

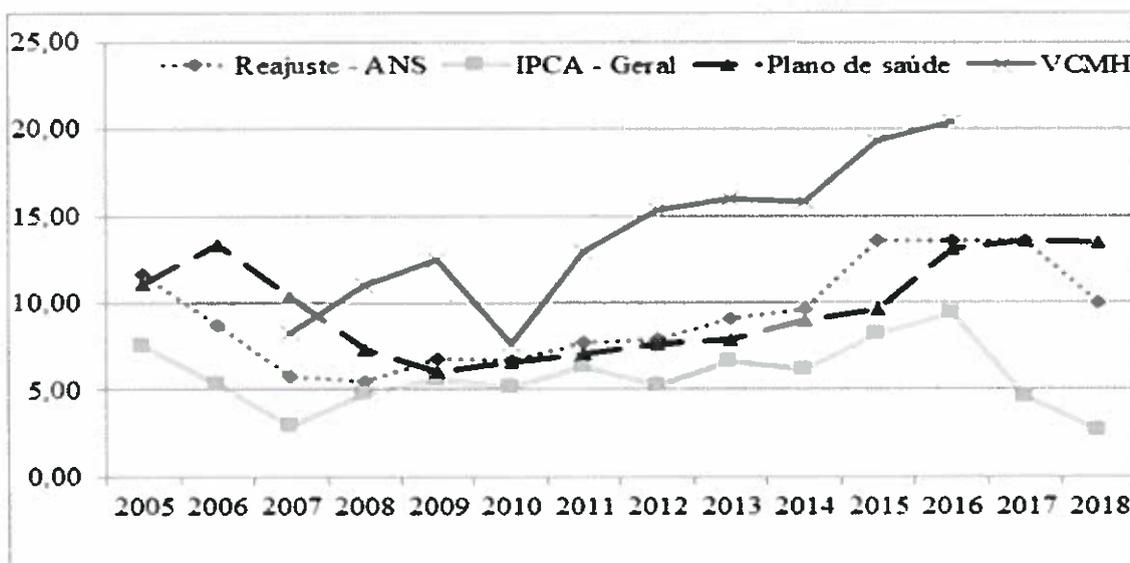
Reajuste de planos individuais no Brasil

I. Introdução

Os planos de saúde individuais existem no Brasil desde antes do advento da Lei 9.656/1998 e passam hoje pelo grande desafio de subsistir **diante de uma regulamentação que inibiu o mercado** desde a introdução do controle dos reajustes de preço por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **A causa dessa falha regulatória decorre do fato de os índices de reajustes aprovados terem sido, consistentemente, inferiores aos necessários para cobrir as despesas com utilização,** incorridas e futuras, sem haver, contudo, nenhuma flexibilidade para que as operadoras pudessem agir de forma a propiciar a redução e/ou o controle dos aumentos dos custos.

Não obstante, os índices aprovados têm sido elevados para a maioria das pessoas e empresas, cujas receitas não apresentam a mesma velocidade de crescimento. Então, de um lado, temos uma “inflação médica” superior à inflação geral da economia e, de outro, **pouca (ou nenhuma) flexibilidade** na regulamentação nas ações necessárias para a busca de melhor relação custo/benefício.

Inflação e Reajuste dos Planos de Saúde (em %) (de 2005 a 2018)

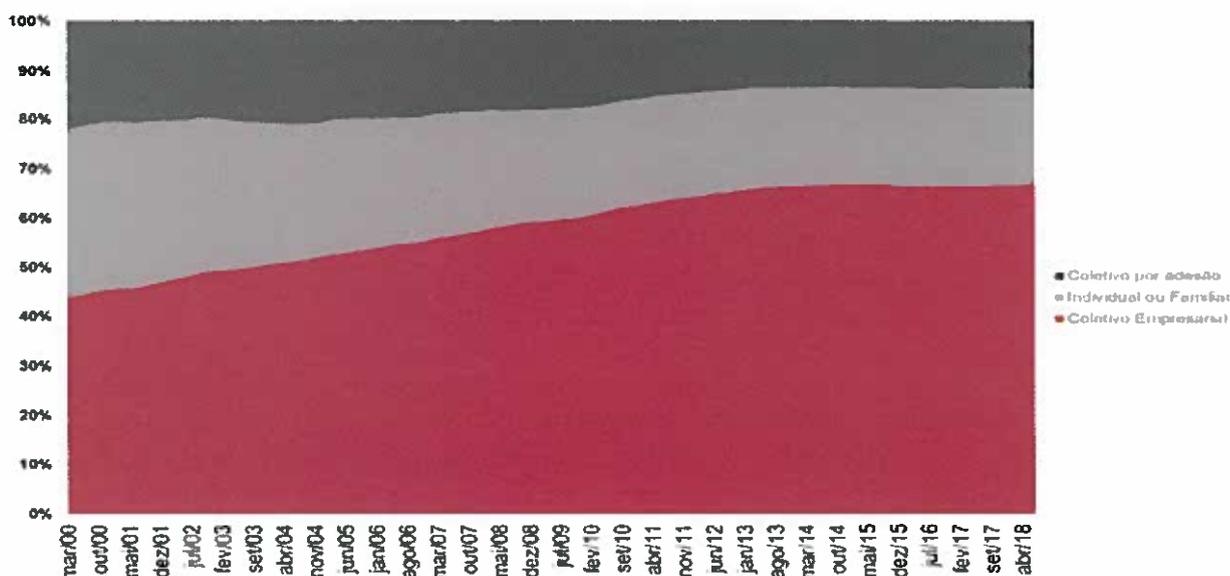


Fonte: ANS e IBGE, elaborado pelo Ministério da Fazenda em nota técnica.

Ainda que a intenção do regulador, por meio da imposição de um limite de reajuste, seja resguardar o usuário e, ao mesmo tempo, forçar as operadoras a adotar estratégias para ganhar eficiência na prestação dos serviços ofertados, o efeito da atual regulação tem sido o inverso: escassez do produto e saída de algumas operadoras do mercado dos planos individuais.

Quando se analisa a composição dos planos ofertados no país, em série histórica (figura abaixo), fica evidente que, apesar do aumento do número total de usuários, houve uma expansão concentrada no segmento de planos coletivos em prejuízo dos planos individuais.

Contratação de planos de saúde por tipo (em milhões)



Fonte: Informação de Beneficiários Sistema/ANS/MS. Última atualização: 5/10/2018. Atualização trimestral, dados disponíveis até julho/2018

II. O histórico do controle do reajuste utilizado pela ANS

Desde sua criação, em 2000, a ANS fez mudanças pouco significativas na metodologia de cálculo, desde a implantação do *Yardstick Competition*.

- O modelo baseado no método *Yardstick Competition* objetiva trazer os resultados da competição no mercado de planos coletivos para o mercado de planos individuais.
- A ANS considera a média dos reajustes dos planos coletivos com mais de 30 vidas, aplica ajustes na base de dados e publica o índice-teto para reajuste de plano individual.

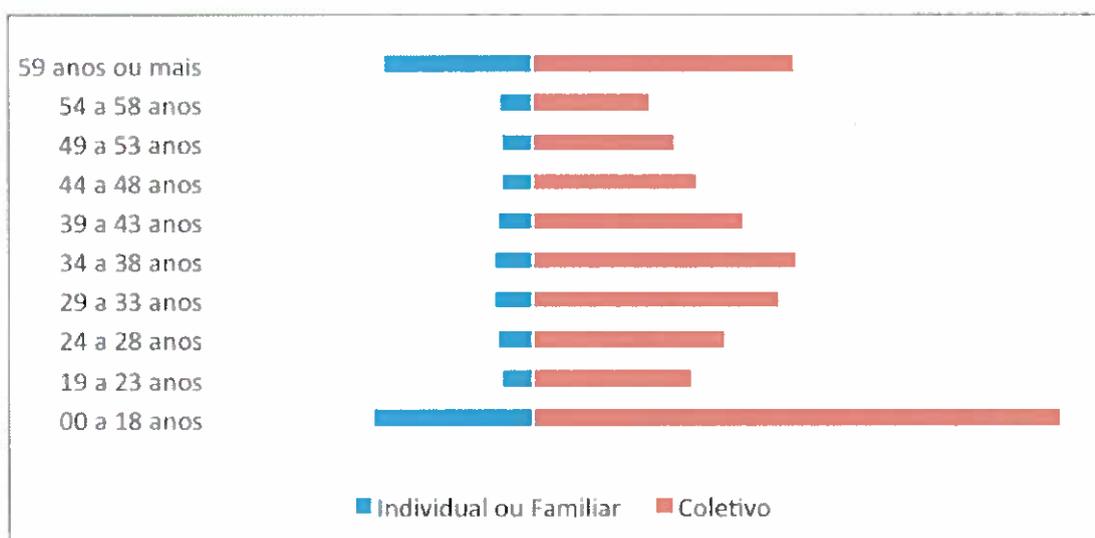
A partir de 2010, ampliou-se a discussão sobre a metodologia, com a instituição de Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. Aparece, então, o conceito de *price cap*, com o objetivo de introduzir indicadores de melhorias de produtividade, qualidade e eficiência que poderiam ser utilizados para o cálculo do reajuste. Mais tarde foi chamado de *value cap*, para incorporar um indicador de preço e frequência. Os debates continuam até hoje e uma nova proposta de modelo de reajuste está sendo analisada neste momento pela ANS, conforme veremos adiante.

Apesar das modificações, um elemento importante permanece na metodologia desde 2001, que é a utilização da média dos percentuais de reajuste aplicados individualmente por cada operadora aos seus planos coletivos. Com isso, a ANS tenta trazer para o ambiente dos planos individuais o poder de barganha que existe no contexto dos planos coletivos, mas não corrige as distorções oriundas das diferenças de perfil dos dois grupos populacionais.

A primeira falha, e a principal, é estrutural, uma vez que a média da variação dos reajustes dos planos coletivos não necessariamente reflete o aumento dos custos assistenciais. Isso porque o processo de reajuste dos planos coletivos tem uma característica comercial e não se pauta apenas nas despesas incorridas. As operadoras, no processo de renegociação de valores, podem diminuir os percentuais de reajuste aplicados, mas não porque houve redução de despesas, e sim porque se negociaram, com base no valor acordado, alternativas para a redução do percentual de aumento, como a oferta de um plano de cobertura inferior (*downgrade*) ou a inclusão de um mecanismo de controle, como a coparticipação do usuário nos eventos.

A segunda falha está no fato de o cálculo do reajuste desconsiderar o perfil de risco das populações cobertas. Existem diferenças de custos entre planos coletivos e individuais, relacionadas ao perfil de utilização de cada grupo. Um exemplo é o perfil etário, conforme abaixo.

Beneficiários por faixa etária (planos coletivos x individuais – jun/2018)



Fonte: ANS Tabnet. Último acesso em 19/10/2018.

Diante dessas falhas e do descolamento entre a metodologia de cálculo do reajuste e as circunstâncias relacionadas ao aumento de custos, que vem ocasionando a interrupção da oferta de novos planos individuais no mercado, evidencia-se que a metodologia *Yardstick Competition*, da forma como é utilizada hoje, está esgotada. Essa percepção de inadequação da metodologia de controle dos reajustes vem sendo registrada pelas operadoras desde o início de 2010. Atualmente a mesma visão está sendo corroborada pelo posicionamento de outros *stakeholders*, como associações de consumidores, o Ministério da Fazenda e a própria ANS. Isso culminou com a proposta de revisão da metodologia.

A proposta atual, no entanto, também parece ter limitações que, se não forem adequadamente ajustadas, além de não fomentar o mercado dos planos individuais, podem trazer ainda mais riscos de desequilíbrios ao setor.

III. A nova fórmula proposta pela ANS: aspectos positivos e negativos

A fórmula de cálculo proposta para o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) é a seguinte:

$$\text{IRPI} = 80\% * \text{IVDA} + 20\% * \text{IPCA Exp.}$$

$$\text{IVDA} = \left[\left(\frac{1 + \text{VDA}}{1 + \text{VFE}} - 1 \right) - \text{FGE} \right]$$

- IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998
- IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 (serviços de saúde)
- VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998
- VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998
- FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência
OBS.: o FGE será calculado a cada quatro anos

A proposta tem os seguintes méritos:

- 1.** Utiliza, como base de estudo, a experiência do produto que se deseja regular (no caso, os planos individuais pós-Lei);
- 2.** Estabelece índices diferentes para as despesas assistenciais e não assistenciais (método também utilizado em outros mercados) e o indicador 80/20 pode ser uma boa aproximação dos resultados almejados de sinistralidade do setor. Por outro lado, é importante que se diga, ele não representa o ponto em que estão a maioria das operadoras, o que gera, conseqüentemente, uma distorção da aplicação do reajuste naquela carteira;
- 3.** Ao utilizar a despesa *per capita*, a metodologia incorpora também a variação da frequência de utilização, fator relevante na composição do aumento dos custos médicos;
- 4.** Ao ponderar os reajustes das operadoras pelo número de usuários, uma parte do efeito da mudança de composição do *mix* de produtos (pela mudança dos usuários entre operadoras) fica mitigada;
- 5.** Retira o efeito do envelhecimento no aumento dos custos, uma vez que esse aumento é recuperado em outro reajuste (o de faixa etária) e a presença dele poderia sobrestimar o reajuste.

Não obstante, a nova metodologia também tem pontos críticos, que deveriam ser revistos:

- 1. Sobre o cálculo da variação das despesas:** outros fatores interferem na variação das despesas *per capita* para além da simples variação dos custos médico-hospitalares. Uma das variáveis mais marcantes é o padrão do plano. Ele e a faixa etária são os fatores mais relevantes na expressão do custo final. Por exemplo: se um usuário migrou de um plano de padrão de livre acesso – portanto, com custo *per capita* alto – para um plano de padrão de acesso restrito – com custo *per capita* menor –, a variação de custo *per capita* nesse período de observação será negativa, mas isso não quer dizer que não houve aumento das despesas assistenciais no período para o mesmo padrão. O mesmo é válido para outros fatores que interferem no custo final, como o modelo de acesso, a segmentação, a regionalização, a presença de coparticipação, etc. É fundamental que o cálculo da variação das despesas (VDA) ajuste a base para comparar produtos com o mesmo padrão ou com padrão similar. A proposta em estudo mitiga esse efeito ao calcular a média das variações por operadora, ponderando esse valor pelo número de vidas, mas isso não resolve o problema das migrações de produtos dentro da mesma operadora;

2. Indicador 80/20 e o uso adequado do IPCA: Como a maioria dos planos de saúde individuais sofre com um profundo desequilíbrio financeiro, o índice 80/20 deve ser aplicado apenas às carteiras individuais que já atingiram um MLR médio de 80%. Ainda, o IPCA não deve retirar as despesas do plano de saúde de seu cálculo. Tal remoção reduz a transparência, e o índice completo é usado amplamente quando um plano de saúde negocia contratos e despesas não assistenciais;

3. Sobre a base a ser utilizada (DIOPS): algumas operadoras, por motivos diversos, possuem uma ampla variação de despesas *per capita*, que pode ocorrer no início de uma operação, nas vendas de carteira, nas aquisições, etc. É de suma importância que se analisem e sejam retirados da base os outliers (positivos e negativos), utilizando-se para isso uma metodologia de tratamento estatístico, como o *box plot*, por exemplo;

4. Sobre o fator de eficiência: pelo fato de ser um índice médio, ele já incorpora o desafio de algum ganho de eficiência, uma vez que existirão operadoras acima da média. O cálculo de um fator de eficiência usando o prazo proposto de quatro anos parece não considerar totalmente as potenciais melhorias dos períodos mais recentes, pois os dados concentrados continuarão diminuindo o ajuste. Levará algum tempo para que as melhorias de eficiência estejam refletidas no cálculo. Esse mecanismo parece não incentivar a eficiência, mas funciona como um mecanismo para reduzir arbitrariamente as previsões de ajustes;

5. Sobre o fator de faixa etária: a exclusão desse efeito é justa, uma vez que existem cláusulas contratuais que preveem esse reajuste além do reajuste anual. Todavia, utilizar a base de receita pode não ser adequado uma vez que considera que os preços estão justos e suficientes. Isso pode não ser verdade, em especial para planos com precificação antiga, cuja probabilidade de defasagens e inadequações é maior. A metodologia também não prevê solução para operadoras com grande concentração de vidas em idades acima de 59 anos, quando não existirá mais reajuste por faixa etária, em razão do Estatuto do Idoso. Nossa recomendação é que o estudo de impacto da variação de faixa etária seja feito sobre as despesas e que se considere alguma flexibilidade em razão do perfil etário de cada operadora;

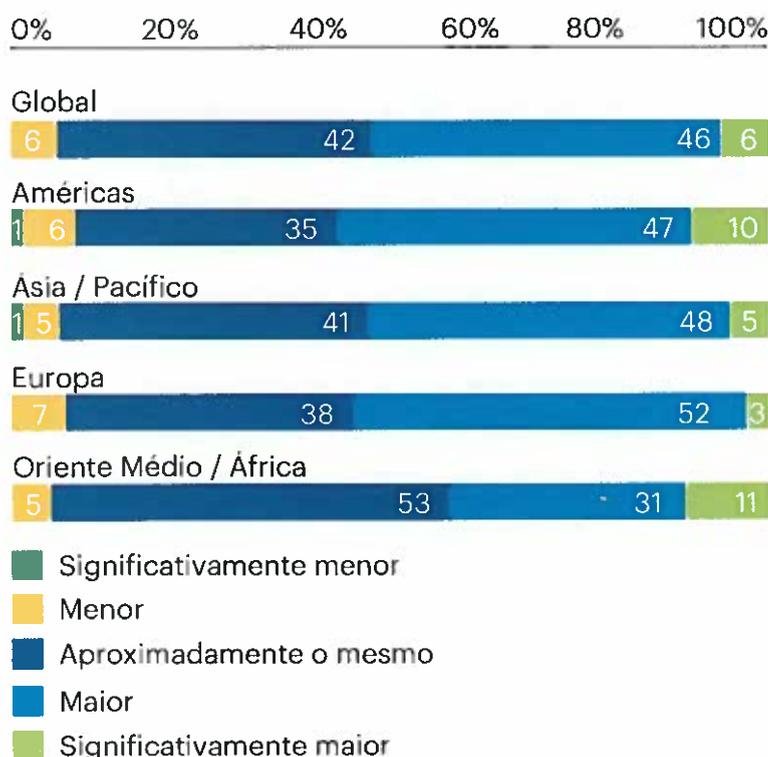
6. Sobre a ausência de um índice técnico de reajuste: em razão de todo o exposto e da dinâmica de crescimento dos custos médicos, incluindo mudanças no próprio perfil epidemiológico das populações, é impossível fazer preços solventes a longo prazo e que um índice único de reajuste seja capaz de reequilibrar as carteiras. A revisão técnica (que já é prevista na regulamentação, mas não aplicada), embasada em estudos atuariais e financeiros, precisa ser incorporada no processo de reajuste. Um dos efeitos da falta do reajuste técnico é ver preservadas as carteiras antigas e deficitárias que passam a ser subsidiadas pelos novos usuários. Nessa direção, o sistema acabará por não atrair novas pessoas, ou pode, até mesmo, excluir os mais jovens.

IV. O verdadeiro desafio é muito maior do que encontrar um índice adequado

Os custos com assistência médica no Brasil e no mundo crescem a uma velocidade superior à da inflação geral de preços. Isso significa que as economias não estão conseguindo acompanhar o crescimento dos custos médicos para manter e ampliar o acesso das pessoas aos sistemas de saúde. Além disso, não existem previsões nos mercados para a redução desse desafio a curto e médio prazo. Conforme pesquisa global realizada no ano passado pela consultoria Willis Towers Watson, mais da metade das empresas de planos de saúde dizem que o custo estará maior ou muito maior nos próximos três anos.

Pesquisa Global Willis Towers Watson sobre Custos de Cuidados de Saúde (2017)

Como você espera que a tendência médica em sua carteira geral de negócios mude nos próximos três anos em comparação com as taxas atuais?



A incorporação de novas tecnologias no campo da medicina, os incrementos do perfil de utilização (que podem ser medidos pelo aumento da frequência dos serviços) e o envelhecimento das populações formam as bases para a formatação desse dilema.

A base da precificação de um plano de saúde está no conceito mutualista, em que todos pagam uma quantia independentemente do uso para que alguns possam utilizar os serviços quando deles precisam. Assim, o mutualismo resolveu a questão do acesso aos serviços mais caros e complexos, mas não resolveu as chamadas “falhas de mercado”. A principal delas é a assimetria de informação:

Assimetria de informação: os diversos agentes da cadeia da saúde suplementar não têm o mesmo nível de informação para que tomem as suas decisões. Um exemplo claro é a relação entre o paciente e o médico, em que o primeiro tem informações limitadas sobre seu estado de saúde e a decisão sobre as alternativas de tratamento cabe ao médico, que tem o conhecimento técnico necessário para escolher o tratamento adequado. Mercados assimétricos abrem espaço para comportamentos oportunistas, como o risco moral e a seleção adversa:

- **Risco moral:** se o tomador dos serviços não é o mesmo que arca com os custos existe incentivo à sobreutilização dos serviços. Os preços praticados baseados nessa premissa podem estar com margens maiores do que o necessário, uma vez que a alocação dos recursos está sofrendo os efeitos do desperdício;
- **Seleção adversa:** agentes propensos a utilizar os serviços são os que costumam procurar os planos. A seleção adversa é comum a todos os ramos de seguro e as empresas precisam ajustar suas operações para mitigar o risco dessa falha de mercado.

Para responder às falhas de mercado, as operadoras precisam lançar mão de diversos elementos e práticas de gestão para mitigá-las e aperfeiçoar a alocação dos recursos que são limitados. Por exemplo: é importante que os prestadores enviem informações sobre as condições de saúde dos beneficiários e o motivo pelo qual alguns procedimentos são necessários, para que os planos de saúde possam estimar adequadamente a necessidade de atendimento em seu processo de pré-autorização, fundamentado na medicina baseada em evidências.

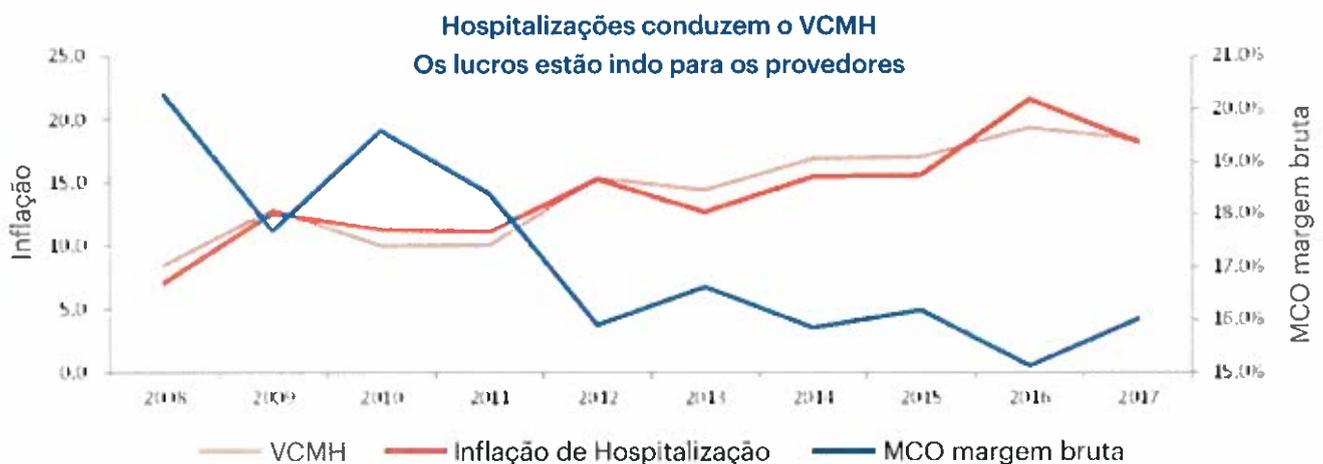
Não obstante, há que se proteger os usuários de práticas abusivas e danosas, pois as falhas de mercado também podem deixá-los desprotegidos. O risco moral em um ambiente em que se cobra por serviços realizados (*fee-for-service*) pode levar o prestador a realizar apenas mais serviços em detrimento de serviços de melhor qualidade e custo mais efetivo.

Portanto, o pagamento por *fee-for-service* pode ser visto como uma falha de mercado também, porque ele não contempla a qualidade ou o resultado em sua equação e acaba por reforçar o grande desafio de alocação correta dos recursos. Num sistema complexo, cuja cadeia possui diversos atores com interesses conflitantes, o chamado “pagamento por serviço”, também conhecido como *fee-for-service*, em inglês, gera incentivos econômicos apenas e tão somente para maior volume e/ou para o maior valor individual.

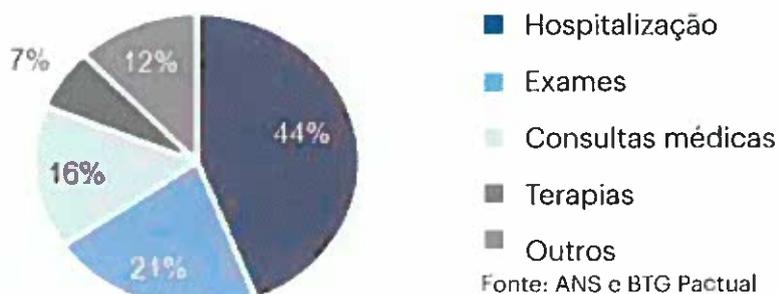
Não existe relação entre a remuneração do prestador e qualquer outro fator, como qualidade, experiência do cliente ou resultado aferido. Para melhor encaminhar esse importante desafio, a Instituição para a Melhoria da Saúde (IHI) trouxe o conceito de Triplo Objetivo (Triple Aim), que define três objetivos a serem perseguidos nas decisões sobre cuidados de saúde.

- Melhorar a experiência do paciente no cuidado (incluindo qualidade e satisfação);
- Melhorar a saúde das populações;
- Reduzir o custo *per capita* dos cuidados de saúde.

Em resumo, um sistema com falhas de mercado, de livre acesso, que paga por serviços, sem foco na qualidade e que incorpora novas tecnologias constantemente, terá seus custos sempre crescentes, de forma desenfreada, e pode acarretar um futuro cruel, com a diminuição do acesso ao serviço. À medida que as populações crescem e envelhecem, é necessário pensar em como garantir o acesso em sentido amplo (assistencial e financeiro). Como garantir a inclusão com segurança de mais pessoas e empresas nos planos de saúde? O quadro abaixo destaca o aumento do custo de Hospitalização e VCMH (aproximadamente 50% do custo médico total) no mesmo período. Pode-se verificar no mesmo gráfico que os planos de saúde não estão ganhando mais dinheiro. Na verdade, estão reduzindo os lucros para proteger os consumidores dos aumentos reais nos custos de saúde.



Hospitalização representa aproximadamente 45% das despesas das operadoras de planos de saúde no Brasil – 2016



Outra desagradável realidade, mas atualmente bem aceita nas discussões técnicas sobre a prestação de serviços de saúde, é que a qualidade e o preço não têm uma relação linear. Na Amil, por exemplo, o produto mais caro custa aproximadamente o dobro do produto com padrão imediatamente inferior, e há apenas de três a quatro hospitais incluídos. No entanto, eles são o menor custo-efetivo no mercado. Dada essa disparidade de preços entre prestadores, uma das maneiras pelas quais os planos de saúde agregam valor é alterando as redes para excluir hospitais sem custo efetivo e incluindo os economicamente viáveis, sem prejudicar a qualidade. A esse respeito, é fundamental que a ANS revise a regulamentação aplicável ao mercado individual para aumentar a flexibilidade de gestão da rede credenciada e, conseqüentemente, possibilitar uma redução sustentável do custo total dos cuidados de saúde no Brasil.

V. Considerações finais e recomendações

Entendemos a relevância de o setor evoluir com a conclusão dessa discussão e que nenhuma metodologia, contudo, será perfeita. Portanto, com a nova metodologia proposta endereçando as preocupações expostas anteriormente, haveria uma boa base para o cálculo do reajuste dos planos individuais, que, além de demonstrar, de forma transparente e justa, o reflexo do que acontece no mercado, buscaria preservar o equilíbrio técnico e financeiro das carteiras e a sustentabilidade do setor.

Em resumo, as recomendações mais importantes são:

- Aumentar a assertividade do cálculo do VDA para que ele reflita a realidade dos produtos e do setor, sem os efeitos indesejados de outras variáveis, como o padrão de plano e o fator moderador;
- Retirar o Fator de Eficiência do cálculo e aprofundar o estudo do seu conceito e aplicação. Nesse íterim, haveria tempo para melhor avaliação do impacto regulatório da utilização do VDA nos comportamentos das operadoras e dos usuários;
- Utilizar o IPCA cheio em vez da versão expurgada para estudar a variação nos gastos não relacionados à saúde, pois isso refletiria melhor o que acontece na prática. O índice expurgado, além de não existir (o que contraria o princípio de transparência), não é utilizado nos reajustes dos contratos e das despesas no dia a dia das operações;
- Realizar a revisão técnica minuciosa de cada situação, o que é essencial para garantir que a nova metodologia seja sustentável e inclusiva. Como a grande maioria das carteiras enfrenta atualmente um desequilíbrio atuarial, é fundamental estabelecer um momento “zero” mais equilibrado para garantir a sustentabilidade do sistema e o novo modelo de reajuste. Isso reforça nossa recomendação de que o índice 80/20 seja aplicável apenas a carteiras individuais que já alcançaram uma média de 80% de MLR;

- Separar a realidade dos produtos (e, conseqüentemente, seus reajustes) em suas principais categorias. Alguns exemplos: produtos com modelo de acesso verticalizado, produtos com coparticipação, produtos de acesso aberto e de livre escolha. Misturar produtos diferentes pode gerar desigualdades para quem os adquiriu. E quanto mais acrescentarmos produtos com novos modelos de gestão nos portfólios das operadoras, maior desigualdade pode ser gerada.

Não obstante, por se tratar de um índice acima da capacidade de absorção de usuários e empresas, é urgente que o regulador retome a discussão dos mecanismos de gestão de custos e qualidade, flexibilizando a utilização de ferramentas de controle por parte das operadoras. Planos individuais somente retomarão um crescimento sustentável em um ambiente competitivo se forem minimizadas as intervenções exógenas que engessam o desenho dos planos/ produtos pelas operadoras e as obrigam a absorver custos para os quais jamais existiu previsão formal – seja ela contratual ou financeira (preço).

O estudo da variação dos gastos com saúde deve ser feito por uma entidade independente e legítima, como aquelas que indexam a inflação no Brasil e no mundo. Com base nos resultados desse estudo, o setor poderia começar a discutir o que realmente importa: as ações que devem ser tomadas para tornar o sistema de saúde melhor e mais acessível para todos, e não a metodologia utilizada para calcular os reajustes dos prêmios.

Os desafios atuais e futuros para os sistemas de saúde no mundo, independentemente de serem públicos ou privados, são enormes. É um setor de importância econômica e social indiscutível. No Brasil, a projeção da situação atual simplesmente revelará um cruel retrato: o crescimento dos custos numa velocidade em que a economia e, portanto, a capacidade de pagamento dos financiadores, sejam pessoas ou empresas, se esgotarão em algum momento. Seria um sistema excludente e injusto. Um serviço tão essencial e importante para as pessoas precisa de reformas urgentes.

Que esta reflexão caminhe no sentido de contribuir para o debate das soluções de um sistema de saúde inclusivo e sustentável, melhor para todos.