capita*. Pretende-se, assim, ilustrar a relevância do pagamento a planos no uso da renda domiciliar e verificar se esse pagamento tem algum efeito de proteção contra gastos catastróficos com saúde, considerados todos os serviços consumidos, inclusive o pagamento do prêmio dos planos. As análises por faixa de renda e por faixa etária acrescentam elementos para estudar o pagamento a planos em populações que – seja pelo fator renda seja pelo fator idade – podem ser consideradas mais vulneráveis.

Métodos

Estudo descritivo baseado em dados da POF. A edição mais recente da POF teve uma amostra de 57.920 domicílios e foi apurada entre 11 de julho de 2017 e 9 de julho de 2018. Seus questionários incluíram seções com perguntas sobre a obtenção de medicamentos e de serviços de saúde (com itens específicos para gastos com planos e seguros de saúde). O principal objetivo da POF é obter dados e gerar informações sobre a estrutura orçamentária das famílias. Seus resultados são usados para atualizar as estruturas de ponderação dos índices de preço ao consumidor, para estimar o consumo final das famílias nas Contas Nacionais e para produzir indicadores econômicos e sociais que subsidiem políticas públicas.

Entre os dados da POF, foram usadas a variável Renda total do domicílio e as variáveis de despesas com planos de assistência médica empresariais (código 42001) e individuais (código 42002). Os dados foram segmentados em 14 faixas etárias (< 19 anos, 19-23, 24-28, 29-33, 34-38, 39-43, 44-48, 49-53, 54-58, 59-63, 64-68, 69-73, 74-78 e 79 anos ou mais). As faixas acompanham as usadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para reajustes por faixa etária e são acrescidas de mais quatro faixas para as pessoas com 64 anos ou mais, para viabilizar análises mais detalhadas dessas faixas etárias. As variáveis originais V0404 (sexo) e V0406 (tem plano ou seguro de saúde), e a variável derivada Anos de estudo, também foram extraídas da base de dados.

A partir da renda domiciliar (variável Renda total), foi calculada a renda domiciliar *per capita* das pessoas que pagaram planos de saúde. A Renda total é uma variável derivada da POF. Ela é a soma de todos os itens relacionados à renda de todos os ocupantes do domicílio, incluindo salários, transferências, vendas de bens etc. A renda domiciliar *per capita* equivale à renda total do domicílio do informante dividida por seu número de moradores. Ela foi escolhida porque a Renda total é a renda de referência usada nas tabelas resumo da POF e considerando que a renda do domicílio pode afetar o padrão de consumo de seus integrantes de forma mais significativa que a renda individual de cada um deles.

Foram associadas duas bases de dados da POF: a base Morador (onde estão informações como a idade dos moradores e a variável V0406) e a base Despesa individual. A partir da junção das duas bases, foi gerada uma base com características pessoais dos entrevistados, com suas despesas com saúde e, especificamente, com planos de assistência médica. A soma dos pesos amostrais das pessoas que tiveram despesas com planos, em cada faixa etária, equivale ao número de indivíduos que pagaram planos individuais ou empresariais por faixa e por tipo de plano.

Em seguida, foram determinadas as despesas totais com planos individuais e empresariais (produtos 42001 e 42002) nas 14 faixas etárias dos informantes e também a razão entre esse gasto por faixa e a soma das rendas domiciliares *per capita* em cada faixa.

Foi calculada a razão entre despesa mensal com saúde (incluindo gastos com medicamentos, planos e serviços de saúde pagos diretamente) e a renda domiciliar *per capita* para cada observação da POF. A partir dessa razão, foi criada uma variável binária com valor 1 para as linhas com gasto/renda maior que 40%. Essa variável binária foi usada em regressões logísticas para identificar variáveis associadas ao gasto de mais de 40% da renda com despesas de saúde.

Entre as variáveis dependentes significativas, a variável com a renda domiciliar *per capita* foi usada em escala logarítmica para que sua distribuição ficasse mais próxima à distribuição normal, permitindo melhor ajuste dos modelos. Os modelos de regressões logísticas foram construídos com o pacote *survey* do software R (<http://www.r-project.org>), respeitando o desenho amostral da pesquisa.

A capacidade de predição dos modelos foi testada dividindo a base de dados em grupos de treinamento e teste (com 70% e 30% das observações). Os coeficientes estimados com a base de treinamento foram usados para estimar se cada observação da base de teste teve ou não despesas com saúde acima de 40% de sua renda domiciliar *per capita*. A seleção de grupos de 70% e 30% da base de dados foi feita repetidamente para verificar a estabilidade das estimativas. A cada repetição, foi estimada a área sob a curva ROC e a acurácia das previsões, obtendo um intervalo para esses valores. A análise dos resíduos foi feita com *binned residual plots* do pacote *arm*.

Em seguida, foi estimada a quantidade de pessoas na população total (e com 60 anos ou mais) que pagaram e que não pagaram planos de saúde em cada faixa de renda. As faixas de renda adotadas foram as mesmas das tabelas-resumo publicadas na POF. Foram estimados os percentuais de pessoas nessas categorias que gastaram mais de 40% de sua renda domiciliar *per capita* com bens e serviços de saúde, incluindo nesse total despesas com: medicamentos, serviços de saúde e mensalidades de planos de saúde.

Resultados

Segundo a POF, entre 2017 e 2018, 53,8 milhões de pessoas tinham algum tipo de plano ou seguro de saúde. O número de pessoas que declarou ter despesas com planos de assistência médica na pesquisa foi de 22,1 milhões (41,1% dos que declararam ter plano). Do total, 10,5 milhões de pessoas (47,4% dos pagantes) declararam ter tido despesas apenas com plano de saúde empresarial e 11,4 milhões despesas apenas com plano individual (51,3%), além de 0,3 milhão de pessoas (1,2%) que declarou despesas com os dois tipos de plano. Entre os que pagam planos, 2,7 milhões (12,1%) declaram não ter plano de saúde, que dizer: pagam o plano para outra pessoa (Figura 1).

A despesa anual com planos de saúde desembolsada diretamente pelas famílias no período da pesquisa foi de R\$ 78,1 bilhões: R\$ 31 bilhões com planos empresariais e R\$ 47,1 com planos individuais. Gastos com planos de saúde representam 58% do gasto das famílias com serviços de saúde. O gasto médio mensal com planos empresariais de quem paga esse tipo de plano foi de R\$ 239,72. Para os planos individuais, a média mensal foi de R\$ 337,66.

Na análise das despesas com planos por faixa de idade, os que menos pagam são os mais novos, com menos de 19 anos, possivelmente porque devem ter seus planos pagos pelos pais. A diferença de mais de 30 milhões de pessoas entre aquelas que têm planos de saúde e as que pagam por eles está associada ao número de dependentes e também aos beneficiários que, mesmo sendo titulares, não pagam pelos próprios planos. A proporção de pagantes cresce de 37,6% na faixa de 24-28 anos até 58,1% na faixa de 69-73 anos. As faixas de 64 a 78 anos são as que têm maior proporção de pagantes entre as pessoas que têm plano de saúde (Figura 2).

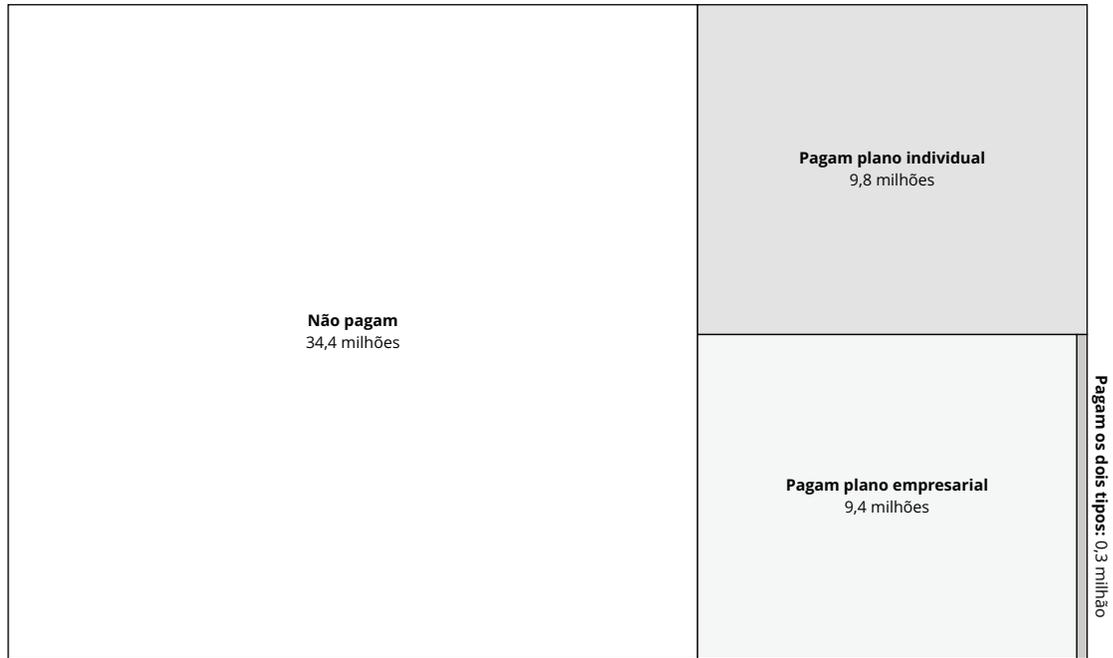
Há diferenças nos padrões de consumo de planos empresariais e individuais por faixa etária. A partir da faixa de 19-23 anos e até a de 39-43 anos, predominam os planos empresariais. A partir dessa faixa, os planos individuais passam a ter participação quase equivalente à dos empresariais. A partir da faixa de 59-63, os planos individuais passam a predominar (Tabela 1).

Com o aumento da idade, os planos passam a consumir parcelas maiores da renda tanto nos contratos individuais quanto nos empresariais. O gasto com planos como proporção da renda domiciliar *per capita* oscila entre 3,1% da renda, para planos empresariais de menores de 19 anos, e 10,6%, para planos individuais no grupo com 79 anos ou mais (Tabela 1).

Figura 1

Número de pessoas que pagam e que têm planos de saúde. Brasil, 2017-2018.

1a) Pessoas com plano de saúde



1b) Pessoas que pagam planos de saúde

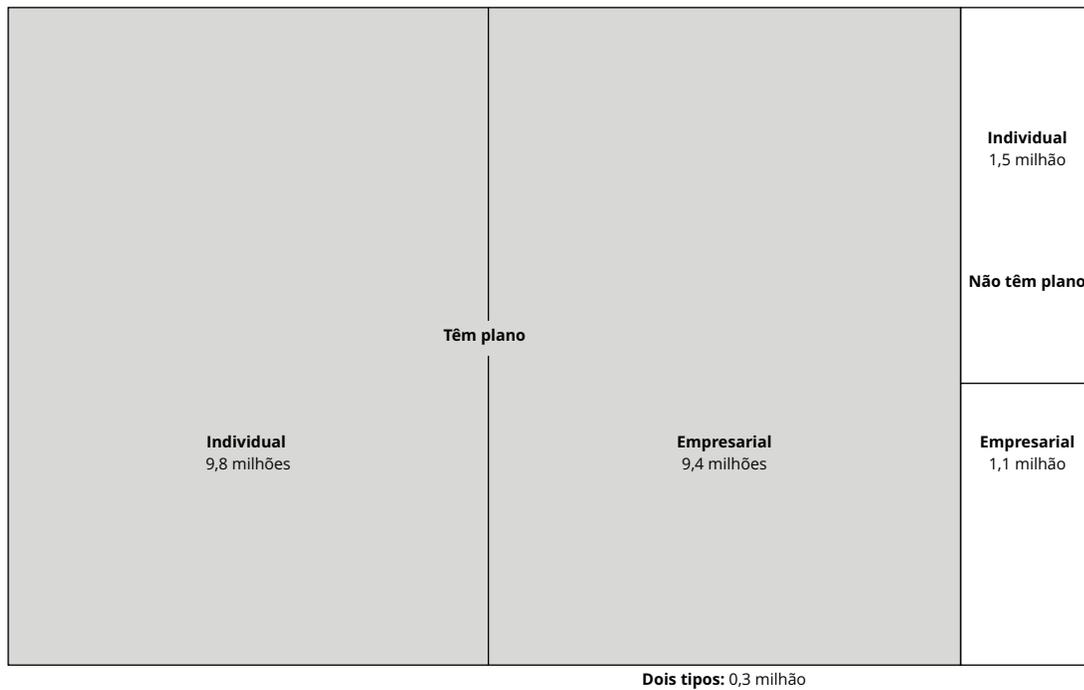
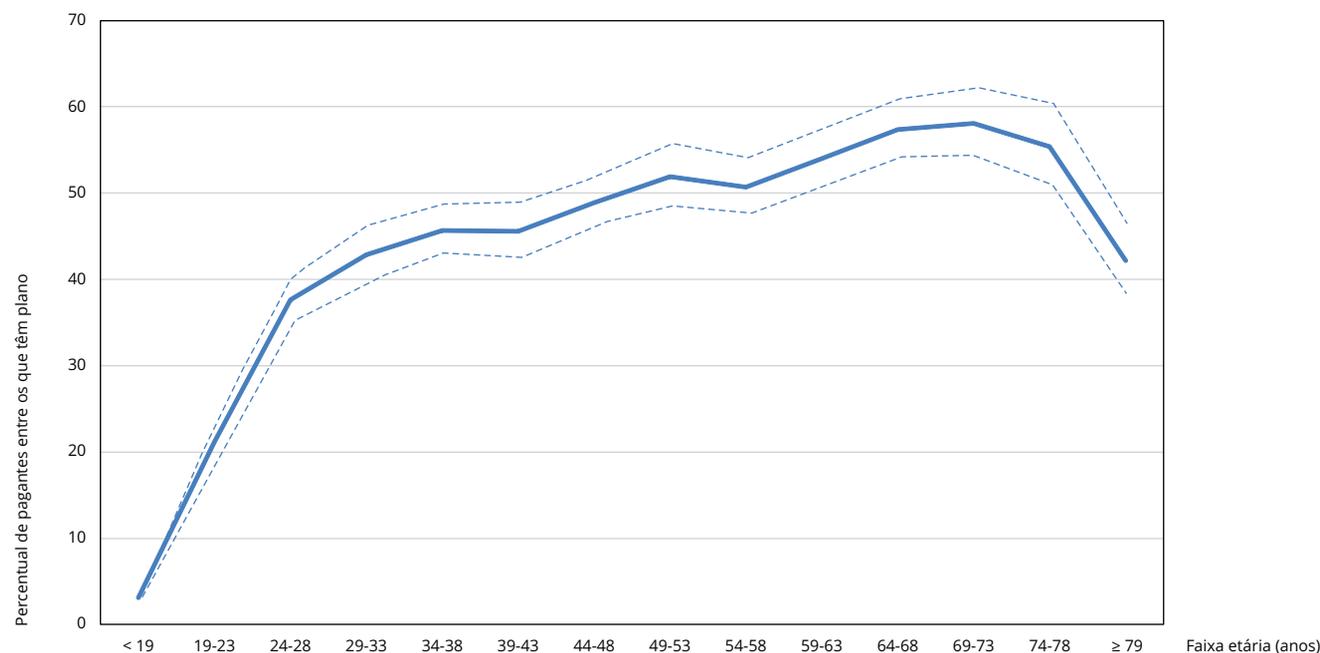
Fonte: elaboração própria a partir de microdados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF).

Figura 2

Proporção de pagantes (intervalos de 95% de confiança) entre os beneficiários de planos de saúde, segundo a faixa etária do informante. Brasil, 2017-2018.



Fonte: elaboração própria a partir de microdados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)*.

Em todas as faixas etárias, gastos com planos individuais têm um valor médio mais alto que com empresariais, o que é coerente com o pagamento, pelo empregador, de parte da mensalidade dos planos empresariais. Mesmo considerando o pagamento pelo empregador, os valores médios dos planos individuais registrados pela ANS são cerca de 20% mais altos que os de planos coletivos empresariais¹⁶.

Há diferenças nas rendas de consumidores de planos segundo as faixas etárias. A renda média cresce ao longo da vida e, para quem tem despesas com planos individuais, a renda domiciliar *per capita* média atinge seu máximo na faixa de 59-63 anos. Entre as pessoas que pagam planos empresariais, o pico da renda ocorre na faixa de 69-73 anos (Tabela 1).

Não há diferenças significativas na renda média das faixas etárias por tipo de contratação. A diferença de 33,8% entre a renda de consumidores de planos empresariais e individuais no grupo de 69-73 anos está dentro do intervalo de confiança para essa faixa etária. Nas faixas de idade mais altas, o menor tamanho da amostra leva a uma maior dispersão dos dados e a um intervalo de confiança maior para as médias.

Considerando o total da despesa com saúde de toda a população (incluindo medicamentos e gastos diretos com planos e serviços de saúde), a probabilidade de comprometer mais de 40% da renda domiciliar *per capita* com despesas de saúde é maior para quem paga plano de saúde do que para quem não paga. No modelo 1 (Total Brasil na Tabela 2), a razão de chances e o intervalo de 95% de confiança (IC95%) para o fator Pagar plano de saúde foram 9,67 (7,70; 12,15), seguidos pelas variáveis Sexo feminino, com 1,68 (1,51; 1,86), Anos de estudo, com 1,08 (1,06; 1,10), e Idade, com 1,04 (1,04; 1,05).

A razão de chances do logaritmo da renda revela que esse fator protege contra o gasto catastrófico. A interação entre Sexo feminino e Paga plano reduz a chance de ter um gasto catastrófico para esse subgrupo.

Tabela 1

Renda domiciliar *per capita* média, proporção da renda domiciliar *per capita* gasta com pagamento de planos de saúde, gasto médio de quem declarou despesa com planos de saúde e número de pagantes segundo modalidade da contratação e faixa etária. Brasil, 2017-2018.

Faixa etária (anos)	Renda domiciliar <i>per capita</i> [R\$ (IC95%)]		Proporção da renda gasta com planos [% (IC95%)]	
	Plano empresarial	Plano individual	Plano empresarial	Plano individual
< 19	2.467 (1.548; 3.385)	2.350 (1.832; 2.867)	3,1 (1,9; 4,2)	4,5 (3,2; 5,7)
19-23	2.171 (1.915; 2.428)	2.309 (1.975; 2.643)	3,6 (2,7; 4,6)	5,0(4,2; 5,8)
24-28	2.707 (2.380; 3.034)	3.410 (2.974; 3.846)	3,7 (3,0; 4,4)	4,5 (3,8; 5,2)
29-33	3.368 (2.858; 3.879)	3.771 (3.292; 4.250)	3,8 (3,0; 4,6)	4,8 (4,1; 5,5)
34-38	3.277 (2.838; 3.717)	5.165 (3.036; 7.295)	5,4 (4,4; 6,5)	4,4 (2,4; 6,4)
39-43	3.279 (2.984; 3.574)	3.966 (3.263; 4.669)	6,7 (5,5; 7,9)	6,2 (4,8; 7,7)
44-48	3.561 (3.150; 3.971)	4.042 (3.390; 4.693)	6,9 (5,8; 8,1)	8,1 (6,3; 9,9)
49-53	4.350 (3.648; 5.052)	4.354 (3.794; 4.915)	6,6 (4,8; 8,5)	8,6 (6,9; 10,3)
54-58	5.481 (4.069; 6.893)	5.599 (4.218; 6.980)	6,0 (4,1; 7,8)	7,0 (5,3; 8,7)
59-63	6.233 (4.914; 7.552)	5.930 (4.602; 7.257)	5,6 (4,5; 6,7)	7,4 (6,0; 8,9)
64-68	4.938 (4.373; 5.503)	5.316 (4.564; 6.067)	8,6 (6,1; 11,1)	8,4 (6,4; 10,5)
69-73	7.619 (5.203; 10.036)	5.619 (4.537; 6.700)	7,9 (5,0; 10,7)	8,6 (7,1; 10,1)
74-78	4.444 (3.623; 5.266)	4.441 (3.729; 5.154)	6,8 (5,2; 8,4)	9,4 (7,4; 11,3)
≥ 79	5.287 (3.843; 6.730)	5.204 (4.373; 6.035)	8,9 (7,0; 10,9)	10,6 (8,8; 12,4)

Faixa etária (anos)	Gasto médio com plano [R\$ (IC95%)]		Número de pagantes, em milhares (IC95%)	
	Plano empresarial	Plano individual	Plano empresarial	Plano individual
< 19	76,0 (50,0; 102,0)	104,9 (89,3; 120,4)	156 (104; 208)	274 (215; 333)
19-23	78,5 (59,7; 97,3)	116,3 (101,1; 131,5)	458 (375; 541)	386 (312; 459)
24-28	99,4 (82,5; 116,3)	154,7 (138,2; 171,1)	1.171 (1.029; 1.313)	886 (775; 997)
29-33	127,4 (106,3; 148,4)	180,2 (160,6; 199,9)	1.012 (876; 1.149)	699 (604; 794)
34-38	177,9 (145,2; 210,5)	225,8 (193,9; 257,7)	1.401 (1.261; 1.540)	1.108 (970; 1247)
39-43	218,8 (180,2; 257,4)	247,7 (206,9; 288,5)	1.327 (1.184; 1.470)	834 (735; 933)
44-48	246,0 (212,6; 279,3)	326,1 (270,1; 382,2)	1.149 (1.023; 1.274)	1.033 (920; 1.145)
49-53	287,5 (227,1; 348,0)	374,2 (300,9; 447,6)	1.141 (944; 1.338)	1.126 (976; 1.276)
54-58	327,0 (265,6; 388,2)	391,8 (330,1; 453,5)	1.016 (870; 1.162)	1.094 (958; 1.231)
59-63	349,7 (283,7; 415,6)	440,9 (358,8; 523,0)	781 (676; 885)	1.121 (969; 1.273)
64-68	424,8 (290,3; 559,4)	447,4 (332,0; 562,9)	434 (371; 497)	1.007 (880; 1.134)
69-73	599,2 (424,5; 774,0)	484,7 (395,2; 574,2)	347 (285; 409)	778 (671; 884)
74-78	303,3 (231,3; 375,4)	416,1 (341,8; 490,4)	205 (152; 259)	610 (519; 701)
≥ 79	473,0 (290,6; 655,4)	551,1 (467,6; 634,6)	161 (120; 203)	671 (577; 766)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Fonte: elaboração própria a partir de microdados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF).

No modelo 2 (Tabela 2), usando dados das pessoas com 60 anos ou mais de idade, os efeitos das variáveis explicativas foram menores. O valor mais alto para o intercepto neste modelo indica que o grupo com 60 anos ou mais tem, em média, chance maior que o total da população de ter gastos catastróficos com saúde.

No modelo 1, a área sob a curva ROC estimada foi em média de 0,82 e a acurácia foi de 0,68. No modelo 2, a área sob a curva ROC foi em média de 0,70 e a acurácia foi, em média, de 0,68 para as projeções com diferentes amostras de treino e teste (Tabela 2).

Tabela 2

Modelos de regressão logística dos gastos catastróficos. Brasil, 2017-2018.

	Total Brasil Razão de chances (IC95%)	Com 60 anos ou mais Razão de chances (IC95%)
Variáveis explicativas		
Intercepto	1,07 (0,34; 3,36)	4,48 (1,49; 13,49)
Paga plano	9,67 (7,70; 12,15)	8,49 (6,77; 10,66)
Log da renda domiciliar <i>per capita</i>	0,36 (0,29; 0,45)	0,39 (0,33; 0,46)
Idade	1,04 (1,04; 1,05)	1,02 (1,01; 1,03)
Anos de estudo	1,08 (1,06; 1,10)	1,03 (1,01; 1,06)
Sexo feminino	1,68 (1,51; 1,86)	
Paga plano x Sexo feminino	0,68 (0,55; 0,85)	
Parâmetros de acurácia		
Área sob a curva ROC	0,82 (0,81; 0,82)	0,74 (0,72; 0,75)
Acurácia	0,68 (0,65; 0,70)	0,68 (0,63; 0,75)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Nota: razão de chances e IC95% dos coeficientes dos modelos e parâmetros de acurácia dos modelos. O valor da variável dependente igual a 1 indica que o gasto com saúde é maior do que 40% da renda domiciliar *per capita*.Fonte: elaboração própria a partir de microdados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF).

Os planos de saúde fazem que um percentual significativo dos idosos tenha gastos catastróficos. Mesmo sem os gastos com medicamentos e serviços de saúde pagos diretamente, os planos de saúde, sozinhos, levam 5,6% das pessoas com 60 anos ou mais que pagam planos individuais a comprometer mais de 40% de sua renda domiciliar *per capita* apenas com o pagamento dos planos. Para os planos empresariais, nessa faixa etária, a proporção é de 4%.

A Tabela 3 mostra o percentual de pessoas que gastam mais de 40% de sua renda domiciliar *per capita* com bens e serviços de saúde, inclusive planos, segundo suas faixas de renda e a realização ou não de pagamentos a planos de saúde. São apresentadas as análises para a população geral e para pessoas com 60 anos ou mais.

Na população geral, das 22,1 milhões de pessoas que pagam planos de saúde, 8,7% (1,9 milhão de pessoas) gastam mais de 40% da renda domiciliar *per capita* com saúde (medicamentos, serviços e planos de saúde). Por outro lado, dos 185 milhões que não pagam plano, 1,8% (3,3 milhões de pessoas) incorrem em gastos superiores a 40% da renda domiciliar *per capita* com medicamentos e serviços de saúde.

Entre as 31,7 milhões de pessoas com mais de 59 anos, gastos que superam 40% da renda são observados para 11,8% dos que pagam plano (5,6 milhões de idosos) e 3,2% dos que não pagam (26,1 milhões de idosos). Assim, observa-se que 34,8% das pessoas que pagam plano e têm despesas acima de 40% da renda domiciliar *per capita* têm 60 anos ou mais de idade. As pessoas nessa faixa etária representam 15,3% da população.

Nas análises por faixa de renda, as faixas mais baixas têm as maiores proporções de pessoas com gasto catastrófico tanto entre os pagantes quanto entre os não pagantes de planos, mas as proporções são maiores para os pagantes em todas as faixas. O mesmo pode ser dito para a análise do grupo com 60 anos ou mais. A comparação entre os idosos e a média da população indica proporção de gasto catastrófico significativamente maior para idosos na maior parte as faixas de renda (em alguns casos a diferença está dentro do intervalo de confiança).

Tabela 3

Número de pessoas com despesas com bens e serviços de saúde excedendo 40% da renda domiciliar *per capita* na população total e em idosos, segundo faixas de renda e pagamento ou não a planos de saúde. Brasil, 2017-2018.

Faixa de renda em salários mínimos	Totais			Pagam plano		Não pagam plano				
	N	n	%	n	% (IC95%)	n	%	n	% (IC95%)	
População total										
≤ 2	154.865.794	7.806.783	5,0	1.174.828,5	15,0 (13,7; 16,5)	147.059.011	95,0	3.152.630	2,1 (2,0; 2,3)	
2-3	22.815.052	4.142.896	18,2	283.365,4	6,8 (5,3; 8,7)	18.672.157	81,8	122.710	0,7 (0,5; 0,9)	
3-6	19.232.424	5.772.594	30,0	354.122,1	6,1 (4,6; 8,2)	13.459.830	70,0	61.400	0,5 (0,3; 0,7)	
6-10	6.180.340	2.447.754	39,6	61.697,4	2,5 (1,5; 4,2)	3.732.586	60,4	5.252	0,1 (0,1; 0,4)	
10-15	2.248.803	985.021	43,8	27.966,9	2,8 (0,9; 8,2)	1.263.783	56,2	368	0,0 (0,0; 0,2)	
15-25	1.304.631	652.498	50,0	11.621,8	1,8 (0,5; 5,7)	652.132	50,0	-	ND	
> 25	456.745	283.683	62,1	-	ND	173.062	37,9	-	ND	
Total	207.103.790	22.091.229	10,7	1.913.602,1	8,7 (7,9; 9,5)	185.012.561	89,3	3.342.361	1,8 (1,7; 1,9)	
População com 60 anos ou mais										
≤ 2	19.745.217	1.344.767	6,8	307.927	22,9 (19,5; 26,6)	18.400.450	93,2	779.039	4,2 (3,8; 4,7)	
2-3	4.893.341	979.128	20,0	140.468	14,3 (9,7; 20,8)	3.914.213	80,0	44.950	1,1 (0,7; 1,8)	
3-6	4.367.040	1.735.990	39,8	174.417	10,0 (7,3; 13,6)	2.631.050	60,2	18.030	0,7 (0,4; 1,2)	
6-10	1.470.864	804.628	54,7	24.444	3,0 (1,7; 5,4)	666.235	45,3	2.202	0,3 (0,1; 1,0)	
10-15	639.956	386.710	60,4	17.129	4,4 (0,8; 20,4)	253.247	39,6	-	ND	
15-25	418.631	266.262	63,6	1.462	0,5 (0,1; 3,9)	152.369	36,4	-	ND	
> 25	167.543	113.378	67,7	-	ND	54.165	32,3	-	ND	
Total	31.702.591	5.630.862	17,8	665.847	11,8 (10,1; 13,8)	26.071.729	82,2	844.221	3,2 (2,9; 3,6)	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; ND: não disponível.

Fonte: elaboração própria a partir de microdados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)*.

Discussão

Este estudo analisa os gastos com pagamento de prêmios de planos de saúde e seus impactos no orçamento das famílias brasileiras. Ele mostra que esse impacto não é trivial e estima o contingente populacional em que os impactos são mais perversos (os segmentos mais vulneráveis de idosos e baixa renda). Simultaneamente, ele corrobora resultados anteriores³ que já indicavam que a posse de planos não protege contra despesas catastróficas com saúde.

Um trabalho anterior¹⁷ sobre gastos com planos comparou gastos médios com base nas POF 2002/2003 e 2008/2009, segundo faixas de renda, sem analisar faixas etárias. Os resultados mostraram que o valor médio do gasto das famílias com planos de saúde havia aumentado e estava concentrado entre as famílias com maior renda, sendo traçada a hipótese de que isenções fiscais incentivavam classes mais altas a concentrarem a aquisição de planos. No estudo atual, destacamos a participação desses gastos na renda de grupos mais vulneráveis.

As faixas de 64 a 78 anos são as que têm maior proporção de pagantes entre as pessoas que têm plano de saúde e onde mais da metade dos que têm planos pagam por eles. Os pagantes de planos na faixa de 59-63 anos têm, em média, renda 2,5 vezes maior que os na primeira faixa (menos de 19 anos). No entanto os planos podem cobrar deles mensalidades seis vezes maiores que as dos da primeira faixa. A despesa nas faixas de idade mais altas é maior, mas a capacidade de pagamento também deveria ser um critério para determinar os limites de preço por faixa etária.

Entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade que pagam planos de saúde, as que comprometem parte maior de sua renda com o pagamento dos planos são as com menor renda e mais idade, em geral os com maior uso de serviços de saúde. Para os planos, a perspectiva de perder os clientes com maior uso de serviços não é contabilmente ruim. Isso pode estar funcionando como um incentivo aos planos para manter o aumento mesmo em um período de crise sanitária em que, como empresas, contam com equilíbrio atuarial e com condições financeiras melhores que as de anos anteriores¹⁸.

Entre o início de 2011 e o fim de 2019, os reajustes anuais de mensalidades autorizados pela ANS para os planos individuais acumularam aumento de 140,3%. Nesse mesmo período, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulou alta de 66,5%, e os itens Serviços médicos e dentários e Serviços laboratoriais e hospitalares do IPCA tiveram altas de 90,7% e 78,1%, respectivamente. As variações de preços consistentemente acima da inflação¹⁹ observadas nos últimos anos podem indicar também que as operadoras se beneficiam de baixa elasticidade-preço da demanda por seu serviço, quer dizer: esperam que, mesmo com o aumento de preços e com o alto comprometimento de sua renda, os usuários de planos hesitem em cancelar o serviço.

Pessoas mais velhas tendem a ser menos sensíveis a preços do que indivíduos mais jovens²⁰, o que pode aumentar a probabilidade de incorrerem em gastos catastróficos. Com a baixa elasticidade-preço, a eventual saída de parte desses usuários seria mais do que compensada pelo aumento de receita resultante do aumento das mensalidades dos usuários restantes.

A resistência de 22,1 milhões de pagantes em deixar o sistema suplementar apesar do comprometimento crescente de sua renda é uma informação relevante – com a qual as operadoras contam para definir suas políticas de reajuste. No primeiro semestre de 2020, o isolamento social provocado pela pandemia de COVID-19 levou a um menor uso de serviços de saúde pelos beneficiários de planos. A taxa de ocupação de leitos gerais (comum e UTI) das operadoras com rede própria foi de 64% em setembro de 2020, abaixo da taxa de ocupação registrada em setembro de 2019 (74%)²¹. Ao mesmo tempo, apesar da crise econômica, o número de beneficiários dos planos foi pouco afetado, permanecendo relativamente estável em 47 milhões, com pequenas variações mensais no período de março a outubro de 2020²².

Como resultado, os planos tiveram aumentos em suas margens de lucro nesse período. A razão entre as despesas com serviços de saúde e a receita com mensalidades (sinistralidade de caixa) chegou à mínima histórica de 62% em junho de 2020, 20 pontos percentuais abaixo do registrado em junho de 2019²¹. Dados da ANS informam que os beneficiários mais idosos não saíram de seus planos durante a pandemia. Entre março e setembro de 2020, o número de beneficiários com idade acima de 59 anos cresceu para os três modelos de plano vendidos atualmente. O crescimento foi de 1,68% para os planos empresariais, 0,93% para os coletivos por adesão e 1,29% para os individuais²³. Segundo a agência reguladora, *“esse resultado é condizente com a conjuntura de pandemia, na qual a população mais vulnerável se esforça para preservar ou ampliar a cobertura assistencial”*²³.

Quando a crise sanitária for controlada, muitos beneficiários de planos nessas faixas de idade terão que escolher, em um cenário de percepção aumentada de risco sanitário, entre manter ou não o plano de saúde – em muitos casos abrindo mão de despesas essenciais.

A eventual expulsão de beneficiários de planos por incapacidade de pagamento pode trazer o ônus extra de sobrecarregar ainda mais a já sobrecarregada rede pública de saúde. Com limites fiscais ao aumento da prestação de serviços pela rede pública (teto de gastos)^{24,25}, manter uma estrutura de reajustes de planos por idade com potencial para expulsar beneficiários da rede privada no momento em que mais precisam dela pode não ser uma boa decisão. Por isso, é razoável avaliar se os critérios de reajuste por faixa de idade estabelecidos pela ANS em 2003 deveriam ser revistos.

Rever o limite de aumentos por faixa significa, na prática, aumentar o subsídio cruzado entre faixas de idade nos planos de saúde. Essa medida provavelmente enfrentaria oposição das operadoras. Elas podem argumentar que o aumento desse subsídio tornaria os planos pouco atrativos para pessoas das faixas de idade mais baixas – que pagariam mensalidades maiores²⁶.

A identificação de gastos catastróficos entre pessoas com plano de saúde vai na contramão dos resultados apresentados em uma revisão sistemática sobre os efeitos dos seguros de saúde nos gastos das famílias com saúde em diferentes países⁶. Entre os estudos revisados, os realizados na Colômbia, na Turquia, na China, no Vietnã, na Palestina e no Irã mostraram que ter planos e seguros de saúde reduz o risco de empobrecimento associado a gastos com saúde.

Estudos na Tailândia, na Coreia do Sul, na China e no Irã, citados na revisão ⁶, concluíram que seguros não têm efeito significativo sobre o gasto com saúde. Estudos realizados no Brasil ³ e na China ^{27,28}, no entanto, mostraram efeito negativo da posse de planos sobre a proteção financeira. Na China, o efeito do seguro variava segundo o tipo de seguro, coexistindo no país um seguro para trabalhadores urbanos, com efeitos protetores, e outro para trabalhadores rurais, associado ao aumento dos gastos com saúde ^{27,28}.

Os achados conflitantes na literatura levantam a questão de quais características dos seguros privados poderiam oferecer proteção contra gastos catastróficos e quais ainda manteriam seus beneficiários expostos.

É possível que o desenho dos seguros de saúde privados brasileiros tenha características que não garantam o objetivo de proteção financeira que se espera de um seguro de saúde. Os modelos de compartilhamento dos pagamentos entre empresas, famílias e governo (no caso de planos oferecidos por órgãos públicos e subsídios a funcionários para aquisição de planos) podem não ser os ideais, e os critérios de reajustes por faixa etária podem estar onerando as faixas de idade mais altas de forma desproporcional a sua capacidade de pagamento. A redução dos limites de reajuste dos planos de saúde por faixa etária seria uma alternativa possível para tentar diminuir a exposição de pessoas idosas a mensalidades altas – que, eventualmente, as levam a ter de cortar gastos essenciais para manter seus planos de saúde.

Este estudo tem algumas limitações. Os dados analisados por faixa de idade e item de consumo são subamostras da POF e, em alguns casos, podem conter poucas observações. Isso pode produzir valores atípicos, como o do gasto médio com planos de saúde empresariais na penúltima faixa de idade, conforme a Tabela 1.

A variável de renda, em pesquisas domiciliares, costuma ser subestimada, especialmente nas faixas de renda mais altas (em que os respondentes esquecem ou omitem parte de seus rendimentos vindos de aplicações financeiras ou de outras fontes). Isso afeta, em alguma medida, as análises das relações entre renda e despesas com planos de saúde.

A pergunta da POF sobre se o entrevistado “tem plano ou seguro de saúde” foi respondida positivamente por uma parte da amostra equivalente 53,8 milhões de pessoas – número bem acima dos 47,1 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares registrados na ANS nesse período. A diferença está relacionada à existência de planos vinculados a instituições públicas de servidores dos estados – em estados como Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul – que não são monitorados pela ANS.

Por fim, a classificação dos planos de saúde em empresariais e individuais usada na POF é diferente da usada pela ANS. Não há na POF uma classificação para os planos coletivos por adesão – que podem ser listados pelos respondentes da pesquisa tanto como empresariais quanto como individuais. Os pagantes de planos coletivos por adesão estão repartidos entre essas duas categorias da POF, somados às pessoas que efetivamente pagam planos empresariais e individuais.

Essas limitações não invalidam os principais resultados deste estudo. O gasto com planos de saúde tem impacto significativo nas despesas das famílias com saúde. Ter gastos com planos aumenta a probabilidade de comprometer mais de 40% da renda com despesas relacionadas à saúde. Entre os mais idosos e as pessoas com menor renda, a proporção de pessoas que comprometem mais de 40% da renda com saúde é maior que para as outras faixas de idade e renda.

A análise dos gastos com planos de saúde em conjunto com despesas diretas com medicamentos e serviços traz informações significativas sobre o comprometimento da renda das famílias com despesas de saúde. Análises com esse formato devem ter espaço para permitir uma descrição detalhada de como esse comprometimento da renda se distribui pela população.

Colaboradores

R. M. Moraes contribuiu com a concepção do estudo, leitura e análise dos microdados da pesquisa, redação e revisão crítica do texto. M. A. B. Santos contribuiu com a concepção do artigo, análise dos microdados, redação e revisão crítica do texto. H. F. Werneck contribuiu com a concepção do artigo, levantamento de dados administrativos da ANS, redação e revisão crítica do texto. M. N. De Paula contribuiu com a análise de dados, levantamento de dados administrativos da ANS e revisão crítica do texto. R. T. Almeida contribuiu com a análise de dados, redação e revisão crítica do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Ricardo Montes de Moraes (0000-0003-4462-7190); Maria Angelica Borges dos Santos (0000-0002-7547-3537); Heitor Franco Werneck (0000-0003-1175-5129); Márcio Nunes De Paula (0000-0001-6253-5674); Rosimary Terezinha de Almeida (0000-0002-4196-2682).

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares: primeiros resultados: 2017-2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.
2. World Health Organization. Monitoring Sustainable Development Goals – indicator 3.8.2. https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/ (acessado em 09/Out/2021).
3. Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 2:S254-62.
4. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362:111-7.
5. World Health Organization; The World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization/The World Bank; 2020.
6. Azzani M, Roslani AC, Su TT. Determinants of household catastrophic health expenditure: a systematic review. *Malays J Med Sci* 2019; 26:15-43.
7. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International health care system profiles – United States. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states> (acessado em 01/Set/2021).
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. *Diário Oficial da União* 2003; 23 dez.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União* 2018; 20 dez.
10. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 4 jun.
11. Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF, organizadores. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006.
12. Fisher CR. Differences by age groups in health care spending. *Health Care Financ Rev* 1980; 1:65-90.

13. Rubin RM, Koelln K, Speas Jr. RK. Out-of-pocket health expenditures by elderly households: change over the 1980s. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50:S291-300.
14. Millet C, Everett CJ, Matheson EM, Bindman AB, Mainous AG. Impact of Medicare Part D on seniors' out-of-pocket expenditures on medications. *Arch Intern Med* 2010; 170:1325-30.
15. Hayes SL, Collins SR, Radley DC. How much U.S. households with employer insurance spend on premiums and out-of-pocket costs: a state-by-state look. *New York: The Commonwealth Fund*; 2019.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painel de precificação. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYjI3YmQ0ZTQtOWVlNy00YTNIiWmE0ODBiLTBmYjEzNmYmU1Zi9&pageName=ReportSection485f07cea159825e077b> (acessado em 09/Out/2021).
17. Garcia LP, Ocké-Reis CO, Magalhães LCGD, Sant'Anna AC, Freitas LRSD. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:1425-34.
18. Ocké-Reis CO, Leal RM, Cardoso SS. Desempenho do mercado de planos de saúde (2014-2018). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021.
19. Ocké-Reis CO, Fiuza EPS, Coimbra PHH. Inflação dos planos de saúde – 2000-2018. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019.
20. Duarte F. Price elasticity of expenditure across health care services. *J Health Econ* 2012; 31:824-41.
21. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Covid, outubro de 2020. http://www.ans.gov.br/images/Boletim_COVID-19_ANS_outubro.pdf (acessado em 09/Out/2021).
22. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de situação. <http://www.ans.gov.br/perfil-dosetor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> (acessado em 09/Out/2021).
23. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 17/2020. http://www.ans.gov.br/images/Nota_T%C3%A9cnica_17_-_Boletim_COVID-19_Outubro_20.pdf (acessado em 09/Out/2021).
24. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez.
25. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. (Nota Técnica, 28).
26. Palmuci GA, Dague L. The welfare effects of banning risk-rated pricing in health insurance markets: evidence from Chile. *SSRN* 2015; 25 fev. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2569072.
27. Li X, Shen JJ, Lu J, Wang Y, Sun M, Li C, et al. Household catastrophic medical expenses in eastern China: determinants and policy implications. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:506.
28. Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bull World Health Organ* 2012; 90:664-71.

Abstract

According to studies using previous editions of the Household Budgets Survey (POF) in Brazil, paying for a healthcare plan increases the percentage of income spent on health and fails to reduce the probability of incurring excessive health expenditures. The study's objective was to describe relations between expenditures on healthcare plans, income, and age groups, highlighting the effect of having a plan on the probability of committing more than 40% of income on health-related expenditures. An analysis of the POF 2017/2018 determined the commitment of per capita household income for payers of plans by age group and type of plan and logistic regression for factors associated with committing more than 40% of income to health-related expenditures. In 12 months, 22.1 million Brazilians spent BRL 78.1 billion on private medical insurance. The share of income spent on individual plans increases consistently with age, from 4.5% of per capita household income (at < 19 years) to 10.6% of this income (at 79 years or older). The probability of committing more than 40% of income to health expenditures decreases with income, increases with age, and is higher for those paying for health plans. Spending on healthcare plans alone exceeds 40% of per capita household income for 5.6% of Brazilians 60 years or older who pay for individual plans and for 4% of those who pay for company plans. Persons in the oldest age groups and in the lowest income brackets show the highest likelihood of spending more than 40% of their income on healthcare. A revision of the plans' adjustment by age is an alternative for attempting to mitigate this problem.

Prepaid Health Plans; Catastrophic Expenditure; Capital Financing; Aged

Resumen

Estudios con ediciones anteriores de la Encuesta de Presupuestos Familiares (POF) indican que, en Brasil, pagar un plan de salud aumenta el porcentaje de la renta gastado con salud y no reduce la probabilidad de tener gastos excesivos con la salud. El objetivo fue describir las relaciones entre gastos con planes de salud, renta y franjas de edad, destacando el efecto de tener un plan sobre la probabilidad de comprometer más de un 40% de la renta con gastos relacionados con la salud. Se realizó un análisis de microdatos de la POF 2017/2018 para determinar el comprometimiento de la renta domiciliaria per cápita de los pagadores de planes por franja etaria y por tipo de plan, así como una regresión logística para factores asociados con comprometer más de un 40% de la renta con gastos de salud. En 12 meses, BRL 78,1 mil millones se gastaron con planes médicos por 22,1 millones de personas. El comprometimiento de la renta con planes individuales aumenta consistentemente con la edad, pasando de 4,5% de la renta domiciliaria per cápita (< 19 años) al 10,6% de esa renta (79 años o más). La probabilidad de comprometer más de un 40% de la renta con gastos de salud disminuye con la renta, crece con la edad y es mayor para quien paga un plan de salud. El gasto solo con los planes supera un 40% de la renta domiciliaria per cápita para un 5,6% de las personas con 60 años o más que pagan planes individuales y para un 4% de los que pagan planes empresariales. Las personas en las franjas de edad más altas y franjas de renta más bajas son las que tienen mayor probabilidad de comprometer más de un 40% de la renta con gastos de salud. Revisar las reglas de reajuste por edad de los planes es una alternativa para intentar mitigar ese problema.

Planes de Salud de Prepago; Gasto Catastrófico; Financiación del Capital; Anciano

Recebido em 23/Dez/2020
 Versão final reapresentada em 09/Out/2021
 Aprovado em 29/Out/2021