

## Destaques dos Segmentos

### Saúde Suplementar

#### ***Variação de custos, inflação e o novo modelo de reajuste dos planos de saúde individuais***

No final de 2018 a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterou de maneira significativa o modelo de reajuste dos planos de saúde individuais. Até 2018, o modelo adotado pela Agência, conhecido na literatura econômica como *yardstick competition*, se baseava na média de reajuste dos valores dos contratos dos planos coletivos empresariais – cujos preços são livres. O novo modelo tem uma lógica totalmente distinta: o reajuste é calculado sendo observadas as variações de custos dos próprios planos individuais, descontado um fator de ganho de produtividade. Este novo modelo é chamado de *value-cap* (ou teto-de-valor), uma variação do chamado *price-cap*, este um modelo de regulação bastante difundido em diversas indústrias, inclusive é o modelo adotado na regulação do preço de medicamentos no Brasil.

A mudança do modelo de reajuste vem sendo debatido há pelo menos dez anos pelo setor. O antigo modelo, *yardstick competition*, não considerava pelo menos dois elementos cruciais ao utilizar o reajuste dos planos coletivos como parâmetro para o reajuste dos planos individuais. O primeiro elemento é que os beneficiários dos dois tipos de produtos, individual e coletivo, são significativamente distintos entre si. Nos planos coletivos, cujos vínculos são empregatícios ou de entidades de classe, há um predomínio de beneficiários na população economicamente ativa, e os idosos (acima de 59 anos) não chegam a 10% do total de beneficiários. Já nos planos individuais, os idosos correspondem a cerca de um quarto do total de beneficiários (ou 25%). Essa é uma diferença de grande magnitude porque a idade é o critério mais evidente de agrupamento de risco da saúde suplementar. Os preços são diferenciados por faixa etária.

O segundo elemento decorre do fato de que a metodologia adotada pela ANS para avaliar a variação de preços dos contratos de planos coletivos era incapaz de diferenciar variações de preço (reajuste de valor de um contrato) da mudança de produto (variação do escopo do que está sendo coberto pelo contrato). Por exemplo, a simplificação do padrão de internação hospitalar de quarto individual (mais caro) para enfermaria (mais barata), tal mudança era capturada pela ANS como uma redução de preço – e não o que realmente é: uma variação de escopo do produto.

Não obstante, avalia-se que um dos principais motivos da alteração desse modelo foi a crescente judicialização do reajuste dos planos individuais. O persistente hiato entre os índices de inflação e os reajustes autorizados pela ANS, que devem recompor a variação de custos médico-hospitalares (VMCH) das operadoras, contribui para esse aumento da judicialização. Há uma grande incompreensão acerca da natureza diferente dos conceitos do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), indicador oficial da inflação no Brasil, medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a VMCH. São conceitos que não devem ser comparados diretamente, pois medem coisas distintas.

O IPCA mede apenas a variação dos preços de uma cesta de produtos consumidos pelas famílias. Já a VMCH deve ser capaz de capturar não apenas a variação dos preços de produtos e serviços cobertos pelas operadoras (por exemplo, preço das consultas e exames), mas também a variação na frequência de utilização dos serviços de saúde. Ou seja, enquanto a inflação tem uma única dimensão (preço), a VMCH tem duas dimensões (preço e frequência de utilização). Há que se considerar, ainda, que muitos preços que pressionam os custos da saúde suplementar não são capturados pelo IPCA. Por exemplo: medicamentos de uso exclusivo nos hospitais, próteses implantáveis e antineoplásicos orais.

A variação da frequência de utilização nos planos de saúde é significativa. Dados do Mapa Assistencial da ANS mostram que a frequência de utilização acumulada em doze meses aumentou, na média, 36,5% na comparação entre dezembro de 2012 e dezembro de 2018. No caso das terapias, o aumento foi de quase 80% no período. Portanto, o aumento da frequência de utilização teve um impacto importante no aumento da despesa assistencial das operadoras. No mesmo período (2012-2018), esse aumento foi de 135%. Para efeitos de comparação, o IPCA no mesmo período foi de 50,3%<sup>1</sup>.

A variação da frequência de utilização nesse período é particularmente significativa porque, no período

analisado, o número de beneficiários nos planos médico-hospitalares permaneceu praticamente constante, subindo apenas 0,1%<sup>2</sup>. Portanto, houve um grande aumento de utilização dos serviços de saúde per capita e isso precisa ser levado em consideração na análise dos motivos que levam aos reajustes ficarem persistentemente acima da inflação.

É importante destacar que a escalada dos custos médicos é um problema global. Em 2017, a VCMH do Brasil foi 3,4 vezes superior à inflação da economia. O quadro abaixo mostra como o Brasil se comparou a diversos outros países:

Países	VCMH/IPCA
Grécia	6,3
Canadá	4,7
Coreia do Sul	4,6
China	3,9
Estados Unidos	3,7
Holanda	3,5
Brasil	3,4
México	3,2
Austrália	3,1
Dinamarca	3,0
Chile	2,9
Reino Unido	2,9
França	2,5
Rússia	2,1
Portugal	2,0
África do Sul	1,6
Egito	1,6
Argentina	1,4

Fonte: Média do Indicador de Inflação Médica apresentado pelas consultorias Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson. Fonte: Textos para Discussão nº 69-2018 (IESS)

Além do aumento da frequência de utilização, podem-se citar outros drivers do aumento das despesas assistenciais: aumento da longevidade, aumento da incidência de doenças crônicas, incorporação de novas tecnologias e o aumento de preços de insumos e procedimentos. Não resta dúvida, entretanto, que o

impacto da frequência de utilização é uma das principais causas desse aumento. Ressalte-se que as operadoras nem sempre têm capacidade de gerenciar o impacto desses drivers sobre a despesa, motivo pelo qual a sua despesa assistencial pode ser considerada uma despesa não-gerenciável.

<sup>1</sup> IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de maio e abril.

<sup>2</sup> Considerando-se o número médio de beneficiários no ano, houve um aumento de beneficiários entre 2012 e 2014, e desde então queda. No período 2012-2018, o número permaneceu estável.

Esse é o motivo pelo qual a nova metodologia de reajuste dos planos individuais tem duas grandes variáveis: o IPCA Expurgado<sup>3</sup>, que reajusta a parcela das despesas que são gerenciáveis (por exemplo, custos administrativos) e que tem um peso de vinte por cento no reajuste; e o Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA) que reajusta as despesas não-gerenciáveis, com um peso de oitenta por cento. Além das despesas assistenciais, também fazem parte do IVDA outras duas variáveis: o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE), que evita que o reajuste seja um mero repasse de custos ao consumidor, forçando as operadoras a buscar eficiência; e a Variação da Faixa Etária (VFE), que evita a dupla contagem dos reajustes por faixa etária no reajuste.

O novo modelo de reajuste trouxe mais transparência ao setor, mas desconsidera as necessidades específicas que afetam o risco assistencial. Por exemplo, poderia considerar diferenças regionais de reajuste ou da modalidade da operadora. É importante que a política de preços do setor mantenha o equilíbrio econômico-financeiro do mesmo. A teoria sugere que o controle de reajustes deve ser aplicado apenas no caso de monopólios naturais, que não é o caso da saúde suplementar. Em um cenário no qual os custos são crescentes e têm muitos causadores, a regulação precisa focar nos fatores que impulsionam esses custos se quiser ser efetiva na ampliação da oferta e do número de beneficiários do setor.

<sup>3</sup> O IPCA Expurgado é o IPCA recalculado com a exclusão (expurgo) do reajuste dos planos de saúde. O objetivo desse expurgo é evitar que haja retroalimentação no reajuste.